

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Instituto de Medicina Social - IMS
Programa de Mestrado em Saúde Coletiva

Dissertação de Mestrado:

**AS REPRESENTAÇÕES SOBRE SEXUALIDADE E GÊNERO ENTRE
TRABALHADORAS DE NÍVEL MÉDIO EM SAÚDE MENTAL**

Pilar Belmonte

Orientadora: Maria Luiza Heilborn

Rio de Janeiro
Fevereiro - 1999

RESUMO

A dissertação discute as representações sociais acerca da sexualidade e gênero de um grupo de trabalhadoras de nível médio em saúde mental, através do discurso sobre o corpo do paciente e o comportamento sexual manifesto da clientela assistida. Foi realizado em trabalho de campo nas enfermarias do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB, que se distingue dos demais estabelecimentos por não adotar a política de segregação dos sexos. A análise está centrada no adestramento dessas trabalhadoras, que promove a criação de barreiras entre o fazer profissional e a experiência subjetiva de lidar com o corpo do outro. O paciente é desinvestido de suas particularidades. Apesar dessa despersonalização, característica da situação asilar e das inovações introduzidas no tratamento de doentes mentais, as representações sobre a sexualidade e o gênero, oriundas da visão de mundo dessas auxiliares e técnicas de enfermagem fornecem o quadro de referência para lidarem com o cotidiano laboral. Este fato assume maior importância quando se constata que a prática institucional não contempla a discussão sistemática da sexualidade dos internos.

ABSTRACT

This work discusses the social representations concerning the sexuality and gender of a group of under-graduate workers in mental health, through the speech about the patient's body and the manifesto sexual behavior of the attended clientele. It was accomplished in field work in the infirmaries of the Institute of Psychiatry of the Federal University of Rio de Janeiro - IPUB, that is distinguished of the other establishments for not adopting the politics of segregation of the sexes. The analysis is centered in those workers' training, that promotes the creation of barriers among their professional practice and the subjective experience of working with someone else's body. The patient is dislocated of his/hers particularities. In spite of that characteristic of the asylum situation and of the innovations introduced in the treatment of the mentally ill, the representations on the sexuality and the gender, originating from the world vision of those under-graduate nurse workers supply the framework for they to deal with the daily labor. This fact assumes larