



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LÚCIA HELENA RODRIGUES COSTA

**ESTENDENDO O FIO DE ARIADNE:
SEXUALIDADE FEMININA E A INTERSEÇÃO COM O CUIDADO NOS
DISCURSOS DE ENFERMEIRAS**

SALVADOR

2011

LÚCIA HELENA RODRIGUES COSTA

**ESTENDENDO O FIO DE ARIADNE:
SEXUALIDADE FEMININA E A INTERSEÇÃO COM O CUIDADO NOS
DISCURSOS DE ENFERMEIRAS**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
da Escola de Enfermagem da Universidade Federal
da Bahia como parte dos requisitos para a
obtenção do grau de Doutora em Enfermagem da
Área de Concentração: Gênero, Cuidado e
Administração em Saúde.**

Linha de Pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde

**Orientadora: Prof^a Dr^a Edméia de Almeida
Cardoso Coelho**

**SALVADOR
2011**

Ficha Catalográfica

Elaborada por: Edmar dos Reis de Deus-Bibliotecário- CRB 6 2486- Universidade Estadual de Montes Claros-Unimontes

C837e Costa, Lúcia Helena Rodrigues.
Estendendo o fio de Ariadne: sexualidade feminina e a interseção com cuidado nos discursos de enfermeiras / Lúcia Helena Rodrigues Costa. – Salvador, 2011.

183 f. : il.

Bibliografia: f. 170-1184.

Tese (doutorado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2011.

Orientadora: Profa. Dra. Edméia de Almeida Cardoso Coelho.

1. Sexualidade – Educação – Enfermagem. 2. Enfermagem – Identidade do gênero. 3. Feminismo – Gênero e saúde. I. Coelho, Edméia de Almeida Cardoso. II. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. III. Título.

CDD: 612.6

Lúcia Helena Rodrigues Costa

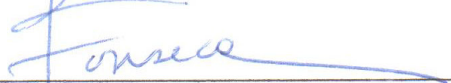
**ESTENDENDO O FIO DE ARIADNE:
sexualidade feminina e a interseção com o cuidado nos discursos de enfermeiras**

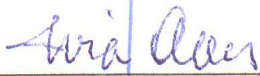
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Doutora em Enfermagem da Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em saúde.

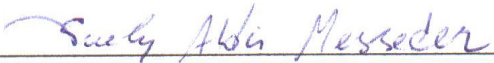
Aprovada em 23/05/2011

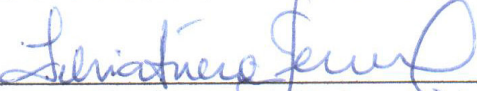
BANCA EXAMINADORA

Edméia de Almeida Cardoso Coelho 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade de São Paulo

Ívia Iracema Alves 
Doutora em Literatura Brasileira e Professora da Universidade Federal da Bahia

Suely Aldir Messeder 
Doutora em Cuestions de Filosofia e Professora da Universidade do Estado da Bahia

Sílvia Lúcia Ferreira 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Elizete Silva Passos
Doutora em Educação e Professora da Fundação Visconde de Cairu

Mirian Santos Paiva
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Na mitologia grega Ariadne é a filha de Minos e Pasífae. Apaixona-se perdidamente por Teseu no momento em que ele se apresenta em Creta com mais sete jovens para serem entregues em sacrifício ao Minotauro que habita um labirinto sem saída. Ela então lhe dá um novelo de fios para que ele possa voltar. Teseu mata o Minotauro e com a ajuda do fio sai do labirinto e leva com ele Ariadne. Em seguida ele abandona-a em uma praia deserta em Naxos. Ela é resgatada por Dionísio com quem se casa no Olimpo onde lhe é oferecida uma coroa de ouro. Esta coroa se transformou na constelação de Ariadne.

“A aventura de Ariadne começa, para nós, no momento em que ela se apaixona por Teseu. Mas em três momentos nessa aventura, Ariadne é sucessivamente a iniciadora do herói, a amante abandonada, a mulher desposada pelo deus. Estas três histórias fazem dela uma figura exemplar de mulher e mais precisamente de mulher que ama. Ela é apaixonada, cujo segredo se encerra em uma sabedoria desconhecida, um sofrimento sem nome, uma divindade que excede. Na feminilidade radical de sua paixão amorosa, permanece um ponto escuro que escapa para sempre aos homens”
(Pierre Brunel, 1988)

A utilização da lenda no título pressupõe a tomada, de maneira metafórica, de dois eixos articuladores da temática proposta para estudo: a problematização da exacerbação da feminilidade naturalizada como comportamento da mulher universal que se desdobra em uma sexualidade misteriosa. Essa feminilidade lhe atribui formas de ser e estar no mundo demarcando o que é mais adequado ou não ao comportamento feminino. O outro eixo está ligado à idéia do labirinto sem saída cujo fio condutor possa colocar em conexão o que está desarticulado em várias partes dificultando a visão do todo e a intrínseca relação entre as partes. Um fio capaz de, além de articular sexualidade e cuidado a partir das idéias de feminilidades construídas culturalmente dentro de condições históricas específicas, produzir intertextualidades entre as autoras(es) consultadas(o)s, a experiência de vida da pesquisadora e das mulheres que fizeram parte deste estudo. Não nos esquecendo, em momento algum, que essas mulheres que fizeram parte da pesquisa estão ligadas por ideologias comuns a um grupo ‘especial’ que compartilha uma prática profissional historicamente feminina: todas são enfermeiras.

DEDICATÓRIA

Esse trabalho é dedicado à minha mãe Coracy Rodrigues Costa, que não conseguiu realizar seu sonho de ser enfermeira, e à minha grande amiga Maria José de Lima, enfermeira feminista, com quem sempre compartilhei ideais e lutas pela valorização e visibilidade das mulheres e seus fazeres.

Às minhas filhas Renata e Daniela e ao meu filho Gabriel por todo amor que eu lhes tenho, mesmo nas minhas ausências mais prolongadas provocadas por esse desejo de entender e contribuir para um mundo mais justo para as futuras gerações.

Dedico também, a todas as mulheres da minha geração que têm incluído em seu cotidiano em todos os espaços onde circulam um olhar e prática de desconstrução das assimetrias de gênero e de todas as formas de poder que estabelecem desigualdades entre os seres humanos, homens e mulheres.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é olhar para trás e ver que o caminho percorrido não seria possível sem o compartilhamento de pessoas e instituições sem as quais não chegaria ao desfecho final e tão esperado: a conclusão da tese. Foi a trajetória mais solitária que já percorri até hoje apesar de estar numa cidade tão linda e quente como Salvador. Nesse sentido, meu agradecimento especial é para o Ronnie, a pessoa mais diferente com quem já compartilhei a minha vida, e que esteve comigo nos momentos mais difíceis e também nos mais felizes, me ensinando inclusive a gostar imensamente de reggae e desfrutar das coisas simples e lindas como o pôr-do-sol no Porto da Barra.

À orientadora Prof^a Edméia de Almeida Cardoso Coelho pela competência e paciência em todo o percurso do doutorado. E especialmente por encarar o desafio de mergulhar comigo na complexidade que envolve a sexualidade e suas implicações para o cuidado.

Às enfermeiras que generosamente cederam seu tempo e se dispuseram a contribuir com esta pesquisa oferecendo seus ricos depoimentos.

À Prof^a Mirian Santos Paiva que acompanhou toda a trajetória deste estudo desde a apresentação do primeiro projeto para a banca de seleção para o doutorado.

À Prof^a Ívia Alves com quem aprendi muito sobre Análise de Discurso, mas especialmente pelo seu carinho e acolhimento a uma “estrangeira” em Salvador, estimulando-me a prosseguir quando me encontrava numa fase de muitas dúvidas e insegurança.

Às professoras Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, Suely Aldir Messeder, Sílvia Lúcia Ferreira e Elizete Silva Passos que gentilmente aceitaram dar suas valiosas contribuições a este estudo.

À queridíssima Larissa, que foi uma grande amiga e companheira no primeiro semestre de 2008, sem esquecer a Ana Luíza e o Gustavo, adoráveis companheiras e companheiro das “Dinâmicas de Gênero” no NEIM, e de vários momentos de descontração no Caranguejo do Sergipe.

À minha querida irmã Lísia, especialmente por estar comigo em algumas idas e vindas de carro no trajeto Montes Claros - Salvador, e aos meus irmãos Paulo Roberto e Rafael, pela ajuda no trajeto Salvador - Belo Horizonte - Barbacena, sem eles tudo seria muito mais difícil.

À minha filha Daniela e ao meu genro Tomás, pela leitura do texto, formatação, crítica e disponibilidade de ajuda sempre que eu solicitei.

À Marisa Hirata, que abriu as portas de sua casa desde que fiz a seleção de doutorado em Salvador.

Ao Marcílio, que a seu modo via MSN, me acalmou em alguns momentos de muita angústia e incerteza especialmente durante o segundo ano do doutorado.

À Nilza Alves, gerente do Serviço de Enfermagem da FHEMIG e sua secretária Silvana que deram uma grande contribuição para que eu fizesse contato com as enfermeiras que participaram desse estudo.

À Profª Carmelita do Carmo Ribeiro Leite Camargos, coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora por me receber e facilitar o acesso aos documentos da Faculdade de Enfermagem.

À Universidade Estadual de Montes Claros/UNIMONTES, na pessoa do então Reitor Prof. Paulo César Gonçalves de Almeida, pela rapidez na tramitação da liberação da minha licença para cursar o doutorado.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia/FAPESB, pela concessão da bolsa, sem a qual seria muito difícil terminar essa pesquisa.

À direção e às companheiras e companheiros do Curso de Enfermagem das Faculdades Unidas do Norte de Minas/FUNORTE pelo apoio quando fui aprovada na seleção de doutorado. E especialmente às acadêmicas e acadêmicos de enfermagem dessa instituição, que abraçaram em suas monografias de conclusão de curso os estudos de gênero e sexualidade.

RESUMO

COSTA. Lúcia Helena Rodrigues. **Estendendo o fio de Ariadne: sexualidade feminina e a interseção com o cuidado nos discursos de enfermeiras**. 2011, 190 p. (Doutorado)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2011.

Observações empíricas relacionadas à formação de enfermeiras e às práticas de cuidado, bem como pesquisas nesse campo têm mostrado que tanto nas escolas formadoras de profissionais como nas redes de atenção à saúde, o enfoque do cuidado ainda se apresenta orientado pelo modelo tradicional de saúde, instrumentalizado e normativo. Tais observações apontam dificuldades no uso da palavra ‘sexualidade’ pelas enfermeiras que se afastam da questão envolvendo-a em um discurso biologicista que não permite uma escuta sensível em torno de um assunto que se apresenta ainda hoje como um tabu, algo muito velado e de certa maneira ainda proibido. Partiu-se do pressuposto de que a subjetivação pela sexualidade orientada por ideologias de gênero mantém estreita relação com os discursos dominantes que interditam a sexualidade e atravessam a construção da identidade profissional de enfermeiras. A reprodução desse modelo dificulta as práticas de cuidado na interface com a sexualidade, o que faz com que as permanências se sobreponham às mudanças na formação e na prática de enfermeiras. O estudo teve como objetivos: conhecer, por meio dos discursos de enfermeiras, aspectos do processo da subjetivação pela sexualidade, ao longo da construção identitária como mulheres e enfermeiras e sua relação com as práticas de cuidado; analisar a interseção entre sexualidade e cuidado de enfermagem enquanto prática social e identificar rupturas e/ou permanências na interdição da sexualidade nas concepções sobre o cuidado de enfermeiras de diferentes gerações. Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa tendo como referencial teórico a Teoria Feminista do Ponto de Vista e gênero como categoria analítica. Foi desenvolvido junto a nove enfermeiras de Barbacena- MG, que concluíram o curso entre 1979 e 2002. A produção do material empírico foi realizada pelo inquérito por histórias de vida e analisado por meio da análise de discurso crítica (ADC). As enfermeiras evidenciaram em seus discursos que a educação tradicional recebida durante a infância e adolescência é marcada por ideologias de gênero que interditam a sexualidade feminina. Essa formação predispõe à aceitação da interdição da sexualidade presente nas escolas de Enfermagem, o que provoca a interseção entre sexualidade e cuidado. Esta perspectiva na formação implica em dificuldades na abordagem sobre a sexualidade na prática profissional, tanto no cuidado prestado nos hospitais, como na saúde comunitária. Predomina uma visão de senso comum, na maior parte das vezes, colocada na perspectiva biológica do sexo, havendo dificuldade em falar ou pensar a sexualidade na relação com o cuidado. Assim, a sexualidade no discurso das enfermeiras é fortemente marcada pelo dispositivo que a cerceia e tal cerceamento implica em lugares sociais de relações desiguais de poder. Nesse aspecto, a articulação de gênero como categoria analítica com a perspectiva feminista na formação e nas práticas de cuidado torna-se importante para promover a autoconsciência e construir uma posição política e cidadã. Os resultados confirmaram o pressuposto, levando-nos a concluir que a educação profissional de enfermeiras, deve abordar a sexualidade humana a partir da perspectiva feminista, como componente importante da saúde integral, em um século que já nasceu preocupado com os direitos sexuais.

DESCRITORES: sexualidade; educação em enfermagem; identidade de gênero; feminismo; gênero e saúde.

ABSTRACT

COSTA. Lúcia Helena Rodrigues. **Extending Ariadne's Wire: Female sexuality and the intersection with care in nurses' speeches.** 2011, 190 p. Theses (Doctorete)- Nursing School, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

Empirical findings related to nurses' education and care practices showed that in professional education schools as well as in health care networks, the focus on care is still guided by the traditional health model which is extremely instrumental and normative. Such observation pointed to difficulties in the use of the very word "sexuality" by the nurses who avoid the issue involving it in a 'biologist' speech that does not allow sensitive hearing about a subject that is still presented as a taboo, something veiled and somehow still prohibited. We assumed that sexual subjectivity guided by gender ideologies has close ties with the dominant discourses of sexuality that disturb the construction of nurses' professional identity. The reproduction of this model may come between care practices in the interface with sexuality which makes the permanence overlap changes in the nurses' training and practice. The study aimed to know, through nurses' discourses, aspects of sexuality subjectivity, along with their identity construction as women and nurses and their relationship with care practices; to analyze the intersection between sexuality and nurse care as a social practice and identify disruptions and / or permanence in the prohibition of sexuality and the nursing care from different generations. This is a qualitative research, having as theoretical reference the Feminist Theory as a point of view and gender as an analytical category. It was developed with nine nurses from Barbacena-MG, who completed the course between 1979 and 2002. The empirical material was collected through a survey about life histories analyzed by critical discourse analysis/CDA. The nurses showed through their speeches that the traditional education received during childhood and adolescence is marked by gender ideologies that forbid the female sexuality. This education predisposes these women to accept the prohibition of sexuality present in nursing schools which causes the intersection between sexuality and care. This approach in the nurses' education leads to difficulty in the sexuality approach in their professional practice, both in care given in hospitals and in community health care. The predominant vision is common sense, most often placed on the biological perspective of sex, showing difficulty in speaking or thinking about sexuality in relation to care. Thus, sexuality in the nurses' discourse is strongly marked by the device that restricts and this restriction involves social places of unequal power relations. In this respect, the articulation of gender as an analytical category with the feminist perspective in training and care practices becomes important to promote self-awareness and build a civic and political position. The results confirmed the assumption leading us to conclude that the nurses' professional education should address human sexuality from the feminist perspective as an important component of overall health in a century that was already born worried about sexual rights.

DESCRIPTORS: Sexuality; Education, Nursing; Gender Identity; Feminism; Gender and Health.

RESUMEN

COSTA. Lúcia Helena Rodrigues. **Extendiendo el hilo de Ariadne:** sexualidad femenina y la intersección con el cuidado en los discursos de enfermeras. 2011, 190 p. (Doctorado)-Escuela de Enfermería, Universidad Federal de la Bahia, 2011.

Observaciones empíricas relacionadas a la formación de enfermeras y a las prácticas del cuidado, bien como, investigaciones en ese campo muestran que tanto en las escuelas formadoras de profesionales como en las redes de atención a la salud, el enfoque del cuidado aún se orienta por el modelo tradicional de salud, instrumentalizado y normativo. Tales observaciones apuntan dificultades en el uso de la palabra ‘sexualidad’ por las enfermeras distanciándola de la cuestión y envolviéndola en un discurso biologicista impidiendo una escucha sensible sobre un asunto que, aún se presenta como tabú, muy velado y de cierta manera prohibido. Se partió del presupuesto de que la subjetivación por la sexualidad orientada por ideologías de género mantienen estrecha relación con los discursos dominantes que interdictan la sexualidad, atravesando la construcción de la identidad profesional de las enfermeras. La reproducción de ese modelo dificulta las prácticas del cuidado en la interface con la sexualidad, haciendo con que las permanencias se sobrepongan a los cambios en la formación y práctica de las enfermeras. El estudio tuvo como objetivos: conocer, por medio de los discursos de las enfermeras, aspectos del proceso de la subjetivación por la sexualidad, en la construcción identitaria como mujeres y enfermeras y su relación con las prácticas del cuidado; analizar la intersección entre sexualidad y cuidado de enfermería encunto práctica social e identificar rupturas y/o permanencias en la interdicción de la sexualidad en las concepciones generacionales sobre el cuidado de las enfermeras Investigación de abordaje cualitativa teniendo como referencial teórico la Teoria Feminista del Punto de Vista y género como categoría analítica. Desarrollado junto a nueve enfermeras de Barbacena- MG, concluyentes del curso entre 1979 y 2002. La producción del material empírico fue realizada por el inquérito de histórias de vida y analizado por medio del análisis del discurso crítico (ADC). Las enfermeras evidenciaron que la educación tradicional, de la infancia y adolescencia, marcada por ideologías de gênero, interdictan la sexualidad femenina. Ésta, predispone la aceptación de la interdicción de la sexualidad presente en las escuelas de Enfermería, provocando intersección entre sexualidad y cuidado. Esta perspectiva implica en dificultades en el abordaje sobre sexualidad en la práctica profesional, tanto en el cuidado hospitalario, como en la salud comunitaria. La predominancia del senso común, en perspectiva biológica del sexo, dificulta el hablar o pensar la sexualidad en relación con el cuidado. La sexualidad en el discurso de las enfermeras es marcada por el dispositivo cerceador implicando en lugares sociales de relaciones desiguales de poder. Así, la articulação de gênero, como categoría analítica con la perspectiva feminista en la formación y en las prácticas del cuidado adquiere importancia promoviendo la autoconsciencia y una posición política y ciudadana. Los resultados confirmaron el presupuesto, concluyendo que la educación profesional de enfermeras, debe abordar la sexualidad humana a partir de la perspectiva feminista, como componente importante de la salud integral, en un siglo preocupado con los derechos sexuales.

PALABRAS CLAVE: sexualidad; educación en enfermería; identidad de género; feminismo; género y salud.

LISTA DE SIGLAS

ABEN - Associação Brasileira de Enfermagem Nacional

ADC - Análise do Discurso Crítica

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CCBS - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CHPB - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena

COREn - Conselho Regional de Enfermagem

CTA - Centros de Testagem e Aconselhamento

DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública

EE/UFBA- Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

EE/UFGM – Escola de Enfermagem/Universidade Federal de Minas Gerais

EEAN - Escola de Enfermagem Ana Nery

EECC - Escola de Enfermagem Carlos Chagas

EEHB - Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo

EPCAR - Escola Preparatória de Cadetes do Ar

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FE/UFJF – Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal de Juiz de Fora

FEHB - Faculdade de Enfermagem Hermantina Beraldo

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

GLBT - Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros

GLT - Gays, Lésbicas e Travestis

HIV - Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ISTs - Infecções Sexualmente Transmissíveis

NEIM/UFBA - Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher/Universidade Federal da Bahia

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PCCU - Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino

PPGENF/UFBA - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Universidade Federal da Bahia

PPP - Projetos Político Pedagógicos

PSF - Programa de Saúde da Família

REBEN - Revista Brasileira de Enfermagem

RLAE - Revista Latinoamericana de Enfermagem

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCEB - União Católica das Enfermeiras do Brasil

UNAERP- Universidade de Ribeiro Preto

UNIFAL - Universidade Federal de Alfenas

UFMG- Universidade Federal de Minas Gerais

UFJF- Universidade Federal de Juiz de Fora

UNIMONTES – Universidade Estadual de Montes Claros

UNIPAC- Universidade Presidente Antônio Carlos

UNIR - Universidade Federal de Rondônia

UTI - Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	DESENROLANDO O NOVELO, ESTENDENDO O FIO: UM COMEÇO.....	15
2	MÚLTIPLOS FIOS: PERSPECTIVAS TEÓRICAS.....	25
2.1	Subjetivação, sexualidade e gênero: buscando aproximações entre cuidado e sexualidade feminina.....	25
2.1.1	<i>Mapeando aspectos da história da sexualidade.....</i>	<i>25</i>
2.1.2	<i>As interfaces entre sexualidade e gênero.....</i>	<i>29</i>
2.1.3	<i>Buscando aproximações entre cuidado e sexualidade feminina.....</i>	<i>36</i>
2.1.4	<i>A formação identitária das Enfermeiras e o dispositivo da sexualidade.....</i>	<i>42</i>
2.2	A Epistemologia Feminista do Ponto de Vista.....	51
2.3	Análise de Discurso Crítica (ADC).....	61
3	A TRAMA ARTICULADA: CAMINHOS PERCORRIDOS.....	66
3.1	Aproximação com o campo.....	66
3.2	O cenário da pesquisa.....	68
3.3	As enfermeiras participantes do estudo.....	69
3.4	As estratégias metodológicas de produção do material empírico.....	73
3.5	Técnica de análise do material empírico.....	75
3.6	Aspectos éticos.....	78
4	IDEOLOGIAS DE GÊNERO E SEXUALIDADE: A INTERFACE ENTRE A EDUCAÇÃO FAMILIAR E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DAS ENFERMEIRAS.....	79
4.1	Estereótipos de gênero e sexualidade na educação recebida na família.....	84
4.2	Os fios de entrelaçamento entre a educação familiar e a formação como enfermeira.....	95
5	O CUIDADO NA INTERFACE COM A SEXUALIDADE: UMA DIMENSÃO INTERDITADA DURANTE O PROCESSO ENSINO/APRENDIZAGEM E ENFERMEIRAS.....	105
5.1	O silenciamento acerca da sexualidade no processo ensino/aprendizagem do cuidado no final dos anos 1970 e ao longo dos anos 1980.....	108
5.2	Permanência do silenciamento acerca da sexualidade no processo ensino aprendizagem do cuidado ao longo dos anos 1990 e início do século XXI.....	116
5.3	Novos Currículos, velhas práticas: a sexualidade escamoteada na teoria e na prática.....	119
6	CUIDADO, SEXUALIDADE E CORPO NA PRÁTICA PROFISSIONAL DAS ENFERMEIRAS: INTERDIÇÃO E DESAFIOS À SUPERAÇÃO.....	127
6.1	As Enfermeiras e o lugar do corpo e da sexualidade para o cuidado nos espaços hospitalares.....	127
6.1.1	<i>A sexualidade do outro desafiando cuidadoras(e)s e as demandas da saúde mental frente à dureza do hospício.....</i>	<i>135</i>
6.1.2	<i>A enfermeira face a face com o homoerotismo: silêncios e reticências.....</i>	<i>139</i>
6.2	Novas demandas sobre sexualidade e corpo no cuidado à saúde da mulher na atenção básica: permanências e superações.....	144

7 O FIO ESTENDIDO: TRILHAS POSSÍVEIS E A TESSITURA DE NOVOS RECOMEÇOS.....	154
REFERÊNCIAS.....	164
Fontes primárias.....	164
Referências.....	164
APÊNDICES.....	178
APÊNDICE A - Informações à colaboradora e termo de consentimento livre esclarecido.....	178
APÊNDICE B - Ficha de identificação das participantes.....	181
APÊNDICE C - Pontos norteadores da entrevista.....	182
ANEXOS.....	183
Anexo A - Autorização do Comitê de Ética.....	183

1 DESENROLANDO O NOVELO, ESTENDENDO O FIO: UM COMEÇO

Falar da sexualidade como tema presente nas constituições identitárias de enfermeiras, em interseção com o cuidado, implica em contextualizar minha experiência profissional num espaço mais amplo, onde se inserem os sentimentos, as emoções e as experiências de vida que, num moto-contínuo, estabelecem caminhos e escolhas, ora tecendo a seda pura e colorida, ora o linho rústico de tom pastel. Porque a vida vai sendo engendrada pelas construções que a nossa visão de mundo possibilita, na perspectiva da apropriação de experiências criadoras.

Simone de Beauvoir, em **O Segundo Sexo**, chama-nos a atenção de que “o drama da mulher é esse conflito entre a reivindicação fundamental de todo sujeito que se põe sempre como o essencial e as exigências de uma situação que a constitui como inessencial. Como pode realizar-se um ser humano dentro da condição feminina? Que caminhos lhe são abertos?” (BEAUVOIR, 1980, p. 23). Essas perguntas, feitas de maneira bem mais simples, já se apresentavam como inquietantes mesmo antes de ler Simone de Beauvoir, pela observação dos costumes com os quais fui educada. As indagações continuam ainda presentes, permeadas pelas buscas de respostas ao longo do caminho percorrido até então.

Desde muito cedo, na família e em outras vivências sociais, fui percebendo a força dos significados das diferenças entre homens e mulheres e como essas interpretações socioculturais dos lugares destinados aos sexos sempre determinavam papéis de subordinação para as mulheres. Esses, permeados por comportamentos associados à moral que, via de regra, deságuam nas maneiras desejáveis ou não do exercício da sexualidade feminina, bem como influenciam nas escolhas profissionais.

Na minha dissertação de mestrado, ficou claro como a profissionalização formal de mulheres, neste caso a Escola de Formação de Parteiras, seguia um rígido padrão de conduta, além de evidenciar as relações desiguais de poder estabelecidas dentro da própria área de saúde, encaminhando para um aprofundamento crítico sobre o lugar do cuidado em profissões historicamente femininas. Naquele momento, no auge das discussões acerca da humanização do parto e do nascimento, apropriei-me dos fazeres das parteiras como contraponto à hegemonia médica na obstetrícia e como as práticas dessas mulheres poderiam contribuir para alcançarmos a tão almejada humanização do cuidado.

No estudo com parteiras, as questões relacionadas à sexualidade feminina, bem como as dificuldades nas abordagens sobre essa em relação com o cuidado, emergiram com muita

força. A partir dos resultados da pesquisa, introduzi no conteúdo de uma oficina realizada com enfermeiras obstetras algumas categorias analisadas no trabalho com as parteiras cujo tema central foi a humanização do cuidado. As falas das enfermeiras obstetras apontaram na direção de uma permanência das dificuldades encontradas nas práticas de cuidado pelas parteiras: apesar de serem mulheres que cuidam de mulheres, o cuidado é permeado por tabus, principalmente em relação à exposição do corpo e de uma troca de saberes em torno do exercício de uma sexualidade prazerosa. Essa dificuldade se mostrou mais intensa, na medida em que os partos saíram do espaço doméstico e passaram a ser realizados nos hospitais.

As dificuldades enfrentadas pelas parteiras que exerceram suas atividades entre os anos de 1940 e 1970, no tocante a lidar com a sexualidade, também foram percebidas por meio das falas das enfermeiras obstetras, no início do século XXI. Essa constatação permitiu questionamentos importantes com relação à articulação entre corpo e sexualidade no cuidado de enfermagem, ressaltando-se as dificuldades que permeavam o lidar de enfermeiras e parteiras com essa dimensão humana.

Entendendo a emergência dessas questões no campo da saúde e, especialmente, na Enfermagem, comecei a trabalhar essa temática na minha prática docente em Montes Claros-MG. Depois de algumas oficinas de sensibilização de gênero com estudantes e enfermeiras, inseri em um curso de Enfermagem, no primeiro período, a disciplina Relações de Poder: gênero, classe e etnia e no terceiro período, no módulo de saúde da mulher, a disciplina de gênero, saúde e sexualidade.

Sensibilizada para as questões que emergiram no mestrado e já trabalhando com as temáticas na formação, passei a centrar o olhar para os campos de prática. Foi possível constatar, nos serviços de saúde, um descompasso entre os programas de promoção da saúde, desde o acolhimento das mulheres usuárias até as maneiras de abordagem das profissionais enfermeiras. Essas constatações foram obtidas mediante os resultados de pesquisas sobre sexualidade feminina e climatério; sexualidade e gênero; vulnerabilidade feminina e sexualidade de adolescentes além de atividades de extensão.

As práticas desenvolvidas nos serviços de saúde indicavam a manutenção do modelo biomédico centrado nas questões biológicas do ciclo reprodutivo em detrimento daquelas que privilegiam a perspectiva dos direitos reprodutivos, apresentando-se muito distante especialmente de uma abordagem que se aproximasse dos direitos sexuais. Consideramos que compreender a sexualidade nessa perspectiva que a vincula, fundamentalmente, aos direitos humanos, solicita que enfermeiras relacionem-se com essa dimensão das vivências humanas

de modo não estereotipado, valorizando-a como espaço de possibilidades libertadoras e de **empoderamento** feminino.

Todavia, tanto nas escolas formadoras de profissionais como nas redes de atenção à saúde, o enfoque e o atendimento às mulheres parecem estar ainda pautados pelo modelo tradicional de saúde da mulher, extremamente instrumentalizado e normativo. A realidade observada mostra as dificuldades de uma abordagem crítica sobre o lugar social que as mulheres ocupam. Tal observação apontou dificuldades no uso da própria palavra ‘sexualidade’ pelas enfermeiras. Muitas vezes elas se afastam da questão, envolvendo-a em um discurso biologicista o qual não permite uma escuta sensível em torno de um assunto que se apresenta ainda hoje como um tabu, algo muito velado e, de certa maneira, ainda proibido.

Em protocolo de consulta de enfermagem realizada durante a prevenção do câncer cérvico-uterino (PCCU), há um único item que se aproxima do tema, a partir de três questões para serem respondidas com um sim ou um não: se as mulheres têm libido, orgasmo e o número de parceiros. Essas perguntas aparecem entre as tradicionais indagações gineco-obstétricas, ou seja, há uma adição de perguntas as quais remetem à intimidade das mulheres de maneira inadequada, uma vez que não há uma atmosfera apropriada para tratar de assunto de tal complexidade: invade a intimidade de maneira brusca, entre perguntas que remetem mais a quantificações do que situações vivenciais subjetivas. Essa postura evidencia a manutenção do inquérito, ao invés da manifestação espontânea das necessidades e isso implica em relações desiguais de poder entre profissionais e usuário(a)s.

Parece que a perspectiva colocada até então se relaciona ao fato de que o(a)s usuário(a)s não identificam ou expressam necessidades em torno da saúde sexual, buscando muito mais resoluções voltadas para as demandas que envolvem as doenças. Também o(a)s profissionais de saúde escamoteiam as indagações voltadas para a sexualidade, mantendo o foco no resultado de exames, dosagens hormonais, enfim, preocupam-se sobremaneira com os aspectos biológicos em detrimento de uma visão mais ampla acerca da questão (MANDÚ, 2005).

Estudo de Lúcia Beatriz Ressel e Dulce Maria Rosa Gualda (2002, p. 76) apontam nessa direção ao afirmarem que:

Na enfermagem, um sinal de que a sexualidade é tratada como um tabu é a própria carência de estudos, de discussões e de reflexões realizadas em nível acadêmico e na própria prática profissional, além do que, quando viabilizadas, aparecem numa perspectiva patologizante limitada ao coito, ao ato sexual como fonte de risco e não de prazer.

Tal situação apresenta-se como problemática se pensarmos a sexualidade como eixo articulador das relações de poder que se materializam por meio de diferentes formas discursivas e especialmente se indagarmos a partir do dispositivo da sexualidade. Michel Foucault, em entrevista concedida a Alain Grosrichard, ao ser interrogado sobre o tipo de objeto histórico denominado **dispositivo** ele responde dizendo que

Através deste termo tento demarcar, em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (FOUCAULT, 2004, p.244).

Se existe toda essa heterogeneidade de possibilidades na formação da rede articuladora do dispositivo, poderíamos indagar de que maneira a sexualidade se materializa permitindo tais articulações. Também se faz necessário perguntar de que modo poderíamos problematizar e analisar o seu impacto no campo da enfermagem e das suas relações com o cuidado como prática social. Para nos aproximarmos de respostas a essas indagações, precisamos compreender que,

Se a sexualidade se constituiu como domínio a conhecer, foi a partir de relações de poder que a instituíram como objeto possível; e em troca, se o poder pode tomá-la como alvo, foi porque se tornou possível investir sobre ela através de técnicas de saber e de procedimentos discursivos. Entre técnicas de saber e estratégias de poder, nenhuma exterioridade; mesmo que cada uma tenha seu papel específico e que se articulem entre si a partir de suas diferenças. Partir-se-á, portanto, do que se poderia chamar de ‘focos locais’ de poder-saber ... (FOUCAULT, 1997, p. 93-94).

Esses focos locais traduzem-se pelas instituições mediante todo um aparato de produção de **poder saber** cria uma rede de vigilância, investigação, controle e produção discursiva que se materializa nos e/ou através dos corpos. Na enfermagem, poderíamos identificar dois pólos na formação das enfermeiras: o primeiro, sustentado pela disciplina “que fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos dóceis” (FOUCAULT, 1984, p.127) e o segundo, marcado pelo ciclo da interdição da sexualidade que determina:

não te aproximes, não toques, não consumas, não tenhas prazer, não fales, não apareças; em última instância não existirás, a não ser na sombra e no segredo. ... Tua existência só será mantida à custa de tua anulação. O poder

oprime o sexo exclusivamente através de uma interdição que joga com a alternativa entre duas inexistências (FOUCAULT, 1997, p. 81).

Alguns estudos na enfermagem têm demonstrado de que maneira a interdição da sexualidade está presente nas constituições identitárias de enfermeiras como é o caso do estudo de Vera Regina S. Sobral (1995, p. 108) ao afirmar que

agente de um poder-saber, a enfermeira suscita, sente e cala desejos. No lugar histórico da constituição da enfermagem como um discurso teórico prático só há o silêncio. No momento presente quem lê, faz e refaz o discurso da enfermagem também brinda esse tema com o silêncio. Silêncio que denega a sexualidade calando o que é erótico.

Resultados de pesquisa realizada por Nêbia Maria A. Figueiredo e Vilma de Carvalho (1999, p. 59- 60), em que foram investigadas representações de enfermeiras sobre seu próprio corpo, permitiram às autoras a seguinte afirmação:

Depois de tanto pensar e examinar as representações, não me pareceu difícil aceitar que o sexo ainda seja um tabu para a maioria das enfermeiras. Afinal, a enfermeira é representada pela sociedade e se aceita como um anjo assexuado. ... as enfermeiras, ao omitirem (talvez inconscientemente) a lembrança da própria sexualidade – lembrança preciosa de si mesma – podem, com isso, não resolver seus conflitos e nem os problemas dos seus clientes, em que pese a relevância do assunto como tal.

Poderíamos indagar se a própria constituição desse poder-saber na Enfermagem não está diretamente ligado à subjetivação pela sexualidade. Essa subjetivação estaria dentro do contexto do cuidado de si na perspectiva analítica de Foucault (1985). Neste, há o aprofundamento de uma ética mais austera voltada para si que já estava presente na Grécia clássica e toma novos contornos principalmente pelo acirramento da pastoral cristã em torno dos assuntos do sexo. O cuidado de si vai desdobrar-se nas **práticas de si** e na **constituição de si** fundamentais na constituição do sujeito. Essa genealogia da subjetividade moderna tem suas origens nas práticas gregas que dão caráter ético às condutas sexuais dentro do regime dos prazeres; passa pela concupiscência pelo pecado da carne, chegando aos nossos dias, marcada pelos discursos científicos da medicina, da psicanálise e da pedagogia (FOUCAULT, 1985).

Precisamos, no entanto, fazer um recorte em relação à perspectiva foucaultiana do cuidado de si e da análise da sexualidade. Embora muitos estudos feministas venham

utilizando Foucault em suas análises, é preciso nos atentarmos, como apontam Martha Narvaz e Henrique Caetano Nardi, para o fato de que

além da crítica feminista a Foucault em sua omissão da questão de gênero na construção histórica da sexualidade e da subjetividade, o uso de formas masculinas de práticas eróticas como modelo generalizante a partir da sexualidade antiga igualmente tem sido alvo das problematizações feministas. (NARVAZ; NARDI, 2007, p. 54).

Assim é possível supor que as práticas de si, discutidas e analisadas por Foucault, se tomadas por um viés feminista, podem estar sempre entrelaçadas com a educação de mulheres, a partir da subjetivação pela sexualidade, calcada nos construtos do que vem a ser denominado de feminilidade. Essa perspectiva materializa-se na formação das enfermeiras, muitas vezes de maneira velada, irradiando-se no cuidado enquanto prática social. Há uma postura de interdição do corpo, do erótico e da sexualidade reproduzida no campo das práticas do cuidado. Tal situação está imbricada no dispositivo da sexualidade, que favorece as desigualdades de poder, sustentadas pelas assimetrias de gênero, nas instituições de saúde.

A interdição da sexualidade na formação das enfermeiras vem se reproduzindo, ao longo do tempo, mantidas as devidas diferenças histórico-culturais. Isso eu vivenciei, na minha formação como enfermeira, nos anos 1970 e constatei na realização da pesquisa do mestrado, em relação à abordagem das parteiras que atuavam desde os anos de 1940; das enfermeiras obstetras que trabalhavam no início do século XXI, e observo, nos discursos de jovens enfermeiras que se formaram recentemente. Sobral (1995, p.106) diz que “as interdições da sexualidade não são demarcadas pelo tempo cronológico, embora ao longo das décadas, seja possível perceber uma necessidade de adequação dos rituais de neutralização de corpos erotizados”.

Até o final dos anos 1970, tínhamos um número pequeno de escolas de enfermagem no Brasil, quase todas orientadas pelo modelo **nighintigaleano** que era marcado por uma forte interdição da sexualidade na formação das estudantes, majoritariamente mulheres. Nesse período, apesar dos bons ventos da revolução sexual e do movimento feminista encontrávamos sob um regime de ditadura que impedia uma formação cidadã nas Universidades, e os cursos de enfermagem parecem ter se adequado bem ao modelo imposto pelo regime militar. Mantinha o modelo de disciplinarização fundante da Enfermagem Moderna que normatizava os corpos das futuras enfermeiras. Essa normatização parecia adequada e pouco questionada porque a escolha da profissão estava bastante ligada à vocação, a um modelo de mulher que se dedicava ao cuidado com abnegação, desvelo e subserviência.

As décadas de 1980 e 1990 marcaram novos rumos para a enfermagem brasileira e será especialmente sobre esse período que se concentrará esta pesquisa, uma vez que as enfermeiras entrevistadas concluíram seus cursos de graduação entre dezembro de 1979 e outubro de 2002.

Colocadas todas essas questões, decidimos por uma pesquisa cujo objeto é a sexualidade feminina na interseção com o cuidado como prática social das enfermeiras.

Partimos do pressuposto de que:

A subjetivação pela sexualidade, orientada por ideologias de gênero na infância e na adolescência, mantém estreita relação com os discursos dominantes que interditam a sexualidade e atravessam a construção da identidade profissional de enfermeiras. A reprodução desse modelo dificulta as práticas de cuidado na interface com a sexualidade, o que faz com que as permanências se sobreponham às mudanças na formação e na prática de enfermeiras de diferentes gerações.

Diante de tal pressuposto, perguntamos:

De que maneira a subjetivação pela sexualidade incorporada pelas enfermeiras tem contribuído para promover rupturas ou favorecer continuidades da interdição da sexualidade nas práticas do cuidado, levando-se em consideração o discurso daquelas que se constituíram como mulheres e enfermeiras em períodos de importantes mudanças sociais?

Para responder a essa questão, o estudo tem como objetivos:

- Conhecer, por meio dos discursos de enfermeiras, aspectos do processo da subjetivação pela sexualidade, ao longo da construção identitária como mulheres e como enfermeiras e sua relação com as práticas de cuidado;
- Analisar a interseção entre a sexualidade e o cuidado de enfermagem enquanto prática social;
- Identificar rupturas e/ou permanências na interdição da sexualidade nas concepções sobre a prática do cuidado de enfermeiras de diferentes gerações.

A relevância do estudo está implícita ao longo da contextualização feita até a construção dos pressupostos, problema e objetivos. No entanto, reforço a importância desta pesquisa pela lacuna encontrada do ponto de vista da produção teórica. Em consulta sobre o estado da arte dos estudos sobre sexualidade, foi possível perceber que, embora a sexualidade comece a ocupar espaço nas produções científicas da enfermagem brasileira, pouquíssimas pesquisas problematizam a formação identitária das enfermeiras e sua relação com o cuidado.

Pesquisa realizada nas revistas **Latino-americana de Enfermagem** e **Revista Brasileira de Enfermagem** entre 1998 e 2007¹, sobre as publicações que traziam a sexualidade como objeto de estudo, entre outras questões, apontou a necessidade de que a sexualidade seja uma abordagem efetiva na formação profissional. Entretanto, o pequeno número de artigos publicados na área de sexualidade e/ou perfil socioprofissional reforçam a lacuna que autora(s) estão apontando, em relação à ausência de estudos de sexualidade na formação de enfermeira(o)s.

Em uma busca realizada na base de dados de teses e dissertações da Associação Brasileira de Enfermagem/ABEn, no período entre 2005 e 2009, dos 2.367 trabalhos concluídos em programas de pós-graduação em enfermagem de universidades públicas brasileiras, apenas 47 trouxeram a palavra sexualidade no título ou resumo, representando 1,98% de toda a produção científica catalogada nesse banco de dados, no referido período. Nenhum desses trabalhos aborda a interface sexualidade e cuidado na formação das enfermeiras.

A tese que apresenta contribuições quanto às permanências de alguns estereótipos em relação às constituições identitárias das enfermeiras, e não consta deste banco de dados, foi defendida em 2005 no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo/ USP, com o título **Cuidados de Enfermagem ao corpo nu: mulheres, repressão sexual e vergonha**. Adailde Miranda da Silva Carvalho, ao desenvolver o estudo com enfermeiras, pacientes e estudantes de enfermagem, apontou que em relação às alunas:

... são várias as queixas sobre a condução do curso de Enfermagem no que diz respeito ao preparo delas para lidarem com o corpo do outro. Elas dizem que o curso não as prepara e apontam algumas razões para isso: o uso de metodologias acríticas, **repressão da sexualidade**, avaliação utilizada como medida disciplinar e curso voltado para atender ao modelo assistencial de saúde, biomédico-curativista (CARVALHO, 2005, s/p, grifo nosso).

¹ Esta pesquisa deu origem ao artigo “Enfermagem e sexualidade: revisão integrativa de artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem e na Revista Brasileira de Enfermagem” aprovado para publicação na Rlae.

Salientamos, a partir da conjuntura apresentada, a importância da realização de estudos dessa natureza para a enfermagem brasileira. Acreditamos que os resultados obtidos por esta pesquisa poderão instigar novas pesquisas e fomentar a criação de tecnologias educacionais que privilegiem novas formas de lidar com o corpo e a sexualidade do(a) **outro(a)**.

Destarte, convidamos o(a) leitor(a) a re-fazer e compartilhar conosco, mediante a leitura dos próximos capítulos dessa tese, da trajetória percorrida e dos resultados obtidos com esse estudo.

O capítulo 2- **Múltiplos fios: perspectivas teóricas** apresenta a fundamentação teórica de sustentação desta tese, articulando a interface entre sexualidade e gênero; a interseção entre cuidado e sexualidade dentro do contexto da História da Enfermagem; a Epistemologia Feminista, do Ponto de Vista e a Análise do Discurso Crítica (ADC).

O capítulo 3- **A trama articulada: caminhos percorridos** mapeia o percurso teórico-metodológico que possibilitou encontrar as respostas para o problema do estudo; alcançar os objetivos propostos e, especialmente, a produção dos dados empíricos que permitiram refletir criticamente acerca dos resultados que levaram à confirmação do pressuposto da pesquisa.

Os capítulos 4, 5 e 6 apresentam a análise das categorias centrais que emergiram dos discursos produzidos por meio das entrevistas realizadas com as enfermeiras. O capítulo 4 **Ideologias de gênero e sexualidade: a interface entre a educação familiar e a formação profissional das enfermeiras** analisa, à luz da categoria gênero, as construções identitárias engendradas durante a infância e adolescência e a sua relação com a formação de enfermeiras. O capítulo 5 **O cuidado na interface com a sexualidade: uma dimensão interdita durante o processo ensino/aprendizagem de enfermeiras** resgata historicamente a formação de enfermeiras, revelando a permanência da interdição da sexualidade na interface com o cuidado. Nesse capítulo, além das entrevistas trazemos a análise de documentos como Projetos Políticos Pedagógicos. Em, **Cuidado, sexualidade e corpo na prática profissional das enfermeiras: interdição e desafios à superação**, capítulo 6, mapeamos a experiência profissional das enfermeiras em relação à sexualidade, corpo e cuidado nas diferentes áreas de atuação mencionadas durante as entrevistas.

E finalmente, em **O Fio Estendido: trilhas possíveis e a tessitura de novos recomeços**, além de discutir as possibilidades e limites da tese e trazer alguns conceitos chave elaborados pela pesquisadora, apresentamos um **olhar para trás** sobre as nuances vislumbradas pela análise do contexto da pesquisa. Além disso, retomo a minha localização como pesquisadora e defendo **um olhar e prática feminista** para que a interseção entre

cuidado e sexualidade possa ser rompida e, com ela, a interdição da sexualidade que ainda está presente na Enfermagem.

2 MÚLTIPLOS FIOS: PERSPECTIVAS TEÓRICAS

2.1 Subjetivação, sexualidade e gênero: buscando aproximações entre cuidado e sexualidade feminina

2.1.1 Mapeando aspectos da história da sexualidade

*Agradar (aos homens), ser-lhes úteis,
fazer-se amar e honrar por eles,
criá-los quando jovens, cuidar deles quando adultos,
aconselhá-los, consolá-los,
tornar-lhes a vida agradável e doce,
tais são os deveres das mulheres em todas as épocas,
e o que se lhes deve ensinar desde crianças.*

Rousseau, dirigindo-se a Sofia que ele destina a Emílio (Livro V, 1995, p.441)

Parece que as prescrições acerca do papel das mulheres em relação aos homens tem sido uma constante, identificada desde o pensamento dos filósofos às explicações de pedagogos e médicos. Ao longo dos milênios, as representações do feminino têm sido apresentadas pelos olhares masculinos desde as artes à história. Da mesma forma que tais representações e suas mutações se apresentaram no transcorrer da história, também o interesse pelos estudos sobre as diferenças sexuais, desde os gregos, tem sido um campo sobre o qual se debruçam historiadoras(e)s a partir dos estudos da história das mulheres (Duby; Perrot, 1990). Sustentados pelo gênero como categoria analítica, tais estudos têm permitido vislumbrar as relações entre homens e mulheres produzidas e reproduzidas pelas assimetrias de poder, especialmente no campo da sexualidade.

Estudos sobre sexualidades na Grécia Clássica e Roma Antiga parecem indicar como as desigualdades de gênero, marcadas por assimetrias como ativo (masculino) passivo (feminino) estão presentes inclusive nas leis que regiam o comportamento dos cidadãos. Paul Veyne (1985, p. 43), ao escrever sobre a homossexualidade em Roma, diz que

... a pretensa repressão legal da homossexualidade visava na verdade impedir que um cidadão fosse penetrado como um escravo. A lei Scantinia, que data do ano 149 antes da nossa era, é confirmada pela verdadeira legislação sobre a matéria, que é da época de Augusto: protege o adolescente livre da mesma maneira que a virgem nascida livre. O sexo, como se vê, não faz diferença nesse caso. O que conta é não ser escravo, não ser passivo. O legislador não pensa absolutamente impedir a homofilia. Quer somente proteger o jovem cidadão das investidas ativas.

Brian Arkins, em sua obra **Sexualidade em Atenas no século V** nos diz que a sexualidade em Atenas era a do homem adulto livre, cidadão. Era o exercício da sexualidade sem o concurso do parceiro ou parceira: satisfazia os desejos do homem. Estava imbricada na ordem social sustentando desigualdades de poder marcadas pela hierarquia, em que as desigualdades de gênero podem ser percebidas uma vez que

A sexualidade no século V a.C. em Atenas também era socialmente construída. Aqui o ponto básico é que a sexualidade humana em Atenas foi organizada para ir de encontro às necessidades do cidadão adulto homem, cujo corpo era o foco de todo o poder no Estado. Todos os outros seres humanos – todas as mulheres, todos os escravos, todos os estrangeiros, e a aristocracia de meninos adolescentes – existiam sexualmente em relação ao cidadão adulto homem e existiam para sua gratificação sexual (ARKINS, 1994, p.3).

A Idade Média foi marcada pelo pessimismo sexual e pela misoginia da Igreja Católica. O pessimismo sexual não teve as suas origens no Catolicismo como acreditam alguns. Ao contrário, suas origens remontam ao Estoicismo que durou de 300 a.C. a 250 d.C. Os estóicos, nos dois primeiros séculos do Cristianismo rejeitaram a busca do prazer. O gnosticismo contribuiu fortemente para o enraizamento do pessimismo sexual porque se apresentou como “um protesto veemente contra a idéia de que a vida era boa. É governado por um pessimismo profundo, que se contrapõe à cosmovisão da antiguidade” (HEINEMANN, 1999, p. 27).

A associação da mulher a todos os males advindos do desejo e da sexualidade vai, paulatinamente, ganhando espaço durante a Idade Média. Segundo a teóloga alemã Uta Ranke Heinemann (1999, p. 47) os ensinamentos de Jesus “revogam o privilegiado conceito masculino de adultério, também revoga a poligamia, que os judeus julgavam ter sido outorgada por Deus, e a maneira de Jesus ler a história da criação destrói toda a posição patriarcal”. No entanto, a institucionalização da Igreja Católica Romana vai desconstruindo os postulados de Jesus ao longo da Idade Média na medida em que resgata os fundamentos patriarcais. Aos poucos, ela vai aumentando os discursos sobre os pecados da carne e “hoje como no passado, os principais pecados da humanidade se situam nos quartos de dormir e não, por exemplo, nos campos de batalha” (HEINEMANN, 1999, p. 47).

Essa visão atravessa os séculos e a associação do sexo ao pecado ainda é um fato, traduzido pelas encíclicas e bulas Papais que condenam desde o sexo antes do casamento, passando pela homossexualidade e o lesbianismo, até o uso de contraceptivos. Mais uma vez,

Heinemann (1999, p. 148) sintetiza muito bem esta situação ao afirmar que “somando tudo, considerando a repressão, a difamação e a demonização das mulheres, toda a história da igreja faz parte de um longo, arbitrário e bitolado despotismo masculino sobre o sexo feminino”.

Estudioso(a)s de vários campos do conhecimento trazem inúmeros questionamentos para o termo **sexualidade** que aparece em estudos a partir do século XIX, sendo referência e ocupando lugar privilegiado a partir da psicanálise inaugurada por Freud até os estudos transdisciplinares da atualidade. Giddens (1992), afirma que, para Foucault, apesar do termo já existir em “jargões técnicos” da Biologia e da Zoologia desde 1800, foi somente no final do século XIX que o significado do termo **sexualidade** aproxima-se do conceito que temos na contemporaneidade. Segundo Michel Bozón (2004, p. 17),

O recalcamento progressivo das funções corporais e das emoções no decorrer do processo civilizatório, o aumento da reserva e da distância entre os corpos e o aparecimento de uma esfera íntima protegida e apoiada em fortes relações interpessoais juntaram-se a uma vontade de saber e a um desejo de interpretar os movimentos secretos do corpo, de que é testemunho no século XIX, do próprio termo sexualidade e das primeiras disciplinas que a tiveram como objeto, rompendo com a antiga retórica religiosa da carne.

Embora teoricamente tenha acontecido, no limiar do século XX, um rompimento em relação à concupiscência da carne, determinada pela retórica religiosa, permaneceu um tema carregado por interdições morais. Juntou-se às práticas de cunho religioso o discurso médico que instaura relações de poder que se materializam pelos discursos sobre o sexo, numa pretensão de chegar à verdade determinando posturas e intervenções ao longo da vida dos sujeitos. Foucault (1997, p. 66) afirma que:

... em ruptura com as tradições **da ars erótica**, nossa sociedade constituiu uma **scientia sexualis**. Mais precisamente, atribuiu-se a tarefa de produzir discursos verdadeiros sobre o sexo, e isto tentando ajustar, não sem dificuldade, o antigo procedimento da confissão às regras do discurso científico.

Assim, ele afirma que, apesar de paradoxal, as ciências que desenvolveram os estudos da sexualidade trazem o ritual da confissão considerado por ele a primeira técnica para produzir a verdade sobre o sexo, para as relações familiares e disciplinas como a Medicina, Psicologia e a Pedagogia. Há uma passagem dos ritos da confissão para os métodos de escuta clínica. Portanto, para ele,

... a sexualidade é o correlato dessa prática discursiva desenvolvida lentamente, que é a **scientia sexualis**. As características fundamentais dessa sexualidade não traduzem uma representação mais ou menos confundida pela ideologia, ou um desconhecimento induzido pelas interdições; correspondem às exigências funcionais do discurso que deve produzir sua verdade. No ponto de intersecção entre uma técnica de confissão e uma discursividade científica ... a sexualidade foi definida como sendo, ‘por natureza’ um domínio penetrável por processos patológicos, solicitando, portanto, intervenções terapêuticas ou de normalização ... (FOUCAULT, 1997, p.67).

Desse modo, ao discurso religioso juntou-se, a partir do século XIX, a ciência médica e seu discurso de cerceamento da sexualidade feminina afirmando que, “as mulheres só poderiam atingir uma vida saudável se estivessem sexualmente ligadas em matrimônio com fins reprodutivos” (VIEIRA, 2002, p.26). Essa perspectiva coloca todas as práticas sexuais fora do padrão proposto, ou seja, do casamento, na condição de doença (histeria) passível de intervenção médica. Importante observar que o exercício da sexualidade masculina permanece sem muitas interdições como forma de reiterar a postura dominante do varão.

A medicalização do corpo feminino, de certa maneira, reforça o papel da Igreja como norteadora de comportamentos sociais aceitáveis e o poder médico interfere, buscando normatizar a própria noção e padrão de família no Brasil do século XIX. No livro **Uma ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**, Fabíola Rohden (2001, p. 69) argumenta:

Pode-se sugerir que no século XIX a regulação da sexualidade passa a ser feita prioritariamente pelos médicos, esses novos agentes do saber e do julgamento moral. Com a sua intervenção tenta-se gerenciar a libertinagem dos senhores, chamando-os a assumir com responsabilidades inéditas o novo ideal de cidadão higiênico e controlado. Mas, é acima de tudo na figura da mulher, que se concentrarão as investidas médicas. É na regulação de seus desejos, no protótipo da mulher ideal, pura, casta e civilizada, de acordo com os novos padrões, que se concentram as expectativas.

Essa regulação do corpo e do comportamento feminino vai repercutir na vida das mulheres, tanto na esfera privada como na esfera pública. Marca decisivamente as diferenças entre os sexos, estabelecendo um discurso sobre a fragilidade feminina, determinada pela natureza, tornando-a frágil e sempre dependente e submissa aos homens. Assim, o seu destino deve ser o casamento e o cuidado e a educação dos filhos, dentro de um lar harmonioso. Sua sexualidade é cerceada limitando-se ao sexo no casamento visando à reprodução. As desviantes são consideradas doentes, histéricas, passíveis de todas as intervenções médicas

necessárias à sua normalização. Exacerbam-se as desigualdades de poder entre os homens e as mulheres marcadas pelas assimetrias de gênero.

Nesse ponto, podemos concentrar nossos esforços para perguntar: quem eram os sujeitos autorizados a falar sobre a sexualidade no século XIX? O que mudou no século XX? Afinal, qual a relação entre sexo, sexualidade e gênero? A partir dessas indagações, tentaremos situar a aproximação entre sexualidade e gênero na próxima seção.

2.1.2 As interfaces entre sexualidade e gênero

Muito(a)s estudioso(a)s têm apontado que, nas últimas décadas do século XX, feministas buscam discutir a especificidade e a diferença entre sexualidade e gênero e, simultaneamente, apontam a estreita relação entre tais conceitos. Assim, precisamos retomar os conceitos de gênero para pensarmos a perspectiva da sexualidade.

No Brasil, a partir dos anos oitenta, houve um aumento significativo dos estudos de gênero, cuja expansão nos meios acadêmicos se deu ao longo da década de 1990. Esse termo, em sua utilização atual, está intrinsecamente articulado aos estudos sobre as mulheres, e às lutas feministas que alcançaram seu apogeu nas décadas de sessenta e setenta do século XX, especialmente nos países desenvolvidos da Europa e da América do Norte. Joan Scott diz que

... o termo ‘gênero’ parece ter feito sua aparição inicial entre as feministas americanas, que queriam enfatizar o caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo. A palavra indica uma rejeição do determinismo biológico implícito no uso de termos como ‘sexo’ ou ‘diferença Sexual’ (SCOTT, 1990, p.72).

Nessa perspectiva, optou-se inclusive pela utilização, em muitos meios acadêmicos, do uso do termo **papéis de gênero** e não mais **papéis sexuais**, sendo que, na atualidade, o termo mais usado é o de **relações de gênero**. Importante ressaltar que não se trata de mera substituição linguística e sim o que tais termos podem representar, do ponto de vista do significado teórico e de alcance social. Com o aprofundamento acerca das discussões sobre direitos humanos e, conseqüentemente, com uma visibilidade mais acentuada sobre as questões das minorias, (principalmente os movimentos gay e lésbico) incorporou-se aos estudos de gênero as pesquisas sobre identidades homoeróticas, além de estudos sobre a construção de masculinidades. Míriam Pilar Grossi (1999) afirma que, a partir dos “estudos de gênero”, vislumbram-se três grandes áreas de abordagem, que ela denomina de: estudos sobre

as mulheres; o aspecto relacional entre mulheres e homens no contexto social, e a terceira, os estudos sobre constituições de masculinidades.

Fazendo um resgate temporal acerca dos estudos feministas, Cecília Maria Bacelar Sardenberg e Ana Alice Alcântara Costa (2002) afirmam que, se nos campos disciplinares até meados dos anos 1980, os estudos de gênero se concentravam na História e nas Ciências Sociais, a partir desse período, ampliou-se para áreas como a História e a Filosofia da Ciência, Psicologia e a Teoria Literária. Analisando essa fase, as autoras vão afirmar que “... uma das mais significativas mudanças verificadas no período em apreço – talvez mesmo a mais significativa – diz respeito ao deslocamento de ênfase nas reflexões: dos **estudos sobre mulher /mulheres** para a problemática das **relações de gênero**” (SARDENBERG; COSTA, 2002, p.12).

Entretanto, não existe uma linha de pensamento fechada sobre as questões que ainda hoje pairam sobre as desigualdades de poder, desencadeadas pelas hierarquias e assimetrias de gênero. Podemos dizer que, de um lado, estão as feministas e as estudiosas francesas, defendendo que a permanência das desigualdades de poder de gênero estão marcadas, fundamentalmente, pela divisão sexual do trabalho e, por outro lado, as feministas norte-americanas argumentando que a sexualidade tem desempenhado, historicamente, papel importante nas relações desiguais de poder entre os gêneros.

A linha da divisão sexual do trabalho busca identificar uma articulação mais efetiva entre classe e gênero. Nessa perspectiva, Helena Hirata (2002, p. 276/277), discutindo feminismos e opressão/dominação de sexo, afirma que as “relações de classe ou relações de sexo, antagonismos de classe ou antagonismos de sexo, tudo se passava como se a importância dada a uma dessas relações implicasse deixar a outra no plano secundário”. Segundo a autora, Danielle Kergoat (1998) fez nova recontextualização dessas duas relações sociais “em termos de ‘coextensividade’, ou seja, em termos de uma sobreposição parcial de uma pela outra”. Partindo dessa ideia,

... a exploração por meio do trabalho assalariado e a opressão do masculino sobre o feminino são indissociáveis, sendo a esfera de exploração econômica – ou das relações de classe – aquela em que, simultaneamente, é exercido o poder dos homens sobre as mulheres. A preeminência do econômico, que fez da força de trabalho um conceito chave na análise marxista clássica das relações de dominação, cede lugar ao conceito de ‘sujeito sexuado’, inserido em uma rede de relações intersubjetivas (HIRATA, 2002, p. 277).

A linha de pensamento que se detém sobre a sexualidade como elemento articulador das desigualdades concentra-se no movimento feminista norte-americano, e sugere que é preciso um olhar e análise atentos às políticas sexuais. Segundo Scott (1990, p57),

A exploração da sexualidade, que foi mais longe entre as feministas marxistas americanas, encontra-se no **Powers of Disere**, um volume de ensaios publicado em 1983. Influenciadas, por um lado, pela atenção crescente dada à sexualidade por militantes e pesquisadores, por outro, pela insistência do filósofo francês Michel Foucault de que a sexualidade é produzida em contextos históricos; e por fim, pela convicção de que a ‘revolução sexual’ contemporânea exige uma análise séria, as autoras centraram suas interrogações sobre a ‘política sexual’.

Donna Haraway em **Gênero para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra** informa que, em outro desenvolvimento teórico, devido ao marxismo, embora crítico dele e da linguagem de gênero, Catherine MacKinnon enfatiza que

a sexualidade é para o feminismo o que o trabalho é para o marxismo: o que é mais próprio de cada um e o que mais se tira de cada um... A sexualidade é este processo social que cria, organiza, expressa e direciona o desejo, criando os seres sociais que conhecemos como homens e mulheres, do mesmo modo como suas relações criam a sociedade... Assim como a expropriação organizada do trabalho de alguns para o benefício de outros define uma classe – a dos trabalhadores – a expropriação organizada da sexualidade de alguns para o uso de outros define o sexo, mulher (MACKINNON, *apud* HARAWAY, 2004, p. 231).

Dessa maneira, os estudos sobre sexualidade e gênero tem sido o foco em muitos centros de pesquisa que não dissociam o caráter sócio-cultural da sexualidade e suas implicações nas constituições identitárias de gênero. Algumas estudiosas brasileiras como Maria Luiza Heilborn (2006, p. 35) situam-se nessa perspectiva como mostra a afirmação a seguir:

A sexualidade vem sendo compreendida como produto de diferentes cenários, e não apenas como derivada do funcionamento bio-psíquico dos sujeitos. A ênfase sobre cenários socioculturais alude à premissa de que, se há características distintas entre homens e mulheres no tocante à vida sexual e na interface desta com a esfera reprodutiva, elas devem-se a uma combinação de fenômenos que reverberam nos corpos como efeito de processos complexos de socialização dos gêneros. Desse modo há estreito e inescapável imbricamento entre sexualidade e gênero.

Guacira Louro (2008) em **Gênero e Sexualidade- as múltiplas “verdades” da contemporaneidade**, afirma que inúmeras estudiosas(o)s que se debruçam sobre a problemática das relações de gênero e sexualidade argumentam sobre a dificuldade de pensar a sexualidade como construção social. Essa dificuldade parece existir especialmente quando se acredita que a natureza e a biologia estejam situadas fora da cultura, como se fosse um dado à parte, onde está situado o sexo, particularmente marcado pela diferença sexual, e a sexualidade.

Para podermos vislumbrar o caráter de construção social da sexualidade, é preciso concentrar nosso olhar sobre quais pessoas, por que e de que maneira, em um dado momento histórico, estão **autorizadas** a falar sobre a sexualidade. No século XIX, alvorecer da sexualidade como disciplina, estavam autorizados os sexólogos e os médicos, que falavam a partir de uma cultura e visão masculina e branca com **autoridade** garantida, especialmente pelo discurso científico, para estabelecer padrões de condutas e exercício da sexualidade desejáveis. Foi no século XIX que o termo homossexualidade também fez sua estréia, e as práticas homoeróticas, presentes em culturas antecessoras, passaram a diferenciar pessoas, isto é, a homossexualidade foi entendida como uma identidade que amplia a perspectiva da **diferença** individual para determinar diferenças políticas e sociais.

Essa perspectiva **masculinizante** da sexualidade adentra o século XX e, segundo Jeffrey Weeks (2000, p 37), “a sexologia tem sido um elemento importante na codificação do modo como pensamos o corpo e a sexualidade”. Ao analisar publicações do sexólogo Richard von Krafft- Ebing, publicado em 1931 e do inglês Havelock Ellis em 1946, Weeks encontrou definições sobre o sexo como “instinto natural”, e expressões como “força e energia absolutamente avassaladoras” e “o sexo penetra a pessoa inteira” o que o levou a afirmar que

A linguagem da sexualidade parece ser avassaladoramente masculina. A metáfora usada para descrever a sexualidade como uma força incansável parece ser derivada de suposições sobre a experiência sexual masculina. Havelock Ellis não parece estar utilizando o pronome masculino como comumente se faz, para simplesmente descrever uma experiência supostamente universal. Mesmo seu uso da metáfora “penetra” sugere uma devoção incrivelmente inconsciente aos modelos masculinos de sexualidade (WEEKS, 2000, p 38).

Tal posição começou a ser revista e contestada, a partir dos grandes movimentos sociais dos anos de 1960 que reivindicavam voz e visibilidade das minorias historicamente excluídas, especialmente os movimentos de mulheres e movimentos feministas, de gays e lésbicas, o movimento negro, que provocaram novos olhares sobre identidades de gênero, sexualidades raça e etnia, desencadeando o que na atualidade denominamos de políticas

afirmativas. Dessa maneira, concordamos com Louro (2008) quando ela diz que “aproximamos gênero e sexualidade na medida em que assumimos que ambos são construídos culturalmente e, portanto, carregam a historicidade e o caráter provisório das culturas”.

No entanto, é importante salientar que construções identitárias são marcadas por hierarquias e desigualdades de poder determinadas por assimetrias de gênero, na manutenção de estereótipos de masculinidades e feminilidades, que acabam inscrevendo a sexualidade a partir do paradigma patriarcal que, ainda hoje, favorece os padrões da dominação masculina. Um recorte de gênero possibilita um olhar sobre o papel dos homens na definição da sexualidade feminina e como romper com o padrão determinado pela hegemonia masculina. Nessa perspectiva, concordamos com Weeks (2004, p. 40) quando ele afirma que

O gênero não é uma simples categoria analítica; ele é, como as intelectuais feministas têm crescentemente argumentado, uma relação de poder. Assim, padrões de sexualidade feminina são, inescapavelmente, um produto do poder dos homens para definir o que é necessário e desejável — um poder historicamente enraizado. [...] Os padrões de privilégio sexual masculino não foram totalmente rompidos, mas há, agora, abundantes evidências de que tal privilégio não é inevitável nem imutável.

É oportuno salientar que a manutenção do padrão masculino heterossexual na definição da sexualidade extrapola as relações heterossexuais. Wilza Vieira Villela e Margareth Arilha (2003, p. 129) afirmam que, em estudos sobre posições homo, bi ou heterossexual, “a dificuldade na elaboração de uma idéia de sexualidade autônoma em relação ao dimorfismo sexual e à cultura de gênero aparece de modo mais claro nas abordagens sobre a bissexualidade”. As interpretações e olhares sobre a bissexualidade diferem quando se trata de homens e mulheres. Os homens bissexuais são rejeitados tanto pelos homossexuais como pelos heterossexuais. Os primeiros os acusam de não assumirem a homossexualidade não servindo como colaboradores nas causas **gay**, e os heterossexuais os consideram homossexuais, rejeitando-os com toda a carga de preconceitos voltados aos homens homossexuais.

Quanto às mulheres que se relacionam sexualmente com mulheres e também com homens, essas não são consideradas homossexuais “como se a experiência com outras mulheres não fosse uma escolha ou um desejo, e sim uma circunstância” (VILLELA; ARILHA, 2003, p. 132). Esses posicionamentos apontam para as relações desiguais entre os gêneros, porque “a idéia que parece reger essa atribuição distinta de significados à

bissexualidade em homens e em mulheres ainda é a atribuição de superioridade à sexualidade masculina” (VILLELA E ARILHA, 2003, p. 132).

Assim, é preciso ultrapassar o foco sobre as relações heterossexuais ou homoeróticas de qualquer natureza nos **corpos concretos** e investigar as consequências políticas e sociais que tais representações da sexualidade provocam nas instituições. Elas potencializam as relações desiguais que desencadeiam assimetrias de poder que mantêm o **status quo** no favorecimento da manutenção da perspectiva masculina do gênero social. Dagmar Meyer e Rosângela Soares (2004, p.11), ao abordar as formas de produção dos corpos e desigualdades de poder, apontam nessa direção ao afirmarem que entender tais processos

... não significa negar a materialidade do corpo ou dizer que ela não importa, mas mudar o foco das análises que pretendem articular corpo com gênero e sexualidade: do ‘corpo em si’ para os processos e relações que possibilitam que sua biologia passe a funcionar como causa e explicação de diferenciações e posicionamentos sociais.

Assim, a força das relações desiguais de gênero quanto ao exercício da sexualidade, pode ser encontrada para além das desigualdades entre homens e mulheres, apesar de que, historicamente, a construção das assimetrias de poder verticalizadas, sempre atribui ao feminino valores menos reconhecidos socialmente, além de posturas ou disposições sociais que identificam situações de subalternidade como a ideia de passivo-ativo.

Agrava ainda mais a problemática do sexo/sexualidade quando referências aos modos de ser, especialmente das mulheres, passa pelo crivo valorativo e central do lugar e papel do corpo e da sexualidade, na contemporaneidade. Tânia Navarro Swain em seu ensaio intitulado **Entre a vida e a Morte, o Sexo** mostra as angústias vividas pelas mulheres em questionamentos que assombram e, ao mesmo tempo, aparecem como naturais nos dias de hoje: “Será que sou sexy? Quem sou eu, não consigo seduzir, só, não sinto desejo, preciso me tratar, será que morri? Quem sou eu? Não casei, não tenho filhos, não sou mulher? Não tenho pênis, não sou homem, quem sou eu?” (SWAIN, 2008, p. 286).

E o Sexo-Rei² está em todo lugar: faz parte do cotidiano, enreda, des-constrói corpos e subjetividades, tornando-nos “prisoneiras de corpos sexuados, desejando sê-lo talvez,

² A expressão “Sexo-Rei” é usada aqui a partir da crônica “Terror e Miséria do Sexo-Rei” de Jurandir Freire Costa publicada no jornal do Brasil em 1995. Tecendo críticas a uma entrevista com um ator pressionado a declarar sua opção sexual, ele afirma que “perdemos o antigo sentido burguês da individualidade e da intimidade e, no vazio, pusemos identidades sexuais. Pouco importa o que seja o indivíduo, ele tem de ser compulsoriamente ‘qualquer-coisa-sexual’: heterossexual, bissexual, homossexual, transsexual, e o que mais vier a ser inventado. Parece inútil mostrar o primarismo científico das classificações sexuais criadas por meia-dúzia

reivindicando prazeres efêmeros e insatisfatórios” (SWAIN, 2008, p. 289). Aí se encontra o dispositivo da sexualidade identificado por Foucault (1997) que, de fato, trata-se, na realidade, da própria produção da sexualidade. Para ele,

O dispositivo da sexualidade tem como razão de ser não apenas se reproduzir, mas proliferar, inovar, anexar, inventar, penetrar os corpos de maneira cada vez mais detalhada e de controlar as populações de forma cada vez mais global. ... há cerca de 150 anos um dispositivo complexo se instalou para produzir sobre o sexo discursos verdadeiros E é por meio desse dispositivo que pôde aparecer como a verdade do sexo e de seus prazeres algo como a sexualidade (FOUCAULT *apud* SWAIN, 2008, p. 290).

A autora apresenta, nesse ponto, uma análise que aprofunda as interrogações sobre as aproximações entre sexualidade e gênero e os possíveis desdobramentos dessa aproximação para a contemporaneidade em relação às mulheres. Ela diz que “se Foucault identifica nas práticas discursivas a produção daquilo que deveria estar explicitando, a sexualidade” (SWAIN, 2008, p.290), nas formas atuais, através da produção das tecnologias de sexo e tecnologias de gênero, exacerba-se a perspectiva hierárquica do binário masculino/feminino. Essa exacerbação se traduz pela multiplicidade de discursos e produções imagéticas que chegam a nós, todos os dias, de forma maciça, instigando a mais sexo e sexualidade, desviando do que seria íntimo e mais relacional no sentido da emoção, repercutindo nas mais distintas esferas da vida porque

Estes discursos sociais produzem sexo – corpos biológicos – e sexualidade – práticas sexuais – de forma mais densa no binário e na hierarquia, e assim produzem gêneros, diferenças, margens, centros, polaridades, padrões, tipologias e as diferenças assim instituídas trazem as marcas do político, das relações de poder de um patriarcado que ainda não disse suas últimas palavras. (SWAIN, 2008, p. 292).

Essas produções discursivas implicariam nas permanências da naturalização do sexo feminino, ou seja, a continuidade da ideia do destino da mulher como mãe e, do ponto de vista do exercício da sexualidade, na existência dos corpos femininos como objetos de prazer. Essa perspectiva persiste em conceder aos homens o controle sobre o corpo feminino. Com relação a tal situação, Swain (2008, p.292) diz que as pesquisadoras

Christine Delphy, Colette Guillaumin identificam, com pertinência, a ‘classe dos homens’, marca de dominação, ampla coalizão em um sistema histórico e social, o patriarcado, que lhes confere ‘naturalmente’ autoridade, prestígio e a posse das mulheres também enquanto classe, o que a transforma NA MULHER, singular que apaga todas as singularidades

Tal perspectiva colocada nos permite pensar sobre a nossa condição de mulher porque quando, na contemporaneidade, ouvimos dizer que as mulheres conquistaram seu espaço, que nada mais hoje é como antigamente, ou mesmo pesquisas científicas que concluem que a conquista da subjetividade pelas mulheres é um fato que rompe as fronteiras de geração e níveis sociais (TOURAINÉ, 2006) é preciso refletir: De que mulheres falamos, de qual **subjetividade**, de quais lugares, de quais etnias/raças e em quais condições. E, sobretudo, é preciso analisar o que as mulheres têm feito, como têm feito, e quais as consequências destes fazeres analisados à luz das categorias gênero e sexualidade que, como vimos, mantêm sempre uma interface que repercute em todas as instâncias da vida e do trabalho.

2.1.3 Buscando aproximações entre cuidado e sexualidade feminina

Parece que a sexualidade e o cuidado conjugam-se há milênios no feminino. Se voltarmos nosso olhar aos caminhos percorridos pela história e pela Arqueologia, vamos cruzar as fronteiras da pré-história e lá estarão as mulheres representadas em figuras como a Vênus de Willendorf ou, a mais recente descoberta em uma caverna da Alemanha em setembro de 2008, a Vênus de Hohle Fels que, segundo especialistas, é a mais antiga representação do feminino encontrada até hoje, com cerca de 35.000 anos. Esculpida em marfim, com apenas seis centímetros de altura, a figura da Vênus de Hohle Fels é marcada pelo exagerado tamanho dos seios e da vulva, o que tem dividido os cientistas se tal representação estaria mais ligada aos rituais de fertilidade ou se não seria uma espécie de amuleto erótico (O ESTADO DE SÃO PAULO, 2009).

Os rituais de fertilidade estavam fortemente ligados à sobrevivência da espécie e, conseqüentemente, mantinha um elo com as práticas cuidativas. Estudiosas (o)s sobre as origens do cuidado tem sido unânimes em reconhecer que esses rituais representavam condições de manutenção da vida e sobrevivência dos seres humanos. É uma maneira de ligação do ser humano com a natureza e uma forma de ligar-se ao outro de maneira solidária. O cuidado é o **ethos** mais precioso do humanizar-se (WALDOW, 1999; BOFF, 2004; COLLIÈRE, 1999) e está intimamente ligado às necessidades vitais do ser humano. A enfermeira Vera Regina Waldow (1999, p. 22) afirma que:

Os primeiros seres a praticar a medicina foram as mulheres, não porque eram as **enfermeiras** naturais de seus homens e crianças, tampouco porque realizavam partos, mas devido à sua conexão tão próxima com o solo (através da agricultura). Essa experiência deu-lhes conhecimento das plantas, frutos, raízes e sementes, capacitando-as a desenvolver a arte da medicina, distinta da mágica dos religiosos e **shamãs**.

Corroborar com essa linha de pensamento o trabalho da historiadora norte-americana Anne Barstow (1995), em seu livro **Chacina de Feiticeiras**, em que analisa a tortura e morte nas fogueiras da inquisição, de milhares de mulheres, especialmente as parteiras. Para essa autora, dizer que o trabalho dessas mulheres limitava-se apenas a fazer partos, o que as inscrevem na história simplesmente como parteiras, “é enganoso e muito limitado”, uma vez que os papéis que elas desempenhavam, com relação aos fazeres em saúde, eram muito mais amplos, pois eram ginecologistas, farmacêuticas, herboristas e barbeiras, além dos papéis de adivinhas, praticantes de contramagia, enfim, eram **mulheres sábias**, denominadas como **mulheres de virtude** pela enfermeira e pesquisadora francesa Françoise Collière, (1999).

Entretanto, a vertente simbólica representada pela ação dos **shamãs** e dos sacerdotes, inseriu, e vem mantendo no decorrer dos milênios – certamente em contextos históricos temporais distintos e com diferentes interpretações – um fato que interferiu nas práticas do cuidado, perpetuando-se até a contemporaneidade: a necessidade de fazer recuar e deter a morte, como a representação do MAL em oposição ao BEM. Essa perspectiva da luta contra a morte como um embate entre o Bem e o Mal coloca a questão do cuidado sob a influência mágico-religiosa e, na modernidade – especialmente com o advento da medicina científica –, sob o poder médico com o nascimento da clínica. François Laplantine, (1991), em sua obra **Antropologia da doença** afirma que se podem identificar duas vertentes de ligação da doença aos aspectos mais simbólicos que são a **doença maldição** e a **doença punição**. Em relação à **doença maldição** ele afirma que:

A doença é atribuída à onipotência da ‘natureza’ considerada ‘má’, interpretação que encontramos principalmente na explicação contemporânea do câncer bem como no pensamento astrológico e também genético; a doença é a expressão de uma relação distendida entre o indivíduo e a sociedade apreendida como ‘má’ (LAPLANTINE, 1991, p. 228).

Quando se trata da **doença punição**, a lógica vai em direção oposta, no sentido de que o adoecimento é fruto das atitudes contrárias ou negligenciadas em relação às prescrições

médicas ou religiosas. Ele exemplifica o caso da Sífilis e dos casamentos consanguíneos no século XIX, e faz a argumentação dizendo que

... não se trata em absoluto, como anteriormente, de apontar o adversário, mas de designá-lo como sanção que resulta diretamente da transgressão de uma lei. O indivíduo é punido por uma negligência ou por um excesso, mas sempre por um mal comportamento, ... ou seja, por uma falta com relação à ordem social (LAPLANTINE, 1991, p. 228/229).

Nessa linha de raciocínio, podemos incluir, com certeza, a AIDS, que foi vista desde o início como a **peste gay**, e também como doença de quem não se controla sexualmente, de quem é **promíscuo**, termo que traz uma forte conotação de preconceito e ainda é amplamente usado na área de saúde.

A perspectiva do exorcismo do Mal, representado pela doença, pela **anomalia** do corpo, encontra nos poderes conferidos aos **shamã** e, posteriormente, ao padre, a primazia de ser “guardião das tradições, de tudo o que contribui para manter a vida, o padre tem, ao mesmo tempo, o encargo de ser o mediador entre as forças benéficas e as forças maléficas, quer dizer que é designado para interpretar e decidir o que é bom ou o que é mal” (COLLIÈRE, 1999, p. 30).

Para o historiador Jean Delumeau, (1999), a Europa, durante a Idade Média, foi palco da luta simbólica entre o Bem e o Mal. O mal, representado no imaginário da época pelos judeus, heréticos, loucos, feiticeiras e pelas mulheres de um modo geral, que resultou em segregação e desencadeou a intolerância que levou às vias de fato os tribunais da inquisição. Sem esquecer-se do medo do Demônio, representação máxima do Mal, e forte aliado, especialmente das mulheres curandeiras que com ele copulavam e espalhavam sortilégios de todo o tipo em voos noturnos.

Nesse contexto, o padre faz a mediação entre o mundo conhecido, visível, e o desconhecido, metafísico, numa luta entre os desígnios de Deus, marcados pelo Bem e as artimanhas do Demônio, que semeia o Mal, especialmente em fina sintonia com as bruxas e feiticeiras, em um mundo em que a misoginia impera.

Barstow, (1995) analisando esse contexto mediante a leitura do **Malleus maleficarum**, a bíblia dos torturadores da inquisição, afirma que a posição dos padres, de certa maneira desprestigiada em relação às mulheres curandeiras ou parteiras, no contexto social da época, desencadeou o que ela chama de **inveja profissional** por parte dos padres, o que levou à criminalização das ações realizadas pelas parteiras, durante o ato de partejar. Uma luta pelo poder entre padres e as mulheres como podemos ler a seguir:

Tão logo a criança nasce, a parteira, se sua mãe não é ela própria uma feiticeira, carrega-a para fora do cômodo com o pretexto de aquecê-la, levanta-a e a oferece ao Príncipe dos Demônios, que é Lúcifer, e a todos os diabos. E isso é feito perto do fogo da cozinha. O papel da parteira era interpretado como um crime em virtude da inveja profissional: a parteira usurpava o poder do padre da paróquia. Em virtude de sua posição favorecida como curandeira, ela podia pegar a criança primeiro e ‘batizá-la’ em nome do diabo, enquanto o padre corria da reitoria, chegando tarde demais (BARSTOW, 1995, p. 137).

Essa luta de poder se desenrolou em um contexto ideológico que **sexualizava** negativamente o corpo feminino: os inquisidores dispunham de **técnicas** infalíveis de identificação de sinais do sexo impuro realizado entre mulheres e demônios, geralmente presentes na genitália. O recrudescimento do ideário da Igreja Católica da franca separação entre espírito e corpo, fortemente marcado pelo pensamento de Santo Agostinho, coloca o primeiro como a representação da pureza e do crescimento, enquanto o segundo é marcado pelo lugar do impuro e de toda a incorporação das vilanias demoníacas associadas fortemente ao corpo e à sexualidade feminina. Tudo o que se refere à mulher, inclusive a maternidade e até mesmo a amamentação, é encarado com desprezo. A apologia da virgindade e a condenação da sexualidade como impureza, só permitida com finalidade de procriação, é defendida pelos homens mais representativos da doutrina católica:

as posições dos Doutores da Igreja são retomadas e difundidas pelos bispos, abades, padres e clérigos, detentores do pensamento letrado. Instituídas em doutrina, serão as bases das linhas de conduta que regem o casamento, editam os princípios de educação e assim preconizaram novas práticas de criação e de cuidados (COLLIÈRE, 1999, p. 54).

Nesse ponto, chamamos a atenção para dois desdobramentos decorrentes dessa instituição doutrinária que, de certa maneira, estava buscando consolidar o poder da Igreja Católica porque, como veremos na discussão sobre a constituição identitária das enfermeiras, eles serão fundamentais para a institucionalização da enfermagem profissional a partir do século XIX.

O primeiro desdobramento refere-se às mudanças nas concepções da medicina: avessa às experimentações empíricas e centrada no conhecimento espiritualista, a Igreja toma para si os estudos médicos. Assim, a prática médica vai ser exclusiva dos homens da Igreja. Primeiro, os monges que, pela decisão do Concílio de Trento em 1130, serão substituídos pelos padres e clérigos, que vieram compor o grupo de estudantes das escolas e faculdades médicas, instituída a partir de 1220, em Montepelier, França. Nesse período, a medicina se torna

profissão e as escolas médicas abrem espaço para a laicização, embora exigindo uma submissão total às normas da Igreja, incluído aí o celibato que vai ser mantido até 1452. É vedado o ingresso das mulheres e,

inspirando-se diretamente na doutrina da Igreja, onde teve a sua origem, o movimento de profissionalização dos cuidados afirma-se com a emergência da profissão médica que relega, com pertinácia, todo o saber adquirido pelas mulheres de virtude e proclama que qualquer mulher que ouse dispensar cuidados sem ter feito estudos médicos é declarada feiticeira e deve morrer (COLLIÈRE, 1999, p. 55).

Destarte, fica cada vez mais eficiente o embricamento entre o poder do padre e o do médico que facilita sobremaneira o segundo desdobramento provocado pelo recrudescimento da instituição doutrinária da Igreja: a condenação e supressão dos saberes e, conseqüentemente, dos cuidados desenvolvidos pelas mulheres de **virtude** e a exaltação das mulheres **consagradas**³. Essas mulheres consagradas vão estar presentes nas mais diversas ordens femininas, ligadas ao cuidado, até as mais recentes **irmãs de caridade**, que vão mudar substancialmente as formas de cuidado.

O solapamento do saber das mulheres em torno do cuidado se concretiza por meio da caça às bruxas. A Inquisição toma proporções enormes de tortura e extermínio a partir da divulgação da **Bula das Feiticeiras** de 1484, elaborada pelo Papa Inocêncio VIII. Ele também é responsável pela nomeação de dois frades dominicanos alemães Heinrich Kramer e Jacob Sprenger como inquisidores que depois vieram a publicar o mais terrível manual de tortura intitulado **O Martelo das Feiticeiras**.

O livro é o retrato da insanidade dos autores e inquisidores, na maneira de representar a sexualidade na medida em que descreve as sevícias sexuais das bruxas e expõe em minúcias as técnicas de busca dos sinais do demônio, especialmente na genitália feminina (BARSTOW,

³ Nesse estudo os termos “mulheres de virtude” e “mulheres consagradas” são usados a partir das ideias apresentadas no livro de Marie-Françoise Collière “Promover a vida: das práticas das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem” (1999). As “mulheres de virtude” seriam as “mulheres sábias” ou as “médicas do povo”, as *sage-femmes*, que vieram ao longo dos séculos acumulando um saber eminentemente feminino de transmissão oral, em torno das práticas de cuidados ligados à manutenção da vida e os conhecimentos sobre as plantas e seus poderes profiláticos e curativos. Esses cuidados desenvolveram-se em consonância com práticas ritualísticas dos cultos de fertilidade numa perspectiva mais holística sem uma descontinuidade entre as práticas preventivas e as curativas. As “mulheres consagradas” surgem no início do cristianismo onde elas tinham um papel importante nas comunidades cristãs. Simbolizadas por mártires como Lúcia, Fabíola, Inês, elas escolhiam manter a virgindade e a entrega a Cristo, o que para muitas/os estudiosas/os significava uma forma de libertação social uma vez que, por meio desse ato, livravam-se do jugo de pais e maridos. Aos poucos, essa vocação vai se transformando mediante regras cada vez mais rígidas nas maneiras de vestir, portar-se e enclausurar-se que “ao contrário do fim inicial procurado na virgindade: ser reconhecida e afirmar-se como pessoa, caminha-se para a própria alienação da pessoa na submissão a Deus e seus representantes diretos – bispo, padre, abade...” (Collière, 1999, p. 59).

1995). O manual de tortura de Kramer e Sprenger apresenta capítulos especiais dedicados à caça de feitiças parteiras que, segundo os autores, eram as que mais males produziam. Heinemann, (1999, p. 246/247) relata que “em Colônia, de 1627 a 1630, quase todas as parteiras foram exterminadas. Uma entre três mulheres executadas era parteira”.

Na constante ideologização em torno da mulher consagrada, os mesmos homens que perseguiram e desqualificavam as mulheres, de maneira geral, e as feitiças e parteiras, em especial, são os disseminadores de um discurso de santificação da mulher, já indicando sinais precursores do marianismo que vai se instalar entre os séculos XVIII e século XIX. Assim, a feminilidade ameaçadora, representada por uma sexualidade incontrolável, só pode ser mediada pelo asceticismo representado pela virgem Maria.

Heinemann (1999, p. 253) afirma que “como quase todos os caluniadores cristãos das mulheres, os autores de **O Martelo das Feitiças**, sobretudo Sprenger, que teve o mérito de promover o rosário, eram também grandes veneradores de Maria”, o que demonstra um interesse em desenvolver, nas mulheres, condutas aceitáveis pelo modelo patriarcal da Igreja Católica.

O que foi exposto até então torna possível pinçar algumas articulações que permitem pensar o cuidado de enfermagem como prática social submetida à interdição da sexualidade: pela adoção de determinadas práticas de si, constroem e sobre-determinam, pela subjetivação identitária, um ideal de mulher. Esse discurso vai se fortalecer na disputa de poder estabelecida entre padres, médicos e mulheres de virtude que culmina com o extermínio real de muitas delas, durante a inquisição, e seu aniquilamento moral como sujeito da ideologização da mulher consagrada.

A transição do modelo dos cuidados ligados às **Mulheres de Virtude** para o modelo dos cuidados desenvolvidos pelas **Mulheres Consagradas** transformou, ao longo dos últimos séculos, o corpo em um lugar da vida e do prazer no corpo, lugar do pecado e do sofrimento. A enfermagem profissional moderna é herdeira direta dos cuidados das mulheres consagradas. Envoltas por uma rígida moral religiosa, erigiu-se sob um forte esquema de domesticação dos próprios corpos das enfermeiras provocando uma “... ruptura com o vivido do corpo da mulher, bem como com o imenso patrimônio de conhecimentos em que se fundaram as práticas de cuidados das mulheres” (COLLIÈRE, 1999, p.49).

2.1.4 A formação identitária das enfermeiras e o dispositivo da sexualidade

*A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte,
requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso,
como a obra de qualquer pintor ou escultor;
pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore
comparado ao tratar do corpo vivo –
o templo do espírito de Deus?
É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes.*
Florence Nighthingale

O significado atribuído por Florence Nighthingale à Enfermagem, talvez o mais conhecido e usado pelas escolas de enfermagem em solenidades e formaturas, deixa à mostra os pilares da formação das enfermeiras a partir do século XIX. Se tomarmos as expressões “uma devoção tão exclusiva”, “um preparo tão rigoroso” e “tratar do corpo vivo – templo do espírito de Deus” podemos começar a desatar os nós dos fios que costuraram a formação identitária das profissionais pelas vias da interdição, especialmente da sexualidade.

Como vimos anteriormente, toda a conjuntura em torno das práticas do cuidado, ao longo da Idade Média, culminou na profissionalização dessas práticas pela institucionalização da medicina, herdada direta dos padres e clérigos. A profissionalização do cuidado por meio da medicina masculina foi possível por uma articulação de poder, marcada por dois pontos fundamentais: primeiro, pela incorporação dos cuidados desenvolvidos pelas mulheres de virtude, intrinsecamente ligados às experiências milenares dos cuidados das mulheres, de uma maneira geral e, segundo, pela construção social do estereótipo das mulheres consagradas que, aos poucos, vão se ocupando tanto da educação das moças como dos cuidados prestados.

Entretanto, a grande ruptura em torno das práticas do cuidado que serão permitidas às mulheres, está principalmente na maneira de se relacionar com os corpos. Simbolicamente, ao longo do tempo, os cuidados desenvolvidos pelas mulheres representavam uma integração entre corpo e espírito na medida em que “cuidar é conciliar-se com as forças geradoras de vida de que o corpo é um lugar de encontro e expressão ... os cuidados são fontes de prazer, de satisfação, expressão de uma relação ...” (COLLIÈRE, 1999, p. 49). Na perspectiva do cuidado nascido do discurso religioso e desenvolvido pelas mulheres consagradas, será o corpo sofredor, fonte de expiação e marca fundamental da separação entre o corpo e o espírito, sendo o último a razão de ser do resgate do humano. Cuidar do corpo, fonte do pecado, passa a significar caridade e uma maneira de salvar a alma tanto de quem cuida como de quem é cuidado. Quando se dá a profissionalização da enfermagem no século XIX,

São estas mesmas imagens que vão ficar agarradas ao personagem da enfermeira, mas quase totalmente dissociadas do seu conteúdo simbólico, da sua forma de expressão e em ruptura com o vivido do corpo da mulher, bem como com o imenso patrimônio de conhecimentos em que se fundaram as práticas de cuidados das mulheres (COLLIÈRE, 1999, p. 49).

Assim, o conceito de enfermagem, proposto por Florence Nightingale, encaixa-se perfeitamente: o corpo tem um significado que o desloca para o lugar do espiritual, a vocação encarna o ideal das mulheres consagradas e a formação rigorosa vai estender-se aos modos adequados de ser mulher pelas disposições corporais exigidas nas formas de vestir, andar, comportar-se. Ao contrário do que encontramos em estudos sobre a História da Enfermagem, como o de Waleska Paixão (1969), a enfermagem profissional moderna não tem suas raízes e não é herdeira direta dos cuidados desenvolvidos pelas mulheres de virtude. É no momento da separação entre Estado e Igreja, na Inglaterra, nos países anglo-saxônicos e na França, que se dá a inserção da enfermagem profissional, no campo dos cuidados uma vez que

A enfermeira inscreveu-se na ordem social dando continuidade ao serviço prestado aos pobres, doentes e assistidos, anteriormente assegurado pelas religiosas. Assenta toda a sua prática profissional nos valores morais e religiosos que foram mesmos da (mulher) consagrada. Até o aparecimento de Florence Nighintigale continua a não lhe ser reconhecido um domínio específico de conhecimentos. Tem a vocação de servir, mas este serviço que até aí estava à disposição dos pobres, dos doentes, vai mudar progressivamente de orientação com o desenvolvimento da medicina (COLLIÈRE, 1999, p. 77).

Percebe-se então que a vocação e o espírito de servir permanecem agregados ao modelo profissional que dá origem à enfermagem moderna, havendo apenas um deslocamento de foco: se antes o espírito de servir inseria-se nos aspectos religiosos, agora eles serão transferidos para as relações que vão se estabelecer entre médicos e enfermeiras, principalmente no âmbito hospitalar. A própria palavra **vocação** é problemática, quando se discute a inserção profissional da enfermagem. Na minha pesquisa de mestrado (COSTA, 2002), a vocação apareceu em dois sentidos distintos: primeiro, vocação enquanto afinidade com o que se faz, e deve estar presente em todas as pessoas que escolhem uma carreira profissional, independentemente do sexo, e segundo, vocação eminentemente ligada à divisão sexual do trabalho que, historicamente, tem atribuído atividades distintas para mulheres e homens, sendo que, às mulheres, cabem sempre as tarefas que remetem ao cuidado e as tarefas desenvolvidas no espaço privado. Assim, as parteiras participantes do estudo achavam

uma vocação extraordinária quando encontravam médicos muito pacientes e carinhosos, atributos excepcionais para homens e uma falta de vocação completa de algumas enfermeiras que passaram pela faculdade, porque não mais limpavam as salas, as pinças, enfim, não organizavam a cena do parto como elas, que eram parteiras e não se esqueciam das suas **qualidades femininas** para o bom andamento do trabalho, na sala de parto.

A vocação e, com certeza, o espírito de servir, demarca um campo de fazer específico do trabalho feminino, no contexto hospitalar, marcado muito mais pelo que Marta Júlia Lopes em seu estudo intitulado **O Sexo do Hospital**, (1996) define como **qualidade** que está relacionada ao papel da mulher, em detrimento de **qualificação profissional**. A medicina seria reconhecida pela qualificação profissional valorizada em detrimento das qualidades femininas do cuidar muito ligadas à vocação e desvalorizadas socialmente. Assim, o trabalho da enfermagem, ainda hoje, em

sua concepção enquanto **savoir-faire** feminino, baseado em um sistema de qualidades, o des-singulariza e subsidia sua ação, inscrevendo-a em uma dinâmica móvel de divisão e de processos de trabalho ditados em parte pelo saber médico, mas também pela gestão organizacional. Eis que essas concepções e a qualificação (competências e valores) definidas pelo empregador (o hospital e a prática médica) sustentam, de um lado, a hierarquia e os baixos níveis salariais do trabalho de Enfermagem e, de outro, os postos mais valorizados no plano salarial e de poder (LOPES, 1996, p.82-83).

O nascimento da profissão engendra-se em um contexto no qual a medicina se torna mais complexa, desdobrando-se em novas tecnologias de intervenção nos corpos. Além disso, o fato mesmo de estudar medicina já outorgava um **status** diferenciado aos homens que ingressavam na profissão, inclusive porque, em sua maioria, eram oriundos das classes mais abastadas, pela exigência da própria formação. Nesse momento, as práticas do cuidado, já transformadas pelo nascimento da clínica e consolidadas pela medicina científica, instalam-se nos hospitais, transformando-os em espaços de hegemonia médica masculina. Discutindo essa questão, Wilson Danilo Lunardi Filho (2004, p.42), afirma que:

É inegável que, com a medicalização do hospital, desencadeou-se um processo de mobilização da categoria médica, ampliando seu espaço de influência e atuação social, impondo-se como serviço essencial e garantindo uma posição privilegiada no mercado de trabalho. Entretanto, isto não se deu nos mesmos moldes com a enfermagem, que permaneceu numa posição, aparentemente, subsidiária, pautada pela obediência e pelo servir.

A complexidade exigida pelas novas abordagens médicas requer uma divisão de tarefas, o que permite o estabelecimento de uma divisão sexual, social e técnica entre a medicina masculina e a enfermagem feminina. Na recém-nascida enfermagem moderna, o cuidado desagrega-se do modelo autônomo e holístico das mulheres de virtude, adotando o modelo vocacional religioso, tanto para as religiosas como para as leigas. Se antes, as religiosas serviam aos pobres e desvalidos e estavam sob as ordens dos padres, clérigos e bispos, agora, a enfermeira evoca um ideal de servir, porque “servir é a base da prática de enfermagem. Servir os doentes, objecto das práticas de cuidado e, em atenção a eles, servir os médicos, servir as instituições que os tratam e os seus representantes” (COLLIÈRE, 1999, p. 79).

Nesse aspecto, a vida e o trabalho da precursora da Enfermagem moderna se apresentam como paradoxal. Myra Stark, na introdução da obra **Cassandra**, escrito por Florence Nightingale no ano de 1852, diz que “em uma época em que se acreditava que a essência da feminilidade era viver para os outros, Florence Nightingale foi reverenciada por seus sacrifícios em favor dos doentes e feridos. No entanto, o real auto-sacrifício para ela, teria sido ficar em casa, casar e levar a vida de uma mulher rica” (STARK, 1979, s/p).

Em **Cassandra** (1979), Nightingale deixa claro todo seu descontentamento, em relação à ociosidade e à falta de um devir das mulheres de sua classe social, tirando-lhes a possibilidade de humanização mediante o desenvolvimento de suas capacidades intelectuais. Nesse aspecto, Stark (1979), ao fazer comentários acerca das idéias que Nightingale defende nessa obra, afirma que, pelo posicionamento que ela assume em relação à condição feminina de sua época, defendendo que a mulher precisa romper com as amarras do casamento e dos afazeres restritos ao espaço do lar, ela pode ser considerada uma figura importante para o feminismo do século XIX.

Entretanto, isso não quer dizer que Nightingale tenha se posicionado a favor do movimento feminista emergente em sua época ou que tenha se auto-declarado feminista. Ao contrário, ela tinha uma posição bastante polêmica em relação aos direitos das mulheres e ao seu ingresso em carreiras masculinas, apesar de manter firme a ideia de que a mulher não deve ser ociosa, como podemos encontrar nas advertências colocadas ao final do seu livro

Notas sobre Enfermagem:

Peço encarecidamente às minhas **sisters** (irmãs) que fujam de ambos os preconceitos de uso corrente em toda a parte (pois são preconceitos); daquele, por exemplo, sobre os ‘direitos’ da mulher, que incentiva a fazer tudo quanto o homem faz, incluindo a medicina e outras profissões, apenas

porque ele a exerce e sem levar em consideração se isto é o melhor que ela pode fazer; e daquele que incentiva a mulher a não fazer nada do que o homem faz, meramente porque é mulher e deve ser “lembrada do sentido do seu dever como mulher”; e porque ‘este é um trabalho feminino’ e aquele é ‘um trabalho masculino’, e estas ‘são coisas que as mulheres não devem fazer’, o que nada mais é do que pura alegação. **Certamente a mulher deve oferecer o melhor que puder, seja o que for, ao serviço do mundo de Deus, sem atender a qualquer desses clamores** (NIGHTINGALE, 1986, p.148, grifo nosso).

Assim, o aspecto religioso vocacional se agrega como valor fundamental ao desenvolvimento da profissão e as condições nas quais nasceu a enfermagem moderna – século XIX na Inglaterra vitoriana burguesa e puritana e trabalho feminino de baixa reputação à época, além da própria divisão social, dentro da profissão – possibilitou a institucionalização das relações desiguais de poder entre homens e mulheres, ampliando-se as novas instituições nas quais estavam envolvidos, nesse caso, os hospitais. Engendraram-se, num encadeamento de fatos inseridos desde o poder religioso, quer seja de orientação católica ou protestante, como nos países anglo-saxões, até os discursos médicos que tornaram patológica a condição das mulheres, do momento de dar à luz, postulados pela obstetrícia médica, à histerização da sexualidade feminina (FOUCAULT, 1997).

Poderíamos dizer que, desde o surgimento da enfermagem moderna, por meio de Florence Nightingale, ela cria mecanismos de poder-saber que se, de um lado, procura dar caráter de profissão a um fazer desvalorizado socialmente, por outro lado, sustenta mediante suas práticas e maneiras de constituir-se, as necessidades institucionais e relações de poder, marcadas por assimetrias de gênero. Embora reconheçamos a importância de Florence Nightingale na constituição da Enfermagem Profissional Moderna, ela não deixou de instituir as desigualdades de classe reforçadas pelo modelo capitalista, ao estabelecer a divisão social e técnica do trabalho dentro da própria Enfermagem. A permanência da divisão do trabalho na Enfermagem, que ainda hoje é realidade no Brasil, exacerba as desigualdades de poder dentro da profissão e na relação da enfermagem com outras profissões da saúde especialmente a medicina. Aproxima-se do que Foucault denomina de regra do duplo condicionamento em que

Nenhum “foco local”, nenhum “esquema de transformação” poderia funcionar se, através de uma série de encadeamentos sucessivos, não se inserisse, no final das contas, em uma estratégia global. E, inversamente, nenhuma estratégia poderia proporcionar efeitos globais a não ser apoiada em relações precisas e tênues que lhe servissem, não de aplicação e consequência, mas de suporte e ponto de fixação. Entre elas nenhuma descontinuidade ... mas, também, nenhuma homogeneidade ... ao contrário, deve-se pensar em duplo condicionamento, de uma estratégia, através de

especificidades das táticas possíveis e, das táticas, pelo invólucro estratégico que as faz funcionar (FOUCAULT, 1997, p.95).

Dentro das circunstâncias existentes durante todo o século XIX para a determinação de modelos ideais de mulheres, num esforço conjunto entre o Estado, o discurso médico e as estratégias religiosas, não nos parece difícil compreender as táticas para a formação das enfermeiras, determinantes das suas constituições identitárias. Fica claro que a identidade feminina cola-se à identidade profissional, potencializando-a pelo discurso da vocação: para ser enfermeira, é preciso apresentar disposições tais que possam ser moldadas, tanto nas escolas quanto nos hospitais. Dessa forma, “é em torno do papel ‘**da enfermeira**’ que se constrói todo o processo de profissionalização. O papel, até então unificado das (mulheres) consagradas reveste dois aspectos: o papel moral e o papel técnico sendo o primeiro o mais importante ...” (COLLIÈRE, 1999, p. 107).

Entretanto, faz-se necessário, nesse momento, pensar o que representaria **o papel da enfermeira** e a **identidade da enfermeira** no processo de formação profissional. Maria Lucília M. Escobar Araújo, (1996), em estudo que mapeia a construção das identidades sócio profissionais da enfermagem, afirma que a mesma se constitui na conjunção tanto da identidade individual quanto da coletiva, a partir das interações sociais que se estabelecem, em dada cultura, em um tempo histórico determinado. Trata-se, portanto, de uma construção social marcada por uma série de determinantes dos quais podemos destacar o gênero como extremamente relevante para a enfermagem, uma vez que estamos inseridos em um modelo patriarcal que privilegia o masculino.

Discutindo a construção das identidades, Manuel Castells (2000, p. 22) explica que “no que diz respeito a atores sociais, entendo por identidade o processo de construção e significado com base em um atributo cultural, ou ainda um conjunto de atributos culturais inter-relacionados, o(s) qual(ais) prevalece(m) sobre outras fontes de significados”. Ele argumenta que a pluralidade de atributos geralmente gera tensões nas formas em que os sujeitos se auto-identificam e como se colocam nas relações sociais. Ele afirma então que é necessário distinguir o que são as identidades e o que são os papéis ou conjunto de papéis, termo usado pela Sociologia. Dessa maneira, ele vai afirmar que

Papéis (por exemplo, ser trabalhador, mãe, vizinho, militante socialista, sindicalista, jogador de basquete, freqüentador de uma determinada igreja ao mesmo tempo) são definidos por normas estruturadas pelas instituições e organizações da sociedade. ... Identidades, por sua vez, constituem fontes de

significado para os próprios atores, por eles originadas e construídas por meio de um processo de individuação (CASTELLS, 2000, p. 22-23).

Embora o autor faça essa distinção, apresenta uma argumentação capaz de demonstrar que, em muitas situações, as identidades podem ser definidas por papéis sociais e determinadas por instituições dominantes. Pode-se dizer que há uma linha tênue a qual, muitas vezes, chega a desaparecer na ambiguidade entre as identidades e os papéis sociais. Mesmo reconhecendo essas ambiguidades, ele considera as identidades fontes mais importantes de **significação** porque o significado é o que se apresenta como o mais importante para os atores sociais e para a sua ação no mundo, representando o processo de individuação e auto-construção dos sujeitos. Colocando tais questões, ele afirma que “não é difícil concordar com o fato de que, do ponto de vista sociológico, toda e qualquer identidade é construída. A principal questão, na verdade, diz respeito a como, a partir de quê, por quem e para quê isto acontece” (CASTELLS, 2000, p. 23).

Particularizando tais questões para a enfermagem, como já vimos anteriormente para Collière (1999) é em torno do **papel da enfermeira** que a enfermagem constitui-se como profissão, na modernidade. Mas o papel ou papéis esperados não se constituíram num vazio e por si só não dariam/dão conta de manter um modelo de enfermeira. Isso só foi possível porque havia/há disposições, o duplo condicionamento – usando um termo foucaultiano – que permitiram/permitem tal situação. É justamente na subjetivação como mulher, cujos atributos de feminilidade comportam uma série de papéis sociais, destinados ao sexo feminino, que as instituições conseguem manter um ideal de enfermeira, lançando mão principalmente do dispositivo da sexualidade.

A sexualidade, objeto de estudo de Foucault (1985; 1994; 1997), em seus últimos anos de vida, é compreendida como experiência, lugar em que formas de subjetividades se constroem na medida em que nos identificamos como sujeitos de uma dada **sexualidade**. Assim, o **conhece-te a ti mesmo** passa pelas práticas de si, por meio da subjetivação pela sexualidade. Estudos das Ciências Sociais que se debruçam sobre a problemática em torno das identidades e da sexualidade, sob o enfoque de gênero, como os de Heilborn e Brandão (1999, p.11) têm chamado a atenção para o fato de que

a experiência sexual é vivenciada pelo sujeitos, na medida em que as trajetórias masculinas e femininas são radicalmente distintas, não exatamente pelas diferenças estampadas em seus respectivos corpos, mas sobretudo em função da maneira como as expectativas e as aspirações em

relação à experimentação sexual são marcadas pelo gênero na tradição ocidental.

Se a enfermagem moderna apresenta-se como uma profissão para mulheres, cuja formação deve passar pelo modelo de contenção da sexualidade das mulheres consagradas, parece bastante evidente que as identidades de mulher marcadas pelo gênero se materializam por via da interdição do corpo erotizado, influenciando as maneiras de cuidar. Dessa forma, as práticas de si das enfermeiras estão imbricadas, profundamente, com a moralidade que se exige delas porque, como vimos em Collière, (1999), é o papel moral que se constitui como o mais importante para a formação profissional. Ao discutir moral e prática de si, Foucault (1994, p. 26) afirma:

Por ‘moral’ entende-se igualmente o comportamento real dos indivíduos em relação às regras e valores que lhes são propostos: designa-se, assim, a maneira pela qual eles se submetem mais ou menos completamente a um princípio de conduta; pela qual eles obedecem ou resistem a uma interdição ou a uma prescrição; pela qual eles respeitam ou negligenciam um conjunto de valores; o estudo desse aspecto da moral deve determinar de que maneira, e com que margens de variação ou de transgressão, os indivíduos ou os grupos se conduzem em referência a um sistema prescritivo que é explícita ou implicitamente dado em sua cultura, e do qual eles têm uma consciência mais ou menos clara.

Essa moral se materializa por via das prescrições dos modos de ser que encontra uma permeabilidade facilitada pela forma com que as enfermeiras se constituem como sujeitos crivados de uma feminilidade⁴ que, de certa maneira, normaliza-se pela interdição dos corpos e da sexualidade, uma das maneiras mais sutis do engendramento do dispositivo da sexualidade. Esse dispositivo pode ser detectado na permanência dos modelos de educação de enfermeiras no Brasil até meados dos anos 1970, em que o internato era utilizado por muitas alunas oriundas de outras cidades que desejassem ser enfermeiras. Tal lugar era sacralizado – uma espécie de clausura que lembrava o século XIX. Nesse local, mais que o saber, era a maneira de ser que se moldava, na rigidez das normas de conduta e disposições corporais. Em Portugal, até 1953, era proibido que as enfermeiras se casassem. No Brasil, se o contato e o convívio com os médicos e estudantes de medicina era um fato inevitável nos hospitais, era preciso neutralizá-lo.

⁴ A expressão “feminilidade” está sendo usada nesse contexto considerando atributos culturalmente construídos ligados à maternagem, ao cuidado, ao nutrir e proteger, a dedicação e a abnegação que designam qualidades femininas que tornam as mulheres mais aptas e mais “vacionadas” para abraçarem a enfermagem como profissão. Tais ideias podem ser identificadas ainda hoje como justificativa para a escolha da profissão.

Vera Sobral ilustra bem essa situação em sua tese de doutorado afirmando que:

Seguindo as normas básicas das clausuras, a escola de enfermagem institui que as estudantes e as docentes solteiras deviam morar no internato e, ao mesmo tempo, começa a descaracterizá-las como pessoas do sexo feminino: são proibidos os brincos, os anéis, os colares, o cabelo solto, as pinturas das unhas e do rosto, e passa a ser obrigatório o uso do uniforme (ou farda?) confeccionado para esconder as curvas do corpo da mulher: vestido largo e comprido com gola alta e fechada e mangas compridas. ... como no marianismo há uma despersonalização deserotização dos corpos – um eficaz exercício de contenção do corpo feminino. Um corpo deserotizado abafa (espera-se!) os desejos de sua dona e inibe (espera-se também!) o desejo do outro (SOBRAL, 1995, p. 92).

Assim, na formação das enfermeiras, o cuidado faz parte de uma cultura feminina que determina modos de conduta das mulheres, erigidos na modernidade, e fortalecidos pelo dispositivo da sexualidade, pelo viés das práticas de si que possibilitam a interdição dos corpos. As construções identitárias de gênero, que determinam modos de ser diferentes para homens e mulheres, desencadeiam relações desiguais de poder, não somente entre os sexos, mas, sobremaneira, nas instituições em que se desenvolvem as práticas cuidativas. Fonseca (1996) ressalta, em seus estudos, as assimetrias de poder, determinadas pelo fato do cuidado ser considerado feminino e ser desvalorizado, em contraponto ao tratar, considerado masculino e, conseqüentemente, valorizado socialmente. Lourdes Bandeira e Eleonora M. Oliveira (1998, p. 681) afirmam que

... neste sentido, evidenciam-se duas características: primeira, há nesta assertiva a negação de uma subjetividade feminina da condição de um sujeito autônomo e próprio cuja existência é filtrada pela naturalização, destinando-as à subserviência: segunda, há uma moralidade interiorizada que produz-se como vocação e como ação moral.

É nesse imbricamento entre a sexualidade e o cuidado que podemos pensar o que fomos e o que desejamos vir-a-ser como enfermeiras. Parece que foi pela tortura e morte real da concupiscência da carne, representada pela queima das bruxas nas fogueiras da inquisição, que encerrou um modo de cuidar historicamente construído pelas mulheres. E foi pela morte simbólica dessa mesma carne, agora interdita nas disposições morais e corporais das enfermeiras, que a medicina científica, o Estado e a Igreja engendraram um ideal de mulher cuidadora, auxiliar do médico.

Entretanto, concordamos com Foucault, (1997, p. 89-90) quando afirma “que o poder não é algo que se adquira, arrebate ou compartilhe, algo que se guarde ou deixe escapar; o poder se exerce a partir de inúmeros pontos em meio a relações desiguais de poder ...”. Não

podemos pensar que tal situação só foi possível mediante a repressão, de um poder exercido de cima para baixo. As condições do nascimento da enfermagem profissional e o seu desenvolvimento estão marcados por ambiguidades e desigualdades de poder nas relações de gênero e de classe que até bem pouco tempo eram consideradas **naturais**. Trazer e problematizar essas questões, a partir de uma perspectiva feminista, pode contribuir sobremaneira para a crítica e transformação da realidade, oportunizando visibilidade e valor social para a categoria profissional.

2.2 A Epistemologia Feminista do Ponto de Vista

Como críticas da cultura, as teóricas feministas têm produzido desafios poderosos a concepções dominantes de natureza humana e filiação política, a normas da razão científica, filosófica e moral, a idéias de espiritualidade, a identidades e fronteiras disciplinares prevalentes, a narrativas históricas estabelecidas. Mas com que frequência vemos teóricas feministas citadas ao lado de Foucault, Derrida, Rorty, Taylor, Kuhn ou Fish como críticas ou reformuladoras das Disciplinas, das Ciências, da Filosofia, da Cultura? A resposta é: raramente.

Susan Bordo (2000, p. 11) em **A Feminista como o Outro**

Analisando feminismos e pesquisa qualitativa, Virgínia Olsen (2007) aponta avanços nas pesquisas de orientação feminista em vários campos e ressalta as áreas de educação e saúde como as que se destacam, principalmente nos estudos empírico qualitativos. Outros estudos demonstram que, na grande área da saúde, as pesquisas de enfermagem têm se destacado no campo dos estudos qualitativos (DENZIN; LINCOLN, 2007).

Eu, ocupando um lugar de pesquisadora, mulher, enfermeira, professora e cuidadora, sensibilizada com a perspectiva da pesquisa como uma das possibilidades da emancipação política para práticas democráticas, desejo contribuir para o desenvolvimento das pesquisas feministas na enfermagem. Concordo com Olsen (2007, p.219) que acredita “na possibilidade de uma pesquisa para as mulheres e não simplesmente sobre as mulheres, através de ensaios teóricos e de uma variedade de modos qualitativos que empreguem combinações tanto de estilos experimentais quanto de estilos voltados para os textos”. Sendo assim, vou utilizar fundamentos da Epistemologia Feminista do Ponto de Vista em articulação com gênero e sexualidade.

A Epistemologia Feminista do Ponto de Vista – **Standpoint** ou Perspectivista – tem suas bases e pressupostos desenvolvidos por teóricas como Dorothy Smith (1987); Nancy

Hartsock (1983); Patrícia Hill Collins (1990), e a filósofa Sandra Harding que, desde 1987, tem dado contribuições preciosas ao desenvolvimento da Teoria Feminista do Ponto de Vista ou Feminismo Perspectivista (OLESEN, 2007).

Crítica da Ciência Moderna, Sandra Harding, (2004) concentra sua atenção nas categorias analíticas da ciência e na objetividade científica. A partir da crítica desenvolvida, ela identificou três tipos de investigação mais presentes dentro das perspectivas feministas: o empiricismo feminista que se divide em dois grupos: o feminista espontâneo, fortemente calcado no modelo liberal, que adere sem muitos questionamentos às normas e padrões da pesquisa tradicional; e o feminismo empiricista contextual que dá seguimento às ideias de Helen Longino (1996). Os outros dois tipos de investigação se vinculam à epistemologia feminista do ponto de vista e ao feminismo desconstrucionista ligado às teorias pós-modernas, sem esquecer o papel que o feminismo radical, especialmente dos anos 1960, desempenhou para o desenvolvimento das epistemologias feministas (HARDING, 2004).

As empiricistas, de um modo geral, não se prendem às críticas ao modelo das ciências tradicionais, muitas vezes se adequando a ele. Desde o início do movimento feminista, como estavam, na maioria das vezes, vinculadas a uma perspectiva liberal, acreditavam que só o fato das mulheres ocuparem espaços nas várias áreas do conhecimento até então de predominância masculina, dar-lhe-iam condições de igualdade com os homens. As qualidades femininas as diferenciariam, promovendo modos de ser e de fazer ciência de maneira diferente, sem a necessidade de problematizar os cânones da ciência tradicional.

Além disso, segundo Harding, (2004), para a vertente empiricista liberal, a discussão girou em torno do que é fazer **boa ciência** ou **má ciência**, entendendo elas que fazer boa ciência significava seguir à risca os cânones propostos pela ciência tradicional positivista e ter militância política no movimento feminista numa clara postura de separar ciência e política.

Já as empiricistas da vertente contextual discordam da possibilidade de uma ciência feminista que seja baseada na naturalização das qualidades femininas diferenciadas, por exemplo, a visão holística e maior capacidade de interação. Elas enfatizam os valores socioculturais e a posição política da pesquisadora, como fundamentais na rearticulação do conhecimento como afirma Helen Longino (1996, p. 87) principal articuladora do feminismo empiricista contextual:

Se nós reconhecemos que o conhecimento é moldado pelos pressupostos, valores e interesses de uma cultura e que, dentro de certos limites, pode-se escolher uma perspectiva da cultura, então é claro que como cientistas/teórico(a)s, temos uma escolha. Podemos continuar a fazer criação e ciência, confortavelmente envolvidos na retórica ou nos mitos científicos ou podemos alterar nossas fidelidades intelectuais (tradução livre da autora).

As teóricas feministas pós-modernas não acreditam ou aceitam a possibilidade da existência de uma teoria feminista, porque buscam validar a multiplicidade das histórias de mulheres diferentes, em contextos distintos. Inserido no movimento desconstrucionista pós-modernista, apesar de ter sido fundamental para o avanço dos estudos das mulheres não brancas de classe média, o feminismo pós-moderno tem sido alvo de críticas porque, como aponta Adriana Piscitelli (2002, p.32-33):

Além de dissolver o sujeito político 'mulheres', as perspectivas desconstrutivistas também são acusadas de estabelecerem distâncias entre a reflexão teórica e o movimento político. ... Na atualidade, dizem, as perspectivas teóricas lhes resultam 'pouco úteis', inacessíveis, esotéricas, de difícil compreensão, excessivamente destacadas da prática e conduzindo a uma paralisia.

Harding acredita que esses olhares divergentes não enfraquecem a perspectiva feminista e enriquece o debate. Entretanto, como aponta Sardenberg (2002, p.102): “Harding, (1986) não esconde suas simpatias pelo **feminismo perspectivista**, e que ela, mais tarde defenderá abertamente”. Em estudos produzidos em 1991, Harding

sugere que tanto o compromisso fundamentalista do feminismo empiricista com a Ciência Moderna, bem como o interpretacionismo sem chão do feminismo pós-moderno, oferecem muito pouco para uma estratégia epistemológica feminista comprometida com a produção de saberes emancipatórios (SARDENBERG, 2002, p.102).

Analizando a Epistemologia Feminista do Ponto de Vista, a partir das propostas de estudiosas como Dorothy Smith (socióloga), Patrícia Hill Collins (socióloga), Nancy Hartsock (cientista política), Sandra Harding (filósofa), Virgínia Olesen (socióloga que desenvolveu estudos na área de enfermagem), consegue-se apontar, com clareza, posições que são fundamentais para nortear as pesquisas, desde a definição do objeto, a elaboração das perguntas e a análise dos resultados. Virgínia Olesen, (2007) sintetiza dizendo que:

Desaparece o conceito da mulher essencializada, universalizada, na lente do pensamento do ponto de vista, para reaparecer como uma mulher situada, com experiências e conhecimentos específicos a ela, na divisão material do trabalho e no sistema de estratificação racial. Essa noção traz consigo a noção de que todas as alegações de conhecimento são localizadas socialmente e de que algumas localizações sociais, especialmente aquelas que estão nos níveis mais baixos das hierarquias sociais e econômicas, são pontos de partida melhores para a busca de conhecimento não apenas em relação àquelas mulheres em particular, mas também a outras (OLENSEN, 2007, p. 226).

Nesse ponto algumas indagações surgem, em particular sobre as origens da Epistemologia Feminista do Ponto de Vista e que caminhos percorreu para colocar as mulheres em posição central, na realização de pesquisas científicas. Sandra Harding, na introdução do livro **The Feminist Standpoint Theory Rader: intellectual & political controversies**, diz que “a Teoria do Ponto de Vista emergiu nos anos 70 e anos 80 como uma teoria crítica feminista sobre as relações entre a produção do conhecimento e práticas de poder [...] porque o feminismo é um movimento político e, de acordo com a visão tradicional, a política pode somente obstruir e danificar a produção do conhecimento científico” (HARDING, 2004, p.1, tradução livre da autora).

O desenvolvimento teórico e intelectual da Teoria Feminista do Ponto de Vista se deu a partir da leitura e interpretação dos estudos de Hegel sobre a relação senhor/escravo, privilegiando a ótica do escravo. Também teve a influência do modo como Engels, Marx e Lukás interpretaram essa visão, a partir do “ponto de vista do proletariado”, pano de fundo e origem de toda a teoria marxista sobre as classes sociais e organização da sociedade. Desse modo, “nos anos 1970, várias pensadoras feministas independentes começaram a refletir sobre como a análise marxista poderia ser transformada para explicar como a relação estrutural entre as mulheres e os homens tiveram consequências para a produção de conhecimento” (HARDING, 2004, p.3, tradução livre da autora).

O desenvolvimento da Teoria Feminista do Ponto de Vista vem marcado por duas décadas de intensos debates e controvérsias em torno de alguns pontos que Harding destaca: a posição marcadamente política; as origens da teoria do Ponto de Vista que se alimentou do marxismo, inclusive com novos enquadramentos nos moldes pós estruturalista ou empiricista radical, propostos por algumas teóricas do ponto de vista e uma crítica feita pelo(a)s marxistas mais ortodoxo(a)s de que as feministas fizeram muitas distorções na teoria marxista. Outro ponto, marcado por grandes debates e controvérsias, é a discussão acerca da objetividade e neutralidade científica, sendo a discussão sobre a objetividade um marco para a Epistemologia Feminista do Ponto de Vista, especialmente nos escritos da própria autora.

Contudo, ela enfatiza que **a lógica do ponto de vista** apareceu, no mesmo período, no pensamento de um vasto leque de movimentos sociais como os movimentos em torno de raça e etnia; os movimentos antiimperialistas; os movimentos de justiça social, o movimento **Queer**, embora tais movimentos não afirmem o legado marxista como a Teoria Feminista do Ponto de Vista. O que todos esses movimentos têm em comum é a perspectiva de dar voz aos grupos oprimidos.

Mas como seria dar voz às mulheres como grupo oprimido? Aqui há um grande ponto de embate porque é óbvio que as mulheres, ou pelo menos algumas mulheres, conseguiram uma visibilidade pública e algum tipo de acesso aos meios mais conceituados da produção do conhecimento. Entretanto, a perspectiva da universalidade dissimulada pela neutralidade e objetividade científica, apresenta um complicador porque, segundo Harding (2004, p.4),

A questão aqui é diferente e controversa: se as mulheres como coletividades culturalmente diversificadas podem produzir um conhecimento que responda às suas questões sobre as relações natureza e sociedade. O “discurso” implícito do conhecimento científico (sociológico, econômico, filosófico, etc) nunca foi da mulher. Era supostamente da humanidade em geral. Era como se um agente idealizado que executou o "truque Deus" pudesse falar com autoridade sobre tudo no mundo a partir de qualquer local específico (tradução livre da autora).

Novas questões importantes foram juntando-se a estas, a partir de resultados de investigações. No texto **Rethinking Standpoint Epistemology: what is “Strong Objectivity”?** Harding, logo no início, afirma que as discussões feministas não surgiram especialmente para gerar novas formas de pesquisa, mas fundamentalmente em torno de questionamentos acerca de realidades circundantes, em relação à produção científica do tipo:

- 1º - Como se pode explicar o fato surpreendente que projetos de investigação, orientados politicamente, têm sido capazes de produzir menos resultados parciais e distorcidos de pesquisa que aqueles supostamente guiados pela objetividade, baseada na neutralidade de valor?
- 2º- Como se pode criar pesquisas feministas direcionadas para as mulheres, no sentido de que elas forneçam respostas menos parciais e distorcidas de perguntas que surgem da vida das mulheres e são não só sobre essas vidas, mas também sobre a natureza e as relações sociais?

A partir da busca de respostas para questionamentos dessa natureza, o olhar se volta para o lugar que o conhecimento científico tradicional ocupa, uma vez que “as disciplinas foram cúmplices com agendas sexistas e androcêntricas das instituições públicas”(HARDING, 2004, p.4). Nesse sentido, a discussão sobre a objetividade torna-se central e muitas teóricas feministas se debruçaram sobre o tema. Como pensadoras engajadas em novos movimentos sociais, passaram a afirmar que, além de desejável, seria importante manter essa aparente contradição colocada especialmente pelo primeiro questionamento, pela via do conhecimento socialmente situado. Esse conhecimento viria de baixo, das experiências

cotidianas que podem problematizar a realidade. Quanto mais localizado e politicamente engajado é o conhecimento, mais forte é a objetividade (HARDING, 2004).

Para Donna Haraway, a objetividade feminista significa simplesmente saberes localizados. A objetividade não é, como está colocada nos cânones da ciência tradicional ocidental positivista, isenta de localização como se defende especialmente a neutralidade científica. A **neutralidade científica** tem beneficiado, sim, as classes dominantes no poder. Segundo ela,

Identidade, incluindo auto-identidade, não produz ciência: posicionamento crítico produz, isto é, objetividade. Apenas aqueles que ocupam as posições de dominadores são auto-idênticos, não marcados, incorpóreos, não mediados, transcendentais, renascidos. Infelizmente é possível que os subjugados desejem e até disputem essa posição de sujeito – e depois desapareçam de vista. O conhecimento do ponto de vista do não marcado é realmente fantástico, distorcido e, portanto irracional. A única posição a partir da qual a objetividade não tem a possibilidade de ser posta em prática e honrada é a do ponto de vista do senhor, do Homem, do deus único, cujo Olho produz, apropria e ordena toda a diferença (HARAWAY, 1995, p.27).

Assim, a linha de partida da Teoria Feminista do Ponto de Vista é inverter a lógica da neutralidade científica e objetividade que advém do **não marcado**, da classe dominante que determina e modela a própria estrutura da sociedade. Porque em uma sociedade estratificada por hierarquias de gênero, raça, etnia, sexualidade e classe, dentre outras, toda a lógica do funcionamento social é, de certa maneira, fixado por aqueles que estão no topo. Desse modo, os pressupostos e hipóteses dos estudos não devem ser colocados a partir do arsenal teórico existente dentro das epistemologias científicas tradicionais, mas partirem da realidade **de baixo** porque “as atividades daqueles na base de tais hierarquias sociais podem fornecer pontos de partida para o pensamento – para a investigação e perspectiva de estudos – a partir do qual as relações dos seres humanos uns com os outros e com o mundo natural pode tornar-se visível” (HARDING, 1993, p.54, tradução livre da autora).

Harding, ao comentar o trabalho de Dorothy Smith sobre algumas especificidades do trabalho feminino, diz que “a elas são atribuídas responsabilidades como limpar e cuidar de suas próprias casas, das casas dos outros e locais de trabalho. Esse tipo de “trabalho de mulher” liberta os homens para os grupos de decisão e para mergulhar no mundo dos conceitos abstratos” (HARDING, 1993, p.55). Nessa perspectiva, o conhecimento produzido a partir da realidade da vida das mulheres, em diferentes culturas e experiências diversificadas, pode oferecer novos subsídios e diferentes formulações de problemas

científicos porque a realidade e experiência das mulheres não faz parte nem é a base para o conhecimento científico e filosófico tradicional.

Abigail Brooks (2006), em **Epistemologia Feminista do Ponto de Vista: construindo conhecimento e empoderamento através da experiência vivida da mulher**, traz contribuições importantes, ao analisar a Teoria do Ponto de Vista como possibilidade efetiva de **empoderamento** feminino. Começa o texto apresentando a citação de Harriet Jacobs, escrava que, na primeira metade do século XIX, escreveu a autobiografia. Jacobs escreveu sobre sua própria experiência e não a partir da experiência de outros(a)s. Especialmente relatou o que significava ser uma jovem negra escrava: o sofrimento, as dores, o assédio sexual, enfim, a experiência existencial que produziu um relato capaz de sensibilizar a opinião pública e ajudar no movimento anti-escravagista. Brooks (2006, p. 54) indaga:

Harriet Jacobs viveu e escreveu quase 150 anos atrás, e ainda hoje temos de olhar para ela como orientação para darmos início a nossa discussão de abordagens contemporâneas feministas da investigação e construção do conhecimento. Por quê? Porque a história de vida de Harriet Jacobs, as estratégias e os objetivos que ela esperava alcançar entrelaçam fortemente com o projeto em curso de investigação feminista (tradução livre da autora).

A partir dessa premissa, como já vimos anteriormente, a autora nos diz que a Epistemologia Feminista do Ponto de Vista é uma filosofia e uma proposta de abordagem de pesquisa, enfim, de construção do conhecimento que coloca dois desafios fundamentais: “(1) ver e compreender o mundo, através dos olhos e das experiências de mulheres oprimidas e (2) aplicar a visão e os conhecimentos de mulheres oprimidas em prol do ativismo e mudança social” (BROOKS, 2006, p.55, tradução livre da autora).

Algumas questões se configuram como problemáticas: o lugar da mulher dentro da própria ciência; o lugar da mulher feminista no contexto sociocultural das ciências e o fato das experiências das mulheres estarem sempre subestimadas, isto é, atividades historicamente construídas como femininas – o cuidado, por exemplo – estão sempre invisibilizadas e destituídas de valor social. Essas problemáticas se apresentam como três indagações que Abigail Brooks propõe e a partir das quais ela demarca a trajetória da Epistemologia Feminista do Ponto de Vista dos anos 1970 até o início do século XXI, que são:

- Como iremos promover realmente a integração de uma perspectiva feminista em nossas práticas de investigação?

- Quais são algumas das novas ideias e perspectivas que a vida e a experiência das mulheres revelam que podem contribuir para maiores mudanças sociais sobre o mundo?
- Como vamos traduzir e transformar o que aprendermos com a vida cotidiana das mulheres, das diferentes posições de mulheres oprimidas na sociedade, em política e ação social?

Pode-se dizer que essas indagações já estavam presentes no posicionamento feminista dos anos 1960, ao denunciar a invisibilidade feminina nos relatos históricos, nas mais distintas culturas, bem como a inferioridade atribuída aos fazeres historicamente considerados femininos, como o cuidado. A ausência das mulheres em cargos de direção, de planejamento e execução de políticas públicas, na política decisória dos Estados, nas profissões de maior prestígio social, como a medicina e o direito, ou inseridas nas ciências, também passou a fazer parte da agenda feminista. Estudantes de Sociologia em universidades norte-americanas, nos anos 1970 e 1980, colocaram em questão o profundo viés sexista das Ciências Sociais. Esse olhar feminista produz uma nova ótica, uma outra compreensão sobre a realidade circundante. Brooks (2006, p.56, tradução livre da autora) afirma que

estes novos modelos, ou formas alternativas de pensar, seria desenvolvido por mulheres para as mulheres, com o objetivo de conceder autêntica expressão e representação para a vida das mulheres. Este modelo alternativo de construção de conhecimentos veio a ser conhecida como Epistemologia Feminista do Ponto de Vista.

Esta **autêntica expressão** da vida das mulheres é traduzida como a experiência no cotidiano em que desenvolvem suas atividades. Esses fazeres estão fortemente marcados pelo cuidado com os filhos(a)s, com a casa, com os idosos, enfim, com toda uma teia de fazeres que promove o conforto do(a) outro(a). Essas atividades são desenvolvidas pelas donas de casa tradicionais, embora, na atualidade, as mulheres que trabalham fora de casa ainda são, na maioria dos casos, as responsáveis por tais atividades, e isso tem provocado jornadas duplas de trabalho.

A partir do significado da palavra cuidado, em inglês **care** – que significa assumir uma carga – Joan C. Tronto (1988) sugere que uma pessoa ou um grupo assume um grande compromisso quando cuida. Ela argumenta que há dois tipos de cuidados em nossa sociedade intimamente ligados aos objetos a que se destinam, que seriam o **cuidado com** (preocupar-se) e o **cuidado de** que se direciona a necessidades mais particulares. Embora a própria autora aponte a dificuldade de se delimitar essa diferença – em linhas gerais, isso significaria que no **cuidado com** o objeto é mais genérico, mais distante, e no **cuidado de** ele é mais definido,

mais próximo – é cuidar dos outros. O **cuidar de** assume significado moral, quando é alvo de observação não só o objeto cuidado, mas todo o contexto em que se dá e a relação com quem presta o cuidado. Nessa perspectiva, o cuidado torna-se passível de análise de gênero, na medida em que se atribuem a ele concepções sociais sobre obrigações das mulheres ou de mães em relação ao cuidado dos filhos, por exemplo. Então, há uma avaliação que recai sobre quem cuida e como cuida. Assim, é preciso atentar ao significado e às representações sobre o cuidado porque:

Cuidar é uma atividade regida pelo gênero tanto no âmbito do mercado quanto na vida privada. As ocupações de mulheres são aquelas que envolvem cuidados e elas realizam um montante desproporcional de atividades de cuidado no âmbito doméstico privado. Para colocar a questão claramente, os papéis tradicionais de gênero em nossa sociedade implicam que os homens tenham ‘cuidado com’ e as mulheres ‘cuidem de’ (TRONTO, 1988, p.189).

Esse é um ponto muito forte na experiência das mulheres e, para torná-lo visível e compreensível, dentro dos contextos sócio-históricos específicos, “feministas muitas vezes fazem uso inovador dos métodos de investigação, desenvolvem alternativas estratégicas de investigação, e até mesmo constroem novas técnicas metodológicas” (BROOKS, 2006, p.58, tradução livre da autora).

Essa conjuntura deságua em um novo desdobramento da epistemologia feminista do ponto de vista: a lente das experiências das mulheres para compreender a sociedade e/ou transformá-la. Brooks (2006) exemplifica, a partir dos resultados de pesquisa de duas feministas: Patricia Hill Collins, em um estudo desenvolvido em 1990, e Alison Jaggar, em um trabalho elaborado no ano de 1997.

A pesquisa de Collins apontou uma conduta comum entre mulheres afro-americanas no exercício da maternagem, ou seja, do cuidado às crianças que extrapola o biológico e o espaço do lar. Trata-se do cuidado dispensado por essas mulheres às crianças da vizinhança, cujas mães se ausentam para o trabalho. Segundo a autora, ao mesmo tempo em que essa prática evidencia a solidariedade entre as afro-americanas, desnuda o lado perverso e frágil da sociedade norte-americana que não dá suporte às mulheres socialmente menos privilegiadas, em relação ao cuidado das crianças.

Já o estudo de Jaggar demonstra como o cumprimento do papel social de cuidadoras, no âmbito doméstico, propicia-lhes o desenvolvimento de uma série de habilidades em torno do manejo da dor, do controle e da gênese das emoções. Ela argumenta que tais competências,

se transpostas e aplicadas ao mundo social, poderiam mudar concepções no mundo das Ciências Sociais e da Filosofia, bem como apresentar novas ferramentas psicoterapêuticas no campo da Psiquiatria. Aponta inclusive que, talvez, a maior contribuição da perspicácia emocional desenvolvida pelas mulheres, no mundo social, estaria localizada em uma “análise política da responsabilização” (BROOKS, 2006).

Tais situações indicam que, a exemplo do caso da mulher escrava, a visibilização das experiências das mulheres pode representar um caminho importante, rumo às mudanças sociais. Brooks (2006, p.59) enfatiza que “muitas vezes o próprio processo de capacitar as mulheres para articular as suas próprias experiências de opressão sensibiliza as mulheres sobre as dificuldades específicas que elas enfrentam e inspira movimento para a mudança”.

O desvelamento da realidade lhes permite enxergar outro aspecto importante que as estudiosas feministas do Ponto de Vista têm se debruçado: a dupla consciência. Para elas, as mulheres,

... enquanto membros de um grupo oprimido têm cultivado uma dupla-consciência, uma maior sensibilização não apenas das suas próprias vidas, mas da vida do grupo dominante também (homens). ... Em alguns casos a dupla consciência surge no cumprimento de normas socialmente aceitas que determinam funções, tais como as de esposa e mãe. Em outros casos, as mulheres desenvolvem uma dupla consciência para garantir a sua própria consciência e da sua família, a sua sobrevivência física e econômica. (BROOKS, 2006, p.63, tradução livre da autora).

Essa vinculação permanente com os papéis tradicionais e o acesso ao mundo masculino dominante, cria lentes especiais, como já falamos anteriormente. São essas lentes que merecem estar presentes nas pesquisas fundamentadas pela epistemologia feminista do Ponto de Vista porque,

As mulheres estão sintonizadas com suas próprias atividades e a dos homens em atitudes e comportamentos. Mas os homens, enquanto membros do grupo dominante, não são necessariamente sintonizados com as atividades e comportamentos das mulheres, de modo que a realidade é mais susceptível de ser alicerçada exclusivamente em suas próprias experiências (BROOKS, 2006, p. 66, tradução livre da autora).

Assim, as mulheres criam estratégias de sobrevivência usando recursos dos grupos dominantes para sobreviverem. Essas estratégias só serão modificadas e interpretadas a partir da visão das próprias mulheres, na medida em que os projetos de pesquisa estiverem plenos de adequações filosóficas e metodológicas, utilizando a filosofia e epistemologia feminista.

Essa perspectiva é reforçada por Alison Jaggar em seu artigo **Política Feminista e Epistemologia: o Ponto de Vista da Mulher**, embora com uma ressalva importante, ao dizer que “enquanto a experiência de subordinação das mulheres as coloca em uma posição singularmente vantajosa para reinterpretar a realidade, também lhes impõe certas dificuldades psicológicas que deve ser o foco da luta de auto-consciência” (JAGGAR, 2004, p.61 tradução livre da autora). Isso quer dizer que não basta ser mulher para possuir uma clara representação do mundo e das relações desiguais de poder que se dão por meio das assimetrias de gênero, classe, raça e etnia, sexualidade, dentre outras.

Entretanto, como foi abordado desde o início das questões apresentadas sobre a Epistemologia Feminista do Ponto de Vista, os estudos de orientação feminista têm dado contribuições significativas ao mesclarem as textualidades vividas aos projetos científicos tradicionais. Nesse sentido, a perspectiva defendida por Sandra Harding que, segundo Olensen (2007, p. 233-234) “sugere uma estratégia de ‘forte objetividade’ que tome as pesquisadoras e também as pesquisadas como foco de explanações críticas, causais, científicas, e exija o exame crítico da localização da pesquisadora”, apresenta-se como fundamental, tanto para a transformação do paradigma da ciência tradicional, quanto para o cotidiano das mulheres em seus contextos sócio-históricos.

2.3 Análise de Discurso Crítica (ADC)

Desde que a linguística se constituiu como um campo específico do saber, uma ciência, os estudiosos ligados a esse domínio cognitivo se preocuparam muito mais com as relações internas da linguagem propriamente dita, do que com a vinculação dessa linguagem às práticas sociais, ficando essa fase conhecida como da linguística estrutural (RAMALHO, 2005).

José Luiz Fiorin (2007, p. 6), apesar de reiterar os avanços alcançados pela linguística estrutural, afirma que “os problemas colocados até então pela ciência da linguagem eram considerados falsos problemas” e que durante muito tempo essa perspectiva teórica “foi chamada de lingüística burguesa”. Críticas foram perpetradas a essa perspectiva da linguística, na medida em que se aproximava cada vez mais a linguagem das práticas sociais, o que remetia as práticas discursivas a uma interface direta com a ideologia.

Tais críticas vieram se avolumando até acontecer o que alguns autores chamam de **virada linguística** – marcada pelas fortes críticas ao Positivismo, pelo poder das críticas pós-estruturalistas e pós-modernistas à epistemologia e às Ciências Sociais. Essa situação

promoveu uma rápida expansão, chegando na atualidade a cerca de 57 variedades de análise de discurso segundo Rosalind Gill (2007). Para essa autora,

Análise do discurso é o nome dado a uma variedade de diferentes enfoques no estudo de textos, desenvolvida a partir de diferentes tradições teóricas e diversos tratamentos em diferentes disciplinas. ... O que estas perspectivas partilham é uma rejeição da noção realista de que a linguagem é simplesmente um meio neutro de refletir, ou descrever o mundo, e uma convicção da importância central do discurso na construção da vida social (GILL, 2007, p.244).

Assim, na atualidade, ao lado de outras correntes que operam com a análise do discurso, a autora destaca três tradições teóricas que são bastante amplas: um grupo que abarca a linguística crítica, os estudos de linguagem e a semiótica social ou crítica, representada por Fowler et al. (1979), Kress; Hodge (1979, 1988) e Fairclough (1989). O outro grupo engloba a etnometodologia, a teoria do ato da fala e a análise da conversação, cujos estudos de maior destaque são os de Garfinkel (1967), Sacks et al (1974), Coulthard e Montgomery (1981), Heritage (1984), e Atkinson e Heritage (1984). Por fim, a autora cita um terceiro grupo que é associado ao pós-estruturalismo, destacando-se os estudos de Michel Foucault.

O primeiro grupo é representado pelos estudos de mídia e imprensa que analisam especialmente as formas linguísticas que anulam e tornam o sujeito passivo, o que pode mudar completamente o sentido e a compreensão de determinado fenômeno. Já os estudos do segundo grupo possuem a característica de focar muito mais a organização e as relações sociais e como as narrativas se colocam para atingir objetivos. Essas posições teóricas, tanto do primeiro como do segundo grupo, não apresentam divergências absolutas e às vezes se confundem em alguns aspectos, à exceção dos trabalhos de Michel Foucault que “... em contraste com a maioria da análise do discurso, este trabalho está interessado não nos detalhes de textos falados e escritos, mas em olhar historicamente os discursos” (GILL, 2007, p. 247). Entretanto, pode-se observar que a genealogia elaborada por ele é tomada como um dos pilares da Análise do Discurso Crítica/ADC de Fairclough.

As bases teóricas da ADC foram elaboradas pelo linguista inglês Norman Fairclough da Universidade de Lancaster, que inclusive a nomeou (Critical Discourse Analysis) em um artigo publicado em 1985. Trata-se de uma abordagem interdisciplinar que envolve a linguística crítica e as Ciências Sociais, complexidade esta marcada pelo seu caráter interdisciplinar e transdisciplinar (RESENDE e RAMALHO, 2006).

Viviane C. Ramalho (2005) faz um mapeamento sobre o percurso teórico metodológico da ADC, analisando trabalhos de Fairclough e Chouliaraki. A autora deixa bastante claro que

A ADC é, por princípio, uma abordagem transdisciplinar. Isso significa que não somente aplica outras teorias, mas, por meio do rompimento de fronteiras epistemológicas, operacionaliza e transforma tais teorias com vistas à abordagem sociodiscursiva. Assim sendo, a ADC provém da operacionalização de diversos estudos, dentre os quais, com base em Fairclough (2001), destacamos os de Foucault (1977, 2003[1971]) e Bakhtin (2002 [1929]; 1997 [1953]), cujas perspectivas vincularam discurso e poder e exerceram influência sobre a ADC (RAMALHO, 2005, p. 2).

A ADC retira substratos importantes da teoria de Bakhtin, crítico do objetivismo de Saussure e fundador da teoria semiótica de ideologia, bem como da noção de dialogismo e intertextualidade na linguagem. Segue então os preceitos do materialismo histórico que privilegia os princípios de enunciação que são as relações dialógicas que se dão nos espaços de comunicação. Essas relações dialógicas ou dialogismo, por sua vez, apresentam um caráter polifônico e uma perspectiva interacional. E, por fim, entende a linguagem como espaço de luta, noção que também é encontrada em Foucault.

Utiliza a teoria de Foucault a partir das noções da natureza política do discurso; natureza discursiva do poder e interdependência entre práticas discursivas, além de colocar e fundamentar-se na natureza discursiva da mudança social e no aspecto constitutivo do discurso (linguagem como uma prática que constitui o social). Analisando concepções foucaultianas importantes para a ADC, Ramalho (2005, p.4), diz que

ao sugerir que o poder, na sociedade moderna, é exercido por meio de práticas discursivas institucionalizadas, Foucault contribui, por um lado, para o estabelecimento do vínculo entre discurso e poder, e, por outro, para a noção de que mudanças em práticas discursivas, a exemplo do aprimoramento das técnicas de vigilância, são um indicativo de mudança social.

Entretanto, a autora afirma que para Fairclough, embora a teoria de Foucault seja muito importante na constituição teórica da ADC, apresenta duas lacunas que precisam ser tratadas transdisciplinarmente: “primeiro, a visão determinista do aspecto constitutivo do discurso, que vê a ação humana unilateralmente constrangida pela estrutura da sociedade disciplinar, e, segundo, a falta de análise empírica de textos” (RAMALHO, 2005, p. 5).

A partir dessa constatação, a teoria foucaultiana vai ser operacionalizada com outras teorias por Fairclough (2001; 2003a) e Chouliaraki (1999), buscando uma adequação com os princípios norteadores da ADC que se fundam no olhar sobre a variabilidade e mudança bem como na luta social travada no discurso. Com base nessas características da ADC, estudiosos afirmam que o nascimento dessa teoria se dá a partir de Norman Fairclough, pela via de duas obras fundantes que são **Language and power** (1989) e **Discourse and social change** (2001[1992]), onde a concepção de linguagem se apresenta como maneira de prática social, o que possibilita uma estreita ligação com as noções de poder e ideologia do enfoque discursivo-interacionista de Bakhtin (RAMALHO, 2005).

Sob esse prisma, a ADC preocupa-se em instrumentalizar experiências empíricas sociodiscursivas, a fim de produzir mudanças que favoreçam aqueles que possam se encontrar em desvantagem mediante uma interação efetiva entre a análise de discurso linguisticamente orientada e a teoria social. Nesse sentido, apropria-se dos conceitos de ideologia de Thompson (2002) e trata as questões do poder a partir do sentido de hegemonia tomado de Gramsci (1971). Desse modo, Fairclough propõe uma abordagem teórico-metodológica tridimensional, para evitar tanto determinismos sociais quanto textuais, conforme demonstrado na figura seguinte:

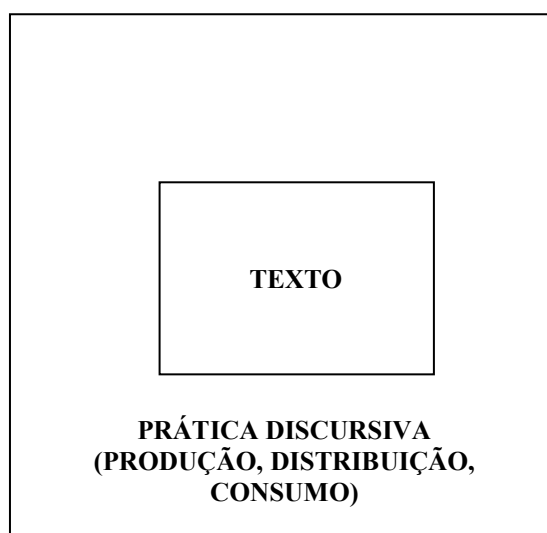


Figura 1: Concepção Tridimensional do discurso (FAIRCLOUGH, 2001, p.101)

Nessa perspectiva, a ADC articula-se ao objeto de estudo proposto, porque busca no discurso das enfermeiras uma produção de textos que demarca contextualidades que, ora

apresenta permanências, apesar do uso de novas formas linguísticas, ora provoca rupturas capazes de promover mudança social. E, fundamentalmente, permite detectar nos discursos as ideologias que sustentam e dão legitimidade às desigualdades de poder, especialmente, no caso da enfermagem, assimetrias de gênero e classe que sustentam as instituições de saúde.

Para Fairclough (2001, p. 117) “as ideologias embutidas nas práticas discursivas são muito eficazes quando se tornam naturalizadas e atingem **status** de ‘senso comum’ ...”. Entretanto, o próprio autor chama a atenção para o fato de que não se deve pensar a ideologia como algo estável, porque existe uma luta ideológica, em constante movimento, que pode desencadear a transformação ou reestruturação das relações de poder existentes institucionalmente. Nesse aspecto, ele chama a atenção para o fato de que “quando são encontradas práticas discursivas contrastantes em um domínio particular ou instituição, há probabilidade de que parte desse contraste seja ideológico” (FAIRCLOUGH, 2001, p. 117).

Essa perspectiva aponta na direção de que a ideologia não se aplica no mesmo nível ou grau, em todas as esferas sociais, ela é intercambiável e passível de mudanças. Assim, Fairclough afirma que, para a ADC, não só o conceito de ideologia, mas principalmente o de hegemonia, a partir de Gramsci (1971), é instrumento fundamental. As concepções de **hegemonia** aceitas por Fairclough (2001, p. 122) são:

- a) É tanto liderança como exercício do poder em vários domínios de uma sociedade (econômico, político, cultural e ideológico).
- b) É, também, a manifestação do poder de uma das classes economicamente definidas como fundamentais em aliança com outras forças sociais sobre a sociedade como um todo, porém nunca alcançando, senão parcial e temporariamente, um ‘equilíbrio instável’.
- c) É, ainda, a construção de alianças e integração através de concessões (mais do que a dominação de classes subalternas).
- d) É, finalmente, um foco de luta constante sobre aspectos de maior volubilidade entre classes (e blocos), a fim de construir, manter ou, mesmo, a fim de romper alianças e relações de dominação e subordinação que assumem configurações econômicas, políticas e ideológicas.

3 A TRAMA ARTICULADA: CAMINHOS PERCORRIDOS

Este capítulo apresenta uma descrição detalhada da trajetória desenvolvida para a produção do material empírico, iniciada após o Exame de Qualificação I. Até este, ocorreu o aprofundamento teórico facilitado pela participação em disciplinas obrigatórias no PPGENF/UFBA e três disciplinas realizadas no Programa de pós-graduação do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher/NEIM/UFBA. A disciplina obrigatória, **Abordagens teóricas, filosóficas e metodológicas do conhecimento** deu origem a um artigo, bem como as disciplinas **dinâmicas de gênero** e **seminário de teorias feministas** um artigo cada uma. A disciplina **Gênero e linguagem** viabilizou aprofundamento sobre a Análise de Discurso Crítica/ADC que foi a base metodológica para a análise dos dados empíricos.

3.1 Aproximação com o campo

A pesquisa de campo foi planejada para ser desenvolvida na cidade de Montes Claros, norte do Estado de Minas Gerais, onde desenvolvo minhas atividades profissionais. No início do mês de setembro de 2009, dei entrada com o projeto para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa/CEP da UNIMONTES e iniciei a primeira incursão, no que eu julgava que viria a ser o campo da produção dos dados empíricos. Aproveitei a realização da oitava Oficina do Projeto Político Pedagógico e a primeira do PRÓ-SAÚDE do Curso de Enfermagem, que aconteceu no dia quatorze de setembro de 2009 no auditório do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde/ CCBS da UNIMONTES, para realizar os primeiros contatos com as enfermeiras.

Conseguí falar efetivamente com doze enfermeiras, sendo feito o contato inicial com conversas informais sobre a minha estada em Salvador, sobre o andamento do doutorado, nesse ano e meio que passei fora do Departamento de Enfermagem da UNIMONTES e, por fim, falei sobre a pesquisa e perguntei se havia interesse delas em participar.

Expliquei que a pretensão era produzir o material empírico, por meio da realização de entrevistas individuais e, posteriormente, uma oficina. Elas me deixaram endereço, e-mail e telefones de contato. Acertamos que eu enviaria o termo de consentimento livre e esclarecido por e-mail para que fossem mais bem informadas sobre a pesquisa e decidissem sobre a participação.

Nesse contato inicial, a primeira dificuldade surgiu: indisponibilidade de horário para formar o grupo e/ou para as entrevistas. Enviei o termo de consentimento conforme o combinado, além de explicações mais detalhadas sobre o objeto de estudo. Em duas semanas, obtive resposta de apenas três enfermeiras, duas delas informando que só aceitavam fazer a entrevista individual e não gostariam de participar da oficina e a outra dizendo que só participaria da oficina, mas dependia da sua disponibilidade de tempo. Negocieei com as duas enfermeiras para agendarmos local, data e horário mais adequados e consegui realizar a primeira entrevista. A dificuldade de articulação com as enfermeiras e o resultado de duas entrevistas realizadas sinalizava que seria necessário rever a viabilidade da produção dos dados empíricos em Montes Claros. Percebi também que o tema as deixava pouco à vontade, tendo em vista a proximidade entre a pesquisadora e as enfermeiras, em função das relações de trabalho, o que poderia produzir um viés indesejável para uma pesquisa.

Assim, concordando com a afirmação de Pierre Bourdieu (2001, p.27), de que “... o programa de observações e de análises por meio do qual a operação se efetua não é um plano que se desenhe antecipadamente, à maneira de um engenheiro ...”, resolvi mudar o local para a realização da pesquisa.

Optei por manter a realização da produção dos dados empíricos em Minas Gerais e resolvi fazê-la em Barbacena, cidade onde cresci e tive meus primeiros contatos com a área da saúde ainda bastante jovem. E, apesar de ter desenvolvido atividades profissionais na cidade por um período de dez anos, já me encontrava afastada desde que fui trabalhar no norte de Minas, em 1998.

Em Barbacena, fiz contato telefônico com duas enfermeiras que aceitaram participar da pesquisa e indicaram novos nomes. A partir de então, foram realizadas dez entrevistas no período compreendido entre dezesseis de outubro de 2009 e vinte e seis de janeiro de 2010. Os contatos foram feitos por telefone ou e-mail. Das treze enfermeiras contatadas duas não responderam e-mail e uma recusou-se a participar, alegando que estava para se aposentar e não gostaria de falar sobre sua experiência como enfermeira. Como a maioria delas prestava serviço em unidades da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais/ FHEMIG, em Barbacena, onde já trabalhei nos anos 1980, houve um grande interesse e empenho por parte da diretoria de enfermagem da instituição em colaborar.

No momento que preenchiam o formulário de entrevista com seus dados gerais, antes do início da entrevista, foram informadas da continuidade da pesquisa, por meio da realização de uma oficina, em um segundo momento. Todas concordaram, mas na hora do contato efetivo para agendarmos a data não consegui um número maior que três ou quatro enfermeiras

para a mesma data. Duas delas disseram claramente que não gostariam de participar de oficinas e pela falta de um consenso sobre a data de sua realização com pelo menos cinco ou seis participantes, desistimos do uso dessa técnica, que seria complementar a um rico material já obtido com a entrevista, no entanto, sob o meu ponto de vista, não houve prejuízos à pesquisa.

3.2 O cenário da pesquisa

Barbacena está localizada na zona das vertentes do Estado de Minas Gerais. Sua população estimada em 2009, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE, (2010) era de 128.573 habitantes. Situada às margens da BR 040, fica distante 169 Km de Belo Horizonte, capital do Estado. É conhecida como **Cidade das Rosas** pela produção e exportação de flores ornamentais, especialmente rosas, cultivadas na região.

É também reconhecida nacionalmente como um centro voltado para a Educação, por abrigar instituições como a Escola Preparatória de Cadetes do Ar/ EPCAR e a antiga Escola Agrícola Diaulas Abreu, primeira escola agrotécnica da América Latina, que comemora seu centenário em novembro de 2010, hoje Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sudeste de Minas Gerais, duas instituições federais que têm tradição de receber estudantes de todo o país.

Entretanto, o título que a cidade carrega já há algumas décadas e, na atualidade, inquieta as pessoas e profissionais comprometidas(o)s com a humanização do cuidado prestado aos portadores de distúrbios mentais, é o de **Cidade dos Loucos**. Esse título veio em função do grande número de hospitais psiquiátricos que se instalou na cidade, ao longo do século XX. A cidade abrigou, durante décadas, um hospício que recebia pessoas de todo o país, e chegou a ter nas décadas de 1960 e 1970, até dois mil pacientes asilares. Acrescente-se a esse número os pacientes também internados nas diversas “clínicas psiquiátricas particulares” que foram se instalando na cidade, a partir da década de 1970.

Moradores mais antigos da cidade ainda afirmam que o motivo da criação do hospício e, posteriormente, de muitas clínicas psiquiátricas em Barbacena, tem origem em uma crença médica antiga de que o clima frio era melhor para acalmar os loucos. Barbacena atenderia bem a esse critério, porque é uma cidade situada a 1164 metros de altitude, na serra da Mantiqueira, o que lhe garante um clima mais frio durante praticamente todo o ano. No

entanto, tal situação é contestada por alguns historiadores que afirmam que a instalação do primeiro hospício na cidade está mais nas razões políticas que nas de saúde.

3.3 As enfermeiras participantes do estudo

Foram realizadas doze entrevistas, sendo duas na cidade de Montes Claros e dez entrevistas em Barbacena. As duas entrevistas realizadas em Montes Claros foram consideradas como entrevistas piloto e não foram utilizadas para análise nessa pesquisa, utilizamos apenas um fragmento da fala de Sophia, uma das duas entrevistadas, como indicador dos caminhos possíveis à abordagem sobre o objeto de estudo pelas enfermeiras participantes do estudo. Das dez entrevistas realizadas em Barbacena, utilizamos nove, uma vez que houve perda de uma entrevista por problemas técnicos.

As entrevistas foram realizadas em locais e horários estabelecidos pelas entrevistadas, e foram gravadas em áudio. No momento do preenchimento de identificação de cada entrevistada, a maioria demonstrou muita surpresa e certa dúvida ao preencher o item sobre cor auto-declarada. Oito delas se declararam brancas e uma negra.

Para preservar e resguardar as identidades das participantes, no início de cada entrevista, foi oferecido como presente o **Livro das Deusas do Grupo Rodas da Lua**, que apresenta as deusas das mais diferentes tradições e culturas, desde a pré-história, acrescentando **A Grande Mãe na Era Cristã, Maria**, o que mostra a diversidade na escolha das entrevistadas. Depois de um breve exame, elas escolheram o nome de **deusa** e uma frase que explicaria, simbolicamente, o que mais a aproximava da deusa, no momento da realização da entrevista, uma vez que o próprio título do estudo traz uma analogia simbólica ao fio condutor no mito de Ariadne. A ordem de apresentação das entrevistadas ou das condições de produção, usando a terminologia da ADC, é a mesma da realização das entrevistas.

ATHENA

“É uma histérica que mandava naquela “homarada” toda”

Nasceu em Itabira-MG, no ano de 1963 e formou-se aos 22 anos, em dezembro de 1985, pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (FE-UFJF). A entrevista foi realizada no dia 16/10/2009, quando estava com 46 anos. Foi criada em uma família de cinco irmãos, três homens e duas mulheres. “Eu sou a quarta filha e a minha irmã mais nova

tem sete anos menos do que eu, durante muito tempo ficou só eu de menina e até com isso um lugar um pouco realçado. Uma ligação muito forte com meu pai por causa disso”. É filha de um operário de metalúrgica, e fica marcada em sua entrevista uma divisão de classe muito forte na cidade em que viveu toda a infância. Não tem religião e se declarou solteira, embora mantenha relação estável, tendo um filho de 16 anos à época da entrevista. Fez um único curso de especialização **lato sensu** em Saúde Pública, ano de 1998, pela Escola de Saúde de Minas Gerais. Participa de Grupo de Estudos de Lacan e declarou que está fazendo um curso de psicanálise e filosofia em Belo Horizonte. Sua área de atuação profissional é Saúde Mental e tem um histórico de participação no Movimento Feminista. Renda pessoal em torno de 2.000,00 reais e renda familiar de 10.000,00 reais. Cor auto-declarada: branca.

PERSÉFONE

“Fica numa boa, mas quando agita vem do submundo”

Nasceu no ano de 1953, em São João Del Rei, Minas Gerais. Formou-se em julho de 1989, aos 26 anos, na primeira turma da FE-UFJF, o que significa que fez praticamente todo o curso pela Faculdade de Enfermagem Hermantina Beraldo (FEHB). “Nós somos sete filhos, quatro mulheres e três homens. Eu lembro que, na minha infância, eu dei muita dor de cabeça pra minha mãe, eu era entre dois meninos e acompanhava os meninos nas brincadeiras, e a gente sempre brincou muito juntos. Os nossos pais eram muito... O meu pai já é falecido, mas eles eram muito amorosos. Bravos, mas muito amorosos”. A entrevista foi realizada no dia 28/10/2009 quando estava com 56 anos. Relatou que o pai era comerciante e que a mãe fazia doces para ajudar nas despesas, mas quando a situação financeira da família ficou sólida, a mãe só se dedicava às tarefas domésticas. Terminou a especialização **lato sensu** em Gestão Hospitalar pela Escola de Saúde de Minas Gerais em 1993 e o Mestrado em Saúde Mental pela EE/UFMG em 2004. É solteira com renda mensal em torno de 5.300,00 reais. É católica e cor auto-declarada branca.

IANSÃ

“Sua paixão é a busca incansável por relações amorosas, nutritoras, em que não cabe sujeição nem dominação”

A entrevista foi realizada no dia 30/10/2009 quando ela estava com 38 anos. Nasceu em Barbacena no ano de 1971, “Sou de uma prole de quatro irmãos, sendo que eu sou a primogênita e só eu de mulher e três irmãos homens. Mas o ano passado eu perdi um irmão em um acidente, então hoje somos três. E a minha relação com os meus pais, com a minha

família, os meus pais sempre foram muito protetores. A gente não podia fazer nada, o meu pai sempre muito carinhoso, mas muito austero na educação”. Formou-se pela FE-UFJF em outubro de 2002 aos 33 anos. Demorou a iniciar um curso de graduação porque já desenvolvia atividade na área de saúde como técnica em Enfermagem. Não foi sua primeira opção fazer a graduação, porque acha a profissão muito desvalorizada. Fez os cursos de especialização **lato sensu** em Terapia Intensiva/UFJF e Formação Pedagógica/PROFAE em 2005. Declarou-se casada, católica, branca, com renda pessoal de 1.700,00 reais e renda familiar de 4.000,00 reais.

HÉCATE

“Nasce e morre a cada dia num mundo em que a sobrevivência é muito difícil”

“Eu nasci em Bom Despacho, Minas Gerais, em vinte e cinco de maio de 1955. Tenho dez irmãos. São seis mulheres e quatro homens e um irmão homem já é falecido”. Graduiu-se em Enfermagem em julho de 1982, aos 27 anos, pela FE-UFJF. Escolheu a graduação em Enfermagem porque era atendente de enfermagem no CHPB e admirava muito uma enfermeira que foi chefe de enfermagem do seu setor de trabalho. Filha de um militar, teve uma educação muito rígida e, durante sua entrevista, a mãe foi mencionada apenas uma vez. Relatou que a sua primeira experiência profissional, depois de graduada, foi marcada por uma perplexidade tanto da parte de colegas como das pessoas que ela atendia, por ser negra. É solteira, católica e declarou renda pessoal de 3.000,00 reais e renda familiar de 9.000,00. Fez especialização em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG em 1992. A entrevista foi realizada em 26/11/2009, quando ela estava com 54 anos.

MARIA

“Tenho uma grande fé em Maria e várias santas”

Nasceu em 1971 e passou toda a infância na pequena cidade de Dolores de Campos. “Eu nasci em Barbacena, apesar de não ter família morando aqui, mas pela questão mesmo da cidade oferecer hospital, não é, ter uma estrutura para isso, mamãe sempre teve os filhos aqui. Tenho um irmão mais novo que eu sete anos e a minha irmã mais velha que eu dois anos”. O pai viajava muito vendendo produtos de couro, e a mãe o ajudava nas despesas da casa costurando selas e outros produtos de couro. Declarou-se branca, católica, divorciada em segunda relação estável, com renda pessoal de 3.000,00 reais e renda familiar de 6.000,00. Entrevista realizada em 02/12/2009 quando ela estava com 38 anos. Graduiu-se em agosto de 1995 pela FE/UFJF aos 24 anos. Acha a profissão muito desvalorizada e pensa até mesmo em

mudar, e por essa razão estava cursando direito quando da realização da entrevista. Fez Especialização **Lato sensu** em Vigilância Sanitária e Epidemiológica pela UNAERP/ 1997 e Saúde do Trabalhador UNIPAC/FUNDACENTRO em 1999.

HERA

“É a protetora da família e das mulheres”

Nasceu em Alfenas, sul de Minas, em 1975. “Eu tenho quatro irmãs, nós somos cinco mulheres. A gente é muito, muito unida, nós somos uma família muito unida. Acho que a gente é meio cúmplice, tudo que acontece com uma atinge a todas. A gente teve uma relação muito tranquila, meus pais foram muito presentes. Mesmo depois de casada, a gente pede todas as opiniões de rumo de vida para eles”. Fez questão de frisar que ela, como toda sua família, é muito católica. Formou-se aos 22 anos pela Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas/UNIFAL. Sua entrevista foi realizada no dia 22/12/2009 quando ela estava com 34 anos. Fez especialização em Saúde e Segurança do Trabalho pela UNIPAC/UNICENTRO em 1999; Saúde da Família (2001) e Educação para a Saúde (2003) pela UFJF. Casada com renda pessoal de 3.000,00 reais e familiar de 7.000,00 reais. Cor auto-declarada branca. Disse ter escolhido a Enfermagem porque acredita que, além de boa profissional, o curso também forma a mulher e a futura mãe.

KUAN YIN

“Ouve o choro do mundo”

“Eu nasci aqui em Barbacena mesmo (1970). Eu tenho uma irmã, e assim eu lembro muito da minha infância. A gente viveu todos juntos aqui: minha avó, minha irmã, minha mãe e meu pai. Porque meu avô morreu muito cedo e minha mãe foi morar com a minha avó por problemas de doença”. É a única que relata que a mãe sempre trabalhou fora (professora), os pais se separaram e por causa disso ela, a mãe e a irmã foram morar em Rondônia, onde ela se graduou em dezembro de 1997 pela Universidade Federal de Rondônia/UNIR, aos 27 anos. Entrevista realizada em 28/12/2009 quando ela estava com 39 anos. Disse que fazer enfermagem foi opção, mas se preocupa com a desvalorização profissional. É católica, solteira, cor auto-declarada branca, renda pessoal em torno de 1.500,00 reais com renda familiar de 5.000,00 reais. Fez especialização **Lato sensu** em Gestão Pública em 2006 pela Universidade de Jacarepaguá.

AFRODITE **“Porque é a deusa do amor”**

Sua entrevista foi realizada no dia 09/01/2010 sábado, em sua casa porque ela não tinha com quem deixar sua filha pequena. Ela estava então com 33 anos. Nasceu em Barbacena no ano de 1976. “Tenho uma irmã e sou dez anos mais velha do que ela. A minha relação com ela não foi assim tão próxima quanto eu queria porque eu estudei em Juiz de Fora. Então, quando eu estava com dezoito, ela estava com oito e eu fui embora. Mas o tempo que eu morei em casa, o meu relacionamento com ela foi ótimo”. Formou-se pela EE-UFJF em outubro de 2002, aos 26 anos. Fez especialização *latu sensu* em Saúde da Mulher (não se lembra o ano) e especialização em UTI em 2005 pela UFJF. É católica, cor auto-declarada branca, casada com renda pessoal de 2.000,00 reais e renda familiar de 3.000,00 reais. Foi para Juiz de Fora para fazer vestibular de odontologia e não sabia nada sobre Enfermagem. O convívio com alguns/algumas técnicos/técnicas em Enfermagem a fizeram mudar de idéia. O tempo todo da entrevista teve uma postura muito crítica sobre a profissão e seus desdobramentos.

GAIA **“Porque é a que mais se parece comigo, é terra”**

Nasceu em Belo Horizonte no ano de 1956. “Nós somos cinco irmãos sendo duas mulheres e três homens. Eu sou a segunda, o mais velho é homem e a gente sempre teve, sempre foi uma família muito unida, sabe? Muito assim, muito legal todo mundo. Tinha aquelas brigas comuns de criança”. Formou-se pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais EE/UFGM em dezembro de 1987, aos 31 anos. Sua entrevista foi realizada em 26/01/2010 quando ela estava com 53 anos, período em que estava cursando especialização **latu sensu** em Auditoria em Sistemas de Saúde pela São Camilo. Trabalhava em hospitais no período em que cursou a graduação. Católica, solteira, cor auto-declarada branca, com renda pessoal em torno de 3.000,00 reais.

3.4 As estratégias metodológicas de produção do material empírico

O **corpus** deste estudo foi constituído pelos depoimentos produzidos por meio da realização de entrevistas e documentos. Foi utilizado o conjunto de documentos das faculdades em que as depoentes graduaram-se com exceção dos documentos da Universidade

de Rondônia/UNIR, que não estão disponibilizados em sua página na internet. Também faz parte do **corpus** da pesquisa um documento da Associação Brasileira de Enfermagem-Nacional/ABEN-nacional, que trata de novas propostas curriculares para a enfermagem, no final dos anos 1980, porque entendemos que a entidade sempre foi e continua sendo importante para os rumos da educação em enfermagem no Brasil.

Fizemos a opção pela concentração da análise dos documentos da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF porque a maioria das entrevistadas é egressa dessa instituição. Ao longo da pesquisa, foi constatada forte convergência na maneira como as enfermeiras foram formadas, em relação ao cuidado, na interface com a sexualidade, nas outras instituições em que as entrevistadas concluíram o curso. Os documentos analisados, fontes primárias, foram os seguintes:

1. Projeto Político Pedagógico (FE/ UFJF); (EE/UFMG); (UNIFAL)
2. Ementário das disciplinas: (FE/UFJF); (EE/UFMG); (UNIFAL)
3. Sobre uma nova proposta de currículo mínimo para a formação do enfermeiro (Associação Brasileira de Enfermagem/ABEN- Nacional 1989).

A análise documental não constituiu etapa específica, ela faz parte do **corpus** da pesquisa, articulando-se com a análise de discurso relativa aos textos produzidos pelas entrevistas. Isso possibilitou que a dinâmica do processo pedagógico referida pelas alunas fosse confrontada com a leitura analítica dos documentos, conformando um texto que traduz os processos ideológicos materializados na formação profissional.

Com relação às entrevistas, optou-se pela produção do material empírico, mediante a realização do inquérito por histórias de vida. Essa técnica, ao mesmo tempo em que permite um olhar sobre as subjetividades contidas nos discursos, ressalta as maneiras de inserção em determinada prática social. Assim, não é a história única ou autobiografia que importa e sim a temática norteadora do estudo vista a partir das subjetividades das depoentes (POIRIER, et al, 1999).

Por essa razão, esses autores nos chamam a atenção para a necessidade de ampliar o número de entrevistas de histórias de vida para um aprofundamento maior sobre os possíveis impactos no universo social do qual todas as entrevistadas fazem parte.

Apesar de o termo **inquérito** nos remeter a uma perspectiva da pesquisa quantitativa, cuja amostragem é pré-definida, a definição da população de estudo se deu pela relação das depoentes com a temática proposta. Por se tratar de pesquisa qualitativa, a quantidade de entrevistas não foi dada aprioristicamente e sim pela reincidência de informações. As

entrevistas foram gravadas em áudio para posterior análise via ADC. Como já vimos anteriormente, a ADC preocupa-se com a produção discursiva e sua articulação histórica.

3.5 Técnica de análise do material empírico

A análise de discurso propõe a compreensão de tudo que é falado ou escrito em termos discursivos. Nesse sentido, Fairclough, (2001, p.90) afirma: “ao usar o termo ‘discurso’, proponho considerar o uso de linguagem como forma de prática social e não como atividade puramente individual ou reflexo de variáveis situacionais”. Assim, as questões iniciais imprescindíveis estão relacionadas às condições de produção do discurso:

- quem fala? (de qual lugar: a posição de quem fala/escreve);
- o quê? (a imagem, o assunto, o tema, etc);
- para quem? (a imagem do leitor/ouvinte), e
- em que circunstâncias? (o contexto em que o discurso/texto é produzido ou utilizado).

No caso específico deste estudo, as duas questões fundamentais serão a posição de quem fala e o contexto em que o discurso é produzido, para aprofundar a perspectiva tridimensional da ADC e responder às questões propostas para a pesquisa.

O aporte metodológico foi construído a partir das perspectivas teóricas de Fiorin (2007) e Fairclough (2001). Entretanto, as cinco fases ou etapas e pontos chave para o processo de análise dos dados foram extraídos do texto **Análise do discurso** de Rosalinda Gill (2007), sintetizados no quadro a seguir:

FASES	PONTOS-CHAVES
<i>1-Fazendo perguntas diferentes</i>	Os analistas de discurso não veem os textos como veículos para descobrir uma realidade pensada como jazendo além, ou debaixo da linguagem. A preocupação é com a linguagem em si daí as perguntas serem colocadas de maneira diferente.
<i>2-Transcrição</i>	A transcrição não pode sintetizar a fala, ela precisa ser minuciosa e obedecer às colocações do/a narrador/a.
<i>3- O espírito da leitura cética</i>	• Suspensão na crença do que é tido como algo dado. (como na antropologia “tornar o

	familiar estranho”). • Questionar nossos próprios pressupostos e as maneiras como habitualmente damos sentido às coisas.
<i>4-Codificação</i>	• Mergulhar no material estudado e ler e reler exhaustivamente o material produzido • A codificação deve ser feita da maneira mais abrangente possível para que as instâncias limítrofes possam ser incluídas (categorias)
<i>5-Analisando o discurso</i>	• Busca de um padrão de dados. • A análise de discurso não esconde a variabilidade.

Quadro 2: Fases e pontos-chave para a operacionalização da análise do discurso

A partir desse quadro e levando em consideração as especificidades do objeto de estudo, faremos a seguir a descrição da técnica desenvolvida para a análise dos dados dessa pesquisa. Utilizamos três fases, entendendo que as fases **fazendo perguntas diferentes e o espírito da leitura cética** perpassam todo o percurso, desde a produção do material empírico, até a análise dos textos produzidos, a partir das transcrições das entrevistas.

Fase 1: Transcrição

A primeira transcrição foi feita exatamente como na linguagem emitida nas entrevistas. Depois que as transcrições foram lidas pelas enfermeiras, ajustes foram feitos a pedido delas, sem, contudo, alterar o significado da fala.

Fase 2: Codificação

Nessa fase foi realizada a primeira depreensão de temas, de maneira individual, que gerou cinco grandes blocos temáticos:

1. Ideologias de gênero imbricadas nas relações familiares;
2. Aprendizado e vivências da sexualidade (subjetivação pela sexualidade);
3. Ideologias de gênero e as normas de conduta;
4. Sexualidade e corpo na relação com o cuidado, e
5. Profissão feminina, gênero, cuidado.

Esses grandes temas, que emergiram da organização dos depoimentos em núcleos de significação, resultaram em subcategorias, cuja especificidade temática levou a três categorias empíricas centrais:

1. Ideologias de gênero e sexualidade: a articulação entre a educação familiar e a formação profissional das enfermeiras;

2. O cuidado na interface com a sexualidade: uma dimensão interdita durante o processo ensino/aprendizagem de enfermeiras e;
3. Cuidado, sexualidade e corpo na prática profissional das enfermeiras: interdição e desafios à superação.

Fase 3 -Analisando o discurso

Nessa fase, passamos à análise das categorias empíricas, à luz do referencial teórico proposto para esta pesquisa, orientando toda a análise, no sentido de responder às questões de pesquisa e aos objetivos. O aprofundamento do processo analítico oportunizou o refinamento do nível de abstração buscado, permitindo a utilização de literatura que subsidiasse a discussão, porque quem trabalha com análise de discurso é remetido o tempo todo a outros textos que situam e explicam a realidade.

A consolidação do referencial teórico de base, para análise de discurso do material de pesquisa, ocorreu durante o percurso para a definição e construção do objeto de estudo, o que permitiu a configuração das perspectivas teóricas que mais se adequavam ao objeto proposto. Sabíamos, desde a elaboração do primeiro projeto, que usaríamos gênero como categoria analítica e dois fatos novos ocorreram durante o aprofundamento teórico: o primeiro era a necessidade de discutir gênero na interface com a sexualidade e o segundo, uma inquietação no sentido de dar a esta pesquisa um cunho de estudo feminista.

Perguntávamos cotidianamente: mas, afinal, o que é uma pesquisa feminista? O que significa dar uma perspectiva feminista a uma pesquisa? Diante de tais perplexidades, decidimo-nos pela **Epistemologia Feminista do Ponto de Vista** por entender que ela nos aproxima sobremaneira da interface cuidado e sexualidade, na medida em que é a enfermagem uma profissão historicamente feminina, e precisa olhar o cuidado usando lentes feministas. Essas lentes desconstróem a visão do cuidado como feminino, o que historicamente o desvaloriza como prática social.

Fundamentalmente, tal perspectiva teórica implica a localização da pesquisadora, o que pressupõe a desconstrução do conceito de neutralidade e objetividade científica positivista. Assim, eu falo a partir do meu lugar de mulher que, como outras mulheres, também **incorporou** a subjetivação pela sexualidade engendrada a partir dos estereótipos de gênero, além de ter passado por todo o processo de normalização do corpo e interdição da sexualidade, em minha formação como enfermeira. Nessa perspectiva, a localização da pesquisadora requerida pela análise feminista do ponto de vista ou perspectivista, será aprofundada no último capítulo desta tese.

A ADC serve de mediação teórico metodológica, uma vez que norteou os passos para a análise dos dados empíricos e propõe que o discurso seja olhado e analisado de maneira a vislumbrar a mudança social que se detecta, a partir dele.

3.6 Aspectos éticos

O projeto passou pelos trâmites legais para as pesquisas na área de saúde, instituídos a partir da portaria 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa/CEP da Universidade Estadual de Montes Claros/UNIMONTES, no dia quatro de setembro de 2009, e a aprovação ocorreu no dia dezoito do mesmo mês. As enfermeiras participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/ TCLE e, como foram realizadas entrevistas em profundidade, em que as depoentes narraram suas histórias de vida, as cópias das transcrições foram devolvidas a elas para que tirassem dúvidas, acrescentassem ou suprimissem aspectos importantes do ponto de vista das depoentes.

Também foi esclarecido para as participantes que todas tinham direito à desistência, sem prejuízo, em qualquer etapa de desenvolvimento do estudo, acesso ao material de pesquisa e à pesquisadora quando desejassem. Todas manifestaram interesse em ter acesso ao resultado final da pesquisa.

4 IDEOLOGIAS DE GÊNERO E SEXUALIDADE: A INTERFACE ENTRE A EDUCAÇÃO FAMILIAR E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DAS ENFERMEIRAS

As enfermeiras participantes desse estudo são mulheres nascidas em cidades do interior de Minas Gerais e revelaram em seus discursos pertencerem a famílias nucleares com poder de provisão material e decisão sobre as condutas e comportamentos da(o)s filha(o)s centrado na figura do pai. As mães, geralmente, eram trabalhadoras do lar ou desenvolveram atividades como costureiras ou doceiras para ajudar nas despesas da casa. Nos depoimentos, as mães, além de se ocuparem das atividades corriqueiras do lar e mais as atividades extras, são as responsáveis pela cobrança das posturas esperadas para as filhas, sempre seguindo as ordens do pai.

O meu pai sempre deixou a obrigação da maioria das cobranças para a minha mãe. Ele era aquele que cobrava só dela (AFRODITE: 33, 2002).

Minha mãe sofreu demais. Minha mãe trabalhava em casa. ... meu pai sempre viajou, meu pai sempre teve a vida dele fora de casa. Então ele ficava um tempo fora e ficava um tempo em casa. Aí a minha mãe sempre que ele estava fora ajudava, costurava alguma coisa assim para ele, de couro. Trabalhava em casa para ajudar nas despesas (MARIA: 38, 1995).

Identificamos um discurso, de uma das enfermeiras, formada em 2002, que acentua o poder do pai sobre as condutas decodificadas como corretas, que extrapola a vigilância constante da mãe.

Porque eu lembro que meu pai falava assim: **olha, e cuidado por onde você vai porque eu estou te vendo.** Então eu sempre tinha aquela coisa de que ele estava, tinha noção de tudo. ... **E tinha muita preocupação também de quando tivesse o primeiro namorado que ele fosse a primeira pessoa a saber porque ele, eu tinha que primeiro agradar a ele do que agradar a mim porque ele ia saber se era uma boa pessoa pra ta sendo um bom marido,** um bom companheiro, essas coisas marcaram muito (IANSÃ: 38 ,2002, grifo nosso).

Esse poder é forte o suficiente para dar conta de controlar a própria sexualidade, na medida em que ela afirma que a escolha de um namorado, do futuro marido, teria que agradar ao pai. Ele é o que poderíamos dizer, **o olho que tudo vê.** No modelo patriarcal, a ideia de pai protetor e a ideia de posse caminham juntas e existe a preocupação própria dos pais, no tocante à tutela feminina. A mulher sai da tutela do pai para a do marido, esse precisa atender às expectativas do pai sobre um homem capaz de prover materialmente e proteger a filha de

outros e todos os namorados são esse homem em potencial. Essa perspectiva indica a permanência do modelo patriarcal ainda vivo no nosso meio.

Goran Therborn, (2006, p.22) no livro em que discute sexo e poder nas famílias ao redor do mundo, no período entre 1900 e 2000, afirma que, para o desenvolvimento da análise do tema patriarcado, não poderia deixar de discutir o lugar que, ainda hoje, os pais ocupam em vários países ocidentais e em outras culturas: “O poder e o controle parentais são considerados manifestações do patriarcado, sem excluir ou singularizar as mães casamenteiras e as sogras controladoras, uma vez que elas são delegadas do poder paterno ou a ele estão vinculadas”.

O lugar da mãe, no núcleo familiar da maioria das entrevistadas, é o espaço doméstico e, na maior parte das vezes, cobrando as normas impostas pelos pais em relação ao comportamento do(a)s filho(a)s, mas com uma vigilância especial em relação às atitudes das meninas como podemos ler a seguir:

Olha, aos homens era permitido quase tudo: sair, passear. Mas voltar tinha que voltar na hora, tinha a hora marcada que voltaria para casa. **Pra gente que era mulher tinha que sair com os meninos. Sair e voltar com eles, fora disso não podia sair não. Não podia sair sozinha não. Nem era usual porque eu sou da década de cinquentá, isso é nasci em cinquentá e cinco. Vamos falar assim que com quinze dezesseis anos eu estava nos anos sessenta.** Não, nos anos setenta. Mas a gente era do interior, eu me lembro que nós viemos para Barbacena em setenta, setenta e dois e a gente não podia sair não. As mulheres não podiam não. A gente podia ir nessas coisas de circo, íamos nas matinês essas coisas, e voltava pra casa. Mas na maior parte do tempo era acompanhada dos meninos, dos irmãos. Colega homem também não podia ter não, eram só mulheres. Meu pai não acreditava em amizade homem e mulher não (HÉCATE: 54,1982, grifo nosso).

Há regras para todo(a)s, pois educação implica em pôr limites também, mas esse depoimento situa os mecanismos de proteção das meninas pelos homens, havendo subjacente uma sexualidade que ameaça e outra que é ameaçada. O pai/homem conhece o que as mulheres vivem sob o poder masculino, no plano da sexualidade e o que o corpo das meninas desperta, assim mulheres estão sob ameaça permanente e o pai age como se, a qualquer momento, o **instinto** pudesse se sobrepor à racionalidade. Homens desconfiam de si próprios. Tais valores são sedimentados na identidade feminina e as mulheres crescem precisando de um protetor que, na realidade, assume a tutela das mulheres.

Apenas duas entrevistadas apontaram na direção de mudanças em relação ao lugar da mãe na família, principalmente quando ela sai de casa para trabalhar na esfera pública.

O pai sempre trabalhou, mas mãe não. A mãe só veio trabalhar fora há uns três anos, a gente já estava todas na faculdade, formadas, então a gente não teve essa questão de trabalhar fora não, mãe presente mesmo em casa. Cinco mulheres, não é (HERA: 34, 1997).

E a minha mãe sempre foi assim que eu falo... Anormal. Porque a minha mãe trabalhava muito. Ela é professora, dava aula na zona rural geralmente saía de casa cinco, cinco e meia da manhã, voltava tarde e fazia faculdade em São João Del Rei. Então ela não tinha tempo de criar. Então fomos criadas pela minha avó (KUAN YIN: 39, 1997).

Observamos que, apesar do fato da mãe trabalhar fora de casa representar avanço nas conquistas das mulheres, principalmente nas últimas décadas do século XX, os discursos mantêm ideologias cristalizadas do modelo patriarcal e da família nuclear burguesa, quando reforça a importância da mãe presente na formação, principalmente de cinco filhas. A incorporação dos valores da família nuclear faz com que uma vez constituída, o nascimento de filha (o)s seja acompanhado pela necessidade da mãe o que também ocorreu em tempos remotos, em que as mulheres geraram, pariram e cuidaram de suas crias. Assim, a postura da filha, reafirma valores aceitos e incorporados socialmente, e ideologicamente utilizados nas sociedades modernas como recurso para que os homens e o Estado mantivessem as mulheres sob as amarras do mundo privado.

A mãe de Hera, como mulher, dentro de uma ideologia tradicional, inicia as experiências reprodutivas com o casamento na década de setenta e cumpre as expectativas sociais, no âmbito da reprodução e do cuidado, ambas excluídas do mundo do trabalho no discurso inicial da filha. Essa mãe, acompanhando a transição social do papel das mulheres, vai ao mundo público **tardamente**, buscando algum tipo de independência ou impulsionada pela necessidade de complementar a renda familiar. Independentemente da razão que a moveu, passa a conviver com o ônus e os bônus dessa mudança, acompanhando o perfil de mulher já construído para as filhas.

Todavia, a exemplo do que é a realidade para muitas famílias, na segunda metade do século XX, no Brasil, a mãe de Kuan Yin, apesar de ter também iniciado as experiências reprodutivas com o casamento nos anos setenta, rompe com a mulher de educação tradicional, embora profissionalmente esteja em função feminina, e **compromete** o papel social da maternidade, sobrepondo o trabalho no mundo público ao trabalho no espaço doméstico. A certeza do cuidado por outra mulher, a avó, certamente, permitiu sua manutenção no mundo público, que se revela como de sobrevivência e de realização. A filha, incorporando o modelo de mãe cuidadora do lar e da família, vive a ausência e caracteriza a mãe como anormal, na

medida em que foge ao padrão naturalizado socialmente como único lugar de realização das mulheres.

Segundo Scott (1991) as mulheres sempre trabalharam, mas a entrada maciça delas nos setores de produção, a partir do século XX, colocou outra lógica no olhar e na análise sobre o trabalho feminino. Nessa nova lógica, as diferenças de gênero são muito mais visíveis porque:

A história da separação entre o lar e o trabalho seleciona e organiza a informação de modo a obter um certo efeito, um efeito que sublinha vincadamente diferenças biológicas e funcionais entre homens e mulheres, legitimando e institucionalizando essas diferenças como base para a organização social. ... Argumentaria que a atenção prestada ao gênero como fator de divisão do trabalho no século XIX tem de ser lida no contexto mais geral da retórica do capitalismo industrial sobre a divisão do trabalho. (SCOTT, 1991, p. 445-446).

Nessa perspectiva, selecionam-se atividades específicas para as mulheres, na maior parte das vezes de caráter repetitivo e que necessitem de maior habilidade manual, o que, consequentemente, gera uma força de trabalho mais barata. A enfermagem moderna nasce no espaço hospitalar regida por essa ordem capitalista da divisão social do trabalho em que o cuidado e as funções manuais são mais desvalorizadas.

Além disso, assim como o magistério, a Enfermagem mantém ainda hoje, pelo menos no imaginário social, um vínculo com as atividades domésticas e com os estereótipos de feminilidade. O magistério e a enfermagem tomam para si os atributos do amor sem limites, da sensibilidade, da abnegação, dentre outros: as professoras, no cuidado com a educação das crianças, e as enfermeiras, no cuidado dispensado aos doentes. Ao discutir a feminização do magistério, Guacira Louro diz que “já que se entende que o casamento e a maternidade, tarefas femininas fundamentais, constituem a **verdadeira carreira** das mulheres, qualquer atividade profissional será considerada como um desvio dessas funções sociais, a menos que possa ser representada de forma a se ajustar a elas” (LOURO, 1997, p.96).

Ao analisar o trabalho feminino, ao longo do século XX, na Europa, Michèle Perrot (2005) enfatiza como, entre as duas grandes guerras, especialmente na França e na Alemanha, houve um forte discurso de **valorização** da mulher que “transforma a cozinha em laboratório e a dona de casa em engenheiro tayloriano, tudo coroado por um instituto superior doméstico”, trazendo a racionalidade científica para o espaço privado, na expectativa de manter as mulheres em casa, evitando seu assalariamento. A tentativa de codificação das profissões de mulheres, no espaço público, remete sempre aos aspectos do trabalho

desenvolvido em casa, ou a um trabalho subordinado como o proposto pelos “médicos radicais da Assistência Pública de Paris, como o Doutor Bouneville, que querem, ao mesmo tempo, laicizar os hospitais e transformar as plebéias auxiliares médicas, vindas de uma Bretanha um tanto rude, em colaboradoras disciplinadas e inteligentes dos médicos” (PERROT, 2005, p. 256).

A saída efetiva da mulher, para o mercado de trabalho, na Europa, América do Norte e América Latina, ocorre efetivamente a partir das décadas de 1970 e 1980 alavancada, dentre outros movimentos sociais, pelo feminismo que defendia a inserção da mulher no mundo do trabalho e o controle sobre a reprodução como os primeiros passos para enfrentar as desigualdades entre homens e mulheres. Essa postura sustentou as duas vertentes mais fortes do feminismo, desde o início, como pano de fundo para a compreensão e superação das desigualdades sustentada pelas assimetrias verticais de poder entre os sexos: a sexualidade e a divisão sexual do trabalho (SAFFIOTI, 1992; SOUZA LOBO, 1992; SCOTT, 1990).

Estudos sobre a inserção das mulheres no mercado de trabalho brasileiro apontam continuidades porque, no final dos anos 1990, 40% da força de trabalho feminina estava concentrada em um pólo onde estão as profissões menos valorizadas, remuneradas e sem formação específica (Bruschini e Lombardi, 2000). Além disso, a manutenção do elevado contingente de mulheres em profissões consideradas femininas, como a Enfermagem e o Magistério, por exemplo, praticamente manteve-se inalterado. Entretanto, há um movimento porque

De outro lado, as mudanças apontam na direção de um pólo oposto, no qual ocorre a expansão da ocupação feminina em profissões de nível superior de prestígio, como a Medicina, a Arquitetura, o Direito e mesmo a Engenharia, áreas até há bem pouco tempo reservadas a profissionais do sexo masculino. O movimento de ingresso das mulheres nessas áreas científicas e artísticas tem-se dado na esteira dos movimentos políticos e sociais deflagrados nas décadas de 60 e 70, aqui incluído o movimento feminista, e da mudança de valores culturais deles decorrentes, que se refletiram, entre outras coisas, na expansão da escolaridade das mulheres e, em consequência, em seu ingresso maciço no ensino de 3º grau em uma gama mais ampla de carreiras universitárias. (BRUSCHINI e LOMBARDI, 2000, p. 68).

Embora estivessem nas décadas de grandes transformações sociais, especialmente em relação ao trabalho feminino, a maioria das mães das entrevistadas não trabalhavam fora, restringindo-se ao espaço doméstico. O contexto familiar dessas mulheres, como já foi dito anteriormente, é marcado, embora, às vezes, de maneiras distintas, por uma centralidade da figura masculina.

Meu pai faleceu muito jovem com quarenta e seis anos. Minha mãe tinha a mesma idade e nunca mais se casou. E nós éramos muito pequeninhos o mais novo tinha cinco anos e o mais velho tinha quatorze. Daí o meu tio que era padre, era irmão da minha mãe foi morar com a gente (GAIA: 53, 1987).

Nesse núcleo familiar, há um resgate da presença masculina na figura de um tio religioso. Durante a entrevista, no que se refere à infância e à adolescência, Gaia reitera a rigidez materna na formação principalmente das filhas, e a negação da sua própria sexualidade.

Ela já casou com trinta anos e viveu dezesseis anos casada. Cinco filhos. Nunca mais! Nunca mais minha mãe teve sexo, nada (GAIA: 53, 1987).

Retomamos Foucault, em sua argumentação de que o poder não advém sempre de uma mesma pessoa ou instituição, ele não é localizado e fixo. O poder circula, nas relações sociais e interpessoais, nas mais diversas instituições, sendo a família um dos primeiros núcleos onde as assimetrias de poder se materializam. Ao discutir o dispositivo da sexualidade, Foucault (1997, p. 89) aborda a onipresença do poder, afirmando que “o poder está em toda parte; não porque englobe tudo e sim porque provém de todos os lugares”. A força da referência masculina está presente, mesmo na ausência física do homem, e mulheres, inúmeras vezes, assumem esse lugar de poder com muita competência e rigidez, mas não ocupa o lugar, restando a falta ou a substituição.

Essa perspectiva nos remete à força do patriarcado que ainda rege as relações familiares, devendo-se atentar para a forma como ele opera em lugares e tempos históricos diferentes. Concordamos com Therborn, (2006, p. 22) que “o poder paterno é o significado central do patriarcado, histórica e etnologicamente ...” e que “pais poderosos são também maridos, de modo que parece estender a noção de patriarcado ao poder dos maridos”. Assim, em núcleos familiares, cujo centro é o pai, e as mães são donas de casa no modelo tradicional, constituiu-se a subjetivação dessas mulheres, ao longo da infância e adolescência, que são as enfermeiras participantes do estudo.

4.1 Estereótipos de gênero e sexualidade na educação recebida na família

Ao longo dos anos 1960, o movimento feminista colocou em debate certezas elaboradas a partir das construções da Modernidade sobre a condição feminina, e valores

patriarcais cristalizados foram fortemente questionados e muitos deles derrubados, especialmente nos países desenvolvidos do ocidente. As pílulas anticoncepcionais marcaram um rompimento efetivo da sexualidade feminina atrelada à reprodução e sob o slogan **nossos corpos nos pertencem**, as mulheres começaram a sentir os ventos das mudanças que davam novos rumos à sua vida.

No bojo das reivindicações das mulheres, os estudos de gênero começaram a tomar forma e foram se inserindo nos meios acadêmicos. As feministas anglo-saxãs começam a usar o termo **gender** como diferente de **sex**, criticando o determinismo biológico atribuído à mulher, principalmente em função da maternidade.

O olhar se desvia para os aspectos sociais e culturais das construções de masculinidades e feminilidades, enfatizando a linguagem como fator fundamental nesse processo de construção gendrada (Scott, 1990). Sem perder de vista as posições de classe, etnia e geração, podemos dizer que

... não são propriamente as características sexuais, mas é a forma como essas características são representadas ou valorizadas, aquilo que se diz ou se pensa sobre elas que vai constituir, efetivamente, o que é masculino ou feminino em uma dada sociedade e em um dado momento histórico (LOURO, 1997, p. 21).

Assim, gênero engloba um conjunto de expectativas em relação ao comportamento social esperado para as pessoas a partir das representações sobre o sexo. Os estereótipos de gênero revestem-se de alto juízo de valores, que o movimento feminista considerou como **sexista** na medida em que há assimetria e hierarquização nas relações desiguais entre os gêneros, uma vez que os atributos constitutivos da masculinidade quase sempre têm um valor social superior aos atributos da feminilidade.

É na família, apesar das fortes transformações que vem sofrendo nas últimas décadas, a partir da observação e da escuta de pais e mães e da incorporação de todo o sistema simbólico, que circunda esse universo que, primeiramente, nos **constituímos** como meninas ou meninos, homens ou mulheres. Segundo Elizabeth Badinter (1993, p.40):

... quando a atribuição do sexo no nascimento é evidente, a criança declarada menina ou menino na certidão é imediatamente percebida como tal pelos que a cercam e, em primeiro lugar, pelos genitores. O olhar destes e a convicção que tem quanto ao sexo do seu filho são determinantes para o desenvolvimento da sua identidade sexual.

Determinada a identidade sexual, todo um aparato performático é desenvolvido em torno da criança que vai da decoração do quarto diferenciado de um bebê do sexo feminino e de um do sexo masculino, aos gestos e posturas, vestuário e brincadeiras. Carrier Paechter (2009) argumenta que, no mundo contemporâneo, na maior parte das sociedades, as crianças dispõem de três lugares fundamentais para o aprendizado coletivo de feminilidades e masculinidades: a família, o grupo de colegas e a escola. Ela afirma que “o que as crianças pequenas observam em suas casas, constitui um padrão em que as mulheres são subordinadas aos homens ou às crianças, ou a ambos, e os homens são dominantes, mais assertivos e mais livres da responsabilidade familiar para definir suas próprias prioridades” (PAECHTER, 2009, p. 68). Irmãs e irmãos mais velhos, primas e primos participam da cena dirigida pelos adultos na aquisição das identidades de gênero no decorrer da infância. A socialização na infância, que tem centralidade nas maneiras de brincar, vão se transformando, desde cedo, em diferenciais que determinam masculinidades e feminilidades.

Nos discursos analisados, as brincadeiras diferenciadas aparecem claramente, como se lê nas falas a seguir:

Então era aquela **renca** de menino, tudo brincando disso, daquilo. E era separado das meninas. A gente brincando de casinha, os meninos jogando bola. Mas essa diferença existia sim. Nitidamente. Pelo menos dentro da família como um todo (GAIA: 53, 1987).

Brincar de carrinho era coisa mais de menino e brincar de boneca de menina (AFRODITE: 33, 2002).

Elena Gianini Belotti (1985) faz importantes considerações a respeito dos brinquedos infantis, especialmente quando se trata das bonecas. Ela comenta como os adultos não se contentam em apenas oferecer uma boneca a uma menina, mas ensinam a uma criança do sexo feminino a acalenta-la desde a mais tenra idade, ao contrário do que acontece com os meninos. Sempre desencorajados a pegar bonecas, quando o fazem não apresentam maneiras delicadas de acalantar porque não foram condicionados para isso, como as meninas. São incentivados aos jogos, aos carrinhos, às lutas e às competições. São admitidos nas brincadeiras de meninas e bonecas quando vão representar o papel de pais, filhos, maridos, médicos, enfim, desempenhar papéis masculinos tradicionais. Apesar de me referir a um livro escrito na década de setenta, ainda hoje, esses valores permanecem na socialização das brincadeiras que preparam as mulheres para o cuidado da casa e para a maternidade e os homens para o mundo público.

A recusa, por parte de uma menina, de gostar de bonecas ou só apreciar e participar de brincadeiras consideradas masculinas, acaba acarretando um forte preconceito. Convivi a infância toda com uma irmã apelidada de **macho capitão** porque não gostava de bonecas, não apanhava dos meninos e só gostava de brincadeiras de rua, onde os meninos reinavam absolutos. Nas entrevistas realizadas, há um discurso muito forte que demarca uma discriminação que recai no campo da sexualidade como podemos ler a seguir:

Brincava muito com menino. Os meus brinquedos eram mais com menino que com menina pela agilidade. Enquanto minha irmã gostava de casinha e de boneca eu gostava de carrinho. Eu gostava de correr, gostava de cachoeira. **Meu pai tinha medo que eu não... Que eu me desviasse.** Me lembro que uma vez a gente viajou e ele deu uma boneca para a minha irmã, uma bate palminha, e queria que eu escolhesse uma boneca, sempre conto isso. E eu não queria, eu queria uma carreta. E ele não me deu o carrinho, ele me fez escolher a boneca e eu tive que escolher a boneca. (rindo bastante) Aí eu escolhi a boneca mais feia que tinha lá na loja (MARIA: 38, 1995, grifo nosso).

Observa-se que um deslocamento das características construídas para a menina marcada por uma recusa infantil em participar de grupos e brincadeiras aos quais está destinada, em função da sua identidade sexual, acaba transformada em homofobia nas reticências “meu pai tinha medo que eu... Que eu me desviasse”. O desvio coloca em cheque o comportamento esperado para a futura mulher porque, como argumenta Louro (1997, p 80) “... a vigilância e a censura da sexualidade orientam-se, fundamentalmente, pelo alcance da normalidade, (normalidade essa representada pelo par heterossexual), no qual a identidade masculina e a identidade feminina se ajustam às representações hegemônicas de cada gênero”.

A permanência da negação em aceitar as características construídas socialmente sobre o comportamento esperado para as meninas coloca ainda outra situação não desejada pelos pais na constituição da futura mulher ideal: a aparência física como atributo inquestionável da feminilidade. No discurso dessa enfermeira, fica claro que ela buscava mecanismos de romper barreiras o que a faz alvo das censuras, comparações e advertências da mãe.

Me lembro que uma vez minha mãe cercou a casa e fez um portão de madeira e eu olhei aquele portão enorme porque eu sempre fui menorzinha e disse: gente como é que eu vou fazer para sair daqui de casa? Aquela sensação de prisão, não dava jeito de sair. Porque eu saía e voltava só de noite, com as pernas toda arranhada, todo seca. Então: isso não é brinquedo de menina! Olha a sua irmã! Tão arrumadinha e olha as suas pernas toda arranhada! Como é que você vai virar uma moça com perna arranhada? Eu era considerada a feia de casa porque eu era muito magra, vivia queimada

de sol, e os arranhados quando secavam ficava aquela lista branca. E a minha irmã branquinha, nem um machucadinho nem nada. Então era assim: menina brinca com menina, menino brinca com menino (MARIA: 38, 1995).

Maria subverte as normas colocadas para as meninas ao romper simbolicamente com os espaços tradicionais femininos, quando quer se evadir do imenso portão que a prende ao limitado espaço privado do lar. Mas essa conduta tem um preço alto: ser percebida como feia, como alguém que não vai corresponder aos padrões e ideais de beleza que são a complementaridade perfeita para a feminilidade valorizada. Emilce Dio Bleichmar (1988) discutindo gênero e narcisismo, ao abordar a questão da beleza e da sedução diz que, muito cedo, a menina descobre o poder da beleza. Isso porque as expectativas sociais e dos pais acerca da mulher que se realiza em um bom casamento tem na beleza e sedução um de seus instrumentos mais poderosos. Naomi Wolf (1992, p. 13) no livro em que desvela o mito da beleza, especialmente nos países ocidentais na contemporaneidade, afirma que:

... a ideologia da beleza é a última das antigas ideologias femininas que ainda tem o poder de controlar aquelas mulheres que a segunda onda do feminismo teria tornado relativamente incontroláveis. Ela se fortaleceu para assumir a função de coerção social que os mitos da maternidade, domesticidade, castidade e passividade não conseguem mais realizar. Ela procura neste instante destruir psicologicamente e às ocultas tudo de positivo que o feminismo proporcionou às mulheres material e publicamente.

Os estereótipos de gênero e a sexualidade, definidores dos lugares de meninas e meninos estão tão arraigados culturalmente que são interpretados como naturais. Duas das entrevistadas, Athena e Perséfone, apontam nessa direção e uma delas, ao longo do seu discurso, afirma que é feminista e teve uma militância muito significativa na área da saúde nos anos oitenta. Entretanto, ela não consegue decodificar a ideologia sexista quando afirma: “Tinha uma coisa natural talvez de brincar mais com as meninas” que existe nessa divisão. Podemos dizer que, como argumenta Fairclough (2008, p. 120), “mesmo quando nossa prática pode ser interpretada como de resistência, contribuindo para a mudança ideológica, não estamos necessariamente conscientes dos detalhes de sua significação ideológica”.

Mãe não trabalhava fora. Minha mãe sempre foi uma mãe bem diferente porque nunca cobrou. Eu não tenho pelo menos em memória isso assim. Tinha uma coisa natural talvez de brincar mais com as meninas, mas a minha mãe eu não sentia que ela direcionava. ... Agora quando ia de férias para Dom Silvério a minha tia, a irmã da minha mãe sempre muito, com muito... Mas não numa coisa assim dita que menina tem que comportar assim eu não tenho isso muito claro em memória. Mas uma família que... Os primos assim, primas da minha mãe muito religiosas, então com muito pudor, com uma

história muito... A minha tia sim, a minha tia é muito... Mas com muito controle... Com medo de algo dos meninos fazerem com as meninas. Não tenho essa recordação dessa diferenciação assim tipo vai brincar de boneca é só menina, vai brincar de carrinho é só menino, não tenho essa recordação dessa imposição não, sabe? Mas mais no medo assim de abuso. Mas era da minha tia. Minha mãe é meio ‘hors concours’ sabe, ela é bem diferente (ATHENA: 46, 1985).

Na minha infância não. Eu não lembro disso não... (breve pausa). Eu não tenho lembrança se tinha a delimitação de terreno até onde que ia os meninos, que os meninos podiam, até onde que as meninas podiam. ... Fazia as brincadeiras próprias de criança. Mas não tinha limite não. Limite da sexualidade, do sexo não tinha. De postura não, só se for da forma de vestir, mas postura não (PERSEFONE: 56, 1979).

As expressões “não me lembro de ouvir ser dito... mas existia uma proibição no ar”; “minha mãe não trabalhava fora” têm significado simbólico. Em todos os espaços que a criança transitava veiculavam-se valores e crenças em relação ao lugar social das mulheres e uma moralidade em torno do comportamento diante de meninos e desses diante das meninas.

No discurso de Athena, homens representam sempre uma ameaça e a religiosidade amplia o pudor. O controle sobre a sexualidade está sempre presente, não sai da cabeça e se expressa o tempo todo nos modos de pensar, sentir e agir. As pausas durante a fala, as frases não terminadas parecem demarcar o próprio paradoxo do depoimento que nega a diferenciação entre meninos e meninas, mas ao mesmo tempo expressa a realidade marcada pelo pudor, pelo controle, pelo silêncio que, de certa maneira, justifica o que está o tempo todo colocado em questão: o controle da sexualidade das meninas na tentativa de que esta não seja **maculada** pela ação dos meninos. A ordem simbólica se impõe, sem muitas vezes dizer-se uma só palavra. Como diz Foucault (1997, p. 82) “a lógica do poder sobre o sexo seria a lógica paradoxal de uma lei que poderia ser enunciada como injunção de inexistência, de não manifestação e de mutismo”. Essa **ameaça** masculina vai tomar contornos mais fortes na adolescência, embora tenha raízes bem calcadas na infância.

Na maioria dos discursos, há uma tendência a enfatizar a harmonia entre meninos e meninas, durante a infância, principalmente quando se trata de irmãos e irmãs. Entretanto, um dos discursos das entrevistadas demonstra como essa harmonia pode vir abaixo quando se coloca em xeque o modelo hegemônico que orienta comportamentos esperados de meninas e meninos.

Na minha relação com eles eu sempre fui muito quietinha e muito conciliadora e meu pai vivia me dizendo que eu não deveria apanhar. Aí um

dia eu resolvi revidar no meu irmão que eu mais gostava ...eu não esqueço essa história nunca. Meu pai foi, bateu nele e falou que homem não deveria apanhar de mulher. E dali em diante eu não apanhei de nenhum deles mais. Porque eu sempre permiti que eles me batessem (HÉCATE: 54, 1982).

Analisando esse depoimento, a menina se desloca do lugar social que vem se definindo para ela e toma decisões a seu favor, contrariando a ordem estabelecida do patriarca. O pai, reconhecido como protetor, abre mão desse atributo de gênero, na medida em que o filho se revela um fraco ao permitir a ofensa pela irmã, o que atinge diretamente a honra masculina. Assim, o pai não a defende, ao contrário, essa experiência constitui um momento importante de aprendizado de gênero, definição na infância de papéis sociais a serem seguidos e expressão de que a proteção **oferecida** pelo homem/pai dá-se sob os limites por ele estabelecidos.

O poder masculino, simbolizado pela agressão física, terá inúmeras formas de se expressar, ao longo das relações de gênero, no ambiente familiar e em todos os demais espaços sociais. A mulher, por sua vez, ao rebelar-se desde então, poderá vir a construir os caminhos para desnaturalizar desigualdades, bem como construir autonomia e liberdade. Entretanto, a concretização dessa perspectiva requer a construção de uma consciência crítico-reflexiva que inclua reconhecer a ideologia contida nas oposições binárias de masculinidade, representada pela força, e feminilidade, pela fraqueza, dentre outras.

As relações desiguais de poder entre os gêneros vão se aprofundando e as medidas de controle sobre as mulheres vão se tornando mais fortes e visíveis na adolescência.

Namorar tinha que namorar na porta de casa. Sair sempre tinha que estar saindo junto com alguém porque ficava com medo de relação. Os mais novos tinham que ficar com os mais velhos, então o que preocupava muito era a questão da sexualidade, de não perder a virgindade. Isso a minha avó frisava muito, de não deixar pegar no peito, essa coisa toda (KUAN YIN: 39,1997).

Meus tios tomavam conta, meu pai ia atrás da gente para ver o que estávamos fazendo. Muitas vezes eles até ficavam escondidos. Porque tinha aquela coisa: minha filha não pode namorar, minha filha não pode sair, se vai para uma danceteria horário marcado para voltar não é? Os homens podiam tudo e as mulheres não. Muito rígido! Meu pai tomava conta da gente até depois que a gente saiu de casa para estudar. Era mais a questão de proximidade com outro homem. Eu acho que ele imaginava que o que ele aprontava com a mulherada que o outro ia aprontar com a gente. Então ele queria defender as filhas disso. Então tomava conta mesmo (fala enfaticamente) (MARIA: 38, 1995).

Há uma continuidade do que se iniciou na infância quando se fala da relação com os meninos, a figura do pai agora é mais forte, exatamente por isso ela afirma: “Eu acho que ele imaginava que o que ele aprontava com a mulherada que o outro ia aprontar com a gente. Então ele queria defender as filhas disso”. Um sistema simbólico relativo à sexualidade norteará agora, mais do que antes, todas as condutas, agora se expressará de modo mais objetivo com a chegada da adolescência.

Na adolescência é que ela fica mais assim com medo de que a gente é... Que pudesse aí com essa coisa de beijar, de engravidar! (forte ênfase nas últimas palavras). Aí realmente minha mãe teve uma coisa muito pesada, muito ruim mesmo, ela tinha uma paranóia até. Minha tia quando chegava é que passava a vigiar, piorar a vigilância, né. Mãe na adolescência eu sinto que ela ficava... Ela ficava falando com as vizinhas: não ela não beija, não beija, assim aquele mico, eu sofri muito com a minha mãe na adolescência, dessa coisa sabe? Porque ela tinha muito medo assim acho que de eu engravidar ela tinha muito essa coisa... Ela tinha muito medo, muito medo, muito medo! E a minha tia chegava de férias com as primas e era daquelas (ATHENA:46,1985)

Tanto é que eu demorei muito a ter o primeiro namorado, a dar o primeiro beijo, porque essa questão de sexualidade era muito complicada (IANSÃ: 38,2002)

A família reproduz e reafirma, a toda hora, a sexualidade como algo proibido e seu exercício é sempre uma ameaça à integridade moral de todas. A sexualidade é reduzida ao sexual e o corpo constitui um perigo permanente. Os valores que veiculam reafirmam a força das referências que sustentam as identidades das mulheres (e dos homens) da família e, de fato, a subjetivação pela sexualidade. Foucault (2004, p.299), em **Microfísica do Poder**, no capítulo intitulado **Não ao Sexo Rei**, interroga:

... como se explica que, em uma sociedade como a nossa, a sexualidade não seja simplesmente aquilo que permita a reprodução da espécie, da família, dos indivíduos? Não seja simplesmente alguma coisa que dê prazer e gozo? Como é possível que ela tenha sido considerada como o lugar privilegiado em que nossa ‘verdade’ profunda é lida, é dita? Pois o essencial é que, a partir do cristianismo, o Ocidente não parou de dizer ‘Para saber quem és, conheças teu sexo’. O sexo sempre foi o núcleo onde se aloja, juntamente com o devir de nossa espécie, nossa ‘verdade’ de sujeito humano.

Se a subjetivação passa pelo crivo mais profundo do sexo/sexualidade, fatalmente vai estar regida pelos padrões morais e éticos construídos por uma sociedade androcêntrica, regida pelas relações desiguais de poder entre gêneros. Calcada no princípio da heterossexualidade, qualquer desvio do padrão considerado de normalidade será julgado

moralmente e até judicialmente: a homossexualidade, ainda hoje, em muitas culturas, é considerada crime ou desvio genético ou hormonal passível de intervenção médica.

No caso específico das mulheres, desde o século XIX, fica evidente a função do dispositivo da sexualidade que recai sobre o corpo histericizado feminino que, desequilibrado, precisa passar pelo crivo médico para atingir seu objetivo maior e mais nobre que é ser mãe. Assim, qualquer comportamento que fizesse aflorar a sexualidade feminina deveria ser reprimido (BORDO, 1988; ARAÚJO, 2000; VIEIRA, 2002). Ao argumentar sobre a unidade do dispositivo da sexualidade e a subjetivação, Foucault (1997, p.82) afirma:

O poder sobre o sexo se exerceria do mesmo modo a todos os níveis. De alto a baixo, em suas decisões globais como em suas intervenções capilares, não importando os aparelhos ou instituições em que se apóie, agiria de maneira uniforme e maciça; funcionaria de acordo com as engrenagens simples e infinitamente reproduzidas da lei, da interdição e da censura. ... Em face de um poder, que é lei, o que é constituído como sujeito – que é sujeitado – é aquele que obedece.

Ao longo do século XX, mesmo com sinalização de mudanças (pílula, feminismo, maior ênfase nos estudos formais, entrada em massa no ensino superior), as moças continuam a serem preparadas para serem boas esposas e mães, num ritual de gestos, posturas corporais e comportamentos que pudesse escamotear a sexualidade. Nesse contexto, a subjetivação pela sexualidade vai se constituindo como um dos fatores primordiais da personalidade, revestida de padrões morais que colocam o exercício livre da sexualidade feminina como um desvio de caráter.

O movimento feminista e a liberação sexual dos anos 1970 e 1980 denunciaram e fizeram surgir condutas femininas mais abertas para o exercício da sexualidade. Na atualidade, parece haver uma volta no tempo que podemos observar, inclusive, em muitos programas veiculados pela televisão: um apelo à virgindade, ao modelo feminino que se embeleza para o marido e não trabalha e uma marginalização e preconceito com as mulheres que exercem com liberdade a sua sexualidade.

A maioria das entrevistadas, em muitos momentos, omitia a palavra sexo ou sexualidade. Em relação às diferenças de comportamento de meninas e meninos, apenas uma das entrevistadas fala abertamente sobre sexualidade, mais precisamente sobre a genitália e comportamentos infantis que já remetem ao sexo.

E assim, eu acho que tinha tanto incutido, porque uma coisa assim, eu não lembro de ter vivido isso mas eu lembro de ver crianças na época, a menina

colocar a mão na vagina e a mãe falar: tira a mão daí menina, isso é feio, não pode (ela dá uma entonação de repreensão na voz) e o menino pode fazer xixi aonde ele quiser. Até na roda da kombi ele podia fazer e a menina não podia, para fazer xixi era, era... Como se ela não tivesse vagina, nem intestino. Isso é muito negado para a mulher: e desde criança é negado intestino, é negado, você não faz xixi, então a mulher ela é quase uma estatueta, bem comparado com o livrinho que você deu. Ela é... Aqui, (rindo muito e mostrando uma figura do livro das deusas) ela é estatueta: perfeita, que não tem unha encravada... Coloca na mulher um peso muito grande que ela tem que carregar quase que até morrer. Por isso que talvez depois ela se frustra tanto no decorrer da vida. Porque ela tem que atingir uma perfeição que é difícil (AFRODITE: 33, 2002)

Nesse discurso, embora a educação ainda seja predominantemente tradicional, vê-se uma leitura de mundo de quem viveu a infância na década de oitenta, época de plena efervescência do movimento feminista em que o **slogan** “nossos corpos nos pertencem” era divulgado em prol dos direitos reprodutivos e da defesa do conhecimento do corpo e deste como corpo de conhecimento, de cultura e de poder político. Nesse discurso, o **biopoder** revelado e criticamente analisado por Foucault aparece questionado por quem vive as interdições da sexualidade, desde a infância, e se inquieta no sentido da desnaturalização, buscando romper as amarras da dominação.

Além disso, esse discurso coloca uma questão muito importante: as disposições corporais na ocultação de certas partes do corpo, da maneira de **ser perfeita**, da maneira de sentar-se, de vestir-se, de demonstrar pudor e recato. Essas disposições são encontradas na família desde a infância e serão reforçadas na formação das enfermeiras.

Os valores com as meninas eram mais comportamentais: sentar de pernas fechadas, ter comportamento, responder educadamente às pessoas, ser mais cordata com as coisas, ser mais tolerante (HÉCATE: 54, 1982. Infância e adolescência ao longo dos anos 1960 e 1970)

Minha avó fazia roupa pra gente mas não deixava fazer manga cavada, era manga japonesa. A roupa não podia ser curta era acima do joelho, não é? Então tinha essas coisas: senta direito menina, não grita, não fala muito alto, essas coisas assim (GAIA: 53, 1987. Infância e adolescência ao longo dos anos 1960 e 1970).

Eu acho que essa questão mesmo da vestimenta, é uma coisa que o pai sempre coloca pra gente: senta direito, não senta com a perna aberta (IANSÃ: 38, 2002. Infância e adolescência ao longo dos anos 1970 e 1980)

Isso eu lembro que minha mãe sempre falava. Ela falava pra sentar com as perninhas sempre fechadas, porque a gente usava muito vestido (HERA: 34, 1997. Infância e adolescência ao longo dos anos 1980 e 1990)

Então assim a gente tinha que ser comportada, menina tem que sentar bonitinha, com a perna cruzada. Ser menina é muito difícil! Meu pai não gostava que saísse de roupa curta, ele perguntava se estava faltando um pedaço do pano, não é, se o dinheiro não foi suficiente para comprar o pano todo. É... Isso aí ele questionava. Mas a minha mãe não, nesse ponto ela entendia (AFRODITE: 33, 2002. Infância e adolescência ao longo dos anos 1980 e 1990)

Podemos observar, pelo período em que essas enfermeiras se constituíram como mulheres, no transcorrer da infância e adolescência, que a permanência e não a mudança caracteriza as falas. O movimento feminista, uma realidade no Brasil, especialmente no final dos anos setenta e durante a década de oitenta, parece não ter impactado o modelo de educação tradicional recebido na família. Tal modelo se estende aos anos noventa e a diferença de geração não tem nenhum significado para afirmarmos que nesse aspecto houve mudanças. Há que se destacar, no entanto, que as entrevistadas passaram a infância e parte da juventude em cidades do interior de Minas Gerais, marcadas por forte influência religiosa e conservadora.

O discurso reiterado de contenção e disposições corporais aceitáveis para as meninas e, conseqüentemente, das futuras adolescentes encontrado nos depoimentos anteriores, demarca a perspectiva moral de que se revestem. Bourdieu (1999, p. 38) argumenta:

Essa aprendizagem é ainda mais eficaz por se manter, no essencial, tácita: a moral feminina se impõe, sobretudo, através de uma disciplina incessante, relativa a todas as partes do corpo, e que se faz lembrar e se exerce continuamente através da coação quanto aos trajes ou aos penteados. Os princípios antagônicos da identidade masculina e da identidade feminina se inscrevem, assim, sob formas de maneiras permanentes de se servir do corpo, ou de manter a postura, que são como que a realização, ou melhor, a naturalização de uma ética.

A subjetivação pela sexualidade, constituída na rigidez dessa moral conservadora e disciplinadora dos corpos **construídos** pelo viés da educação familiar, dentre outras instituições, onde crianças e adolescentes circulam, propicia base sólida para a formação como enfermeira: a interdição do corpo e da sexualidade no desenvolvimento do cuidado com a(o) outra(o). Esse engendramento é essencial para a formação e vida profissional das que abraçam a carreira de enfermagem e, tal situação, tentaremos mostrar e argumentar a seguir.

4.2 Os fios de entrelaçamento entre a educação familiar e a formação como enfermeira

A relação explícita entre a educação recebida na família e a formação como enfermeira, nas maneiras de se comportar, foi identificada no início da produção do material empírico, na segunda entrevista piloto realizada com Sophia, que concluiu o curso no início dos anos 1980, na Escola de Enfermagem da UFMG.

Quando questionada sobre orientações e regras adotadas, no tocante à sexualidade e ao corpo em sua formação, na Escola de Enfermagem, em relação à maneira de se comportar e de se vestir, espontaneamente, relacionou a formação com a que já trazia de casa desde a infância.

Eu nunca senti problema, sabe, nada! Minha criação foi totalmente repressora, aquela coisa assim, meus pais nossa senhora, não admitiam nada, leitura nenhuma, assim a gente lia escondido o que tinha que ler, eu lembro que o último tango em Paris eu vi escondidíssima, não é? E a gente não podia nem aparecer com um livro desses em casa. Aquela coisa de virgindade, que tinha que casar virgem esse negócio todo (SOPHIA: 48, 1983, grifo nosso).

O discurso de Sophia, já na primeira frase, é enfático, taxativo: “Eu nunca senti problema, sabe, nada!” “Minha criação foi totalmente repressora”. Essas frases já apontam pistas na direção da interface entre a educação recebida na família e as normas para a formação como enfermeira. “Moldada” para ser uma mulher que atendesse às expectativas do modelo hegemônico de docilidade, pureza, submissão, entre outros atributos femininos, a imposição de regras não produzem impacto em quem se insere em uma Escola de Enfermagem, lugar em que essas “qualidades femininas” historicamente são consideradas essenciais para a formação das enfermeiras, como já demonstraram, entre outros, os estudos de Fonseca (1996), Lopes (1996), e Waldow (1996).

Essa argumentação se apresentou como fundamental para esta pesquisa. A interdição da sexualidade revelou-se como questão chave que tomou forma e se ampliou, tornando-se um eixo articulador do discurso das entrevistadas. Assim, quando essas jovens ingressavam nas Escolas de Enfermagem que, em muitos casos, até meados dos anos 1970 tinham internato exclusivo para moças, incorporavam e aceitavam como natural a interdição da sexualidade, materializada nas maneiras de se vestir, comportar-se e se relacionar, porque já fizeram esse aprendizado ao longo da infância e da juventude, na família e na escola.

Praticamente em todos os discursos, as enfermeiras estabelecem, implícita ou explicitamente, a relação entre a maneira como foram educadas na família e a formação na

Escola de Enfermagem. Podemos ler claramente essa posição nos depoimentos que se seguem:

Eu era da Hermantina Beraldo, então a gente tinha o tamanho da roupa, tinha que usar tudo medido. Nós ficamos mais ou menos um ano na Hermantina Beraldo. Depois que nós fomos para a Faculdade, a Universidade Federal de Juiz de Fora, mudou um pouco, nós ficamos mais livres daquela pressão tanto comportamental, como de vestuário que a gente tinha que ter. Porque a Hermantina tinha uma regra, parecia até uma regra de etiqueta, de vestimenta, de comportamento. **As normas acabaram para todos, mas pra gente que era mais educado num regime militar não, porque a gente tinha um comportamento mais ou menos parecido com o que era da Hermantina Eu andava certinha, direitinho** que eu achava que a etiqueta mandasse que eu andasse: o sapato direitinho, a calça direitinho, a blusa direitinho, não era extravagante. A única coisa que eu tinha de extravagante é que eu adorava o meu cabelo, tinha um cabelão (HÉCATE: 54, 1982, grifo nosso).

Na faculdade, o que falava muito era assim: não usar roupa que chamasse a atenção, por exemplo, decote, calça muito justa. E assim blusinha. Às vezes uma colega ia assim com uma blusinha mais decotada porque Juiz de Fora estava quente, aquele HU fervendo, então ia com uma roupa mais leve aí ela falava. Não aparecer com roupa decotada, com uma calça mais justa, mas não era exagerado. Era a roupa branca e o jaleco. Então falava alguma coisa mas não tinha grande diferença (MARIA: 38, 1995).

Eu acho que essa questão mesmo da vestimenta, é uma coisa que o pai sempre coloca pra gente: senta direito, não senta com a perna aberta, e de certa forma a escola no momento quando ele (referindo-se a professor) vai te formar. Enquanto profissional, ele tem a preocupação de você não estar se expondo para não ter aquela impressão de que, olha tá vendo, é uma mulher fácil, então ela veio aqui pra te cuidar mas tem muito aquela coisa do homem, do fetiche sexual tanto que tem até fantasias de enfermeiras então eu acho que tem muito dessa preocupação, eu acho que há essa preocupação (IANSÃ: 38, 2002, grifo nosso).

O discurso de Iansã é revelador de uma transferência do poder paterno para a Escola de Enfermagem, representada nesse espaço pela figura do poder, o professor. Nesse ponto é importante chamar a atenção para o fato de que ela usa o masculino referindo-se a professor, apesar de que no ensino específico do cuidado de enfermagem, há uma predominância de mulheres, de professoras. Quem detém o poder se preocupa com a forma como o corpo e a sexualidade da mulher – agora não mais a filha e sim a estudante de enfermagem – podem ser vistos no imaginário masculino, sempre interpretados como uma **ameaça sexual**.

É preciso chamar a atenção para o fato de que todas se formaram na mesma instituição: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora/FEUFJF, Hécate em 1982, Maria em 1995 e Iansã em 2002. E como podemos observar no discurso de

Hécate, ela viveu o período de transição da Faculdade de Enfermagem Hermantina Beraldo/FEHB para a UFJF. Podemos observar também que, nesse contexto da transição, o ingresso na Universidade representa uma ruptura, quando Hécate afirma que “nós ficamos mais livres daquela pressão tanto comportamental como de vestuário que a gente tinha que ter” na antiga FEHB.

A Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo/EEHB foi criada em junho de 1946 e inaugurada em oito de março de 1947. Na criação da Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF, na década de sessenta, todas as faculdades existentes em Juiz de Fora foram incorporadas à Universidade com exceção da EEHB que permaneceu ligada à Secretaria de Estado da Saúde. Mesmo após a reforma universitária de 1968, ela permaneceu como instituição estadual isolada, mudando somente a denominação que passou a ser Faculdade de Enfermagem Hermantina Beraldo/FEHB. Seguiu-se um longo processo na tentativa da incorporação da FEHB à Universidade e só em 1977 essa negociação foi consolidada e o Curso de Enfermagem da UFJF foi criado em 29 de dezembro de 1977. Segundo Figueiredo (2008), houve uma incorporação do quadro social da FEHB pela UFJF, cuja tramitação se deu no período de 1977-1983.

Até início dos anos 1970, a FEHB mantinha inclusive internato para as estudantes e as normas bastante rígidas na maneira de se vestir e de se comportar, mantendo uma política tradicional das escolas de formação para moças que, de certa maneira, permaneceu com a incorporação do quadro social pela UFJF. Parece que o **guarda-chuva** da Universidade ampliou as possibilidades de liberdade nas formas de vestir, mas como Hécate afirma, isso não importava muito, porque ela já trazia da educação recebida em casa as mesmas normas adotadas pela antiga Faculdade.

A formação da enfermeira reproduz a moral sexual que orienta a construção da identidade de gênero nas práticas sociais, de modo que se estabelece vigilância contínua de pessoas, cujos corpos, à luz das representações históricas, parecem emanar sexualidade pondo em risco o que está normatizado com força de lei. Livrar-se do perigo, formar boas enfermeiras torna-se, portanto, um desafio, pois implica em negar a sexualidade como dimensão humana e, dessexualizar quem cuida e quem é cuidado/a, torna-se a saída, facilmente aceita por jovens que se constroem sob as mesmas referências.

Uma das primeiras ações de Florence Nighintigale, ao criar a primeira escola para enfermeiras no Saint Thomas Hospital foi instituir o **Boletim Moral** para que servisse de instrumento de seleção das futuras candidatas. Com essa atitude, ela pretendia desfazer a imagem negativa e até mesmo pejorativa, em torno da figura da enfermeira que circulava na

Londres do século XIX. A literatura da época divulgava a imagem das enfermeiras como bêbadas, lascivas, imorais. Talvez por essa razão, ela declare no seu primeiro livro **Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é**, que usa a palavra **nurse** na falta de outra melhor (NIGHTINGALE, 1989).

Nesse novo cenário, são as jovens solteiras, à época estar solteira era sinônimo de virgindade, as que melhor representariam a nova enfermeira. Além disso, deveria ser “consagrada cristã” o que lhes garantiria uma melhor adequação ao modelo de vocação. Assim, a institucionalização do cuidado coloca em cena uma enfermeira cuja imagem deve lembrar a pureza, a dedicação, a abnegação, enfim, ela deve ser a imagem do anjo branco, consolador do sofrimento dos doentes (SILVEIRA; GUALDA; SOBRAL, 2003).

Para compor essa nova personagem, Nighintigale, (1989, p. 56), no livro supracitado, faz uma crítica à vestimenta das suas contemporâneas, informando que, inclusive pelo ruído que produz no deslocamento da mulher, torna-a incompatível com qualquer **missão** ou auxílio aos doentes. Aprofunda a crítica ao se referir a um determinado tipo de tecido usado na época, a crenolina que, além de incendiário, seria impróprio, como podemos observar pela seguinte passagem, inscrita no livro como nota de rodapé:

A indecência das crinolinas. Desejaria também que as pessoas que usam crinolina pudessem ver, como os outros vêem, a indecência do seu próprio vestuário. Uma senhora idosa e respeitável vestida com crinolina expõe ao paciente, em seu leito, quase o mesmo espetáculo que uma dançarina de ópera apresenta no palco. Ninguém, todavia, tem coragem de contar-lhe essa desagradável verdade.

Assim, no arcabouço moral erigido por Florence Nightingale, em que as normas rígidas foram arroladas como fundamentais para a imagem e posterior formação das boas enfermeiras, o uniforme não poderia ser outro senão o de “capa cinza de lã grossa, casaco de lã, também escuro, capas, um lenço marrom na cabeça com a legenda em vermelho escrito Scuttari” (MIRANDA, 1996, p.142), desde sua participação na guerra da Criméia.

O depoimento de Perséfone, que se formou em 1979, na primeira turma de Enfermagem já na UFJF, é revelador de como esse modelo, apesar de estar em outro tempo, ainda tentava manter o fôlego já às portas dos anos 1980:

A minha escola era altamente conservadora ... A gente tinha que saber como entrar na escola, a gente tinha que saber como sentar na sala de aula. Até uniforme que a gente ia fazer estágio no hospital era das coisas mais horrorosas que já teve. Era uma calça cinza, uma camisa branca, parecia coisa de colégio, uniforme de colégio, de ginásio. E um coletinho por cima

trespassado com quatro botões cobertos cinza, (dá uma gargalhada). Ainda bem que na minha época já tinha tirado a rede do cabelo porque ainda teve turma que pegou a rede prendendo o cabelo. A gente até usava o cabelo curto para evitar essas coisas (PERSÉFONE: 56, 1979)

Em estudo que resgata a história da Faculdade de Enfermagem Hermantina Beraldo/FEHB, mediante seus rituais e emblemas, Josefar Reis de Toledo et al, (2008) afirmam que a FEHB incorporou, desde a formatura de sua primeira turma, os rituais da Escola de Enfermagem Ana Nery/ EEAN, considerada difusora dos rituais em diversas escolas de enfermagem do país, inclusive da Escola de Enfermagem Carlos Chagas/EECC desde a sua criação, em 1933, em Belo Horizonte. Como já vimos anteriormente, a primeira diretora da EECC foi egressa da EEAN, assim como a primeira diretora da EEHB em Juiz de Fora, Celina Viegas, foi egressa da EECC. Analisando a foto da composição da mesa de formatura da turma de 1950 o(a)s autore(a)s observam e chamam a atenção para o fato de que a Diretora da Escola e um militar de alta patente da 4ª região Militar de Juiz de Fora compareceram à cerimônia uniformizados, como podemos ler a seguir:

Vale ressaltar que Celina Viegas, vestida com uniforme de enfermeira e uma autoridade militar em traje militar são os únicos componentes da mesa que estão uniformizados. Os médicos e políticos vestiam trajes formais: ternos de cores escuras e gravatas. Nesse sentido, a enfermeira e o militar representam suas instituições, pois o uniforme é um tipo específico de vestimenta para determinadas categorias de indivíduos e identifica-os como pertencentes a um grupo ou uma instituição, caracterizando a figura de quem o está usando. Assim, o uniforme funciona como objeto disciplinador, uma vez que padroniza as atitudes e comportamentos de quem o veste, seja ele uniforme militar, religioso, escolar ou, como no caso em estudo, profissional. (TOLEDO et al, 2008, p.248)

A rigidez no uso do uniforme, ou qualquer artifício para encobrir vestígios dos contornos do corpo, também foi detectado em discursos de enfermeiras mais jovens, como o de Hera que concluiu o curso na Faculdade de Enfermagem da UNIFAL, em dezembro de 1997.

A universidade tinha uniforme e inclusive até hoje a universidade tem, uniforme todo fechadinho. Eu não peguei a parte da enfermagem que ainda tinha muita exigência na questão do vestir. A gente não podia usar qualquer roupa, era só o uniforme e era feito o de todo mundo junto no mesmo lugar, e era uniforme mesmo. Era casaquinho, jaleco fechado, decote redondinho... Isso sim, a universidade tinha uma rigidez na questão dos estágios (HERA:34,1997).

Kuan Yim, que concluiu o curso 10 anos depois de Hera, em dezembro de 2007 na Universidade Federal de Rondônia, afirma, categoricamente, que não percebeu nada em relação ao se vestir como determinação da Escola, mas ela própria usa a palavra pudor como um valor que já possuía para valorizá-la.

Não percebi nada em relação a vestir-se. Porque lá era uma região muito quente e a gente podia ir para a faculdade de shortinho, não mini mas de short. Mas tinha uma questão até da gente mesmo, a gente tem que se valorizar um pouco, então a gente ia de vestido, short porque lá é uma região muito quente, camisetinha, então não tinha essa coisa de pudor (KUAN YIN: 39,1997).

“Não percebi nada em relação a vestir-se” pode ser analisada como uma falta de percepção e de um olhar mais crítico acerca das imposições da Escola em relação às normas que se transmutam no uso obrigatório de uniformes ou de determinadas peças de vestuário como podemos constatar na continuação de seu depoimento.

Nos estágios nossas orientadoras diziam que podia ir de bermuda abaixo do joelho com uma meia fina. Ou de vestido abaixo do joelho com uma meia fina. Sapato fechado, uma blusa branca e jaleco. Aí sim, tinha que estar conforme as orientações da faculdade. Então, elas falavam assim, porque o branco acaba ficando transparente, então elas falavam: para preservação de vocês coloque uma meia fina por baixo da calça, para tirar uma marca de uma calcinha, ou de um sutiã. A meia fina tinha que ter. Elas falavam assim, a gente sabe que é fina, mas sabe, se você está de saia ter um contato direto de secreção na sua pele pode prejudicar (KUAN YIN: 39, 1997, grifo nosso).

Como ela concluiu o curso na UNIR, na cidade de Palmas, poderíamos indagar: como se justifica o uso de meias finas em uma região de extremo calor? Fica claro o intuito de fazer desaparecer as marcas do corpo que remetem à sexualidade, como na frase “para tirar a marca de uma calcinha ou de um sutiã”. Entretanto, essa perspectiva é desconstruída pelo discurso asséptico que, em nome da proteção do corpo, pelas contaminações possíveis de acontecer, no cuidado dispensado ao corpo do(a) **outro(a)**, justifica e mascara a ocultação e a negação de qualquer vestígio que possa associar o corpo da enfermeira com o corpo erótico da mulher.

Os valores incorporados para a mulher e para a enfermeira parecem facilitar uma aceitação tácita das explicações fundamentadas pelos princípios assépticos. As normas em relação à postura, formas de se vestir e de se comportar parecem coladas aos corpos porque, como nos diz Bordieu, (1996, p.36):

Existem ensinamentos da gramática do corpo e poderíamos, como fazemos na gramática, tecer quadros do que dizer e do que não dizer, tecer quadros do que fazer e do que não fazer, enumerar tudo o que uma mulher deve fazer ou não fazer com o seu corpo (por exemplo manter os joelhos fechados). Por meio desse trabalho de educação, as construções sociais são **embodied**, incorporadas, inscritas no corpo, elas se tornam sistemas de disposições (o que as coloca na noção de **habitus**), princípios geradores de práticas e de apreciação de práticas, ao mesmo tempo maneiras de fazer e categorias de percepção dessas maneiras de fazer.

Algumas estudiosas que se debruçaram sobre as representações do corpo e sexualidade na enfermagem (SOBRAL, 1995; FIGUEIREDO e CARVALHO, 1999), têm apontado que o uso do uniforme e a própria justificativa desse uso pelas condições assépticas, faz parte de todo um conjunto de estruturas ritualísticas que provocam uma barreira, tanto na formação como no desenvolvimento do cuidado aos seres humanos, homens e mulheres, na perspectiva da sexualidade.

Em relação ao uso de determinados adereços e uniformes, observamos que houve rupturas nas formas tradicionais que ficam evidentes ao compararmos um discurso de quem se formou em 1979 (Perséfone), ao de outras que se formaram no final dos anos oitenta (Gaia), nos anos 1990, (Maria) e já em 2002 (Afrodite) como podemos ler abaixo:

A questão do corpo e da sexualidade da gente, a gente era completamente “assexualizada”, a gente na escola e no hospital a gente era assexuada, completamente assexuada! Não podia ter brinco, não podia usar baton, não podia usar pintura, unhas curtas e sem esmalte, aquele uniforme horroroso cinza que a gente usava. Ainda bem que na minha época já tinha tirado a rede do cabelo ... a gente até usava cabelo curto para evitar essas coisas. E olha, sinceramente, a gente até esquecia que era gente, que era mulher (PERSÉFONE: 56, 1979)

Na escola? Não, não. Que eu me lembre não. Na forma de vestir não. A gente tinha que ir de branco, de jaleco, era normal isso. Não era uma coisa tão gritante não porque o fato de sujar um jaleco comprido aquilo já tem uma barreira, não é (GAIA: 53, 1987).

Não, na faculdade o que falava muito era assim: não usar roupa que chamasse a atenção, por exemplo, decote, calça muito justa... Chamava a atenção para isso mas acho que na minha turma a única vez que eu me lembro de ver uma professora chamar a atenção de uma colega foi porque ela tinha o cabelo muito comprido e ela foi com o cabelo em coque baixo. Então ela colocou assim: isso não é aparência para uma enfermeira, parece que você está dentro de casa (MARIA: 38, 1995).

Branco. Tudo branco, calça branca, e uma coisa do estágio: não pode usar esmalte, não pode usar batom, não pode usar isso... Só que a gente usava tudo. Também não falavam nada, mas a orientação era não usar (AFRODITE: 33, 2002).

Efetivamente, vai havendo um afrouxamento das normas, ao longo das últimas duas décadas do século XX e início do século XXI. No discurso de Afrodite, fica claro que existe uma tendência das estudantes em desafiar as normas impostas.

Entretanto, fica evidenciado, nos discursos, uma predisposição de adaptação às normas, na formação como enfermeiras, pela educação recebida na família, provavelmente, semelhante para todas as mulheres que chegam à universidade. A diferença está localizada no que essas mulheres vão encontrar a partir daí e, no caso da enfermagem, vimos que existiu, desde os primórdios da profissionalização, uma preocupação maior em formar a mulher enfermeira numa perspectiva moral fortemente enraizada nas assimetrias de gênero e num ideal de mulher reforçado pela forte presença da formação cristã na profissão. Várias estudiosas da enfermagem se debruçaram sobre essa questão, chegando à conclusão de que, na formação das enfermeiras, as qualidades femininas são colocadas acima da qualificação profissional (NASCIMENTO, 1996; FONSECA, 1996; LOPES, 1996; WALDOW, 1996).

A aceitação da manutenção de algumas normas e comportamentos que sustentam a interdição do corpo e da sexualidade na profissão é facilitada pela incorporação do modelo de educação adotado pela família como podemos ler a seguir:

Então falava alguma coisa, mas não tinha grande diferença. **Porque para mim o que eu vivia na faculdade não tinha diferença nesse aspecto da sexualidade, de corpo de mulher do que eu já trazia como conhecimento, como bagagem da minha vida pessoal, da família** (MARIA:38,1995, grifo nosso).

Esse modelo torna-se eixo articulador das relações família/escola, formatando pessoas para assumirem uma posição social de passividade diante de poderes instituídos, conforme pode ser constatado no seguinte depoimento:

... Mas eu acho que pelo próprio perfil, **a gente também percebe o perfil do grupo que a gente está lidando, se vai dar mais trabalho. Com certeza essas coisas elas foram aderidas pela minha turma numa boa** (AFRODITE :33, 2002, grifo nosso.)

Mesmo quando tal modelo não está intrinsecamente vinculado à formação familiar, ou a uma predisposição demonstrada pelo grupo, em aceitar as normas impostas, em relação à maneira de se vestir e ao uso de determinados adornos femininos, uma postura pessoal de **mulher sem vaidade** facilita a aderência ao modelo adotado pela escola. O problema é visto

como individual, afetando apenas as alunas que, na maneira de se vestir, demonstram transgressões às regras, necessitando de acompanhamento e recomendações para que se ajustem ao perfil de enfermeira que a escola deseja formar. Athena relata tal posição:

Eu, eu nunca fui... Eu estava até pensando nessas coisas... **Eu como sou uma pessoa muito sem vaidade, não uso batom, passo esmalte uma vez na vida outra na morte só se for num evento, não tenho nem orelha furada, sempre minhas roupas meio largas assim, eu não passei por isso assim. Eu pessoalmente não fui vítima dessa caretece. Eu estava até lembrando que tinha uma menina que estudava na minha turma que se chamava Cristina, coxinha até.** A roupa dela agarradinha assim, salto, batom vermelhinho, esmalte vermelho. Fizeram várias vezes recomendações pra ela que a calça não podia ser muito apertada, esmalte não podia ser vermelho, o batom não podia ser vermelho, nada que despertasse (ênfase nesta palavra) eu não sei se é o tesão ou o interesse dos pacientes (risos) (ATHENA: 46, 1985, grifo nosso).

É preciso negar e esconder qualquer marca da sexualidade inscrita nas formas de ser que remeta ao desejo visto como algo que se deve silenciar e ocultar porque remete ao proibido. Assim, em grande parte dos depoimentos, toda a conjuntura mantém estreita relação com o poder do pai, durante a educação recebida na família, que atravessa toda a vida, causando também, na fase adulta, vergonha e constrangimento, quando o corpo torna visível o sexual, o que reafirma a subjetivação pela sexualidade e suas interdições, como expressa Iansã:

Mas tem coisas que ficam tão arraigadas da educação que a gente recebe que, por exemplo, quando eu fui ser mãe, quando eu fiquei grávida, eu tive muita preocupação em contar para o meu pai que eu estava grávida como se eu estivesse escondendo uma coisa que é a coisa mais natural. Mas sabe a sexualidade, puxa vida é uma coisa que ele fez, mas não ia imaginar que isso ia acontecer comigo (IANSÃ: 38, 2002).

Analisarmos esses discursos nos fez mais engajadas na defesa do aprofundamento e ampliação dos estudos que aceitam e não negam a singularidade da enfermagem, no contexto das profissões da saúde: é uma profissão historicamente feminina e, como tal, possui todo um arsenal performático e linguístico que determina o gênero social da profissão. Viviane Heberle; Ana Cristina Ostermann e Débora Figueiredo (2006, p. 9) ao discorrerem sobre a categoria gênero, afirmam que

... as práticas socioculturais que constituem essa categoria, e que incluem a linguagem, são, com frequência, objeto de resistência ou de contestação. Homens e mulheres, ao participarem de interações sociais via linguagem, ao produzirem ou consumirem textos (tanto orais quanto escritos), alinham-se

em diferentes graus com os papéis de gênero articulados nessas práticas lingüísticas, ora aceitando-os sem questionamento, ora discordando parcialmente deles, ora rejeitando-os na sua totalidade.

A subjetivação pela sexualidade, expressa pelos discursos das enfermeiras participantes do estudo, sobredetermina as maneiras de se identificar com uma profissão que, antes de qualificar enfermeiras, modela mulheres. Esse modelo ideal de mulher e, por extensão, de enfermeira, serve aos interesses institucionais, ao produzir corpos dóceis e obedientes que não ameaçam o **status quo**. Essa obediência é detectada nas primeiras Escolas de Enfermagem brasileiras que, dentre tantos outros rituais, por meio da posição das mãos, como nos revela o estudo de Vera Sobral: “ para falarem com os médicos ou estudantes de medicina, as alunas deveriam ficar com as mãos para trás. A submissão que essa imagem revela é significativa. A autoridade que as enfermeiras atribuíam aos médicos parece ser a mesma atribuída a figura do pai e/ou a do marido” (SOBRAL, 1995, p.101).

Estereótipos de gênero, internalizados ao longo da educação recebida na família, são reproduzidos na formação profissional e aceitos passivamente ou pouco questionados. Assim, o gênero social da profissão continua feminino e submetido a processos ideológicos que ocultam a realidade e dificultam o reconhecimento e a visibilidade profissional. A falta de reconhecimento profissional está intimamente ligada à condição feminina porque “cuidar e tratar, prática de Enfermagem e prática médica, refletem a hierarquia de poder nas relações homem/mulher, na sociedade. Representam a utilização social legitimada e hierarquizada das ‘diferenças’ de sexo na saúde” (LOPES, 1996, p. 86). A abordagem feminista, acerca da interseção cuidado e sexualidade, pode ser fator desencadeador do **empoderamento** feminino para a superação dos impasses apontados até aqui.

5 O CUIDADO NA INTERFACE COM A SEXUALIDADE: UMA DIMENSÃO INTERDITADA DURANTE O PROCESSO ENSINO/APRENDIZAGEM DE ENFERMEIRAS

Com a criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), no ano de 1923, foi institucionalizado o ensino formal da Enfermagem brasileira. O desenvolvimento do ensino de enfermagem nasceu da necessidade de combater a febre amarela e disponibilizar pessoal qualificado para implementar a reforma Carlos Chagas. Entretanto, a consolidação do ensino formal só aconteceu quase três décadas depois da criação da primeira escola, pela promulgação da Lei 775 de 1949, especialmente pela pressão da Associação Brasileira de Enfermagem/ABEn (CARVALHO, 1972; FERNANDES, 1983; GERMANO, 1993). A primeira escola iniciou suas atividades a partir do modelo inglês de Florence Nightingale, apesar de ter sido implantada por enfermeiras dos EUA, que deveria seguir a mesma linha. Mantendo esse **padrão**, até o final dos anos 1950, o número de escolas de Enfermagem foi se ampliando quando se vislumbravam e se delineavam as políticas de saúde efetivamente como dever do Estado, no país.

O enfoque no desenvolvimento das técnicas, em que o mais exigido era a habilidade manual, era considerado essencial e prioritário para a formação das enfermeiras. Assim, a ênfase recaía sobre a assistência aos doentes, dividida em tarefas, na maior parte das vezes, voltadas à higiene pessoal e até mesmo à limpeza do ambiente (CARVALHO, 1972; ALMEIDA, 1986).

Tal posição nos permite retornar às origens da profissionalização da enfermagem, por meio da leitura de **Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é** escrito e publicado na segunda metade do século XIX, por Florence Nightingale, considerada a fundadora da enfermagem moderna, e publicado no Brasil pela Editora Cortez, em 1989, resultado de um esforço conjunto da ABEn/ Nacional. Nightingale participou da Guerra da Criméia com um grupo de trinta e oito mulheres por ela recrutadas, irmãs católicas ou anglicanas, conseguindo baixar o índice de mortalidade dos soldados ingleses de 40% para 2%. Por sua destacada atuação, recebeu um prêmio do governo inglês, com o qual fundou a primeira escola de enfermeiras no St Thomas Hospital em Londres, em vinte e quatro de junho de mil oitocentos e sessenta (PADILHA e MANCIA, 2005).

A obra, à época dirigida especialmente às mulheres, lança as bases dos fundamentos de enfermagem e, embora não sendo um livro de técnicas de enfermagem, influenciou o ensino nas escolas de orientação Nightingaleana, em vários países. Nesse livro, Nightingale deixa claro que a assistência de enfermagem ultrapassa os limites da simples administração de

medicamentos, como processo restaurador da saúde e propõe a observação minuciosa, os cuidados com as condições de limpeza e higiene do ambiente, a iluminação, a ventilação e as condições sanitárias como fundamentais.

No capítulo em que Florence Nightingale aborda questões relativas à higiene pessoal, recomendações importantes para a prevenção das infecções, como a lavagem minuciosa das mãos, são apontadas, embora o corpo do sujeito, objeto do cuidado, não apareça. Essa “ocultação” do corpo é feita mediante a ênfase sobre as técnicas; o ambiente; observações sobre as condições de evolução da doença e, fundamentalmente, na divisão corpo mente e na sacralização do corpo. Importante ressaltar que essa primeira escola, como outras que se seguiram adotando o mesmo modelo, era destinada à formação exclusiva de mulheres. Naquele momento histórico, homens não eram admitidos nos cursos de formação de enfermeiras, assim como mulheres ainda não eram aceitas nos cursos de medicina.

Numa nítida divisão sexual do trabalho, com a medicina no espaço do hospital moderno, a enfermagem nasce a partir de uma divisão social e técnica do trabalho, no interior da profissão. A formação das enfermeiras não se deu de maneira homogênea, havendo as **ladies nurses**, mulheres oriundas da burguesia inglesa, destinadas às atividades gerenciais e educativas, e as **nurses**, vindas das classes proletárias, responsáveis pelo cuidado direto, numa clara divisão entre trabalho intelectual e trabalho manual, que se mantém ainda hoje no Brasil, onde temos três categorias profissionais distintas: enfermeira(o)s, de formação de nível universitário e técnica(o)s e auxiliares de enfermagem com formação de nível médio.

Collière (1999) afirma que, no processo de profissionalização da mulher-enfermeira, em seu caráter inicial, como auxiliar do médico, os aspectos morais e técnicos foram privilegiados, sendo o primeiro o mais importante para o desempenho das atividades da enfermeira. Os aspectos morais foram fortemente calcados na ética protestante da Inglaterra Vitoriana, sem descartar, no entanto, o modelo católico que já estava em curso, desde a Idade Média. Para Padilha e Mancia (2005, p.725)

Os rituais de cuidado iam se construindo numa base voltada para a prática do cuidar vivenciada pelas irmãs no cotidiano dos hospitais e dos domicílios, orientadas inicialmente por Luisa de Marillac e Vicente de Paulo, através de cartas, regulamentos e transmissão verbal umas às outras, dando origem ao que seria, posteriormente, denominado de técnicas de enfermagem, organizadas numa base científica de cuidar, preconizada por Florence Nightingale.

O modelo nightingaleano, introduzido no Brasil pelas enfermeiras norte-americanas, foi preservado pelas Escolas de Enfermagem, pela via da manutenção dos internatos e dos emblemas e rituais introduzidos pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN). A primeira diretora e organizadora da Escola de Enfermagem Carlos Chagas (EECC), hoje Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Laís Netto dos Reys, foi egressa da EEAN. Criada em 7 de julho de 1933, a Escola manteve o que à época se convencionou chamar, “padrão Anna Nery”⁵ (MIZIARA, 2006).

Destacamos o papel das diretoras das Escolas de Enfermagem, inauguradas nesse período, porque elas eram escolhidas com o propósito de manter o mesmo padrão de ensino em diferentes regiões do país. Elizete Silva Passos, em seu livro **De anjos a mulheres: ideologias e valores na formação de enfermeiras**, em que faz um resgate histórico sobre a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia/ EEUFBA, diz que essa escola “... tem suas origens ligadas à Escola Ana Néri e à Escola da Universidade de São Paulo, pois para estruturá-la e dar início ao seu curso, o então Reitor Edgar Santos, convidou a enfermeira/professora Haydée Guanais Dourado, ex aluna da Escola Ana Néri ...” (PASSOS, 1996,p.83/84). Segundo a autora, a indicação significava o interesse em manter o mesmo padrão de formação das enfermeiras no Brasil, o que foi confirmado posteriormente, inclusive porque a primeira diretora convidou para compor o quadro docente da Escola ex-colegas e ex-alunas da Escola Ana Néri e da Escola de Enfermagem da USP.

Mantendo essa linha de ação e ideário de formação, foi criada em junho de 1946, a Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo (EEHB) de Juiz de Fora/MG, tomando posse como diretora Celina Viegas, enfermeira diplomada pela EECC, no ano de 1941. À época, era especialista em Administração de Escolas de Enfermagem e Pedagogia Aplicada à Enfermagem (realizou o curso na Universidade de Boston, USA) Diretora eleita durante o II Congresso Nacional de Enfermagem da UCEB – União Católica das Enfermeiras do Brasil, para difundir os valores católicos na Enfermagem brasileira (TOLEDO et al, 2008).

⁵ O termo “padrão Anna Nery”, posteriormente, passou a ser usado para designar a enfermeira portadora de diploma de nível universitário como “enfermeira padrão” ou “enfermeira de alto padrão”. No final dos anos 1970 e início dos anos 1980, essa ainda era uma designação corrente em várias regiões do país.

5.1 O silenciamento acerca da sexualidade no processo ensino/aprendizagem do cuidado no final dos anos 1970 e ao longo dos anos 1980

Os aspectos morais de uma profissão, calcada fortemente nos alicerces religiosos, especialmente da mulher consagrada, aliada às técnicas se juntam formando a base da assistência de enfermagem. Essa perspectiva, embora mantendo a devida atenção aos momentos históricos concretos, foi identificada no discurso de uma enfermeira formada em 1979:

Era assistência. O cuidado apareceu agora. Então a gente estava dando uma assistência de enfermagem. Tanto que a gente acabava de ter aula de alguma patologia logo depois vinha a professora dando cuidados de enfermagem, ou melhor assistência de enfermagem. Primeiro: assistência espiritual, assistência psicológica, não é? (Rindo muito). E depois vinha: dieta livre ou dieta conforme a prescrição e aí vem: os cuidados de enfermagem tudo escrito, **era uma receita de bolo**, e era daquele jeito que estava escrito tanto que chegava na prova se a gente não escrevesse do jeito que ela pedia, se você fizesse alguma coisa errada na hora do estágio, na prova do estágio na frente do paciente e ela olhando você, se fizesse coisa diferente você podia até tomar bomba porque não está na sequência que era colocado no quadro negro e que a gente tinha que decorar. (Pausa). **Então, na minha faculdade ela me ensinou a ser assexuada. Exigiu que eu fosse assexuada durante quatro anos. Eu entrava no hospital e deixava de ser ... mulher, era ... estagiária de enfermagem** (PERSÉFONE: 56, 1979, grifo nosso).

Nesse discurso, podemos pensar a relação entre o modelo de **assistência** e a identidade da cuidadora: a identidade profissional, de certa maneira, anula a identidade de mulher, porque, afinal, o que é ser uma mulher? No imaginário social, ser mulher, especialmente, ser uma mulher jovem, é ter um corpo sexualizado e erotizado, com todos os atributos de feminilidade para atrair e seduzir especialmente os homens.

Assim, a assistência impessoal, baseada no desenvolvimento das técnicas, prescrita e realizada como uma “receita de bolo”, e a supressão da identidade de mulher tornando-a um Ser assexuado, tiram de foco toda a ameaça representada pelos corpos erotizados de quem cuida e de quem é cuidada(o). Vera Sobral (1995), diz que a relação das enfermeiras com o corpo das pessoas cuidadas foi um dilema enfrentado desde a implantação das primeiras Escolas de Enfermagem no Brasil. Segundo essa autora, durante muito tempo, as técnicas eram ensinadas em laboratório e as mulheres poderiam cuidar apenas de mulheres, o que reforça a ideia da percepção da sexualidade, pela enfermagem, apenas como heterossexual.

Com o passar do tempo, as próprias enfermeiras foram treinadas para **assistir** homens e mulheres, desde que mantidas todas as estratégias ritualísticas de neutralização dos corpos, no uso de uniformes, proibição do uso de adereços, contenção de gestos e a postura discreta e pacata compatível com a dos “anjos assexuados”.

Nessa perspectiva, a ênfase é dada ao modelo de assistência, em oposição ao modelo de cuidado, que só apareceu mais recentemente. A expressão **assistência** parece ter entrado no Brasil a partir de traduções de livros-textos de enfermagem norte-americanos, e “o termo **to assist** passou a ser traduzido e introduzido na enfermagem brasileira sob a conotação de **assistir**” (WALDOW, 1999, p. 56). Em inglês, *assist* tem o significado de ajudar e, nessa perspectiva, é adotado por enfermeiras e teóricas de enfermagem norte-americanas, embora no Brasil tenha se ampliado seu significado para socorrer, estar presente.

A mudança que está em curso, problematizando a própria palavra assistência, faz parte de uma ruptura importante de orientação filosófica acerca do modelo de atenção em saúde. Scherer et al (2005, p. 57) afirmam que “O modelo de atenção à saúde no Brasil tem sido historicamente marcado pela predominância da assistência médica curativa e individual e pelo entendimento de saúde como ausência de doença, princípios definidores do modelo flexneriano”. Nessa lógica, a assistência de enfermagem se adequa como uma prática de ajuda, muitas vezes, mais voltada ao modelo médico hegemônico que às necessidades dos seres humanos, que demandam atenção em saúde.

Comumente, era um médico quem ministrava a aula sobre determinada patologia seguido de uma enfermeira para ministrar a assistência de enfermagem que aparecia sempre na mesma ordem descrita no discurso da entrevistada em foco. Importante observar que a ênfase recai fortemente sobre o desenvolvimento das técnicas de enfermagem.

O resgate do cuidado se encontra em outra lógica, onde o conceito de saúde não é mais a ausência de doença, e sim o processo saúde-doença em que somos afetado(a)s cotidianamente pelo meio em que vivemos, pelas nossas crenças, pelas nossas diferenças étnico-raciais, pelas nossas condições de gênero, de classe e de geração. É o resgate da saúde coletiva como bem social e a responsabilização profissional e cidadã, frente aos problemas enfrentados no envolvimento comunitário de forma humanizada. A medicalização da vida dá lugar a uma visão do **Ser Cuidado**, em sua integralidade, tornando-o sujeito das decisões acerca de sua vida e saúde. Pensando o cuidado de enfermagem, nessa perspectiva,

Contrariamente ao que muitas pessoas pensam, o resgate do cuidado não é uma rejeição aos aspectos técnicos, tampouco ao aspecto científico. O que se pretende ao relevar o cuidar é enfatizar a característica de processo

interativo e de fruição de energia criativa, emocional e intuitiva que compõe o lado artístico, além do aspecto moral (WALDOW, 1999, p.92).

Ao final, Perséfone, enfermeira entrevistada a quem nos referimos no início do texto, retoma a sexualidade, questão inicialmente colocada para articulação com a formação, e enfatiza que, nesse contexto de ensino-aprendizagem, a escola reforça que ela deve ser assexuada, chegando mesmo a se esquecer de quem era, no momento em que adentrava o hospital. A vocação exigida para ser uma boa enfermeira lhe confere uma alta missão de servir e “o cumprimento dessa missão exige renúncia e esquecimento de si” (COLLIÈRE, 1999, p. 81). A negação da sexualidade passa inclusive pela rigidez na forma de se vestir, “e o uniforme surge, de resto, como símbolo dessa renúncia” (COLLIÈRE, 1999, p.81).

Essa neutralização da identidade individual como um **esquecer-se de si** exacerba-se e cria um “mal estar” marcado por um sentido de desvalorização que ficou muito forte, em outra parte de sua entrevista:

E olha sinceramente a gente até se esquecia que era gente, que era mulher, porque a gente estava lá pra aprender, e a gente não lembrava o quê que a gente era lá não. (Pausa) Porque os acadêmicos de medicina riam tanto da gente e a gente ficava tão puta com a situação! Tinha gente na cantina, tinham umas meninas que ainda paqueravam. Mas a maioria ficava ali era muito puta de ser... (pausa) **A gente tinha era a “menos valia” de fazer enfermagem no hospital escola daquele jeito. Era embutido na gente que a gente tinha “menos valia”. (pausa longa) Não era? A gente tinha vergonha** (PERSÉFONE: 56, 1979, grifo nosso).

Observa-se que o sentido de desvalorização, muito realçado, ultrapassa a perspectiva pessoal e se desdobra para o coletivo, no ‘mal estar’ que era compartilhado por outras estudantes de enfermagem, no peso das expressões “menos valia” e “a gente tinha vergonha”. Podemos dizer que, do ponto de vista profissional, esse sentimento de menor valor, agregado à anulação da identidade feminina, faz parte de todo um processo de educação de mulheres enfermeiras que teve a força de “legitimar a enfermagem como uma profissão secundária e dependente, pelo fato de ser exercida, majoritariamente, por mulheres ...” (PASSOS, 1996, p.81).

Essa moralidade fortemente inscrita e reiterada pelas qualidades femininas e reforçada pela anulação da identidade como Ser humano, o que acarreta um sentimento de menor valor profissional, cola-se ao desempenho técnico-impessoal, impedindo uma vivência qualitativa, em relação ao cuidado. Essa perspectiva assistencial, destituída de um estar com o **outro** de forma significativa, também é constatada no discurso de Hécate:

O ensinamento do cuidado com o corpo era asseio, da higiene pessoal só. Não tinha preparação para lidar com o corpo do outro. Em disciplina nenhuma. Talvez em biologia falasse mais de reprodução, mas do cuidado em si não tinha não. De trabalho, de cuidar. Ah! De receio do tocar no outro. Do respeito. Não era um respeito assim igual acho que hoje a gente tem mais liberdade do toque. Do tocar sem medo. Porque quando a gente era estudante e ia fazer cuidados de enfermagem com o outro era de muito cuidado. Sabe o cuidado de não ofender ao manusear a pessoa. **Muito cuidado com a intimidade!** Nem se falava a respeito. **A gente só falava o que ia fazer e pronto!** Não comentava nada (HÉCATE: 54,1982, grifo nosso).

Vê-se que o ensino concentra-se nos aspectos relacionados à higiene, sem maiores preocupações com toda a complexidade que significa tocar o corpo do **outro**. A análise do discurso mostra um paradoxo. Reconhece-se o corpo como algo que remete à sexualidade, portanto lugar da intimidade, da privacidade e do respeito. Porém, a sexualidade, uma vez internalizada como habitante de um mundo permeado pela proibição e pelo pecado, faz com que, na prática profissional, imponha-se aproximação e distanciamento. Este protege a cuidadora daquilo que gira em torno da sexualidade e o **informar o que vai fazer e pronto** revela a relação de cuidado como sexualizada, daí a necessidade do afastamento pela aparente dessexualização.

Embora durante a entrevista a palavra sexualidade tenha sido usada pela entrevistadora, ela não aparece na fala da entrevistada, sendo substituída pela palavra intimidade. Ela alega que, na atualidade, há mais liberdade, em relação ao toque do corpo e volta a enfatizar a importância do respeito à intimidade. No entanto, podemos questionar essa postura do respeito em relação ao toque do corpo do **outro** porque, em seguida, ela nega, de certa maneira, esse respeito ao afirmar que tudo era realizado sem maiores comentários.

Carvalho (2005, p. 150), ao analisar as repercussões do cuidado de enfermagem, em relação ao manuseio do corpo nu do doente hospitalizado, afirma que “o profissional domina a informação e o saber técnico-científico. Logo, em várias situações, exige obediência da parte dos pacientes, para suas prescrições, cuidados e orientações”. Essa é a maneira autoritária e verticalizada de assistir em que, em condições de constrangimento, em relação ao manuseio do seu corpo, o(a) usuário(a) dos serviços sente-se impotente, envergonhado(a) e silencia seus sentimentos.

Pesérfone concluiu o curso em julho de 1979 e Hécate em julho de 1982, ambas no período de transição da Faculdade de Enfermagem Hermantina Beraldo/FEHB, quando ainda era uma instituição estadual e isolada, para a Universidade Federal de Juiz de Fora. Em 1982, a Universidade praticamente já tinha abarcado todas as atividades da antiga faculdade, mas se

percebe, pelos discursos, que o processo ensino-aprendizagem estava pautado nos moldes da antiga faculdade, historicamente voltada à formação de enfermeiras com todas as características das escolas de formação de moças, reforçada inclusive pela manutenção do internato até os anos iniciais da década de 1970.

Nesse modelo de ensino, o sexo de quem recebia os cuidados não importava: o corpo é destituído de qualquer marca humanizadora, sendo encarado como um corpo portador de uma doença, passível de intervenção para que fosse curado. As bases de formação identitária da mulher usuária e da enfermeira são as mesmas. Ouve-se e se defende um discurso, acerca do respeito e da intimidade, mas não se trabalha a enfermeira para escutar a si própria e lidar com seu próprio corpo. Podemos identificar tal postura no discurso transcrito a seguir:

Nunca teve, nós nunca tivemos a questão de preparo de que eu vou lidar com o corpo do outro. E preparar que o corpo do outro é igual ao meu corpo. Ou então eu lidar com o meu corpo e vou lidar com o corpo do outro que é igual ao meu, é mulher. Ou então, como ela gostaria de ser cuidada porque como eu gosto de ser cuidada, como eu gosto de cuidar de mim eu vou transferir pra ela. E isso nunca foi falado. Isso eu vim descobrir mais tarde quando eu estava trabalhando. **Porque parecia que o outro era um objeto. Não era uma pessoa, era um objeto onde eu estava ali dando os cuidados. E engraçado, fazendo técnica, desenvolvendo técnica! Sem muito é, sem você ter um, como é que fala um contato mais humano. Eu estava ali desenvolvendo técnica!** Não queria saber se era homem ou se era mulher, eu estava fazendo o trabalho que era o que eu tinha que executar para a melhora da doença do outro (PERSEFONE: 56, 1979, grifo nosso).

A ênfase na técnica é reforçada no discurso que se segue, acrescida de um ponto nevralgico que acompanha a profissão, quando o que está em jogo é o fato de homens cuidarem de aspectos ligados à sexualidade feminina. Há restrições explícitas para os homens e a ideia de que as mulheres podem cuidar de ambos os sexos sem problemas é mantida inalterada. Essa é a herança histórica da enfermagem como **vocação** que, mantendo emblemas e rituais, induz a uma negação dos corpos sexuados das cuidadoras e das pessoas cuidadas.

Eles davam um treinamento pra gente de tal maneira que a gente olhava o paciente, olhava o sujeito como uma pessoa precisando de assistência e não se importa se é homem ou se é mulher. Por exemplo: os homens também não fizeram, não aprenderam a fazer sonda nas mulheres. A gente podia sondar os homens, mas as mulheres, os meninos não podiam sondar as mulheres. Tinha isso, então era como se falar de sexo era, era uma coisa proibida (PERSEFONE: 56, 1979 grifo nosso).

Essa ideia tem suas origens no momento em que são as mulheres **consagradas** que passam a deter o monopólio dos cuidados, revertendo totalmente o olhar sobre o corpo. Consagradas a Jesus, elas se entregam a uma vida celibatária, cuja moral se materializa nos rituais de neutralização dos corpos pelo uso de uniformes, da dedicação cega, da obediência, da subserviência aos superiores que, em um primeiro momento, foram os padres e depois, no espaço hospitalar, os médicos. O corpo passível de cuidado, outrora lugar do prazer, passa a ser, a partir daí “o corpo feito carne, desprezível, fonte de corrupção, de fornicção e de pecado, começando pelo seu próprio corpo” (COLLIÈRE, 1999, p. 66). Nessa conjuntura, o cuidado desenvolvido pelas mulheres consagradas, só é possível por meio do apelo aos aspectos espirituais que, hipoteticamente, dão às cuidadoras a condição de salvar as almas das pessoas por elas cuidadas.

Traduzidas para o processo ensino-aprendizagem, no contexto das Escolas de Enfermagem, os rituais de neutralização dos corpos permanecem acrescidos de um investimento profundo nas técnicas, sem maiores preocupações com a reflexão sobre o seu significado ético. Essa postura mantém uma assistência impessoal, tanto para quem cuida como para quem é cuidado, negando a materialidade dos corpos sexuados.

O discurso de Gaia, formada pela Universidade Federal de Minas Gerais em 1987, também mostra a ausência de um ensino voltado para as reais necessidades da pessoa cuidada, em relação ao corpo e à sexualidade. Como Perséfone, indica as dificuldades dos estudantes do sexo masculino em cuidar das mulheres, o que não acontece em relação às mulheres cuidarem dos homens. Essa postura era encontrada em campo de práticas de orientação religiosa.

Não a única coisa que toda vida **eles** tiveram muito cuidado é que a gente tivesse o cuidado de manter a “diversidade” do paciente. A questão de biombos, de estar pedindo permissão ao paciente para tocá-lo etc, etc. Mas assim, o cuidado nesse sentido, assim que eu me lembro não. Sempre foi falado assim do respeito mesmo, mas da sexualidade mesmo assim eu não me lembro... Eu passei por várias turmas nessa questão do problema do currículo da grade (Ela trancou matrícula e voltou com um novo currículo em andamento) então o máximo que tinha em cada turma era um ou dois homens. Então, eu lembro que alguns tiveram problema no sentido de que nos hospitais lidavam com as freiras então, por exemplo, eles não admitiam acadêmicos de enfermagem na obstetrícia se fosse homem. E nunca entendi e a gente questionava isso muito porque os médicos eram todos homens e os meninos porque eram da enfermagem não podiam? Eu passei por diversas turmas bastante questionadoras, sabe? A gente nunca achou isso certo. Por quê? Então se fosse assim a gente não podia cuidar de homem não é? E podia tranquilamente, sem problema. Fazer tudo, passava sonda (GAIA:53, 1987, grifo nosso).

A análise mostra que as mulheres não representam nenhum risco ao cuidar dos aspectos mais íntimos dos homens, ao contrário dos homens em relação às mulheres. Afinal, no imaginário social, construído em torno da feminilidade, o pudor constitui-se como fundamental porque, conforme argumenta Perrot (2003, p.13) o “pudor que encobre seus membros ou lhes cerca os lábios é a própria marca da feminilidade”. Além disso, as maneiras de expressão da sexualidade apresentam-se com marcadores distintos para homens e mulheres, por meio da reprodução de estereótipos de gênero, havendo, subjacente às atitudes, o discurso hegemônico da primazia do desejo para os homens e o escamoteamento do desejo feminino (BOZON, 2002). Essa perspectiva coloca as mulheres como cuidadoras universais e os homens, paradoxalmente, senhores e escravos do desejo, impedidos de cuidar das mulheres a não ser resguardados pela competência técnico-científica representada ideologicamente na área de saúde como do domínio da formação médica.

Desse modo, a marca da interdição da sexualidade, presente no processo ensino-aprendizagem das enfermeiras, materializa-se na primazia do silêncio sobre a intimidade e sobre o corpo, lugar da experiência da sexualidade. Há um distanciamento, um receio de despertar o proibido, o que ninguém sabe lidar.

A escola não ensinou porque eu acho que a escola tem medo da gente despertar para uma outra coisa. Na época que eu fui estudante eu acho que tinha muito receio da gente despertar para outra coisa (HÉCATE: 54,1982).

Parece que o modelo de ensino da enfermagem, sustentado pela forte exigência da competência técnica, aliada à manutenção dos aspectos morais de uma profissão historicamente feminina, atravessou a década de oitenta sem dar sinais de acompanhar o “despertar crítico” (WALDOW, 1999) da profissão no Brasil.

Os anos 1980 foram marcados por uma nova vertente nos estudos e pesquisas, em relação à enfermagem: as enfermeiras passaram a olhar criticamente para a profissão, identificando a relação entre formação e profissional e os interesses do Estado capitalista. Podemos destacar alguns estudos que representam esse novo olhar⁶, desviando-se de uma perspectiva ideologizada da enfermagem, marcada pelo discurso da vocação, que não

⁶ Cristina Melo, 1986: Divisão Social do Trabalho e a Enfermagem. Graciete Borges da Silva, 1986: Enfermagem Profissional uma análise crítica. Maria Cecília Puntel de Almeida e Juan Stuardo Yazlle, 1986: O Saber de Enfermagem e sua Dimensão Prática. Djair Daniel Nakamae, 1987: Novos Caminhos da Enfermagem. Denise Pires, 1989: Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem.

problematizava principalmente o lugar e a visibilidade das enfermeiras, dentro desse sistema. Maria Cecília Puntel de Almeida, (1986) aponta, nas considerações finais de seu livro **O Saber da Enfermagem e sua dimensão prática**, que acreditava na superação dessa invisibilidade, na medida em que a área de saúde passasse por um processo de reestruturação, investindo, fundamentalmente, na saúde coletiva e que as enfermeiras ocupassem o seu lugar, na promoção da saúde.

No âmbito mais amplo das decisões que envolvem mudanças curriculares, a perspectiva feminista parece não ter sido absorvida dentro da própria ABEn- nacional, entidade cuja marca histórica é a luta pelas transformações qualitativas, dentro da profissão, especialmente, quando se trata da educação em enfermagem. Se nas décadas de 1980 e 1990 a Revista Brasileira de Enfermagem, uma das primeiras revistas da categoria ligada à ABEn, já divulgava artigos que discutiam as marcas da enfermagem como profissão feminina e expressava as marcas do feminismo nos congressos mediante a realização de oficinas que discutiam as identidades sócio-profissionais (Costa, 2002), o mesmo não se deu em relação às propostas de mudanças curriculares.

Analizando o documento intitulado **Sobre uma nova proposta de currículo mínimo para a formação do enfermeiro** publicado em Brasília no ano de 1989, fica clara a neutralidade em gênero que se expressa na nomeação do masculino para a categoria. Destaca-se que a profissão detinha à época mais de 90% de mulheres em seus diferentes níveis de atuação, o que se mantém praticamente inalterado na atualidade, e que levou Fonseca (1996, p. 63) a afirmar que “falar do trabalho de enfermeira é falar, portanto, de trabalho de mulheres”.

Padilha et al (1998), em estudo que analisa trabalhos apresentados nos Congressos Brasileiros de Enfermagem, a partir de uma ótica de gênero, problematiza a substituição do termo enfermeira por enfermeiro, demonstrando que existe uma tendência à negação do feminino, nos discursos das enfermeiras, e o peso dessa situação, se nos detivermos na análise da linguagem como sendo **produtora e reprodutora** dos lugares dos sujeitos. Assim, ela nos diz que:

Enfermeiras se autodenominam enfermeiros, professoras se autodenominam professores e alunas se autodenominam alunos. Pouco a pouco a partir da reforma universitária, a identidade profissional feminina foi transferida para o gênero masculino pelas próprias Enfermeiras ... Esta discussão permite questionar qual o conteúdo cultural que está sendo neutralizado com a negação do sexo feminino nos discursos, lembrando sempre que as palavras que vão sendo introduzidas no cotidiano expressam novos significados para

os grupos e, conseqüentemente, novas configurações de realidade. (PADILHA et al, 1998, p.52)

Ainda no documento em análise, ao definir as áreas temáticas para o currículo, na área temática intitulada **Assistência de Enfermagem ao Homem no Ciclo Vital**, em todos as áreas de prestação de cuidados de enfermagem, encontramos os seguintes subitens:

- Enfermagem na Assistência ao Processo de Reprodução Humana;
- Enfermagem na Assistência à Saúde da Criança e do Adolescente;
- Enfermagem na Assistência à Saúde do Adulto;
- Enfermagem na Assistência à Saúde do Idoso.

Se houve uma ruptura em relação ao modelo materno-infantil, que nos anos 1970 foi norteador das políticas de saúde para a mulher, na medida em que separa a saúde da criança e do(a) adolescente, em relação à saúde da mulher, há um empobrecimento, uma vez que vai se restringir ao Processo da Reprodução Humana.

Vale salientar, mais uma vez, que os anos 1980 foram marcados por avanços na discussão acerca da saúde da mulher, desencadeada pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e, pelo visto, essa não impactou a proposta apresentada pela ABEn para um novo currículo. Além disso, a sexualidade e o corpo como parte integrante do cuidado de enfermagem, sequer são lembrados nos conteúdos mínimos propostos para os subitens dessa área temática. A ênfase permanece na instrumentalização técnica.

5.2 Permanência do silenciamento acerca da sexualidade no processo ensino-aprendizagem do cuidado, ao longo dos anos 1990 e início do século XXI

O silenciamento em torno da questão da sexualidade permanece presente em depoimentos de enfermeiras formadas nos anos 1990 e no início da primeira década do século XXI. Quando solicitadas a falar sobre a posição de suas escolas, em relação ao ensino do cuidado, na interface com a sexualidade e o corpo, duas enfermeiras graduadas em 2002 deslocam o eixo da responsabilidade da formação profissional institucionalizada para a postura pessoal, ora da estudante ora da professora como podemos ler a seguir:

Não, não, isso não. Eu acho que isso cada um procura lidar da forma de conceitos prévios. A faculdade não imbui, não fala assim a abordagem como deve ser feita. O próprio exame da mama! É difícil você levantar sua blusa e ir mostrando seu peito para uma pessoa que você nunca viu na vida! (muita ênfase) Então eu acho que isso aí é de tato de cada um. Não lembro disso ser abordado não (AFRODITE: 33, 2002).

Tem, como que fala isso. Há muita questão pessoal de alguns professores. Porque alguns têm essa preocupação com o outro, não é? Mas é uma coisa pessoal, não sei se seria do curso como um todo. Eu tive algumas professoras que tinham essa preocupação, mas não todos (IANSÂ: 38, 2002).

Se a situação só é enfrentada por meio de um posicionamento pessoal de umas ou outras professoras e estudantes, a tendência dos cursos de enfermagem parece ser mesmo a interdição da sexualidade, orientada pela construção das identidades de gênero, pelos antigos discursos da idealização da enfermeira como anjo assexuado, mesclando velhas fórmulas prontas como o uso de biombos, com novos discursos como a humanização do cuidado.

Mas na faculdade eu não lembro **deles** mandarem a gente ficar prestando muita atenção nisso não porque tinha essa questão meio que do anjo. Eu fazia muita piada com essa questão do anjo (AFRODITE: 33, 2002, grifo nosso).

Mas quando a gente ia começar o estágio no hospital foi falado do respeito à privacidade do paciente, como abordar. Ter o máximo de sensibilidade de não estar expondo além do necessário. Isso foi colocado durante o curso todo **pelos professores**. Não expor além do necessário, a questão dos comentários. Mesmo que você veja alguma coisa que te abale ali na hora não mostrar, não expressar ao paciente aquilo que te chocou. Encarar aquilo como normal para não causar constrangimento para o paciente. Isso sempre foi falado (MARIA: 38, 1995, grifo nosso).

Lembro, lembro em nível de fundamentos. Em fundamentos de enfermagem tinha muito a questão do auto cuidado e tinha a questão do cuidar do outro sim. O respeito, os biombos. A gente tinha muita aula de humanização na universidade de cuidado, de respeito (HERA: 34, 1997).

Considerando as representações e o simbolismo sobre corpo e sexualidade, ainda que sob orientação pessoal, as enfermeiras, nas falas, se preocupam porque têm valores que levam a adotar a postura da discrição na exposição do corpo, só o necessário ao procedimento e, com certeza, tal preocupação está correta. Entretanto, a orientação sobre o uso dos biombos, sobre a necessidade de discrição, as aulas de humanização sem um aprofundamento ético-filosófico, continuam escamoteando o lugar do corpo e da sexualidade, no processo de cuidado, tanto de quem cuida como de quem é cuidado. Exemplificando, o uso do biombo “protege” o(a)s

usuário(a)s do olhar de outras pessoas no entorno, mas a relação direta entre quem presta os cuidados e quem os recebe continua inalterada. O contexto do ensino de fundamentos de enfermagem que, muitas vezes, é desenvolvido em laboratórios, pode favorecer o pensamento crítico a respeito das implicações da interface cuidado sexualidade, nas práticas cotidianas da enfermagem? Provavelmente não. Imiracy N. S. Polak (1997, p.87), em sua tese de doutoramento **A corporeidade como resgate do humano na enfermagem** afirma:

A enfermagem como prática social, institucionalizada, possui os seus próprios valores, que impregnam o seu fazer e o seu saber; evidenciam todo o seu simbolismo e a percepção do poder da enfermeira no processo ritualístico. ... Atribui-se o poder de cura a esse cumprimento do ritual: o cliente tem seu corpo envolvido nessa ritualística de tal sorte que, durante o tempo de tratamento, o seu corpo não é seu, está entregue às mãos dos outros, que detêm o saber das práticas ritualísticas e que prometem a cura e o alívio dos desconfortos pelo cuidado.

Essa postura parece estar em consonância com a maneira como o processo ensino-aprendizagem tem sido conduzido em relação ao cuidado do **outro** como **ser** concreto. Conforme afirma Carvalho, (2005, p.135) “a formação dos profissionais de enfermagem até então tem sido muito instrumental, de modo que se prepara a enfermeira para falar e apresentar respostas prontas, do tipo manual de instrução”.

Hera, ao discorrer sobre o cuidado realizado fora do espaço hospitalar, foi categórica na afirmação de que sua faculdade a preparou para os aspectos relativos à interface sexualidade cuidados. Foi a única que se posicionou afirmativamente, embora seu discurso tenha se mostrado contraditório, inclusive porque a palavra sexualidade raramente foi mencionada. Além disso, apontou para uma formação voltada para o planejamento familiar, abordando métodos contraceptivos e não voltado ao corpo e exercício da sexualidade. Podemos perguntar o que é garantia de falar de todos os métodos? Ao dizer que “tiraria todas as dúvidas dos noivos” já não estaria preparando sob os princípios da Igreja, comprometendo uma prática profissional laica?

Preparou. Eu fiz parte durante três anos de um grupo de planejamento familiar extra-curricular. A gente trabalhava dentro da igreja católica e não sob a imposição dela porque a gente tinha um enfoque de trabalho garantindo que a gente falaria sobre todos os métodos, inclusive a gente tiraria todas as dúvidas dos noivos (HERA: 34,1997).

Observamos, pela análise do discurso das enfermeiras concluintes do curso, ao longo dos anos 1990 e início dos anos 2000, que a situação em relação ao processo ensino-

aprendizagem do cuidado em relação ao corpo e sexualidade, continuou praticamente inalterado em relação aos anos 1980. O que muda é a introdução de novos discursos, como o da humanização do cuidado que, colocado de maneira bastante genérica, continua a escamotear a concretude dos corpos de cuidadoras e seres humanos cuidados. Esse escamoteamento é bastante visível nos currículos que tem norteado o ensino da enfermagem até os nossos dias, como veremos a seguir.

5.3 Novos Currículos, velhas práticas: a sexualidade escamoteada na teoria e na prática

Importante, nesse momento, reportar-nos ao período em que Afrodite, Hera e Iansã se formaram: a década de noventa até o ano de 2002. Nesse período, ampliam-se as mudanças na enfermagem brasileira em duas frentes: o crescimento dos estudos de gênero e suas consequências na área de enfermagem e a criação do Programa de Saúde da Família/PSF, em cuja equipe a enfermeira tem papel central, o que permitiu uma expansão dos campos de inserção profissional, além do contato efetivo com a(o)s usuária(o)s, o que nem sempre foi possível, nas instituições hospitalares. O foco na atenção básica, como porta de entrada efetiva no sistema de saúde e a proposta de superação do modelo biomédico, valorizando-se o contexto em que as demandas de saúde são geradas e a singularidade dos sujeitos usuários da rede de atenção, apresenta-se como fundamental para um novo olhar sobre o papel das enfermeiras, no campo da saúde.

Embora o movimento feminista estivesse presente no processo de redemocratização do país, na década de 1980 e tenha contribuído para a criação de políticas públicas, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher/PAISM, espaço privilegiado de atuação das enfermeiras, parece não ter impactado o ensino, no campo da enfermagem.

O movimento pela efetivação dos direitos sexuais, como direitos humanos, estava em seu período de maior efervescência, com o debate posto internacionalmente. Entretanto, se por um lado, o processo ensino-aprendizagem apresentava mudanças com a expansão do **lócus** de atividades, oportunizado pela implementação das equipes de Saúde da Família e a incorporação de novos discursos como a humanização do cuidado, por outro lado, apresentou permanências na ocultação da sexualidade e inserção efetiva na realidade de atenção em saúde. Essa perspectiva fica clara no depoimento de Kuan Yin, formada em dezembro de

1997, mas que atua no PSF, convivendo, na prática profissional, com o discurso que avança em relação aos anos da sua formação:

A faculdade não preparou para essas situações da realidade. Os profissionais não estão preparados para isso. Por mais que as pessoas vejam, por mais que a gente vê, na televisão, na hora que chega para você a situação você fala assim: como fazer? **A sexualidade na enfermagem fica sempre parecendo um mito.** Eu acho assim que as pessoas não têm tipo assim, uma preparação: olha, você pode encontrar situação em que uma mulher está sendo abusada por um homem, o que você vai fazer? Você tem que estar preparada para estar ajudando essa mulher, porque ela vai te pedir uma ajuda porque você é a referência dela. Daí você fala: eu não sei o que fazer. Aí onde vai parar a confiança, o que você construiu, por exemplo, trabalhando na saúde da família? Se você está numa área há quase cinco anos se elas te pedirem ajuda e você falar que não sabe o que fazer elas vão dizer: então o que ela está fazendo aqui? Então eu acho que tem coisas que a gente não está preparada mesmo. **Planejamento familiar faz até hoje, mas só fala de camisinha e pílula. É muito complicado. Tem gente que tomava pílula escondido do marido. Deixava na casa da vizinha e ia todo dia lá tomar porque o marido não concordava. Para ele, mulher tinha que, como dizer, só procriar** (KUAN YIN:39,1997, grifo nosso).

Muitas questões importantes são levantadas nesse discurso que implicam novos olhares e abordagens na área de educação e formação de profissionais da saúde. A escola não formar, não preparar para a realidade, significa um distanciamento efetivo entre as instituições formadoras e as instituições prestadoras do cuidado em saúde, enfim, as escolas ficam presas a modelos tradicionais. Essa realidade da educação provocou, durante os anos finais do século XX e início do século XXI, fortes críticas aos modelos estáticos de formação profissional, o que implicou em discussões e propostas de mudanças, a partir do estabelecimento dos Projetos Político Pedagógicos/PPP de diversos cursos de Enfermagem no Brasil. Essas mudanças se deram a partir do estabelecimento das novas diretrizes curriculares para os Cursos de Graduação em Enfermagem como descrito no Parecer CNE/CES 1.133/2001:

As diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior. Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as diretrizes devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (p.2).

As transformações em curso e a nova inserção profissional no PSF desencadeiam questionamentos importantes acerca do papel da enfermeira inserida na comunidade, como fica explícito na frase “Se você está numa área há quase cinco anos, e elas te pedirem ajuda e você falar que não sabe o que fazer, elas vão dizer: então o que ela está fazendo aqui? Então eu acho que tem coisas que a gente não está preparada mesmo”. Esse despreparo implica na manutenção do modelo tradicional de atenção que, no âmbito da saúde da mulher, não aprofunda as questões mais agudas e de difícil solução, como a violência contra a mulher pelo abuso sexual, pela proibição de tomar pílulas, enfim, por um leque de situações de violência de gênero que interferem na qualidade da atenção à saúde.

Esse discurso é revelador da necessidade de que os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde/SUS, especialmente a integralidade, seja efetivamente uma premissa passível de implementação, na prática. No campo das necessidades relativas à reprodução e sexualidade da mulher, a busca da integralidade passa pelos questionamentos e explicações das desigualdades, a partir das assimetrias de gênero, classe, raça/etnia, em seus contextos de inserção social (MANDU, 2002). A partir desse recorte, a responsabilização profissional engajada na comunidade e a educação para a saúde com envolvimento popular podem significar mudanças substanciais na saúde e um **empoderamento** efetivo das mulheres, maiores frequentadoras dos serviços de saúde. Corroborando com esse pensamento, Ana Jaqueline Carneiro e Edméia Coelho (2010, p.1220) afirmam:

Assim, práticas orientadas pela integralidade qualificam o cuidado, representando perspectiva que possibilita a compreensão das necessidades dos sujeitos, bem como a adoção de atitudes que permitam aproximar as ações profissionais das soluções que as pessoas esperam encontrar para seus problemas de saúde. Para que o (a) profissional oriente suas práticas pelo princípio da integralidade, é preciso estar constantemente buscando ampliar sua visão de mundo e reconhecendo a multidimensionalidade dos sujeitos da atenção.

No bojo de todas essas transformações e fortes questionamentos, os Projetos político-pedagógicos (PPP) e a perspectiva de mudanças curriculares são a pauta de discussão, tanto nas antigas como nas novas escolas de enfermagem, em todo o Brasil. Voltando o olhar para os PPP e o ementário de disciplinas que norteiam a formação e o processo ensino-aprendizagem, o discurso de Kuan Yin de que “A sexualidade na enfermagem fica sempre parecendo um mito” é um reflexo do contexto que permeia tais documentos.

Embora bastante avançados em relação às políticas de formação de profissionais para o SUS, revelam escamoteamento no tocante ao cuidado, na interface com a sexualidade.

Corpo e sexualidade são palavras que não aparecem no ementário de disciplinas de fundamentos de enfermagem, assistência à saúde do adulto, à saúde dos adolescentes e enfermagem psiquiátrica dos cursos de enfermagem da UNIFAL, da UFMG e da UFJF. Essa análise foi realizada nos PPP formulados à luz das novas políticas de educação e saúde, desde o início dos anos 2000. Na atenção à saúde da mulher, o curso da UFJF traz a palavra sexualidade em conexão com as palavras gênero e saúde e na UNIFAL refere-se a “gênero como fator de abordagem” na disciplina Saúde da mulher. O PPP da Escola de Enfermagem da UFMG na Unidade 1- “Homem, sociedade e Saúde” apresenta a disciplina Saúde e Gênero. No entanto, essa disciplina não consta da grade curricular 2010-2 e não faz parte do rol de disciplinas optativas para a graduação nesse mesmo período. Salientamos a importância das disciplinas que discutem as relações de gênero porque – inclusive pela nossa própria vivência profissional – sabemos que tais disciplinas articulam as discussões sobre sexualidade e corpo na enfermagem.

A ausência das palavras corpo e sexualidade, na maioria absoluta dos ementários das disciplinas que ensinam o cuidado, materializa-se nos discursos das enfermeiras que, primeiramente, não verbalizam a palavra sexualidade sequer em resposta à pergunta da entrevistadora; segundo, pela manutenção da prioridade do olhar sobre as patologias em detrimento de uma visão mais ampla que contemple a complexidade e singularidade de seres humanos concretos que, em determinado momento da vida, desenvolveram uma patologia e, por isso, necessitam de cuidados que vão passar necessariamente pelos seus corpos. Podemos constatar tal situação no discurso que lemos a seguir:

Elas orientavam muito a gente isso. Falavam assim que a gente tinha que tomar cuidado **podíamos encontrar pessoas de várias patologias e de vários manejos**. Por exemplo, elas falavam assim na questão da ortopedia: a gente ia encontrar homens jovens, rapazes que estariam internados há trinta dias sem um (faz uma pausa longa), sem uma atividade sexual mesmo. **Então poderia ter o problema de uma ereção ao ser tocado em um banho, ou até na administração de uma medicação. Então era pra gente tentar ser o mais profissional possível e conseguir não ter um choque muito grande nesses momentos**. Elas falavam assim: respira fundo, engole seco e aja como às vezes... até com uma certa severidade mas com civilidade, fale, olha eu estou aqui trabalhando, me respeite porque eu estou aqui para cuidar da sua saúde. Então essas orientações todas eram passadas (KUAN YIN: 39, 1997, grifo nosso).

A sexualidade não dita, que pode manifestar-se como ereção em consequência do toque durante o banho ou qualquer outro procedimento, representa um perigo, em se tratando de homens jovens, privados de uma relação sexual. A saída é respirar fundo, ignorar o fato e

agir como profissional, exercendo autoridade firme pelo bem da saúde do **outro**. Quando ela diz que a orientação é para ser o mais profissional, parece estar criando uma nova linguagem para substituir as enfermeiras “anjos assexuados”, que sequer percebem as manifestações corporais que indicam a perspectiva do sexo e da sexualidade que se apresenta pela ereção do pênis. Essa situação se desenha com contornos fortes na fala que se segue:

E já houve também na graduação, tinha um paciente, ele era jovem, e ele foi nadar em um rio e acabou tendo fratura cervical e ficou tetraplégico. E nós fomos também cuidar dele, na época estavam os pais. E quando a gente estava fazendo a higiene dele a gente percebeu que eles não estavam tendo o cuidado de fazer a limpeza do pênis então estava muito, com muito acúmulo de sujeira. **E aí a gente foi fazer a limpeza e quando foi ver ele começou a ter uma reação. Mas eu não percebi. Porque éramos mulheres, jovens igual a ele, e ele numa situação que, por isso a gente procura ter essa preocupação mesmo.** Mas, por isso que eu falo porque dependendo da situação a enfermagem não tem sexo. Porque se a pessoa tivesse pensado que teria ele ia ficar sem o banho, não ia ter um cuidador para ele naquele momento (IANSÃ: 38, 2002, grifo nosso).

Essa situação agrava-se, na medida em que as reações manifestadas pelo corpo do **outro** são banalizadas, a ponto de se dizer que, **não foi nada**, porque qualquer manifestação da sexualidade deve ser desconsiderada ou ignorada se é normal, se não foi por um motivo **sujo**, conforme as palavras de Gaia, ao se referir a uma situação da realidade, “Que não foi nada de sacanagem não, sabe, não foi sacaneando não” (GAIA). E a presença do supervisor vai resolver, podemos pensar, do mesmo modo como resolveria uma falha mecânica de um aparelho de pressão, ou o não funcionamento de uma cama que não sobe a cabeceira no momento de dar alimentação.

Só me lembro de uma vez um rapaz que assim (fala mais baixo) teve uma ereção sabe? Aí a gente chamou o supervisor... Mas assim não foi nada também entendeu... Que não foi nada de sacanagem não, sabe, não foi sacaneando não. Eu me lembro que ele ficou muito envergonhado e tal. Aí a gente chamou o supervisor porque no dia tinha um supervisor que era homem. Mas não era estágio curricular não, já estava trabalhando como acadêmica. Aí a gente chamou e ele acabou de passar a sonda sem problema. Mas assim para mim isso nunca foi problema, nunca me incomodou. Acho que era assim muito natural. Ninguém nunca teve muito essa preocupação (GAIA; 53, 1987, grifo nosso).

Esse discurso reitera o despreparo das enfermeiras para lidar com a sexualidade e o corpo. É encarada como um **problema** passível da intervenção de um superior hierárquico que, naquele momento, era um homem. E se não fosse, qual seria a saída? O constrangimento

e a vergonha que ele manifestou não significam problema, porque o corpo real sexualizado do **outro** não causa nenhum incomodo para a enfermeira. Podemos, mais uma vez, retomar a pesquisa de doutorado de Carvalho (2005) que discute os cuidados ao corpo nu e, com relação à exposição do corpo e manutenção da privacidade afirma, a partir dos depoimentos dos doentes por ela entrevistados que:

Está incluído no papel da enfermagem o auxílio dado ao doente, não só para proteger sua privacidade, mas também para lidar com a perda dela, que, na situação de internamento, é inevitável, mas que não deixa de poder ser minimizada. Mas, neste caso, os depoimentos explicitam a idéia de que a nudez e o pudor dos pacientes são considerados como menores, na medida em que nem mesmo as informações sobre a necessidade da rotina lhes foram repassadas e, quando o foram, segundo eles, não foi suficiente para fazê-los sentir-se seguros e reduzir-lhes o sofrimento emocional (CARVALHO, 2005, p. 135).

É possível pensar também que essa postura da enfermeira de não se importar em desenvolver uma técnica em um corpo masculino faz parte de anos e anos de uma formação voltada para a neutralização dos corpos erotizados das enfermeiras e uma vitória da técnica porque, conforme afirma Sobral (1995, p. 99):

Sem dúvida, é o caminho da massificação da técnica que não só robotiza a enfermeira e reifica o sujeito do cuidado como também é o caminho decisivo que instrui a denegação da sexualidade. A sensibilidade pertinente ao toque parece que se perde na coreografia da técnica, passando a ser apenas mais um passo nessa arte de cuidar. O toque deve ser repetitivo, frio, impessoal e asséptico.

Podemos dizer que trazer o discurso da sexualidade para dentro da enfermagem é desconstruir toda a organização alcançada durante o processo de profissionalização. É subverter a ordem, na medida em que desestabiliza a impessoalidade no desenvolvimento das técnicas, instrumento foucaultiano para a docilização dos corpos (LOYOLA, 1984). Talvez seja nessa perspectiva o argumento de Carvalho (2005) ao afirmar que, muitas vezes, a pouca importância dada por uma enfermeira a uma ereção peniana seja o fato de negar o seu próprio corpo e, conseqüentemente, seu toque como desencadeador do erotismo no corpo do **outro**. Desvelar tais situações coloca em cheque o poder que a enfermeira detém sobre o(a) usuário (a) e toda uma organização profissional, dentro do espaço hospitalar, que distancia e evidencia as assimetrias de poder entre ambos, detendo ela o poder de ter a última palavra do que considere melhor para ele(a).

Nesse ponto, talvez possamos ver com outras lentes, como o dispositivo da sexualidade, presente nos mecanismos de poder que norteiam a enfermagem profissional moderna, nascida no século XIX, na Inglaterra Vitoriana, cria arranjos sustentadores do poder institucional, dentro dos hospitais. Se, a partir do século XVIII, a sexualidade torna-se ponto de referência fundamental para a produção da verdade e da subjetivação dos indivíduos, a ela se agregou as mais diversas estratégias de consolidação do dispositivo. Uma dessas estratégias, a neutralização do corpo histericizado da mulher, passa então pela subjetivação por meio da sexualidade, que faz desaparecer do corpo feminino a sexualidade **perigosa** que deve ser canalizada para o desvelo do amor materno. Baseada nas construções identitárias de gênero, essa incorporação é engendrada durante a infância no seio da família, a qual espera que ela seja uma boa mulher e uma boa mãe, e isso lhe proporciona atributos inquestionáveis para exercer o cuidado.

Então, essa subjetivação pela sexualidade que passou por um condicionamento de maneiras esperadas de ser menina e mulher no seio da família, é reforçada pelo silenciamento em torno das questões do corpo e do sexo, pelo modo de vestir, pelos adereços que deve ou não usar, pela organização, pela ordem que ela é capaz de manter por onde passa. Esse é um longo trabalho que transforma e classifica os indivíduos em categorias e os fixa em identidades, aqui, marcadamente uma identidade feminina desejável que, ora se submete ao forte poder hierárquico hospitalar, performaticamente masculino, marcado pela figura do médico, ora exerce o poder sobre o corpo do outro, a partir da negação do seu próprio corpo, lugar maior da expressão da sexualidade.

Embora realizados em momentos históricos distintos, essa pesquisa revelou permanências na formação de enfermeiras, como no estudo de Sobral (1995, p. 101) que afirmou: “no comportamento da enfermeira não cabe a discussão da sexualidade tanto em relação a ela, quanto em relação ao sujeito do cuidado. É a velha frase ‘enfermeira não tem sexo’ instruindo o comportamento da personagem e, provavelmente, angustiado a vida da mulher”.

Poderíamos dizer que a enfermeira é o “sujeito sujeitado” do projeto de modernidade no qual “ele é reflexo contínuo entre devir e ser, ou seja, a procura da adaptação (sujeição)” (MAGER, 2000, p. 231). Filha de um projeto profissional fruto da modernidade, fixa-se em uma construção identitária que a coloca em uma encruzilhada entre o sagrado e o profano, entre o que se cala, mas está permanentemente presente em sua prática: o corpo real, que ela possui, em contato com o corpo do **outro**, objeto de suas ações. Talvez esse imaginário dubio que permeia a profissão, reiterado continuamente pelo esforço na construção de uma

identidade profissional fixa a qual interdita a sexualidade, ainda hoje está presente no que Afrodite nos disse durante a entrevista sobre uma imagem clássica de uma enfermeira com o dedo sobre os lábios:

Mas na faculdade eram umas coisas soltas, existia uma deturpação, daquele dedinho da enfermeira. Tinha um professor que falava que aquele desenhinho daquela enfermeira com aquele dedinho na boca... E ele falava assim que na verdade aquilo ali era colocado, ela era o símbolo mesmo da proibição... (busca as palavras) Como se aquele pequeno dedo fosse... Aí ele ainda falava assim: em vez do dedo estar aqui, tinha que ser assim (rindo bastante ela faz o gestual do dedo sobre os lábios numa postura de pedir silêncio e o dedo dentro da boca numa alusão a uma postura de sensualidade) **Ela só não faz cara de sexy porque não quer** (AFRODITE: 33, 2002, grifo nosso).

Analisarmos pelo simbolismo do dedo como proibição, a enfermeira como disciplinada e disciplinadora, responsável pela manutenção da ordem institucional não nos afasta do dispositivo da sexualidade. Isso porque ele cria mecanismos de controle que se transmuta em um comportamento padrão de submissão às normas e uma acriticidade sobre o seu próprio fazer que deságua, acoplado às desigualdades de classe e raça/etnia, numa invisibilidade e desvalorização social, reiterada em praticamente todos os discursos analisados.

Acreditamos que, reduzir esse gesto simbólico do dedo dentro da boca em alusão à sexualidade e que **ela só não faz cara de sexy porque não quer**, às representações masculinas sobre a mulher/enfermeira, sempre conduzidas pela sexualidade, é a saída mais fácil para não enfrentarmos o real acerca da sexualidade e do toque como desencadeador do erótico, no encontro cuidativo entre dois corpos humanos, quer sejam eles de sexo diferente ou do mesmo sexo. A enfermagem do século XXI precisa enfrentar esse desafio de tornar a sexualidade e o corpo componentes essenciais no desenvolvimento do cuidado holístico e humanizado, em lugar da assistência, palco onde se deu, e ainda se dá, o desenrolar frio e impessoal da técnica.

6 CUIDADO, SEXUALIDADE E CORPO NA PRÁTICA PROFISSIONAL DAS ENFERMEIRAS: INTERDIÇÃO E DESAFIOS À SUPERAÇÃO

Foi possível constatar, nos dois capítulos anteriores, que a subjetivação pela sexualidade, aliada à construção das identidades de gênero das estudantes de enfermagem, adéqua-se às concepções que a enfermagem profissional veio construindo ao longo do tempo. Tais concepções sobre mulheres, e sexualidade e os valores morais incorporados a elas, abre espaço para que o processo ensino-aprendizagem, especialmente voltado para lidar com o corpo e a sexualidade, apareça sob a égide da interdição, que ainda está presente em pleno início do século XXI.

As enfermeiras entrevistadas direcionaram seus relatos para o cuidado no campo hospitalar, referindo-se a homens e a mulheres, ora como seres que recebiam os cuidados, ora como cuidadore(a)s e, em seguida, para a prática específica com mulheres, em nível de atenção básica. Assim, operacionalizamos a organização dos temas por convergência, em duas subcategorias, sendo que a primeira subcategoria, por suas especificidades temáticas, foi subdividida:

- As Enfermeiras e o lugar do corpo e da sexualidade para o cuidado nos espaços hospitalares;
- Novas demandas sobre sexualidade e corpo no cuidado à saúde da mulher na atenção básica: permanências e superações.

6.1 As Enfermeiras e o lugar do corpo e da sexualidade para o cuidado nos espaços hospitalares

As instituições hospitalares, em suas diversas modalidades, são lócus de atuação das enfermeiras. O contato com o sujeito, cuidado visto sob as especificidades do seu corpo e da sexualidade, causa grande impacto, uma vez que tal abordagem não se constituiu como fundamental, durante o processo de formação e ensino-aprendizagem do cuidado nas Escolas de Enfermagem. No caso específico dessa pesquisa, constituiu-se lugar privilegiado, a experiência das entrevistadas na área de saúde mental, especialmente as vivências no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena/CHPB.

Além dessa especificidade, os discursos acerca da interface cuidado e sexualidade, abordados pelas enfermeiras em suas experiências profissionais, vão do cuidado direto, realizado em unidades de alta complexidade como as Unidades de Terapia Intensiva/UTI, passando por unidades ambulatoriais de atendimento exclusivo de portadores do HIV/AIDS, às experiências em cargos de gerência.

Ao falar sobre suas experiências no campo do cuidado direto com o corpo, o que consequentemente remete à sexualidade, as enfermeiras demonstraram muita dificuldade no uso da palavra sexualidade e, na maior parte das vezes, deslocaram a condução da narrativa para um aspecto mais geral da profissão: a questão do quantitativo, em que o número de enfermeiros, utilizando aqui a nomenclatura no masculino, para indicar especificamente os homens na profissão, continua baixo para dar conta da demanda de cuidado desenvolvido no âmbito hospitalar.

Na prática, quando essas enfermeiras chegam ao mercado de trabalho, esbarram nas fortes dificuldades em abordar a sexualidade, dimensão essencial da vida humana, a ser valorizada, tanto no âmbito da saúde coletiva quanto do cuidado hospitalar. Ao se deparar com o tema sexualidade, houve um direcionamento do foco para a presença dos homens na profissão e as dificuldades geradas no âmbito dos cuidados do corpo e da sexualidade.

Assim, a presença dos homens na enfermagem é um tema recorrente em vários discursos, quando se trata do cuidado direto com o corpo de homens e mulheres nos hospitais. Existe uma preocupação com o constrangimento causado aos pacientes, quando os cuidados de enfermagem, especialmente os ligados a um contato direto com a intimidade como o banho de leito, por exemplo, são realizados por mulheres em pacientes do sexo masculino e vice-versa. Entretanto, essa preocupação é mais evidente quando se trata de homens cuidando de mulheres porque, como podemos ler a seguir, há uma posição de que homens aceitam melhor serem cuidados por mulheres que o contrário.

Porque é engraçado que a enfermagem é altamente feminina ainda. O homem olha para o pessoal da enfermagem, para a enfermeira, o cliente, o paciente homem, olha com mais tranquilidade. A mulher quando olha para o enfermeiro não vê ele com tranquilidade mas aceita o obstetra, o homem, o médico obstetra, não é (PERSÉFONE: 56, 1979).

As mulheres só aceitaram os homens na cena do parto mediante o apelo do discurso do conhecimento científico-médico ser maior que o das parteiras, além da transformação do parto em patologia passível de intervenção médica, que se intensificou a partir do século XIX (COSTA, 2002).

Quanto aos pacientes homens olharem com mais tranquilidade para o fato de serem cuidados por mulheres está nas origens da enfermagem como profissão do cuidado. A profissionalização trouxe para o espaço público o cuidado como prática feminina do lar, em que são as mulheres as responsáveis pelo cuidado, do nascimento à morte. O papel de mãe acaba sendo resgatado como neutralizador de um possível constrangimento, em relação ao cuidado como afirma Maria:

Então eles ficam constrangidos num primeiro momento, mas acabam acostumando com a idéia. Porque mulher é cuidadora, é mãe, já está acostumada com aquilo (MARIA, 38,1995).

Além disso, no espaço público, a profissão foi, desde o início, submetida ao forte esquema de neutralização dos corpos e interdição da sexualidade. A moral cristã, que abriu espaço inclusive para a crença na enfermeira como anjo assexuado, também contribuiu enormemente para a negação do corpo erótico da enfermeira, que precisa ficar invisível aos olhos dos pacientes homens (CARVALHO, 2005; FIGUEIREDO; CARVALHO, 1972; SOBRAL, 1995).

A esse respeito, Sobral (1995) afirma que a impessoalidade na realização da técnica era imprescindível na formação das enfermeiras brasileiras, no período em que ainda havia o internato para as futuras profissionais. A perspectiva era desconstruir a ideia do corpo sexuado das estudantes que, como jovens solteiras, não mantinham um contato com os corpos masculinos. Ela afirma que:

Ensinadas em bonecas, as técnicas de enfermagem deveriam ser executadas, na prática, apenas em mulheres. Para os homens havia o cuidado dos atendentes homens, ou, então, de mulheres de comportamento esquisito, grandalhonas, feias e sem formação específica (talvez porque essas não entrassem na categoria da sexualidade heterossexual). A exceção a essa regra recaía nos homens em estado de inconsciência, isto é, aqueles que não poderiam ter qualquer tipo de reação diante do toque feminino e que também não deveriam despertar o desejo domesticado da enfermeira (SOBRAL, 1995, p.100).

Essa perspectiva foi a realidade para o ensino de enfermagem desenvolvido até o final dos anos 1970 porque, em função do baixo número de escolas de graduação, praticamente todas as enfermeiras, ao ingressarem no mercado de trabalho, desenvolviam atividades gerenciais e não o cuidado direto. Assim, as escolas tinham um discurso de que as estudantes de enfermagem deveriam saber desenvolver muito bem as técnicas para ensinar aos outros membros da equipe de enfermagem que seriam responsáveis pelo cuidado direto.

No entanto, a Lei 7.498/86, que regula o exercício da enfermagem no Brasil, extinguiu a categoria dos atendentes de enfermagem, e as demandas, especialmente dos centros de alta complexidade, exigem cada vez mais a presença da(o)s enfermeira(o)s no cuidado direto prestado à clientela. Os impasses se apresentam quando as enfermeiras se encontram frente a frente com a realidade concreta do mundo do trabalho.

Só que hoje como eu trabalho numa UTI eu vejo o quanto isso constrange, e eu tenho pouquíssimos plantonistas do sexo masculino, mas quando eu tenho condições de deixar uma mulher dar banho em outra mulher, e um homem dar banho em outro homem eu vejo o quanto isso é confortável, é lógico que principalmente para o lúcido. Porque a pessoa se sente constrangida! A gente percebe esse constrangimento no olhar, isso quando eles não se manifestam na fala mesmo. O olhar, a pessoa não consegue te encarar, não é? O paciente que está sedado faz diferença? Faz, principalmente para quem está assistindo (AFRODITE: 33, 2002).

Esse discurso aponta na direção da humanização efetiva do cuidado, na medida em que você enxerga o **outro** como ser humano integral. É a constatação de que existe sim um constrangimento tanto da parte de quem é cuidado como de quem cuida. A histórica interdição da sexualidade, marcada pelos discursos que identificam as enfermeiras como ““anjos assexuados”” ou pelo uso dos uniformes ou roupas que façam desaparecer as marcas do corpo sexuado, é quebrada pela realidade em que se dão as práticas do cuidado com o corpo, e precisam ser questionadas em nome da dignidade dos seres humanos, homens e mulheres.

Nessa perspectiva, estudos têm questionado uma prática comum em Unidades de Terapia Intensiva /UTI que, em nome da facilidade de acesso a procedimentos de urgência, deixam a(o)s pacientes nus (PUPULIM; SAWADA, 2002; SILVEIRA, 1997). Essa prática aponta para um “profissionalismo” assexuado que é desumano, em relação aos pacientes, mas se enquadra em um modelo assistencial de alta competência técnica e pouca ou nenhuma preocupação com a intimidade dos seres cuidados. Os procedimentos de alta complexidade, a necessidade de eficiência técnica para salvar vidas parece transformar em objeto as pessoas ali internadas. O depoimento que se segue aponta nessa direção:

Numa terapia intensiva não tem isso de homem cuidar de homem e mulher cuidar de mulher. E no CTI tem muito homem! A maioria às vezes até é homem (MARIA: 38, 1995).

Se grande parte dos cuidadores em UTI são homens, como ficam as pacientes do sexo feminino, em relação a ser cuidadas por homens? Como já abordamos anteriormente, existe uma resistência histórica das mulheres em relação a serem cuidadas por profissionais não médicos do sexo masculino. As mulheres preferem ser cuidadas por mulheres, quando o que está em jogo é a própria sexualidade e a intimidade. O discurso que segue, traz essa perspectiva e o paradoxo da transformação do sujeito do cuidado em objeto des-singularizado quando está sedado em uma UTI:

E aí a gente se põe na posição seguinte: se eu mulher enquanto lúcida eu gostaria de que um homem me desse auxílio nas minhas necessidades básicas como banho, principalmente banho? Eu não gostaria. Então eu acho que de certa forma isso fica muito, é muito forte na relação. Eu que tive a experiência de trabalhar no CTI é diferente. Mas passa a ser diferente no sentido daquele paciente que está ali sedado e não tem essa noção porque quando ele começa a ter também há uma preocupação da gente colocar pessoas do mesmo sexo pra estar auxiliando a eles nessa questão da higienização. Então há essa preocupação (IANSÃ: 38, 2002).

No entanto, emerge um complicador quando se volta o olhar para a realidade da profissão que ainda hoje é majoritariamente feminina: como lidar com o quantitativo para que possa haver um equilíbrio? Quando isso acontece, o discurso volta-se para a ideia tradicional de que as mulheres têm os melhores atributos como cuidadoras e de que a profissão não tem sexo:

Porque quando a gente esbarra na questão de quantitativo de profissional aí a profissão passa a não ter sexo. Mas na medida em que a gente se coloca do outro lado a gente vê o quanto é importante está sendo olhado por uma pessoa que a gente sabe que tem o mesmo olhar, sabe, desse jeito, porque na verdade é assim, a gente que é mulher sabe que é mais fácil, só de um olhar já expressa muita coisa. Homem já não é assim, não é essa compreensão que a mulher tem que é muito mais abrangente (IANSÃ: 38 ,2002, grifo nosso.)

Podemos dizer que essa ideia da “enfermagem não ter sexo” se adéqua muito bem às concepções incorporadas pelas enfermeiras, ao longo de todo o processo de subjetivação pela sexualidade, justificada por uma necessidade da profissão, quando o número de profissionais do sexo masculino é insuficiente. Na realidade, existe um ir e vir que o tempo todo aponta, ora para as rupturas, ora para as permanências, essa dialética da vida e dos sujeitos que é movimento e transformação. Essa perspectiva fica muito nítida no discurso que se segue:

Eu penso até hoje que o **enfermeiro** não tem um corpo não, dentro do cuidado de si. Porque **ele é um sujeito** muito atarefado, um sujeito muito fazedor. Eu não sei se tem **enfermeiro** assim que lida com a sexualidade de si mesmo, da coisa prazerosa, do gozo: **do gozo de ser mulher**, do gozo de gozar, eu não sei se tem enfermeiro que cuida disso (HÉCATE: 54, 1982, grifo nosso).

O peso da palavra sexualidade e o que a acompanha é reforçado na demonstração de dúvida acerca da capacidade ‘do enfermeiro’ em lidar com a sexualidade de si mesmo. A enfermeira revela valores que permanecem nela até hoje e oscila entre suas interdições e a necessidade de abrir-se para as demandas possíveis do cuidado. Fala no masculino por força da tradição, mas é a respeito dela, da mulher, da enfermeira no feminino que ela anseia falar.

E ainda Hécate continua nos colocando questões importantes acerca do cuidado, da sexualidade e do masculino na profissão:

Porque o cuidado que se preocupa é o cuidado da higiene, não é o cuidado do corpo é da higiene. Você está limpinho, você está arrumadinho, está organizado. Não é do corpo em si. Eu falo de corpo eu falo de corpo de gozo, sabe assim de ter o prazer de ser mulher. **E agora na enfermagem está entrando muito o masculino e eu acho que vai mudar a posição.** A enfermagem vai ser mais organicista, com mais direitos entendeu, entrando o masculino. Porque eu acho que a mulher não se preocupa muito com direitos em parte política em si, e de ganhos, parte de dinheiro, financeiro mesmo. Eles vão preocupar com isso apesar de que os homens que estão entrando para a enfermagem são também muito femininos não é, são assim (HÉCATE: 54, 1982, grifo nosso).

Em seu discurso, Hécate faz um deslocamento do cuidado visto apenas como higiene do corpo para o cuidado do corpo, lugar do erótico, do prazeroso, corpo esse esquecido, no ensino de enfermagem. Fala da presença dos homens na enfermagem: faz afirmações tradicionais de que a chegada dos homens pode mudar a profissão, do ponto de vista político e de reconhecimento, mas ao mesmo tempo desconstrói o modelo tradicional de **masculinidade**. Aponta novas possibilidades identitárias para os homens que podem sim, desenvolver plenamente os cuidados que até então eram considerados femininos, mas com reservas. E por força, vê no homem uma forma de feminino. Percebemos que ela sequer consegue se expressar bem ao tentar colocar e justificar tal postura.

Não quero falar gay, porque eu acho que tem homem masculino, masculino que o homem é macho, macho mesmo e tem homem que tem uma alma mais feminina: ele é tolerante, mais maleável, ele vê as coisas. E eu acho que é esse tipo de homem que está entrando na enfermagem, não está entrando o homem bruto. Porque eu acho que o homem é assim muito

racional, muito concreto e está entrando o homem mais maleável, mais para o lado feminino mesmo. Não é o lado feminino de ser homossexual não, é lado feminino mesmo (HÉCATE: 54, 1982).

Entretanto, no seu discurso, não podemos nos distanciar da realidade social, cuja ideologia ainda está reforçada pela ideia de que o cuidado é feminino. Tronto (1988), afirma que o cuidado é uma atividade regida pelo gênero e que o cuidar do **outro** como atributo feminino desencadeia aspectos sobre a moralidade do cuidado, que implica posturas de manutenção de uma feminilidade que determina inclusive padrões de conduta para as mulheres cuidadoras.

Essa perspectiva moral vai influenciar o cuidado como prática social no espaço público, dificultando a inserção da execução desse cuidado como prestação de serviço, passível de um valor econômico, num mundo capitalista (TRONTO, 1988). Assim, se o cuidado está intrinsecamente atrelado às qualidades femininas, é considerado de menor valor social e, conseqüentemente, a remuneração é mais baixa.

Sandra Harding (2004), ao analisar o trabalho desenvolvido por Dorothy Smith, diz que ela aponta o trabalho feminino como estando sempre em torno do cuidado, tanto dos corpos das pessoas, quanto da organização do ambiente, tanto em casa, como nos locais de trabalho, onde os homens desenvolvem suas atividades, geralmente mais ligadas aos aspectos intelectuais. Ela afirma que o trabalho feminino está sempre marcado por atividades que os homens não desejam fazer.

Na enfermagem, observamos que os homens enfermeiros procuram sempre atividades mais ligadas às tecnologias mais complexas na área de saúde, áreas de gestão e as que demandam um envolvimento político mais efetivo. Eles afirmam inclusive que os cuidados mais diretos, especialmente com as crianças, são mais próprios para as enfermeiras. Em pesquisa com enfermeiros, realizada em Montes Claros, os resultados apontaram que, apesar de afirmarem que o cuidado não é atividade exclusivamente feminina, têm uma consciência de gênero mantenedora da divisão sexual do trabalho, dentro da própria profissão, quando afirmam que determinadas áreas e/ou horários de trabalho são mais adequados às mulheres em função de suas atividades domésticas, com os filhos, enfim, os afazeres femininos, na esfera privada. Além disso, têm preferência por setores de emergência e urgência, ambulatórios, Centros e/ou Unidades de Terapia, onde as tecnologias de ponta, de certa maneira, afastam-nos das relações mais próximas de cuidado do(a) outro(a) (PARRELA; COSTA, 2007).

Nesse sentido, Vera Walrow (1999, p. 65) faz considerações pertinentes ao dizer que:

Seja como atividade **inata, natural**, seja como **generosidade** ou **caridade**, o cuidar é uma atividade de ajuda, portanto não poderia ser remunerada. Dessa forma, a história e a cultura assim como os valores transmitidos favorecem a desvalorização econômica e o reconhecimento das práticas de cuidado desenvolvidas pelas mulheres. O questionamento em relação à enfermagem decorreria da desvalorização, por ser uma atividade exercida predominantemente por mulheres, ou da associação com o cuidar que seria desvalorizado e assim assumido pelas mulheres, uma vez que o componente masculino lhes permitiu o acesso?

Se os homens que estão chegando à enfermagem têm um perfil que Hécate chama de **alma feminina**, não defendendo aqui que existe uma essência feminina, mas atribuições e formas de ser no mundo mais associadas às mulheres, com certeza já podemos considerar como um reflexo das mudanças causadas pelo próprio movimento feminista, no âmbito mais amplo da sociedade. A discussão acerca dos papéis sexuais ou das diferenças de gênero, construídas culturalmente, proporcionada pelo feminismo, provocou mudanças, especialmente nas formas de participação masculina nos afazeres domésticos, considerados femininos e também em escolhas profissionais, tanto no ingresso das mulheres em profissões consideradas masculinas como os homens em profissões historicamente femininas, como a enfermagem. Apesar disso, a fala de Hécate revela uma visão tradicional, em relação às constituições de masculinidades e feminilidades.

Margaret Mead (2001, p. 74), nos anos trinta, antes mesmo de existir a discussão das relações desiguais de gênero, já apontava que a valorização de atividades específicas estava diretamente ligada ao sexo de quem as executava, como podemos ler a seguir:

Em todas as sociedades conhecidas pode-se reconhecer a necessidade do homem em se realizar. Ele pode cozinhar, tecer, vestir bonecas ou caçar colibris, mas se tais atividades são ocupações apropriadas ao homem, então toda sociedade as considera importantes. Por outro lado, quando estas mesmas ocupações são exercidas por mulheres são consideradas menos importantes.

Historicamente, a presença dos homens na enfermagem sempre teve uma conotação pejorativa e preconceituosa, cujos sentidos orientam-se para a homossexualidade: uma nova visão pode desconstruir o preconceito e, seguramente, defender que o cuidado é a expressão de todas as pessoas sensibilizadas com a dignidade humana, independente do seu sexo e orientação sexual. Se o perfil dos homens dessa **nova enfermagem** desconstrói modelos tradicionais de masculinidades, podemos pressupor que uma mudança social mais ampla está em curso e tal mudança pode determinar olhares e interpretações menos sexistas sobre as mais

diversas atividades humanas. Quem sabe um prenúncio na enfermagem do que Pepeu Gomes já canta há algumas décadas: “ser um homem feminino, não fere o meu lado masculino, porque Deus é menino e menina, sou masculino e feminino”.

6.1.1 A sexualidade do outro desafiando cuidadoras(e)s e as demandas da saúde mental frente à dureza do hospício

A prática profissional da maioria das enfermeiras entrevistadas tem marcada influência da experiência vivida por elas na maior instituição psiquiátrica de Barbacena: o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena/CHPB. Dessa maneira, as demandas de saúde mental constituíram um aspecto, valorizado pelas entrevistadas, no espaço do cuidado, com ênfase no cuidado de pacientes psiquiátricos hospitalizados. Esse fato nos faz apresentar um breve resgate histórico dessa instituição de saúde.

Criado em 1903, o Hospício de Barbacena, como inicialmente foi designado, foi, na verdade, o primeiro hospital psiquiátrico de Minas Gerais. Segundo estudos históricos, a instalação do primeiro hospital de alienados do Estado de Minas Gerais em Barbacena foi, de certa maneira, um “prêmio de consolação” porque, indicada como uma possível cidade para ser a nova capital, teve o seu nome preterido por não possuir recursos hídricos satisfatórios (PEREIRA, 2009).

Começou a funcionar nas instalações de um Sanatório particular para o tratamento da tuberculose, fechado em função da falência da instituição. Tal Sanatório foi construído nas terras da **Fazenda da Caveira** que, segundo registros históricos, pertenceu a Joaquim Silvério dos Reis, conhecido na História do Brasil como o traidor da Inconfidência Mineira. Seu primeiro diretor foi o Dr. Joaquim Antônio Dutra.

Com capacidade inicial de duzentos leitos, o Hospício de Barbacena que posteriormente passou a ser chamado de Hospital Colônia, manteve durante as três primeiras décadas de funcionamento um bom atendimento, dentro das limitações terapêuticas da época. Nessa época, o hospital possuía oficinas de olaria e carpintaria, além de um centro hortigranjeiro.

A fama do Hospital Colônia de Barbacena correu o Brasil: aos poucos, em virtude do grande número de pessoas, de todas as regiões, encaminhadas para tratamento ou isolamento de doentes mentais e todo tipo de marginalizados que a família ou a sociedade não queriam assumir, tornou-se um depósito de doentes, sob condições desumanas de atendimento.

As más condições de alimentação, higiene, vestuário e o frio intenso das madrugadas geladas da cidade, elevaram as taxas de mortalidade e o hospital passou a ser o maior **fornecedor** de cadáveres de **indigentes** para escolas médicas de todo o país. O título de **Cidade dos loucos** cola-se como estigma indesejável e triste. Nos anos 1970,

O hospital passa a ser chamado de Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, uma Unidade da antiga Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica – FEAP, a qual começa a pertencer a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, fundada pela Lei Estadual 7.088 de 03/10/77, resultado da união de 03 (três) Fundações Estaduais de Assistência à Saúde, entre elas a FEAP. (PEREIRA, 2009, p.5)

Em 1979, o psiquiatra italiano Franco Baságlio visitou o Hospício de Barbacena e, estarrecido com o que viu comparou-o com “um campo de concentração nazista”. Os bons ventos da crítica ao modelo manicomial e da inversão do modelo para o tratamento da saúde mental começava a tomar forma e força. “Ainda em 1979, o jornalista Hiram Firmino começou a publicar no jornal Estado de Minas uma série de reportagens intitulada ‘Os Porões da Loucura’; e o cineasta Helvécio Ratton lançou ‘Em Nome da Razão’, um curta-metragem demonstrando a vida dentro do hospício” (PEREIRA, 2009, p 4)

As denúncias impactaram profundamente a opinião pública. As políticas públicas para o tratamento dos doentes mentais começam a mudar, com a contratação de diversos profissionais de saúde. Um amplo trabalho em prol da humanização do cuidado foi desenvolvido na instituição que passou a se chamar Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena/CHPB.

Nos anos 1990, foi criado o Museu da Loucura que visa, além da preservação da memória do hospício, sensibilizar as pessoas para que a desumanização não volte a acontecer, resgatando a dignidade dos portadores de doenças mentais, junto à sociedade e à família.

O CHPB de hoje atende aos pacientes asilares que permaneceram hospitalizados por falta de condições de reintegração social, chamados “pacientes crônicos”; hospital dia, para usuários de drogas e álcool; hospital geral de urgência, emergência e clínicas médica e cirúrgica, além das oficinas terapêuticas com a missão de “Prestar assistência à saúde, com qualidade, que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação”.

Oito das enfermeiras entrevistadas tiveram ou ainda têm experiência na psiquiatria tendo passado pelo **hospício**, marco histórico da saúde mental de Barbacena. Se, em tempos remotos de sua história, funcionários chamados **guardas** eram escolhidos pela força física, hoje, a instituição destaca-se no cenário nacional pela qualidade de suas residências

terapêuticas. Outrora lugar de exclusão e institucionalização cruéis, hoje, existe uma luta pela manutenção da dignidade perdida, ao longo dos anos, pela banalização dos corpos. Uma das entrevistadas, marco na luta anti-manicomial, assim fala:

E nós desenvolvemos uns impressos para fazer um levantamento sobre as pessoas e depois fazer um projeto para sair do coletivo, aqueles banhos coletivos aquela coisa de forma coletiva de cuidar e tão impessoal que existe nos hospícios. As pessoas andam peladas porque tem um discurso antigo da enfermagem que a gente, que eu ainda escutei mas ultimamente eu não tenho escutado não, é até bom a gente fazer reflexão, que a enfermagem não tinha sexo. Então não tem problema um homem dar banho numa mulher, a enfermagem não tem sexo. Isso no hospício (ênfase) é o lugar que isso é mais explícito! A porta do banheiro precisa ser fechada. As senhoras írem vestidas até o banheiro só tirar a roupa dentro lá do lugar fechado. E ainda é difícil, uma senhora esses dias Dona Nair, tem muitos anos que está lá, a D. Nair falou comigo que antigamente eram os homens que dava banho na gente, não tem problema andar pelada! E aí eu falei com ela: Dona Nair, se a senhora não fica constrangida eu fico (ATHENA: 46,1985).

Embora exista essa veemência na defesa de uma mudança de postura na saúde mental, em relação ao corpo e à sexualidade, o que significa um avanço, em outros discursos aparece nítida a descrença em uma mudança a curto prazo (Maria) e, claramente, um conformismo institucional no discurso de (Gaia). O discurso dessa última aponta para a banalização do olhar sobre o corpo e sexualidade do **outro**, e um certo medo de tocar nas questões sobre sexualidade e corpo, tão presentes no cuidado em saúde mental.

Então eu estou na supervisão de pavilhão. E o pavilhão que eu estou tem muito isso: o visual do corpo nu, as mulheres com aquele tom da sexualidade delas... Não é que eu veja como normal essa situação, eu acho que poderia ser modificado, pela exposição do paciente, sabe? Mas a gente vê que no contexto as pessoas não importam. Já acostumaram com aquilo, naquele ambiente com um tanto de paciente sem roupa. Um tanto de mulher sem roupa arrastando até às vezes. Para mim poderia estar mudando, mas é um trabalho a longo prazo (MARIA: 38,1995).

Acho que a gente meio que banaliza um pouco de ver tanto corpo e de tantas formas. Então com tantas deficiências e com tanto, digamos assim, avaria ao longo do tempo eu acho que a gente perde assim um pouco esse tesão coletivo que as pessoas tem. Acho que a gente banalizou um bocado, não sei eu vejo um pouco assim. A gente não se escandaliza muito com muita coisa. Por exemplo: aqui dentro a gente vê paciente se masturbando vinte e quatro horas por dia, transando não sei quantas horas no dia, e faz xixi ali, faz xixi ali. E se eu estiver passando e uma pessoa estiver fazendo xixi ali pouco se me dá (GAIA: 53, 1987).

Percebemos que há, na fala de Maria, uma certa descrença na efetivação das mudanças e, no discurso de Gaia, uma aceitação de uma situação que tem sido alvo de críticas: a banalização das condições adversas em que instituições e profissionais têm lidado com as questões de saúde, o que promove a desumanização do cuidado. Essa percepção de Gaia, em relação ao contexto do **hospício**, leva-a a afirmar que tal situação chega mesmo a anular a perspectiva erótica, como podemos ler a seguir:

Deserotizado. É eu acho que é meio por aí, mais ou menos por aí. Não sei, pode ser pessoal, mas eu vejo muito isso até em outras colegas. Acho que para algumas pessoas isso fica mal resolvido e as pessoas se tornam meio amargas, alguma coisa assim (GAIA: 53, 1987).

O discurso de Afrodite, no entanto, é o oposto dessa banalização e acomodação que existe por parte de algumas profissionais. Demonstra a extrema dureza e falta de preparo para lidar com as situações-limite que são constantes na saúde mental. Despreparada, desde a formação para lidar com o corpo/sexualidade do **outro**, a enfermeira enfrenta sérias dificuldades ao vislumbrar que “a sexualidade do doente mental representa um perigo, dada a aproximação do enfermeiro com o lócus da sua práxis, o corpo do outro. O enfermeiro tenta romper um legado de preconceitos e estigmas sobre sua conduta, estruturada socialmente, ao longo da história” (MIRANDA; FUREGATO, 2002, p.212).

Mas o que mais me chocou foi quando eu fui para a saúde mental que aí eu fui lidar com paciente psiquiátrico agudo, esquizofrênico, drogadito e alcoólatra, eram quarenta, eram só homens, aí eu acho que eu me choquei mais é pelas cenas do cotidiano que é vista diariamente e a abordagem. Eu tinha dificuldade porque, pelo grau de cognição naquele momento ali naquele lugar. Quando ele ta surtado você não consegue fazer uma abordagem que você faz com uma pessoa em estado teoricamente normal. Então essa me chocava mais. Eles se masturbavam quase que o tempo inteiro que eu estava no pavilhão. E isso era uma coisa encarada por todos os profissionais ali dentro como algo natural. Só que eu acho que a gente cuida tanto do paciente e o funcionário eu acho que assim... Que essas cenas chocam! Chegava um ponto que eu ia trabalhar com um peso porque você vê pouca melhora, pouco resultado e eles assim... Eu acho que eu precisava de mais apoio e os funcionários também não queixam só da parte sexual. É dessa parte que trabalhar em saúde mental toca muito. O que se vê é... Acontecem coisas assim que te assusta, e aquilo ali por não fazer parte realmente da normalidade que a gente vive no dia a dia então... E essa parte sexual deles é extremamente afluída e você tem que encarar como algo natural o tempo inteiro, natural, natural! E é natural mas... Ficar assistindo aquilo o tempo inteiro é chocante (AFRODITE: 33, 2002).

Em situações de **normalidade**, somos conscientes dos limites, do controle dos desejos ao ponto de, por vezes, nem os sentir sem uma motivação para tal, considerando-se a rigidez do que é incorporado no plano da sexualidade em que as condutas devem se adequar ao que está legitimado socialmente. Foucault (1997, p 81), discutindo o dispositivo da sexualidade, afirma que “Com respeito ao sexo, o poder jamais estabelece relação que não seja de modo negativo: rejeição, exclusão, recusa, barragem ou, ainda, ocultação e mascaramento”. O paciente psiquiátrico rompe limites, extravasa desejos, podendo os desejos reprimidos ser parte do processo o qual resultou na **patologia** que justificou a internação. Enquanto isso, a enfermeira, orientada no plano pessoal e profissional pelos mesmos valores, no tocante à sexualidade, insere-se, no campo profissional, desprovida de instrumentos que viabilizem o cuidado e o lidar com o diferente, com o que se coloca contra seus valores. Afetada pela transgressão às regras, é impactada e se apresenta impotente frente a demandas excluídas ou subestimadas, como conteúdo da formação.

6.1.2 A enfermeira face a face com o homoerotismo: silêncios e reticências...

A análise do discurso das enfermeiras revelou que, sem ter sido oportunizada na formação, uma reflexão crítica sobre a realidade, que permita abrir-se à diversidade, em relação à sexualidade, enfermeiras agem segundo valores instituídos e incorporados no imaginário social. Se, durante as entrevistas, falar da sexualidade foi difícil, mais complicado foi depreender, especialmente nos relatos de experiências profissionais, as vivências que colocaram em evidência a perspectiva homossexual. Das nove entrevistadas, apenas três abordaram a questão, em vivências diferentes: na gerência em enfermagem; no hospício, ao lidar com pacientes asilares crônicos, e em Centro de Testagem e Aconselhamento/ CTA em HIV/AIDS.

As falas, muitas vezes, foram marcadas por pausas e silêncios, como se falar do assunto fosse algo proibido. Isso é expresso na situação a seguir, em que Hécate, ao se deparar com situações em que a função gerencial exige uma tomada de posição em relação à equipe de trabalho, destaca aquilo que lhe causa mais constrangimento e dificuldade para lidar: a orientação sexual que desvia da norma heterossexual.

E da parte dos funcionários a gente nunca preocupou em conversar com eles a respeito. Só quando surge, não sei se eu poderia falar isso, depois se não puder você corta isso. Eu não sei se a gente poderia falar, mas a gente tem muitos casais homossexuais, tá certo? E de vez em quando, tem uma confusão entre eles que vem parar aqui na sala do departamento. E, vindo parar na sala a gente tenta conversar a respeito da parte comportamental de que a vida deles tem que ser lá fora (HÉCATE: 54, 1982).

O discurso é heteronormativo, a homossexualidade parece proibida e deve permanecer no silêncio e na obscuridade: o receio de que esteja se confrontando com os valores da própria entrevistadora reforçam a crença da anormalidade e da vergonha em ter que encarar a homossexualidade em meio aos difíceis enfrentamentos, no plano da sexualidade. Orientada por tais referências, Hécate reproduz, como mulher e como enfermeira, valores que normatizaram a sexualidade heterossexual e se traduzem nas práticas de cuidado, reforçando preconceitos ligados à homossexualidade.

Se tomarmos como exemplo essa visão de mundo revelada por Hécate, podemos puxar alguns fios que tecem a prática cuidativa, em relação à sexualidade desenvolvida por enfermeiras e a equipe de enfermagem, nas instituições de saúde. As enfermeiras, em cargos de gerência, são as responsáveis por tomada de decisão, tanto do quadro de pessoal, assim como inúmeras vezes decidem as necessidades de educação continuada, para a equipe de enfermagem. Se ela decodifica a opção sexual que foge à norma da heterossexualidade como algo proibido, como um tabu, acreditamos que terá dificuldade na escolha e treinamento de outra(o)s profissionais mais sensibilizada(o)s para identificar as necessidades e especificidades da(o)s usuária(o)s dos serviços atendidas em relação à sexualidade, aprofundando o problema quando se trata da homossexualidade. Como Hécate trabalha em um Centro Hospitalar que, historicamente, cuidou de pessoas com transtornos mentais e, como vimos anteriormente, a sexualidade dos portadores de transtornos mentais, muitas vezes, “choca” cuidadora(e)s, essa situação se torna ainda mais problemática. Perséfone fala sobre essa questão como podemos ler a seguir:

[...] era tanta gente dentro de um pavilhão para duas atendentes de enfermagem para tomar conta à noite que não dava conta. Elas escreviam que o fulano de tal dorme toda noite na cama do outro. É falavam. Dorme, eles dormem juntos, sabe? Mas era uma coisa interessante porque eram as observações de enfermagem, mas só falava isso. Fulano dormiu com beltrano. Beltrano dormiu com fulano. [...] Mas era pouco não era muito. Mas acontecia. Mas acontecia porque acho que era da própria, da questão da... (pausa longa) **Se tem uma pessoa hétero, mas está encarcerado há cinquenta anos e só vê a pessoa do seu sexo, onde você vai canalizar a**

sua sexualidade? É uma questão do desejo. É a questão do desejo (PERSEFONE: 56,1979, grifo nosso).

Aqui ela faz uma retrospectiva no tempo em que ainda existiam atendentes de enfermagem e o hospício chegava a ter quase 2.000 pacientes asilares. Duas questões importantes podem ser recortadas nessa fala: a posição das atendentes, que seria de fiscalização, e como o número de pacientes era muito grande, elas “não davam conta” e só relatavam o fato de duas pessoas do mesmo sexo terem dormido juntas. A outra questão é a enfermeira deixar claro que a homossexualidade é circunstancial e não uma orientação do desejo sexual, por pessoas do mesmo sexo, como algo possível. A pausa durante a fala e a dificuldade de se expressar revelaram que era muito difícil abordar o assunto, a partir desse recorte.

Poderíamos pensar que Hécate e Perséfone são de uma mesma geração e que esse fato fosse um complicador, já que a abertura para a discussão, acerca dos direitos sexuais, é mais atual. Entretanto, uma enfermeira mais jovem (HERA), demonstra dificuldade em lidar com tais questões como vamos constatar depois de breves considerações sobre direitos sexuais e atendimento às DSTs/AIDS, ao longo dos anos noventa.

Ressalta-se que a década de noventa foi fortemente marcada pelos movimentos GLT (Gays, Lésbicas e Travestis) e GLBT (Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transexuais e Transgêneros) que, junto com o movimento feminista, passaram a reivindicar os direitos sexuais como direitos humanos (CORRÊA, 1999). Essa perspectiva desencadeou uma forte discussão sobre novas políticas voltadas para a atenção à saúde como integral e inclusiva.

Em relação aos(à)s portadores(a)s do HIV, houve uma ampliação na perspectiva do aumento do atendimento de qualidade, com a implementação, em diversas cidades do país, dos Centros de Testagem e Aconselhamento/ CTA. Esses centros abriram espaço para o trabalho das enfermeiras especialmente para fazerem aconselhamento. Os documentos intitulados **Aconselhamento e HIV/SIDA**, publicado como atualização técnica pela Organização das Nações Unidas/ONU, em novembro de 1997 e **Aconselhamento em DST e HIV/AIDS: diretrizes e procedimentos básicos**, publicado pelo Ministério da Saúde do Brasil, em julho de 1998, trazem as normas gerais sobre o aconselhamento; o(a)s profissionais preparados para tal atividade, que seriam enfermeira(o)s, médico(a)s, assistentes sociais, e psicóloga(o)s e apontam a necessidade da discussão sobre a sexualidade. Também chamam a atenção para o fato de que um atendimento dessa natureza demanda bastante tempo, mediante várias sessões de acompanhamento.

Hera, que se graduou em 1997, aos 22 anos, e estava com 34 anos quando foi realizada a entrevista, falou sobre sua experiência em aconselhamento em um CTA, demonstrando a carga de dificuldade encontrada ao se deparar com situações concretas, em que seus valores como mulher e enfermeira são confrontados com os valores da(o) usuária(o):

Em relação aos valores eu acho que eu só entrei assim **num pouquinho de choque** quando eu vim aqui no CTA, quando eu comecei a atender a questão de homossexual, bissexual. Não quanto aos valores em si mas assim a questão de... **(pausa, dificuldade para expressar as idéias, demonstra um certo constrangimento em falar) não julgar mas sim ver, de ter uma outra visão que eu não tinha** (HERA: 34, 1997, grifo nosso).

Se durante a graduação não existe sequer preparação para lidar com a sexualidade, dentro das normas tradicionais da heterossexualidade, a realidade dos padrões diferenciados de exercício da sexualidade que se colocam durante um atendimento individualizado de tal complexidade, parece deixá-la sem muitos recursos, durante o aconselhamento. Os valores diferentes detectados, a partir do lugar d(o)a outro(a), num atendimento individualizado, em que a interação entre a enfermeira e a(o) usuária(o) do serviço é uma realidade, faz com que ela argumente sobre a facilidade em outro tipo de abordagem, como lemos a seguir:

Porque quando você faz promoção, quando a gente faz itinerante você pega a população e vai fácil. Agora quando você pega um relato dentro de um consultório individual em uma avaliação, e os casos assim são muito pesados, isso te põe assim um pouco em cheque mate não é? **Esses dias nós fizemos um na faculdade de medicina. Pegamos os alunos todos e perguntamos: quem quer testar? Fizemos um aconselhamento coletivo. A gente pega pessoas ali que resolveram fazer um teste e falar um pouco da sexualidade. Aí é diferente. Você tem mais facilidade** (HERA: 34, 1997, grifo nosso).

Aqui o que ela chama de ‘promoção’ e ‘aconselhamento coletivo’ se assemelha mais com as palestras realizadas por profissionais de saúde nas comunidades, em escolas ou nas fábricas, maior parte das vezes centrada na fala do(a) profissional de saúde como detentor(a) do saber. Não é um processo dialógico em que a voz, os valores e a cultura do(a) outro(a) são realçados. O aconselhamento em DST/AIDS é uma prática relativamente nova na área da saúde, com uma perspectiva bastante diferente das palestras. Nesse sentido, Karla Miranda e Maria Grasiela Barroso, em artigo publicado em 2007, argumentam que: “o aconselhamento constitui atividade diferenciada das demais atividades desempenhadas pelo profissional de

saúde, pois é permeado por densas questões relacionadas à sexualidade, orientação sexual, histórias de sofrimento, abusos, dor” (MIRANDA e BARROSO, 2007, p 101).

Entretanto, essas autoras não discutem questões relativas à sexualidade, como se tais profissionais estivessem totalmente preparados para lidar com tal problemática, limitando-se a dizer que “nesse sentido, para dialogar sobre esses problemas, o profissional precisa de espaço adequado onde possa trabalhar sem interrupções” (MIRANDA e BARROSO, 2007, p.101).

Podemos dizer que há um silenciamento e um despreparo para lidar com a sexualidade e, no discurso de Hera, afloram as bases das formações identitárias como mulher e como enfermeira, e os códigos morais que foram internalizados. Deparar-se, no processo de cuidar, com uma orientação sexual que contraria ao estabelecido, inibe, causa constrangimento e se coloca um conflito cognitivo: ela não pode julgar, mas não está preparada.

As enfermeiras expressam os valores da construção identitária, formação profissional e o que está posto socialmente como norma. Dessa maneira, a homossexualidade a envergonha, a ponto de constrangê-la no cuidado e isso se mantém no séc. XXI, com avanços, mas ainda com muitas interdições, envergonhando enfermeiras, professoras e alunas que continuam com dificuldades nesse campo. Apesar disso, ela se vê na obrigação, em face da realidade concreta, de fazer questionamentos sobre a diversidade e as possibilidades de arranjos da e sobre as sexualidades possíveis.

Acho que não é julgamento, acho que não derrubou nenhum valor meu, mas me pôs para pensar em alguns valores, a questão da sexualidade nesse sentido que é tentar entender a visão do outro. Que a gente começa a fazer alguns questionamentos, não é? [...] Isso confronta com dois mundos diferentes (HERA: 34, 1997).

Há um discurso dominante, nos cursos de enfermagem, de que enfermeiras são as profissionais de saúde com a melhor preparação para desenvolverem educação em saúde. Entretanto, em relação à sexualidade, entender a visão do **outro** não é tarefa fácil, quando se está diante da realidade concreta, porque inúmeros são os desdobramentos que fogem à perspectiva de atuação colocada pela maioria dos cursos de enfermagem, durante o processo ensino-aprendizagem. Podemos citar como alguns desses desdobramentos, as diferentes orientações sexuais que se apresentam no campo da prática, colocando em xeque a adoção acrítica da norma heterossexual; a educação em saúde, cujo modelo ainda é predominantemente do saber unilateral, centrado no(a) profissional e no monólogo tecnocrata e, sobretudo, as situações concretas vividas pelos sujeitos em seu meio social que diferem,

muitas vezes, radicalmente, da experiência, formação e bagagem existencial das(o)s profissionais de saúde.

6.2 Novas demandas sobre sexualidade e corpo no cuidado à saúde da mulher na atenção básica: permanências e superações

A inserção das enfermeiras no PSF exigiu dessas profissionais o redirecionamento do olhar sobre o cuidado à saúde, de modo a valorizar demandas no campo da saúde sexual que requerem aconselhamento, atendimento clínico individualizado e atividades educativas com diferentes grupos de usuário(a)s. Quanto à saúde da mulher, novas demandas surgiram propondo-se a concretização de práticas orientadas pela integralidade.

Para se entender o contexto em que se inserem as práticas da saúde da mulher, é preciso voltar no tempo e identificar as mudanças produzidas pela segunda onda do movimento feminista. Considera-se a segunda onda do feminismo, a emergência do movimento, nos anos 1960 e 1970, do século XX. Para muitas(o)s feministas, o marco da segunda onda foi a promoção, pela Organização das Nações Unidas/ONU, do **Ano Internacional da Mulher(1975) e da Década da Mulher (1976-1985)**. Esse período foi marcado pela superação de inúmeras barreiras em diversos países, estimulada principalmente pela ampliação dos espaços das mulheres no mercado do trabalho e nas Universidades, além da sua participação política em diversas frentes.

As inquietações feministas estavam fortemente presentes na saúde e os questionamentos e as rupturas acerca da visão da saúde da mulher, enfocando o binômio mãe-filho, em direção a um contexto entendido como saúde reprodutiva, tiveram início nos anos 1970 e foram se concretizando, já como direitos reprodutivos, entre as décadas de 1980 e 1990 – firmando-se internacionalmente, no Cairo, em 1994, quando há um consenso entre o movimento de mulheres e a Organização Mundial de Saúde/OMS. Segundo Corrêa (1999, p.40)

... dois elementos principais possibilitaram o estabelecimento dessa ponte: a crítica com relação às vertentes biomédicas, que dominavam (dominam) a pesquisa sobre reprodução humana, e o questionamento dos argumentos lineares que justificavam políticas de população e programas verticais (e ineficazes) de planificação familiar.

No Brasil, desde a década de 1980, essa perspectiva já estava colocada pela implantação, por meio do Ministério da Saúde, do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Embora avançado em suas propostas em relação à saúde da mulher, por ter sido elaborado por feministas que questionaram o modelo biomédico de atenção à mulher, esbarrou em dificuldades relacionadas à lógica tecnicista que se manteve hegemônica na formação profissional e na organização do sistema, dos serviços e das práticas em saúde, aliadas à pouca vontade política de promover mudanças reais, na atenção à saúde.

No entanto, a abordagem proposta para lidar com corpo e sexualidade feminina provocou algumas mudanças como podemos ler a seguir:

Eu tenho memória de oitenta e seis quando a gente ensinava para a mulher a ver a genitália delas com o espelho quando ia fazer preventivo, mas não era a gente **que fazia preventivo não porque não tínhamos autonomia**. Ensinava a mulher a tocar o próprio corpo para ver onde ela sentia mais prazer sem ser uma coisa pecaminosa porque... (pequena pausa e diminui o tom de voz) A gente que é mulher, a gente assim tem uma dificuldade com o prazer, não é, com o toque. Naquela época a gente perdeu um pouco da vergonha, do medo. Da vergonha eu falo assim entre aspas, de falar a respeito do toque, da acolhida mesmo do feminino. Que a gente tinha até, a mulher tinha medo de tocar e ter algum tipo de sensação com aquilo e não dar conta. Achar que ela estava errada sentindo aquelas coisas. Isso a gente ensinou muito (HÉCATE: 54, 1982, grifo nosso).

A análise do discurso revela uma posição social na qual, no momento em que está em jogo o corpo, o prazer e a sexualidade, enfermeiras e mulheres cuidadas se assemelham, em sua condição de gênero, fortemente demarcado pela última frase “A gente que é mulher, a gente assim tem uma dificuldade com o prazer, não é, com o toque”. Apesar da sua condição de igualdade de gênero e dificuldade com o prazer, é ela quem “ensina” a tocar o próprio corpo. A condição profissional lhe dá competência técnica e como mulher, que vive os mesmos problemas, revela em sua fala a tentativa de incorporação de novos valores, exercitando no ensinar à outra, aquilo que se constitui em aprendizado e possibilidades de mudança para si própria. Há, efetivamente, uma mudança histórica no conteúdo e forma de abordagem da sexualidade feminina, no entanto, como existe uma relação entre sujeito e enunciado, poderíamos dizer que “... o ensino como uma atividade discursiva posiciona aqueles que fazem parte como professor (a) ou aluno (a)” (FAIRCLOUGH, 2001, p. 68), trazendo o ensino aqui para o contexto da saúde. Assim, essa postura de **ensinar** parece manter as relações desiguais de poder existentes entre a enfermeira e as mulheres que buscavam/buscam os serviços de saúde.

Outra situação que chama a atenção na fala de Hécate é a falta de autonomia, à época, para a realização do Preventivo de Câncer de Colo Uterino/PCCU, também chamado de Teste de Papanicolao. Essa foi uma situação determinada pelas relações desiguais de poder, entre a medicina e a enfermagem que considerava a coleta do material para o preventivo como procedimento médico. Tal postura negava às enfermeiras, já na vigência do PAISM, um dos seus campos de atuação na atenção básica, porque o procedimento traz implicações de gênero, na relação entre profissional de saúde e mulheres. Essas implicações ficaram muito claras quando, desenvolvendo ações de saúde do **Viva Mulher**, no ano de 1999, em cidade do norte de Minas Gerais, constatei que muitos homens impediam que suas companheiras fizessem o preventivo, caso o exame fosse realizado por um profissional do sexo masculino.

Cleidiane Brito, Inez S. Nery e Leydiane C. Torres (2007), em pesquisa realizada sobre os sentimentos das mulheres acerca da realização do exame, relatam que os resultados apontaram, dentre outros, que o sentimento de vergonha, bastante relacionado ao pudor em ferir a decência, aparece como complicador, especialmente porque a relação entre profissionais de saúde e mulheres é muito impessoal. Hoje, pela atuação do COREn, dá-se uma outra lógica de atenção à saúde da mulher, a realização do PCCU pelas enfermeiras está amplamente incorporada à sua prática, na rede pública. Na minha experiência profissional concreta, foi possível observar que as mulheres sentem-se melhor quando realizam o preventivo com outras mulheres, e além disso, o momento de realização do exame abre possibilidades de abordagem em relação à sexualidade feminina.

Ainda nos anos 1980, outra enfermeira aponta para as mudanças de postura, em relação ao atendimento às mulheres, claramente identificado com o movimento feminista. As profissionais de saúde, ligadas ao movimento, provocaram um forte questionamento nas bases de atuação da própria enfermagem:

Foi naquela época que nós começamos, no Itabira Mulher. Fomos até capa de jornal! (ênfase) Lá em Itabira, até que durou bastante. Foi aí que eu conheci Zezé. Zezé foi lá lançar a 'Mujer Fempress' que ela era colaboradora. Foi a Ana Taborda, fizemos lá novela e rádio! Teatro de rua com Ana Taborda, no dia internacional, na semana internacional da mulher (ATHENA: 46, 1985).

O envolvimento com feministas de outras regiões, engajadas numa discussão mais ampla, em relação às questões da mulher, sinaliza que havia, naquela época, uma efervescência que extrapolava fronteiras. **Zezé** é Maria José de Lima, enfermeira feminista que, durante as décadas de 1980 e 1990, desenvolveu um grande trabalho sobre subjetividades

com a enfermagem brasileira, por meio das oficinas de sensibilidade e criatividade para enfermeiras, das quais eu participei no início dos anos 1990. Nos anos 1980, ela era coordenadora da publicação mensal da revista chilena **Mujer Fempress** e, diversas vezes, usou as oficinas regionais para a divulgação dessa publicação feminista.

Esse rompimento de fronteiras, em todos os sentidos, vai influenciar a atuação de enfermeiras, alavancando novas abordagens, inclusive em relação aos espaços físicos de atuação, muitas vezes indisponíveis nas unidades de saúde.

Aleitamento materno não tinha lugar para fazer orientação em Itabira lá na unidade e tinha uma igreja, uma capela sub utilizada. E aí já estava na época, eu já comecei com o movimento feminista (rindo) Eu falei com a dona que cuidava da capela, nós vamos usar aqui, nós vamos usar é peito aqui dentro! Porque (rindo muito) Jesus não vai achar ruim não, vai sentir muito mais utilidade (dá uma gargalhada!) (ATHENA: 46, 1985).

Esse discurso, ao mesmo tempo em que pode significar a exposição do profano no ambiente sagrado, traduzindo as representações das próprias enfermeiras, significa um avanço, na medida em que desconstrói a ideia de que só se faz saúde em espaços determinados. Usar tal espaço não significa comungar com os ideários do que ele representa e sim aproveitar áreas físicas que reúne coletivos como escolas, centros comunitários, enfim, todos os lugares onde a saúde pode ser discutida como processo de troca de conhecimento em benefício da coletividade, o que também reaproxima a enfermeira do trabalho comunitário, base em que foi erguida a enfermagem moderna no Brasil. Em nossa realidade, a lógica biomédica orientadora da organização dos serviços, desde sua estrutura física, é planejada para viabilizar o atendimento individual e negar as discussões grupais, espaço em que se constrói consciência crítico-reflexiva sobre a realidade. Desse modo, ainda na atualidade, os centros de atenção à saúde não dispõem de salas de reunião. A perspectiva de avaliação quantitativa do desempenho na área de saúde também estimula apenas a construção de consultórios médicos individuais.

Athena expressa a dimensão dos problemas da mulher para além dos espaços da saúde. São questões que ultrapassam e interligam várias nuances da condição feminina, condição essa muitas vezes ligada aos padrões de comportamento sexual esperado para as mulheres, apesar de estarmos na década de 1980. Nessa época, desde o assassinato de Ângela Diniz pelo próprio namorado, Doca Street, em 1976, a justiça brasileira aceitava o argumento de legítima defesa da honra, como justificativa para inocentar os homens que matavam suas companheiras.

Uma vez, inclusive, saiu uma matéria num jornal que um sujeito tinha ido com um advogado, um policial, flagrar a mulher dentro de um motel, sabe? E nós fizemos uma matéria, colocamos no jornal o absurdo de ter publicado, o quê que é isso? ‘Do Carmo’ estava numa mesa redonda na semana internacional da mulher, (começa a rir) o cara foi e nós ficamos até com medo dela apanhar. Porque ele foi tirar satisfação. Coitado, mas ele estava é com medo da gente (risos). A gente conseguia até botar um pouco de medo, (rindo muito), a gente ri até hoje. Mas eu acho que foi legal, foi bem legal assim porque abriu... Mas a gente já era assim feminista, assim de viver. Só encaixa. Só encaixa, encaixou naquele momento (ATHENA: 46, 1985).

Nesse discurso, fica explícito a existência, na época, de um enfrentamento coletivo, feito por uma associação de mulheres feministas que discutiam os problemas, posicionando-se efetivamente. Em uma cidade do interior de Minas Gerais, o grupo usava a mídia para denunciar, protestar. Aqui também fica explícita uma das perspectivas do feminismo da segunda onda: tornar o privado público, no sentido político de desconstruir, dentre outras questões, as tradições patriarcais, em relação à sexualidade feminina.

Podemos dizer que, do ponto de vista da saúde da mulher, a partir da década de 1990, período em que o discurso feminista sobre a mulher e corpo foi **incorporado** pelos organismos oficiais e as propostas do PAISM orientavam teoricamente as práticas com ênfase no processo educativo participativo, alavancou novas maneiras de pensar e agir, na área de saúde da mulher. Segundo Edméia Coelho (2001, p. 121), “a iniciativa de alguns serviços de saúde de abrir espaços para compreender a realidade das usuárias foi orientada pela proposta educativa do PAISM, em que o trabalho com mulheres deve possibilitar sua participação em atividades grupais, propiciando reflexão e discussão sobre dificuldades existenciais, buscando caminhos para a superação”. Nesse tempo histórico, nasceu o PSF.

Esse programa, hoje chamado de Estratégia de Saúde da Família/ESF, foi implantado no Brasil em 1994, objetivando reverter o modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde no Brasil. Com o olhar voltado para a família e sua inserção comunitária específica, o programa, a exemplo de outros países como Cuba e Canadá, tem o foco voltado na promoção da saúde e prevenção de doenças (ROSA e LABATE, 2005).

Embora implementado no bojo de tantas mudanças, como as apontadas anteriormente, o discurso de Kuan Yin, enfermeira formada em 1997, aponta que a Escola em que se formou parece não ter absorvido as concepções em torno da saúde da mulher com o enfoque do PAISM.

Não tinha nada voltado para a sexualidade. No PSF tinha a saúde da mulher, mas assim a parte do papanicolao, câncer de mama e tudo. E assim eu fui aprendendo na prática. Porque chegava paciente dizendo que foi espancada pelo marido naquela noite ou que ele tinha abusado, tinha chegado em casa, tinha bebido muito e tinha abusado dela. Aí a gente tem que estudar para tentar fazer orientação do que fazer, do que não fazer. Então por exemplo, tinha uma mulher que já tinha oito, nove filhos e o homem fazia filho só na hora que estava bêbado ou drogado. Eu fui aprendendo a como lidar com essas situações na prática (KUAN YIN: 39, 1997).

A Escola forma, como já vimos no capítulo anterior, muitas vezes distanciada da realidade, concentrando a atenção nas patologias, sem discutir as mais diversas nuances do cuidado que se imbricam no emaranhado social marcado pelas assimetrias de classe, gênero, etnia dentre outras. Desse modo, a enfermeira vai aprender, no contexto da realidade onde se insere depois de formada que, muitas vezes, difere radicalmente do que ela aprendeu na faculdade. Nesse discurso, como em outros em que as enfermeiras desenvolveram/desenvolvem atividades em PSF na saúde da mulher, a questão da violência contra a mulher, marcada inclusive pela desigualdade no exercício da sexualidade, aparece com muita força e nitidez.

E, ao contrário da postura encontrada no discurso de Afrodite, nos anos 1980, onde a ação coletiva feminista dava condições de enfrentamento, Kuan Yin, formada no final dos anos 1990, faz um retorno ao discurso sobre a fragilidade feminina que precisa de proteção.

Então a gente sentava e discutia com o médico o que vamos fazer, como vamos fazer, porque a gente precisava até de homem lá para ficar nos resguardando enquanto pessoas, integridade física mesmo (KUAN YIN: 39, 1997).

Sentar e discutir com o médico significa um avanço pela própria proposta do PSF, que é de trabalho em equipe interdisciplinar, na atenção básica. Entretanto, quando ela reforça a necessidade da presença do homem para resguardar a integridade física, volta no tempo, ao usar um argumento patriarcal tradicional de que as mulheres precisam sempre da proteção masculina. Na atualidade, as próprias mulheres podem resguardar a integridade das pessoas, é só olhar o número de mulheres que já são seguranças, policiais federais e polícias militares, nos mais diversos setores da sociedade.

A violência contra a mulher está presente e fortemente marcada desde a primeira entrevista piloto, realizada em Montes Claros. Isso demonstra que ela chega, com certeza, aos serviços de saúde e, muitas vezes, as enfermeiras não sabem como lidar com essa questão. O discurso de Afrodite, que será reproduzido em seguida, mostra que há casos extremos em que

a saúde da mulher é profundamente afetada pelas desigualdades de poder, nas relações de gênero. A frase “Essas coisas assim que a gente pensa que não existe mais?” pode representar um marco importante na reflexão acerca das crenças que nós temos e trazemos do nosso meio social e a realidade da vida de milhares de mulheres usuárias dos serviços, em situação de desigualdade de classe e de gênero, permeadas pela violência.

Mas quando eles não permitiam que elas viessem fazer o preventivo, elas me procuravam para tentar abordá-los para ver se assim elas conseguiam porque tinha pessoas lá que as janelas e as portas eram pregadas e ela só podia sair na hora que ele chegasse do serviço. Essas coisas assim que a gente pensa que não existe mais? Então existia assim dela mandar recado, pedir para que fosse feita a abordagem porque ela queria muito fazer, não é? Teve o caso de uma senhora que ela tinha, ela já estava com um nódulo provavelmente há muito tempo, mas ele não deixava procurar e quando ela foi procurar já tinha infiltrado muito e ele rompeu e drenava aquela secreção. Ela morreu. Então nesse sentido foram poucos casos, mas aconteceu (AFRODITE: 33, 2002).

Em outro momento, Afrodite aponta para uma mudança, na área da saúde da mulher, que podemos creditar ser influência do PAISM. Ela afirma que, tanto no contato direto com o corpo das usuárias, mediante a realização de exames, como nas situações mais extremas como a citada acima, há possibilidades de repensar as ações. Esse **re-pensar** foi possível pelo fato dela ter feito um curso de especialização em saúde da mulher.

No PSF eu não achei tão difícil por eu ter feito especialização em saúde da mulher, isso foi trabalhado então eu me sentia mais à vontade e procurava deixar as pacientes o mais à vontade possível. Nunca gostei de começar o exame direto: chegou, deita e abre a perna. A gente tinha uma conversa antes, aí eram colhidos alguns dados, acabava que criava uma intimidade (AFRODITE: 33, 2002).

Não podemos perder de vista o que Sônia Corrêa (1999) já alertava que, no Brasil e em vários países pós Cairo e Pequim, entretanto, as políticas de saúde reprodutiva “estão se desenhando como meras re-interpretações semânticas, ou adequações das ações convencionais do materno-infantil ou planificação familiar” o que, de certa maneira, escamoteia a perspectiva dos direitos reprodutivos e, é no âmbito da organização das políticas públicas “... no plano das instituições, que os termos ‘saúde’ e ‘reprodutivo’ são mais facilmente aceitos do que ‘direitos’ e ‘sexuais’, que soam mais radicais e impertinentes” (CORRÊA, 1999, p. 43).

Enfatizamos a necessidade da articulação constante entre as instituições formadoras e as unidades prestadoras de cuidados à saúde, especialmente as equipes de Estratégia de Saúde

da Família, cujo foco é voltado para a promoção da saúde. Nessa perspectiva, concordamos com Isabel Pereira, Regina Penteado e Vânia Marcelo (2000, p.41) quando afirmam que:

O novo paradigma representa uma nova maneira de interpretar as necessidades e ações de saúde, não mais numa perspectiva unicamente biológica, mecanicista, individual, específica, mas numa perspectiva contextual, histórica, coletiva, ampla. Assim, de uma postura voltada para controlar os fatores de risco e comportamentos individuais, volta-se para **eleger metas para a ação política para a saúde, direcionadas ao coletivo** (grifo nosso).

A ação política representa um rompimento com as amarras dos modelos tradicionais de atenção em saúde, além do exercício da cidadania de todas(o)s a(o)s envolvidas(o)s, profissionais e usuária(o)s, em um projeto coletivo de qualidade de vida. No caso específico das ações de saúde da mulher, cuja contribuição do feminismo é inegável, o aspecto político pode e necessita ser retomado vislumbrando o **empoderamento** de cuidadoras e mulheres cuidadas, Rok et al, (2000, p.45) apontam nessa direção quando dizem:

Ao refletir, investigar e capacitarmos em temas como saúde reprodutiva, relação médico-paciente, sexualidade, cirurgias abusivas ou a violência médica e auto-ajuda como ponto de partida, nos convencemos de que a saúde é e segue sendo um instrumento eficaz para agrupar as mulheres e iniciar o processo de cobrar consciência sobre nossa opressão. (tradução livre da autora).

Pensamos que, em relação às experiências com a saúde da mulher, desenvolvida no PSF, a partir de meados dos anos 1990 e o início do século XXI, tanto as políticas de saúde como alguns cursos absorveram o ideário dos movimentos dos anos 1970 e 1980. Entretanto, as maneiras de mobilização política, em torno das questões da mulher, não apareceram nos discursos das enfermeiras formadas a partir dos anos 1990. Chega mesmo a absorver a palavra **gênero**, embora de forma descontextualizada:

Bom, eu comecei a ter um contato maior foi no PSF em 1998 quando a gente fez um treinamento para começar com as consultas de enfermagem da mulher e os preventivos. Fiz consultas individualizadas com as mulheres, grupos... A gente fazia muitos grupos: grupos de planejamento, **de gênero mesmo** ... (HERA: 34, 1997, grifo nosso).

Observamos que a ênfase encontra-se no planejamento, nos preventivos, uma marca comum na educação em saúde promovida especialmente pelas enfermeiras nos grupos de planejamento familiar centrados nos métodos contraceptivos. Podemos indagar a que **gênero**

ela se refere porque, ao abordar questões específicas da profissão, apresenta um discurso tradicional, que defende uma essência feminina do cuidado e, por conseguinte, da enfermagem como podemos ler a seguir:

Agora, tem excelentes profissionais masculinos, eu acho que tem. Que conseguem ter sua visão embora a gente sabe que existe diferença não é? Tola é a pessoa que não acha a diferença... **São nítidas as diferenças de gênero! O racional, o emocional. Como é que um tem muito e o outro não tem nada, não é?** Mas que isso existe numa proporção maior eu acredito que existe sim. A racionalidade e a emoção ela é diferente no sexo masculino e no sexo feminino, não é? Agora eu acho que em termos de profissão eu acho que o cuidado feminino ele foi mais para essa questão mesmo dessa parte, da delicadeza, do cuidado materno. Mas eu acredito que isso tem um toque mesmo do gênero, uma condição sim da mulher (HERA: 34, 1997, grifo nosso).

Esse discurso vai contra a perspectiva de uma abordagem de gênero que busca desconstruir, dentre tantas outras oposições binárias, a da crença de uma racionalidade masculina em oposição à emoção feminina. Além disso, questiona esse discurso da condição feminina marcado pela delicadeza e cuidado, construído, muitas vezes, a partir da maternidade como elemento diferencial para que as mulheres sejam melhores cuidadoras. Há uma defasagem entre a internalização do modelo de mulher aprendido e o que se estuda na Faculdade: ela faz a adaptação dos dois discursos, prevalecendo o internalizado anteriormente.

Entretanto, é preciso estar atentas para as ideologias que permeiam a educação de enfermeiras no Brasil. Peggy Chinn foi uma das primeiras enfermeiras norte-americanas a abordar o tema da Enfermagem e Feminismo. Trouxe contribuições, ao afirmar que as Teorias de Enfermagem proporcionam avanços ao desenvolvimento da profissão, mas reforçam o modelo de **opressão patriarcal**, até mesmo por utilizarem **homem** como um conceito genérico e universal. Ela diz que:

Em alguns aspectos a teoria feminista e as teorias de enfermagem têm pouco em comum. As teorias feministas e de enfermagem aparentemente lidam com domínios bem diferentes, baseiam-se em diferentes suposições e usam linguagens diferentes. As/os teóricas/os de enfermagem até bem recentemente, usam 'homem' como um conceito genérico. Esta prática tem sido indefensável do ponto de vista sociológico, psicológico e como estrutura linguística de referência, sem mencionar a estrutura feminista de referência, por muitas décadas. As teorias da enfermagem incorporam muitas suposições patriarcais subjacentes, no que diz respeito à experiência humana (CHINN e WHEELER, 1995, p.76).

Percebemos, pela análise realizada nos PPP das Escolas onde se formaram as enfermeiras depoentes deste estudo, que as condições de desigualdade de gênero e seus efeitos não são abordados como consequência para o exercício profissional das enfermeiras, e tampouco o que tais assimetrias de poder geram na vida de milhares de mulheres usuárias dos serviços de saúde. Tal posição corrobora com as dificuldades encontradas pelas enfermeiras em suas atividades profissionais quando se trata da saúde das mulheres. Além disso, uma perspectiva que privilegie uma crítica feminista a tais questões também está ausente nas propostas curriculares da atualidade dos projetos pedagógicos analisados.

7 O FIO ESTENDIDO: TRILHAS POSSÍVEIS E A TESSITURA DE NOVOS RE-COMEÇOS

É interessante notar que reconhecer a importância da emoção para o conhecimento não é uma sugestão inteiramente nova dentro da tradição epistemológica ocidental. O próprio Platão, ultra racionalista, chegou a aceitar que, afinal, o conhecimento exigia (uma forma muito depurada de) amor. E talvez não seja um acaso que, no Banquete, Sócrates receba essa lição de Diótima, a mulher sábia!

Alison M. Jaggar em: *Amor e conhecimento: a emoção na epistemologia feminista*, 1988 p.180

A tessitura do Fio de Ariadne requer um olhar que se volta para trás com o intuito de delinear um futuro capaz de superar, mediante as nossas ações do presente, os preconceitos que, ao longo do tempo, foram se construindo em torno da condição feminina e de tudo que a ela diz respeito. E nesse olhar para trás está a minha trajetória de vida, que me permitiu uma visão de mundo com a qual cheguei a esse momento tão desejado da minha vida: concluir o doutorado por meio do aprofundamento teórico metodológico do que sempre me incomodou na vida: a desvalorização dos saberes e fazeres das mulheres, em um universo “dominado” pelos homens. Propositamente, escrevo a palavra “dominado” entre aspas porque sempre relativizei, contestei e rompi com essa postura de dominação masculina. Assim, re-começo perguntando: o que me levou a escolher a Enfermagem como profissão e o que motivou a minha busca para compreender o labirinto de normas e interdições que povoam a profissão, que desaguou nesta pesquisa de doutorado?

Foi num tempo distante da minha infância, quando comecei a entender que não era possível fazer muitas escolhas quando se tinha nascido mulher, numa família com dificuldades financeiras, em uma cidade do interior de Minas Gerais. Desde muito cedo, escutava admirada e triste, a história tantas vezes repetida pela minha mãe: ela havia conseguido, com o pároco de sua cidade natal, internato na cidade do Rio de Janeiro para cursar Enfermagem na Escola Anna Neri, mas seu pai impediu. Moça de família não vai para a cidade grande desacompanhada!

Assim decidi muito cedo que eu faria Enfermagem: se minha mãe não realizou seu sonho, eu o faria com certeza! E quando terminei o segundo grau, comuniquei que ia para Juiz de Fora fazer vestibular de Enfermagem. Meu pai me proibiu de sair de casa e minha mãe concordou com ele. Ah, como os homens têm poder, pensava eu, desolada, até que resolvi desobedecer e lá fui eu rumo ao vestibular: passei.

Se, por um lado, eu consegui me soltar das amarras de casa e da “dominação” do meu pai, logo que comecei o curso, descobri que havia caído em outra grande armadilha: a Faculdade de Enfermagem Hermantina Beraldo mais parecia um colégio de freiras. Todo o poder do pai, pensava eu, estava agora nas mãos da diretora e de todas aquelas professoras que buscavam, de todas as maneiras, cercear nossa liberdade.

O curso foi difícil! Formar-me em quatro anos (ingressei na graduação em março de 1975 e me formei em dezembro de 1978) foi uma vitória com duplo significado, uma superação de situações insuportáveis, do ponto de vista humano. A dificuldade do curso não estava nas disciplinas, provas ou estágios: estava nas normas absurdas! Sentia como se fosse proibido pensar, discordar, enfim, questionamentos eram muito mal vistos. Tínhamos que ser, o tempo todo, obedientes, mansas, pacíficas, enfim, mulheres preocupadas com a “pureza”. A sexualidade precisava ser controlada de todas as maneiras, sob o olhar inquisidor das professoras, que tentavam determinar como deveríamos nos comportar, como nos vestir, proibir que conversássemos com acadêmicos de medicina, investigar se tínhamos namorado. As que não se encaixassem nesse modelo, eram até desligadas do curso. Eu pensava tantas coisas diferentes: eu queria que as mulheres fossem seres humanos mais respeitados e independentes; eu não concordava com o modelo de casamento tradicional; eu queria que o aborto fosse discutido à luz das injustiças sociais e das necessidades das mulheres; eu não concordava com a ditadura e eu não era submissa! Mas eu permaneci no curso, porque não voltaria jamais para a casa dos meus pais e não aceitava romper com o que eu já havia feito tanto sacrifício para conseguir.

O meu primeiro emprego como enfermeira foi no hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, com ingresso em março de 1979. No começo, parecia tudo maravilhoso: um hospital com uma infra-estrutura invejável e o salário era muito bom àquela época. Sempre desejei muito a independência econômica, e aquele me parecia um ótimo começo. Mas, aos poucos, a realidade foi se desvelando aos meus olhos e eu passei a gostar cada vez menos do que eu fazia. Aquilo era uma continuidade do que eu vivi na Escola: uma hierarquia sufocante; uma “fiscalização rígida” para a manutenção das qualidades femininas desejáveis para enfermeiras; uma falta de crítica e reflexão sobre a realidade da profissão.

Descobri, com uma tristeza profunda, que eu não queria ser “aquela enfermeira” até me aposentar. Sentia-me muito só com as minhas convicções, parecia ser eu a anormal. Abandonei a profissão e prestei vestibular para História em 1986 e, mesmo não concluindo o curso, o pouco tempo que permaneci lá foi a luz que eu precisava para compreender a

Enfermagem: me debrucei sobre a História da Enfermagem e sobre a História das Mulheres e voltei à Enfermagem em 1988, decidida a fazer parte do grupo de enfermeiras que estavam lutando para dar visibilidade a uma profissão que, nos meus tempos de estudante e durante minha primeira experiência profissional, chegou mesmo a me envergonhar, pela desvalorização e pelas normas ultrapassadas que as professoras e as chefes de Enfermagem insistiam em manter. A partir de então, a trajetória profissional foi marcada por muito estudo e uma postura política e crítico-reflexiva, buscando, na articulação teoria e prática, as respostas que sempre me incomodaram. Descobri que a minha escolha profissional e minha condição de mulher eram indissociáveis e, compreender os meandros que determinavam os “modos de ser enfermeira”, passavam pela minha visão de mundo e inserção social como mulher.

Assim, refletir sobre a Enfermagem é, com certeza, pensar uma profissão historicamente feminina que, desde a sua institucionalização, por meio de Florence Nighintigale, vem sendo marcada por paradoxos preservados, ao longo de décadas, pelos rituais que acompanham a formação de enfermeiras. Um dos maiores paradoxos é o escamoteamento da sexualidade na formação profissional, uma vez que essa é a profissão que lida diretamente com o corpo. A invisibilidade da sexualidade na Enfermagem foi mantida graças a uma série de normas de comportamento, incluindo a própria maneira de se vestir e de se comportar, que interdita o corpo da enfermeira e, por conseguinte, a sexualidade.

A partir da constatação de tal situação, as perguntas não cessaram, o que desencadeou o desenrolar desta pesquisa de doutorado. Assim, foi identificado o problema e construído o pressuposto da tese que vislumbrou a relação entre a construção identitária das mulheres por via das ideologias de gênero, na educação recebida em família, durante a infância e a adolescência e a interdição da sexualidade, na formação de enfermeiras, como eixo central da problemática que envolve a sexualidade, na relação com o cuidado desenvolvido por enfermeiras. Tal situação provoca a interseção entre sexualidade e cuidado, tanto no período de formação como no transcorrer da vida profissional, em diversas áreas de atuação das enfermeiras participantes desse estudo.

Os discursos analisados sob diferentes ângulos confirmaram essa estreita relação, apresentando-se como problema chave. A introjeção do modelo de mulher bem comportada, construído ao longo da infância e adolescência, facilita a aceitação das normas impostas durante a formação como enfermeira. Na maioria das entrevistas, as enfermeiras deixaram claro que entendiam como **naturais** as diferenças entre meninos e meninas, inclusive na escolha das brincadeiras. Essa ideia de naturalidade vinha sempre acompanhada da ideia de

harmonia que permeou a vida dessas mulheres. Tal situação indica o que chamei de subjetivação pela sexualidade, entendendo que **subjetivação é o processo pelo qual nos tornamos sujeitos, a partir de nossas interações sociais que iniciam na infância, na convivência familiar. A subjetivação passa pela aquisição de performances de gênero, que propiciam condições de aprendizado de masculinidades e feminilidades, reforçadas por instituições como a família, a escola, as igrejas e outras instituições, onde circulamos durante a infância e adolescência. Nesse aprendizado, as diferenças no exercício da sexualidade demarcam modos de comportamento que definem relações desiguais de poder, em que a subjetivação pela sexualidade feminina mais contida, dócil, afetiva, ligada ao modelo de maternidade e maternagem, acaba desencadeando maneiras de ser mais dependentes e submissas.** Essa perspectiva desdobra-se e afeta as instituições onde se dão as relações profissionais entre diverso(a)s atores/atrizes, no caso aqui, as diferentes instituições de saúde. Desse modo, profissões historicamente femininas acabam ligadas a modelos educacionais de fazeres periféricos e dependentes, promovendo uma invisibilidade e pouco reconhecimento social.

Dessa maneira, as entrevistadas demonstraram que, serem vigiadas no exercício da sexualidade na adolescência, torna-se também coisa natural, porque mulheres precisam ter um comportamento discreto em relação ao comportamento masculino, além de todas as restrições na maneira de se vestir. Entender todas as diferenças como harmônicas e naturais predispõe para a aceitação das normas das Escolas de Enfermagem, o que ficou bastante claro na maioria das falas das enfermeiras participantes do estudo. Praticamente elas não questionavam o modelo: quando alguma colega de classe em especial era alvo da censura por não se adequar às normas na maneira de se vestir, por exemplo, tal fato era encarado pelas entrevistadas como um problema pessoal, e não demonstraram enxergar a ideologia que subjaz às normas e padrões de conduta, que pressupõe a formação de enfermeiras.

O poder do pai parece ter sido “transferido” para o poder da diretora e professoras da Escola e praticamente todas as entrevistadas conseguiam detectar esse elo fortíssimo entre a educação recebida em casa, capitaneada pelo poder paterno, na maior parte das vezes, sustentado pelas mães, e a formação como enfermeira, ministrada durante o curso de graduação. Inclusive, chama a atenção o fato de que, embora o quadro docente das Faculdades de Enfermagem seja majoritariamente feminino, na maior parte das entrevistas, é referenciado no masculino, o que foi destacado nas falas que foram usadas nos capítulos de análise, mantendo grifadas as palavras e expressões que nomeiam o quadro docente sempre no masculino, apesar da presença maciça de mulheres nas Escolas de Enfermagem.

Se pensarmos como a Enfermagem está inserida no contexto mais amplo da área de saúde, poderíamos dizer que o “poder do pai” pode ser identificado como as relações desiguais de poder, especialmente entre a medicina e a enfermagem, levando-se em consideração que a última se constituiu como profissão a partir da divisão sexual do trabalho e, historicamente, constituiu-se como profissão auxiliar da medicina. Somente a superação dessa perspectiva proporcionará condições do exercício da enfermagem com autonomia, desconstruindo as relações de hierarquia verticalizadas. Assim, será possível cuidar, numa relação horizontal, com outras profissões de saúde, especialmente a medicina, entendendo que cuidar é **estar significativamente ao lado de outro ser humano, no transcurso de seu ciclo vital, construindo com ele planos cuidadosos que incluam, de acordo com suas necessidades e demandas: promoção da saúde; incentivo à manutenção da qualidade de vida e prevenção de agravos; recuperação de estados patológicos; incentivo às práticas do auto-cuidado e práticas paliativas, quando não houver mais possibilidades terapêuticas de cura. O cuidar deve ser construído a partir de bases científicas sólidas, numa perspectiva humanística e holística, sem a histórica dicotomia entre corpo e mente. Deve valorizar e preservar o meio ambiente onde cuidadora(e)s e seres cuidados estejam inseridos. Pressupõe uma atitude que valoriza e estimula a singularidade individual sem, contudo, perder o foco da complexidade e diversidade sócio-cultural, marcada por assimetrias de gênero, classe, raça, etnia, geração e opção sexual. Cuidar pressupõe o empoderamento de cidadãos e cidadãs na construção de uma sociedade mais igualitária e mais saudável, para o desenvolvimento das potencialidades humanas.**

Outro aspecto que chamou a atenção, durante a realização das entrevistas, foi a dificuldade manifesta de muitas entrevistadas de usar a palavra sexualidade, ou mesmo incluí-la em uma perspectiva holística e integral no contexto do cuidado. Ficou evidente a interseção entre cuidado e sexualidade, na medida em que a sexualidade desaparece no emaranhado de outras terminologias como a humanização, por exemplo, só para realçar um termo tão comum nos discursos sobre a qualidade de atenção à saúde, na atualidade. Praticamente todas as entrevistadas possuem uma visão de senso comum, em relação à sexualidade, maior parte das vezes colocando-a na perspectiva biológica do sexo que remete ao intercurso sexual, muito marcada pelos relatos de ereção, quando estavam desenvolvendo cuidados com pacientes do sexo masculino. Dessa maneira, não me parece haver um entendimento de que **a sexualidade, ao contrário do que muito(a)s acreditam, não está ligada estritamente às práticas sexuais propriamente ditas e sim a uma perspectiva mais ampla de como nossos corpos e mentes se identificam com situações prazerosas. Em uma perspectiva foucaultiana, está**

intrinsecamente ligada à constituição do sujeito moderno. É marcada por diferentes momentos históricos e culturais e extrapola o individual quando, do ponto de vista discursivo, na perspectiva médica, jurídica, psicanalítica ou religiosa, implica em juízos de valor e determina relações desiguais de poder que se ampliam para as instituições sociais.

Portadoras de uma visão de senso comum acerca da sexualidade, as enfermeiras participantes desse estudo demonstraram dificuldade em falar ou pensar a própria sexualidade e emitir opiniões sobre esta, na relação com o cuidado. Tal dificuldade foi identificada no modo como elas, subliminarmente, se recusaram a participar da oficina proposta inicialmente como técnica de aprofundamento das questões suscitadas durante as entrevistas. Ficou a impressão de que havia certo receio da exposição de suas ideias acerca do assunto, em um momento coletivo em que as singularidades se exacerbam para construir o coletivo. Na primeira entrevista piloto realizada com uma enfermeira de Montes Claros, ela procurou destacar que a sexualidade é assunto que diz respeito à psicologia, e que na enfermagem era um assunto da entrevistadora porque “trabalha com esses assuntos de gênero”.

Quando olhamos para os conteúdos programáticos para a formação das enfermeiras, percebemos avanços. Muitos currículos já trazem hoje como disciplina da graduação o conteúdo “gênero, saúde, sexualidade”. Mas uma disciplina por si só pode dar conta de mudar a prática profissional? Provavelmente não, porque o que temos visto, na maioria das vezes, é o entendimento por parte de professora(s) e aluna(o)s que tais discussões só atendem às necessidades do ensino na área de saúde da mulher. Ficou claro, especialmente na análise da categoria que discute os relatos das experiências profissionais concretas das enfermeiras (capítulo 6), que tal posicionamento trata-se de uma redução simplista que impede a visão do todo. Os resultados nos mostraram que a sexualidade e as relações de gênero possuem uma transversalidade que atravessa as maneiras de cuidar nas suas diferentes formas e lugares.

Essa transversalidade ficou evidente, quando tratamos do cuidado do corpo, em sua materialidade crua e nua, na mais restrita intimidade, desde seus aspectos teoricamente mais simples do cuidado com a higiene corporal, aos tecnicamente mais complexos, como passar uma sonda vesical. Está presente, quando fazemos promoção ou educação em saúde, nos diversos desdobramentos do PSF. Na saúde da mulher ou, quando confrontadas com as Infecções Sexualmente Transmissíveis/ISTs, precisamos romper barreiras e preconceitos para entendermos que a heterossexualidade não é a norma para todas as pessoas. Grita conosco quando, diante dos corpos fortemente marcados por uma sexualidade explícita dos portadores de transtornos mentais, nos sentimos impotentes e sem saber por onde caminhar.

Identificamos uma ruptura importante que se pode ler em alguns discursos, em relação aos homens na enfermagem. Considerá-los como sujeitos necessários para desenvolverem cuidados de enfermagem é um avanço na medida em que pode contribuir para a desconstrução do discurso hegemônico de que o cuidado é coisa de mulher e, por extensão, seriam todas as profissões ligadas a ele, como a enfermagem e o magistério.

Nesse aspecto, é preciso atentar para duas questões importantes que merecem ser levantadas. Primeiramente que em relação aos cuidados mais ligados à intimidade do corpo manter profissionais do mesmo sexo, significa respeito ao **outro** que não é mero objeto do cuidado, mas sim um ser humano que sente, sofre, se envergonha e muitas vezes cala diante do poder que representam profissionais e instituições de saúde. Entretanto, essa postura por si só não pode escamotear a importância que corpo e sexualidade representam para o cuidado de enfermagem, porque o erótico não existe apenas na perspectiva da heterossexualidade. Segundo, que as enfermeiras se aceitem e se enxerguem como mulher, no feminino, como maioria na profissão, e que façam abordagens feministas sobre o que o cuidado representa, historicamente, e o quanto as relações desiguais de gênero imprimem invisibilidade e desvalorização social à profissão.

Percebemos, pela experiência vivida, e pela produção teórica dos últimos tempos, na enfermagem brasileira, que existem lacunas em relação a essas questões. Embora o número de pesquisas sobre a influência das desigualdades de gênero e suas consequências para a enfermagem tenham aumentado, a partir dos anos 1990, percebemos certa ausência das aproximações entre enfermagem e feminismos.

Entendemos que tal distanciamento pode transformar **gênero** em uma palavra que pouco identifica seu potencial como categoria analítica, como temos visto em seu uso atual, em diversas áreas do conhecimento. Assim, é preciso não perder o foco de que **gênero é uma categoria analítica capaz de esmiuçar as relações desiguais de poder que se dão em torno das construções de masculinidades e feminilidades, situadas histórico e culturalmente, tanto do ponto de vista das relações interpessoais quanto das desigualdades institucionais, constituídas a partir das assimetrias de poder constitutivas do gênero social veiculado e reforçado pelas diversas mídias, na atualidade.** O poder da categoria gênero como possibilidade transformadora é possível se atrelado à perspectiva política de mudança social e empoderamento das mulheres, buscando desconstruir e, efetivamente, derrubar a hegemonia do modelo patriarcal, marca indelével do movimento feminista.

Essa necessidade ficou bastante evidente em todas as entrevistas. Há um discurso generalizado sobre a desvalorização e invisibilidade profissional, mas uma incapacidade de

desvelamento da realidade dos fatos que provocam tal situação. Nesse aspecto, poderíamos falar da dupla consciência, que seria um ponto essencial de superação de muitas dificuldades enfrentadas pelas mulheres, porque entendemos que, na constituição da **dupla consciência, as mulheres têm plena consciência da importância das atribuições historicamente femininas como o cuidado nos seus mais diversos desdobramentos, consciência essa que não é própria dos homens porque, historicamente, estão distantes de tais práticas. Além disso, as mulheres circulam nos meios em que se constituem as práticas sociais hegemônicas que são masculinas, e detêm uma consciência do poder embutido em tais práticas de maior prestígio social, o que lhes daria certa vantagem.** No entanto, a dupla consciência pode voltar-se contra as práticas femininas, na medida em que, apesar da consciência sobre a importância de suas práticas, elas as desvalorizam, utilizando não suas próprias lentes de mulher, mas as lentes da perspectiva dominante que é masculina.

Dessa maneira, as enfermeiras, em seus discursos, reiteram a importância do cuidado, da enfermagem, das especificidades de uma profissão que está ao lado dos que necessitam de cuidados durante as 24 horas, de ser o cuidado uma prática feminina, mas o desqualificam na medida em que afirmam que o resgate da valorização profissional passa pelo aumento do número de homens na profissão. Acreditam, inclusive, que a valorização profissional aumenta quando as enfermeiras exercem atribuições da medicina como a prescrição de medicamentos, por exemplo. Nesse aspecto, a articulação de gênero como categoria analítica, com a perspectiva feminista, seria importante para promover a autoconsciência, o que, efetivamente, resgataria uma posição política e cidadã. A meu ver, este é o maior desafio colocado pelo feminismo: além de possibilitar a entrada de mulheres em profissões de grande prestígio social que são historicamente masculinas, é dar a mesma visibilidade e prestígio às profissões do cuidado, que são historicamente femininas.

Essa visibilidade e valor constituir-se-ão quando, efetivamente, resgarmos a integralidade do cuidado, em todas as nuances e dimensões das necessidades humanas, aí inserida a sexualidade. A análise do discurso das enfermeiras que participaram desse estudo, deixou claro que o desafio está posto e um processo de mudança está em curso, ora bastante rápido e em outros momentos com mais lentidão. Resta a todas nós encararmos o desafio de construirmos cuidados de enfermagem numa perspectiva humanística, em que as diferentes formas de exercício da sexualidade não sejam interditadas.

Por fim, é preciso deixar claro que estamos cientes das possibilidades e limites desse estudo. As possibilidades estão voltadas, além da discussão que se amplia em torno do objeto de estudo, para os desdobramentos de novas pesquisas que possam vir a se desenvolver, a

partir dos resultados dessa pesquisa. Salientamos a necessidade da ampliação de novos estudos que articulem a categoria gênero com classe e raça/etnia que, com certeza, completa o tripé que sustenta esse modelo de formação e mantém a invisibilidade social da profissão. Também, a possibilidade de que, a partir dos resultados aqui obtidos, novas abordagens educacionais, voltadas para a interface sexualidade e cuidado sejam implementadas para a educação/formação de enfermeira(o)s.

Nessa perspectiva, a partir dos resultados desta pesquisa, podemos dizer que novos olhares e abordagens inovadoras deverão permear o saber-saber, saber-fazer e o saber-ser ético profissional. O saber-saber deve ser permeado, em todos os campos de atuação da(o)s enfermeira(o)s, pela abordagem efetiva da sexualidade como componente intrínseco às práticas cuidativas durante o processo interativo entre quem cuida e quem demanda cuidado, sem a interdição do corpo e da sexualidade. O saber-fazer deve ultrapassar o modelo tecnicista e asséptico que tem sido uma constante na formação de enfermeira(o)s e, além de incluir a sexualidade como parte integrante das necessidades humanas básicas que ultrapassam os aspectos meramente biológicos, desconstruir a idéia da sexualidade como algo sujo e pecaminoso que deve o tempo todo ser ocultada.

Nessa lógica, o lugar do saber-ser ético é fundamental para novas abordagens educativas. Requer um olhar diferenciado e postura crítica sobre a nossa inserção no mundo como seres cuja historicidade e cultura determinam modos de ser mulheres e homens. Essas diferenças determinam assimetrias de poder que, somadas às diferenças de classe, raça-etnia, geração, religião dentre outras, potencializam as desigualdades de maneira hierárquica, desigualdades essas que extrapolam as relações interpessoais, pois são reproduzidas pelas instituições.

Assim, se as enfermeiras passam a se olhar como mulheres com uma sexualidade fortemente marcada pelo dispositivo que a cerceia e tal cerceamento implica em lugares sociais de relações desiguais de poder, vão entender que o cuidado não é feminino, e que tal discurso é ideológico e mantém o **status quo** em que profissões do cuidado, majoritariamente exercidas por mulheres, são socialmente desvalorizadas. Essa desconstrução da idéia de que o cuidado é feminino é, sem dúvida, a alavanca capaz de desencadear uma abordagem feminista do cuidado.

Quanto às limitações, temos consciência de que as enfermeiras desse estudo se formaram em instituições públicas marcadas pela tradição e manutenção de um modelo desenvolvido no Brasil desde a criação da primeira escola para enfermeiras que se tornou padrão: a Escola de Enfermagem Ana Neri. Desde então, tínhamos um número pequeno de

Escolas de Enfermagem no Brasil. A partir do final dos anos 1990 e início da primeira década do século XXI, tivemos um aumento nunca antes visto na história da profissão no país, do número de Escolas de Graduação em Enfermagem, especialmente do ensino privado. Resta saber que impacto tal mudança acarretará ao ensino da enfermagem, especialmente no tocante à interface sexualidade cuidado, em um século que já nasceu preocupado com os direitos sexuais.

REFERÊNCIAS

Fontes primárias

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM NACIONAL. Comissão Permanente de Educação em Enfermagem. Comissão de Especialistas de Enfermagem/SESU-MEC **“Sobre uma nova proposta de currículo mínimo para a formação do enfermeiro”**. Brasília, 1989.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Parecer CNE/CES 1.133/2001**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Faculdade de Enfermagem. Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem da UFJF**. Juiz de Fora, jul. 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Faculdade de Enfermagem. Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem. **Projeto Político Pedagógico**. (Estágio). Juiz de Fora, mai. 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Projeto Político Pedagógico da Escola de Enfermagem da UFMG**. Belo Horizonte. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c122f5142d80.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS. **Projeto Político Pedagógico, Dinâmica Curricular e Ementas**. Alfenas. Disponível em: <<http://www.unifal-mg.edu.br/graduacao/?q=enf>>. Acesso em: 12 jul. 2010.

Referências

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA Juan Stuardo Yazlle. **O saber de Enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

ARAÚJO, Inês Lacerda. **Foucault e a crítica do sujeito**. Curitiba: Editora UFPR, 2000.

ARAÚJO, Maria Lucília Marques Escobar. **Fenômenos sexistas na construção da identidade sócioprofissional de enfermagem o papel do Estado e os percursos biográficos**

e representações de jovens estudantes de enfermagem. 1996. Disponível em: http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4926a2433f7b9_1.pdf. Acesso em: 10/04/2009.

ARKINS, Brian. **Sexualidade em Atenas no Séc. V.** v. 1, 1994. Disponível em: http://www.classicas.ufpr.br/projetos/artigos/Brian_Arkins-Sexualidade.pdf. Acesso em: 05/05/2009.

BADINTER, Elizabeth. **XY: sobre a identidade masculina.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

BANDEIRA, Lourdes; OLIVEIRA, Eleonora M. de. Representações de Gênero e Moralidade na Prática Profissional da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 51, n. 4, p. 677-696 out./dez. 1998.

BARSTOW, Anne Llewellyn. **Chacina de feiticeiras: uma revisão histórica da caça às bruxas na Europa.** Rio de Janeiro: José Olímpio, 1995.

BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo: fatos e mitos.** 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980. v. 1.

BELOTTI, Elena Gianini. **Educar para a submissão: o descondicional da mulher.** 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1985.

BLEICHMAR, Emilce Dio. **O feminismo espontâneo da histeria: estudo dos transtornos narcisistas da feminilidade.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela terra.** Petrópolis: Vozes, 10ª Ed., 2004.

BORDO, Susan. A Feminista como o Outro. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 8, n. 1, 2000.

BORDO, Susan. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: JAGGAR, Alison M e BORDO, Susan R. **Gênero, corpo, conhecimento.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1988.

BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BOURDIEU, Pierre. Novas Reflexões sobre a dominação masculina. In: LOPES, Marta Julia et al. **Gênero & Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BOURDIEU, Pierre. **O Poder Simbólico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertand Brasil, 2001.

BOZÓN, Michel. **Sociologia da Sexualidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

BRITO, Cleidiane Maria Sales de; NERY, Inez Sampaio; TORRES, Leydiana Costa. **Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da Citologia Oncótica**. Revista brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 60, n. 4, jul/ago, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000400005&script=sci_arttext. Acesso em: 23 out. 2010.

BROOKS, Abigail. **Feminist Standpoint Epistemology**: building knowledge and empowerment through women's lived experience. 03-Hesse-Biber&Leavy-45085.qxd 10/24/2006 12:51 PM Page 53.

BRUNEL, Pierre (Org.). **Dicionário de mitos literários**. 3. ed. Brasília/Rio de Janeiro: Editora UNB & José Olympio, 2000.

BRUSCHINI, Cristina; LOMBARDI, Maria Rosa. **A bipolaridade do trabalho feminino no Brasil contemporâneo**. Cadernos de Pesquisa, n. 110, jul, 2000. Disponível em: www.scielo.br/pdf/cp/n110/n110a03.pdf. Acesso em: 13 jul. 2008.

CARNEIRO, Ana Jaqueline Santiago; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. **Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1):1217-1226, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/031.pdf>. Acesso em: 30 out. 2010.

CARVALHO, Adailde Miranda da Silva. **Cuidado de Enfermagem ao corpo nu: mulher, repressão sexual e vergonha**. 2005. Tese [Doutorado] - Universidade Estadual de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo.

CARVALHO, Amália Correa de. **Orientação e Ensino de Estudantes De Enfermagem no Campo Clínico**. 1972. 126f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo.

CASTELLS, Manuel. **O Poder da Identidade: a era da informação: economia sociedade e cultura**. São Paulo: Paz e Terra, 2ª Ed v. 2, 2000.

CHINN, P. L.; WHEELER, C. E. Feminism and Nursing: Can nursing afford to remain aloof from the women's movement? **Nursing Outlook**, v. 33, n. 2, mai. 1995.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. **Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero**. 2001. 171f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo.

COLIÉRE, Marie-Françoise. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa/Porto/Coimbra: LIDEL/Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

CORRÊA, Sônia. **“Saúde reprodutiva”, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações**. In: GIFFIN, K e COSTA, S H. **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

COSTA, Lúcia Helena Rodrigues. **Memórias de Parteiras: entrelaçando gênero e história de uma prática feminina do cuidar**. 2002. 168f. Dissertação [Mestrado] – Universidade Federal de Santa Catarina, Escola de Enfermagem, Florianópolis.

COSTA, Lúcia Helena Rodrigues. Preparando o despertar de Lilith: a enfermagem no feminino retratada pelas publicações da REBEn durante as décadas de oitenta e noventa do século XX. *Rev. Bras. Enferm.* 55(3):331-335, maio-jun. 2002.

DELUMEAU, Jean. **História do Medo no Ocidente: 1300-1800**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

DENZIN, Norman K; LINCOLN, Yvona. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, Norman K; LINCOLN, Yvona. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DUBY, Georges; PERROT, Michelle. Escrever a história das mulheres. In: DUBY, Georges; PERROT, Michelle (Orgs.). **História das Mulheres no Ocidente: a antiguidade**. Porto: Afrontamento, 1990.

FAIRCLOUGH, Norman. **Discurso e mudança social**. Brasília: Editora UNB, 2001.

FERNANDES, Josicélia Dumê. **O Sentido político, ideológico e econômico da expansão das Escolas de Enfermagem**. *Rev. baiana enferm*;1(1):62-72, maio 1983.

FIGUEIREDO, Mariângela Aparecida Gonçalves. **Lutas simbólicas no processo de incorporação do quadro social da Faculdade de Enfermagem Hermantina Beraldo à Universidade Federal de Juiz de Fora: 1977-1983.** 2008. Tese [Doutorado] - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro.

FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida de; CARVALHO, Vilma de. **O corpo da enfermeira como instrumento do cuidado.** Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

FIORIN, José Luiz. **Introdução ao Pensamento de Bakhtin.** São Paulo: Ática, 2006.

FIORIN, José Luiz. **Linguagem e Ideologia.** 8. ed. São Paulo: Ática, 2007.

FONSECA, Tânia Mara Galli. De Mulher a Enfermeira: conjugando trabalho e gênero. In: LOPES, Marta Julia et al. **Gênero & Saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade: a vontade de saber.** 12. ed. Rio de Janeiro: Edições GRAAL, 1997. v. 1.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade: o cuidado de si.** 5. ed. Rio de Janeiro: Edições GRAAL, 1985. v. 3.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade: o uso dos prazeres.** 7. ed. Rio de Janeiro: Edições GRAAL, 1994. v. 2.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** 20. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão.** Petrópolis: Vozes, 2004.

GERMANO, Raimunda Medeiros. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

GIDDENS, Anthony. **A Transformação da Intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas.** São Paulo: Editora Unesp, 1992.

GILL, ROSALIND. Análise do Discurso. In: BAUER, W. Martin; GASKELL, George. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

GROSSI, Míriam Pillar. Posfácio. In: SILVA, Alcione Leite da; LAGO, Mara Coelho de Souza; RAMOS, Tânia Regina Oliveira (orgs.). **Falas de Gênero: teorias, análises, leituras**. Ilha de Santa Catarina: Mulheres, 1999.

GRUPO RODAS DA LUA. **O Livro das Deusas**. São Paulo: Publifolha, 2005.

HARAWAY, Donna. **“Gênero” para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra**. Cadernos Pagu, (22) pp.201-246: 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/0D/cpa/n22/n22a09.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2010.

HARAWAY, Donna. **Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial**. Cadernos Pagu (5) 1995:PP.07-41.

HARDING, Sandra. Introduction: Standpoint Theory as Site of Political, Philosophic and Scientific Debate. In: **The Feminist Standpoint Theory Reader: intellectual & Political Controversies**. New York and London: Routledge, 2004.

HARDING, Sandra. Rethinking Standpoint Epistemology: What is “Strong Objectivity”? In: ALCOFF, Linda e POTTER, Elizabeth. **Feminist Epistemologies**. New York and London: Routledge, 1993.

HEBERLE, Viviane Maria; OSTERMANN, Ana Cristina; FIGUEIREDO, Débora de Carvalho (Orgs). **Linguagem e Gênero: no trabalho, na mídia e em outros textos**. Florianópolis: Editora UFSC, 2006.

HEILBORN, Maria Luiza. Experiência da Sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: HEILBORN, Maria Luiza et al (Orgs). **O Aprendizado da Sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Garamond Universitária, 2006.

HEILBORN, Maria Luiza; BRANDÃO, Elaine R. Introdução: Ciências Sociais e Sexualidade. In: **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

HEINEMANN, Uta Ranke. **Eunucos pelo Reino de Deus: mulheres, sexualidade e a igreja católica**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1999.

HIRATA, Helena. **Nova divisão sexual do trabalho?:** Um olhar voltado para a empresa e a sociedade. São Paulo: Boitempo, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 07 set. 2010.

JAGGAR, Alison M. Feminist Politics and Epistemology: The Standpoint of Women. In: HARDING, Sandra. **The Feminist Standpoint Theory Reader: intellectual & Political Controversies**. New York and London: Routledge, 2004.

JAGGAR, Alison M. Amor e conhecimento: a emoção na epistemologia feminista. In: JAGGAR, Alison M e BORDO, Susan R. **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1988.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da Doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LONGINO, Helen. Can there a feminist science? In: HELEN, E. **Feminism & Science**. Oxford: Oxdord University Press, 1996, p. 28-40.

LOPES, Marta Júlia. O Sexo do Hospital. In: LOPES, Marta Julia et al. **Gênero & Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LOURO, Guacira. **Gênero e Sexualidade-** as múltiplas “ verdades” da contemporaneidade. In: Congresso Internacional Cotidiano, 2, 2008, Niterói, RJ. Diálogos sobre diálogos, Niterói, RJ: UFF, 2008. Disponível em: <http://www.grupalfa.com.br/arquivos/Congresso_trabalhosII/palestras/Guacira.pdf>. Acesso em: 07 out 2010.

LOURO, Guacira. **Gênero, sexualidade e educação:** uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis: Vozes, 1997.

LOYOLA, Cristina Miranda . **Os doce (i) s corpos do hospital:** as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar. 1984. Dissertação [Mestrado]. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Pelotas: Editora UFPel, 2004.

MAGER, Myriam. Preliminares para um debate: do sujeito sujeitado para um sujeito dessujeitado. *Revista de Psicologia Social e Institucional: PSI – Rev. Psicol. Soc. Instit.*, Londrina, v. 2, n. 2, p. 231-250, dez. 2000. Disponível em: <<http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revista/artigo%206.pdf>>. Acesso em: 07 jun 2008.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. A expressão de necessidades no campo de atenção básica à saúde sexual. *Revista Brasileira de Enfermagem*, nov/dez, 2005 58 (6): 703-9.

MEAD, Margareth. **Male and Female**. New York: Harper Collins, 2001.

MELO, Cristina. **Divisão Social do Trabalho e a Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MEYER, Dagmar; SOARES, Rosângela. Corpo, gênero e sexualidade nas práticas escolares: um início de reflexão. In: MEYER, Dagmar; SOARES, Rosângela. **Corpo, gênero e sexualidade**. Porto Alegre: Mediação, 2004.

MIRANDA, Cristina Maria Loyola. **O risco e o bordado**: um estudo sobre a formação da identidade profissional. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/Editora UFRJ, 1996.

MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. **Percepção da Sexualidade do Doente Mental pelo Enfermeiro**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, mar/abr, 2002. 10(2):207-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000200013&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 jun 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Aconselhamento em DST e HIV/AIDS**: diretrizes e procedimentos básicos. Brasília: julho de 1998. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/074_01aconselhamento.pdf>. Acesso em 03 jan. 2011.

MIRANDA, Karla Corrêa Lima; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. **Aconselhamento em HIV/AIDS**: análise à luz de Paulo Freire. *Revista Latino-Americana de enfermagem*. Ribeirão Preto, 2007 janeiro-fevereiro; 15(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a15.pdf>. Acesso em 08 jan. 2011.

MIZIARA, Daniela Costa. **Enfermagem moderna e representação de gênero**: um olhar sobre a institucionalização da Escola de Enfermagem Carlos Chagas nos anos de 1930. 2006. Monografia (Graduação em História) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Instituto de Ciências Humanas, Belo Horizonte.

NAKAMAE, Djair Daniel. **Novos caminhos da Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1987.

NARVAZ, Martha; NARDI, Henrique Caetano. Problematizações Feministas à obra de Michel Foucault. **Revista Mal-estar e subjetividade**, Fortaleza, v. VII, n. 1, p. 45-70, mar/2007.

NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. **Gênero e Enfermagem**. Salvador: Gráfica e Editora Positiva, 1996.

NIGHTINGALE, Florence. **Cassandra**. Copyright by Myra Stark. Connecticut: The Feminist Press, 1979.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. Tradução: Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez, 1989.

OLESEN, Virgínia L. Os Feminismos e a Pesquisa Qualitativa neste Novo Milênio. In: DENZIN, Norman K; LINCOLN, Yvona. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Aconselhamento e HIV/SIDA**. Atualização técnica, novembro de 1997. Disponível em: < http://www.onu-brasil.org.br/doc/6_Aconselhamento%20e%20HIV_SIDA.pdf >. Acesso em 03 jan. 2011.

ORSI, Carlos. Estatueta “pornô” é a mais antiga obra de arte figurativa. **O Estado de São Paulo: Caderno Ciência**. São Paulo, 13/05/2009. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,estatueta-porno-e-a-mais-antiga-obra-de-arte-figurativa,370246,0.htm>>. Acesso em: 09 jun. 2009.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; MANCIA, Joel Rolim. **Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história**. Revista Brasileira de enfermagem, nov/dez 2005 58(6):723-6. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a18v58n6.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2010.

PADILHA, M. Itayra Coelho de Souza et.al Acordando a Bela Adormecida: Gênero ou Sexismo no discurso da Enfermagem. **Revista Ciências da Saúde**, v. XVII, n.1, 1998.

PAECHTER, Carrie. **Meninos e Meninas: aprendendo sobre masculinidades e feminilidades**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PAIXÃO, Waleska. **História da Enfermagem**. Rio de Janeiro: Bruno Buccini, 1969.

PARRELA, Álvaro Piris. COSTA, Lúcia Helena Rodrigues. **Homens na Enfermagem: relatos masculinos em uma profissão historicamente feminina**. Faculdade Unidas do Norte de Minas/FUNORTE. Montes Claros: Monografia de Conclusão de Curso. 2007.

PASSOS, Elizete Silva. **De Anjos a Mulheres: ideologias e valores na formação de enfermeiras**. Salvador: EDUFBA, 1996.

PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo; PENTEADO, Regina Zanella; MARCELO, Vânia Cristina. Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **O mundo da saúde**, ano 24, v. 24, n. 1, p. 39-44, 2000.

PEREIRA, Lucimar. **Histórico do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena**. set. 2009. Disponível em: <http://www.museudapsiquiatria.org.br/predios_famosos/exibir/?id=1>. Acesso em 18 jan. 2010.

PERROT, Michelle. **As mulheres ou os silêncios da história**. Bauru: EDUSC, 2005.

PERROT, Michelle. Os silêncios do corpo da mulher. In: MATOS, Maria Izilda S. de; SOIHET, Rachel (Org.). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: Edunesp, 2003.

PIRES, Denise. **Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

PISCITELLI, Adriana. Re-criando a (categoria) mulher? In: ALGRANTI, Leila Mezan (Org.). **A Prática Feminista e o Conceito de Gênero**. São Paulo, IFCH/Unicamp, 2002.

POIRIER, Jean et al. **Histórias de Vida: teoria e prática**. Oeiras: Celta, 1999.

POLAK, Ymiracy N. de Souza. **A corporeidade como resgate do humano na enfermagem**. Pelotas: Editora UFPEL, 1997.

PUPULIM, Jussara Simone Lenzi; SAWADA, Namie Okino. **O Cuidado de Enfermagem e a Invasão da Privacidade do doente:** uma questão ético-moral. *Revista Latino-Americana de enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, mai/jun 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300018>. Acesso em 09 jun. 2010.

RAMALHO, Viviane C. Vieira Sebba. Constituição da análise de discurso crítica: um percurso teórico-metodológico. *Signótica*, Vol. 17, No 2 (2005). Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/index.php/sig/article/viewArticle/3731>>. Acesso em: 12 mai. 2009.

RESENDE, Viviane de Melo; RAMALHO, Viviane. **Análise de Discurso Crítica**. São Paulo: Contexto, 2006.

RESSEL Lúcia Beatriz; GUALDA, Dulce Maria Rosa. **A sexualidade invisível ou oculta na enfermagem?** *Rev Esc Enferm USP* 2002; 36(1): 75-79. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a10.pdf>>. Acesso em 13 ago.2007.

ROHDEN, Fabíola. **Uma Ciência da Diferença:** sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

ROK, Ester Chapiro et al. Sistemas de Salud y la Política de la Mujer. In: COLECTIVA del Libro de Salud de las Mujeres de Boston. **Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas**. Nueva York: Siete Cuentos Editorial, 2000.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. **Programa Saúde da Família:** a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, nov/dez, 2005. 13(6):1027-34. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2010.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Emílio ou da educação** (livro V). 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

SAFFIOTI, Heleieth. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, Albertina de Oliveira e BRUSCHINI, Cristina. **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos/Fundação Carlos Chagas, 1992.

SARDENBERG, Cecília Maria Bacelar. Introdução do Livro Feminismo, ciência e tecnologia. In: COSTA, Ana Alice Alcântara; SARDENBERG, Cecília Maria Bacelar. **Feminismo, ciência e tecnologia**. Salvador: REDOR/NEIM/Editora UFBA, 2002.

SCOTT, Joan. A Mulher Trabalhadora. In: DUBY, Georges; PERROT, Michelle (Orgs). **História das Mulheres no Ocidente: o século XIX**. Porto: Edições Afrontamento, 1991.

SCOTT, Joan. Gênero uma categoria útil de análise histórica Revista Educação e Realidade, faced/ufrgs,16(2): jul/dez 1990.

SHERER, Magda Duarte dos Anjos; MARINO, Selma Regina Andrade; RAMOS, Flávia Regina Souza. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v. 9, n. 16, p. 53-66, set. 2004/fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a05.pdf>>. Acesso em: 23 set.2010.

SOUZA LOBO, Elizabeth. O trabalho como linguagem: o gênero do trabalho. In: COSTA, Albertina de Oliveira e e BRUSCHINI, Cristina. **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos/Fundação Carlos Chagas, 1992.

SILVA, Carmen A. Duarte; BARROS, Fernando; HALPERN, Sílvia C. & SILVA, Luciana A. Duarte. Meninas bem-comportadas; boas-alunas; meninos-inteligentes; indisciplinados. **Cadernos de Pesquisa**, n. 107, p.207-225, jul/1999. Disponível em: <<http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/cp/arquivos/129.pdf>>. Consulta em: 04 mar. 2010.

SILVA, Graciete Borges. **Enfermagem Profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo. Estar despido na UTI: duas percepções, um encontro. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, dez. 1997, 5(2): 449-59.

SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; GUALDA Dulce Maria Rosa ; SOBRAL, Vera Regina. Body and nursing: a delicate relationship. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 2, n. 3, dez. 2003. Disponível em: <www.uff.br/nepae/objn203silveiragualdasobral.htm>. Acesso em: 01de jul. de 2010.

STARK, Myra. Introdução. In: NIGHTINGALE, Florence. **Cassandra**. Copyright by Myra Stark. Connecticut: The Feminist Press, 1979.

SOBRAL, Vera Regina Sales. **A Purgação do Desejo: memórias de enfermeiras**. 1995. Tese [Doutorado]. Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem, Rio de Janeiro.

SWAIN, Tânia Navarro. Entre a vida e a morte, o sexo. In: STEVENS, M. T. Cristina; SWAIN, Tânia Navarro. **A construção dos Corpos**: Perspectivas feministas. Ilha de Santa Catarina: Mulheres, 2008.

THERBORN, Goran. **Sexo e Poder**: a família no mundo 1900-2000. São Paulo: Contexto, 2006.

TOLEDO, Josefar Reis de et al. **Emblemas e Rituais**: reconstruindo a história da Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 jun; 12 (2): 243 - 50. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a07.pdf>>. Acesso em 05 ago.2010.

TOURAINÉ, Alain. **O Mundo das Mulheres**. Petrópolis: Vozes, 2007.

TRONTO, Joan C. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In: JAGGAR, Alison M e BORDO, Susan R. **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1988.

VEYNE, Paul. A Homossexualidade Masculina em Roma. In: ARIÉS, Philippe; BÉGIN, André. (Orgs.). **Sexualidades Ocidentais**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

VIEIRA, Elizabeth Meloni. **A Medicalização do Corpo Feminino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

VILLELA, Wilza Vieira & ARILHA, Margareth. Sexualidade, Gênero e Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: BERQUÓ, Elza (org.) **Sexo & Vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora Unicamp, 2003.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado Humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzatto, 1999.

WALDOW, Vera Regina. **A Opressão na Enfermagem**: um estudo exploratório. In: LOPES, Marta Julia et al. **Gênero & Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

WEEKS, Jeffrey. O Corpo e a Sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (org.) . **O Corpo Educado**: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. Disponível em: <<http://www.autenticaeditora.com.br/download/capitulo/20090504102217.pdf>>. Acesso em: 17 dez 2010.

WOLF, Naomi. **O Mito da Beleza:** como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Rio de Janeiro, Rocco, 1992.

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1ª Via Participante
2ª Via Investigadora

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM TÍTULO DO PROJETO: “ESTENDENDO O FIO DE ARIADNE: sexualidade feminina e a interseção com o cuidado nos discursos de enfermeiras
---	--

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Estendendo o Fio de Ariadne: sexualidade feminina e a interseção com o cuidado nos discursos de enfermeiras

Instituição promotora: Tese de doutoramento desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia/UFBA

Coordenadora: Lucia Helena Rodrigues Costa

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve os objetivos, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- Objetivos:

- Conhecer através dos discursos das enfermeiras, aspectos do processo da subjetivação pela sexualidade ao longo da construção identitária como mulheres e como enfermeiras e sua relação com as práticas de cuidado;
- Analisar a intersecção entre a sexualidade e o cuidado de enfermagem enquanto prática social;
- Identificar mudanças e/ou permanências na interdição da sexualidade nas concepções sobre a prática do cuidado em diferentes gerações de enfermeiras.

2- Metodologia/procedimentos

Serão utilizadas duas técnicas qualitativas de pesquisa: a entrevista (individual) em profundidade para a coleta de história oral de vida e oficinas coletivas de reflexão.

3- Justificativa

Justifica-se o estudo primeiro pela lacuna encontrada do ponto de vista da produção teórica. Em consulta sobre o estado da arte foi possível perceber que embora a sexualidade comece a ocupar espaço nas produções científicas da enfermagem brasileira, pouquíssimas pesquisas problematizam a formação identitária das enfermeiras e sua relação com o cuidado. É como se “educar para a sexualidade” já estivesse implícito na condição de “ser enfermeiro”. Segundo porque estudos que lancem luzes sobre a formação de enfermeiras problematizando a interdição do corpo e da sexualidade podem vir a contribuir para uma melhor qualidade do cuidado prestado à clientela tanto na promoção da saúde como nos cuidados desenvolvidos em instituições hospitalares.

4- Benefícios

Crescimento científico e humanístico da enfermagem brasileira.

5- Desconfortos e riscos

Não se aplicam

6- Danos

Não se aplicam

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis

Não se aplicam

8- Confidencialidade das informações

A participação é livre e seu nome verdadeiro não será divulgado. Você poderá escolher nome fictício para a sua identificação conforme consta no projeto. Você terá a liberdade de desistir em qualquer momento da pesquisa sem nenhum prejuízo além de ter acesso a todo o material produzido durante as entrevistas e/ou oficinas de reflexão. Caso aceite participar da pesquisa, pedimos sua permissão para gravar sua fala.

9- Compensação/indenização

Não há compensação ou indenização caso você aceite participar do estudo.

10- Outras informações pertinentes

No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com a pesquisadora através do telefone (38) 3082 5199 ou (71) 9146 9979 ou na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, situada à Rua Augusto Viana S/N Vale do Canela, Salvador-Bahia, CEP: 41060-110 na Coordenadoria de Pós-graduação em Enfermagem através da orientadora Profª Drª Edméia Coelho.

11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. Em se tratando de pesquisa a ser realizada com menores de idade, responsabilizarei pela divulgação dos dados.

_____	_____	_____
Nome do participante	Assinatura do participante	Data
_____	_____	_____
Nome da testemunha	Assinatura da testemunha	Data
_____	_____	_____
Nome do coordenador da pesquisa	Assinatura da coordenadora da pesquisa	
Data		

Endereço da Pesquisadora: Rua São Mateus 233 Montes Claros/MG CEP: 39400139 – Rua Tenente Bento 155 B- Nova Brasília de Itapoã- Salvador/BA- CEP: 41630 010
 Telefone: (38) 3082 5199; (71) 9146 9979

APÊNDICE B – Ficha de Identificação das Participantes

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM TÍTULO DO PROJETO: “ESTENDENDO O FIO DE ARIADNE: sexualidade feminina e a interseção com o cuidado nos discursos de enfermeiras
---	--

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

DATA _____

LOCAL _____

PARTICIPANTE _____

IDADE _____

ESCOLARIDADE _____

COR AUTODECLARADA _____

RELIGIÃO _____

ESTADO CIVIL _____

DATA DA CONCLUSÃO DA GRADUAÇÃO: ____/____/____

ESCOLA/UNIVERSIDADE: _____

PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU: ____/____/____

ESCOLA/UNIVERSIDADE _____

PÓS-GRADUAÇÃO STRICTU SENSU: ____/____/____

ESCOLA/UNIVERSIDADE: _____

TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL: _____ ANOS

ESPECIFIQUE: _____

APÊNDICE C - Pontos norteadores da entrevista

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM TÍTULO DO PROJETO: “ESTENDENDO O FIO DE ARIADNE: sexualidade feminina e a interseção com o cuidado nos discursos de enfermeiras
---	--

- 1) A vida em família: “construtos sobre ser menina” **“construtos sobre sexualidade”**
- 2) A adolescência: “construtos sobre a sexualidade da menina-moça”
- 3) A escolha da profissão: motivos e “construtos sobre ser mulher e ser enfermeira” e os comportamentos aceitáveis para as mulheres. Sexualidade e relações com o corpo (o próprio corpo e o corpo da(o)s outra(o)s”).
- 4) **Representação/concepção** sobre a sexualidade percebida e (incorporada?) durante a formação como enfermeira.
- 5) O desenrolar da prática profissional e situações ligadas à sexualidade.

ANEXO A- Autorização do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO

Montes Claros, 18 de Setembro de 2009.

Processo Nº 1625

Título do projeto de pesquisa: **ESTENDENDO O FIO DE ARIADNE: SEXUALIDADE E CUIDADO NOS DISCURSOS DE ENFERMEIRAS**

Orientanda: Lucia Helena Rodrigues Costa

Orientador (a): Prof^ª Dr^ª Edméia de Almeida Cardoso Coelho

Relatora: Prof^ª. Nair Amélia Prates Barreto

Histórico

A invisibilidade e o ocultamento de alguns temas trazem, por si só, uma significação especial. Isto acontece em relação ao tema da sexualidade na formação e na prática. A sexualidade, como expressão humana é uma experiência pessoal, fruto de uma construção única a cada ser e fundamenta uma representação cultural, que transparece nos gestos, discursos, atitudes, posturas, olhares, silêncios, enfim, no comportamento de cada pessoa como um todo. Tem uma relação muito próxima ao sentimento, se expressa através das emoções, da sensibilidade, do jeito de ser de cada um e da representação verbal e não-verbal dos corpos. É parte da construção sócio-cultural de todas as pessoas, independentemente do querer ou não delas. Às vezes a sexualidade é tratada como um tabu é a própria carência de estudos, de discussões e de reflexões realizadas em nível acadêmico e na própria prática profissional.

Mérito

A realização desta pesquisa qualitativa tendo público alvo enfermeiras que se formaram em escolas brasileiras subdivididas em dois grupos: o primeiro será composto por aquelas que se formaram até o final dos anos 1970 e o segundo por profissionais formadas entre 1995 e 2005. Apresenta critérios de inclusão para o primeiro grupo: ser enfermeira formada até o final dos anos 1970 em escola de enfermagem pública ou privada no território nacional, ter atuado como cuidadora ou em cargos de gerência do cuidado em unidades de saúde coletiva ou hospitalar, ter disponibilidade declarada de poder participar da pesquisa e para o segundo grupo de participantes do estudo serão convidadas enfermeiras que desenvolvam atividades de cuidado em unidades ambulatoriais, hospitalares ou em saúde coletiva de Montes Claros-MG. Serão os seguintes os critérios de inclusão: ter se graduado entre 1995 e 2005 em escolas de enfermagem da rede pública ou privada no território nacional, ter trabalhado por no mínimo três anos nas áreas do cuidado, ter disponibilidade declarada de poder participar da pesquisa. O cenário do estudo terá como referência a cidade de Montes Claros- MG, local onde exerce minhas atividades profissionais. Tem como objetivos conhecer através dos discursos das enfermeiras, aspectos do processo da subjetivação pela sexualidade ao longo da construção identitária como mulheres e como enfermeiras e sua relação com as práticas de cuidado, analisar a intersecção entre a sexualidade e o cuidado de enfermagem enquanto prática social, identificar mudanças e/ou permanências na interdição da sexualidade nas concepções sobre a prática do cuidado em diferentes gerações de enfermeiras e apresenta como benefício Crescimento científico e humanístico da enfermagem brasileira. A técnica de produção do material empírico serão narrativas colhidas através das histórias de vida através de oficinas de reflexão. Análise dos dados será através da análise do discurso.

Parecer

O Comitê de Ética da Unimontes analisou o processo Nº 1625 e entende que o mesmo está completo e dentro das normas do Comitê e das Resoluções Nacional da Saúde/Ministério da Saúde. Sendo assim, somos pela **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa.

Prof^ª Vânia Silva Vilas Boas Vieira Lopes
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes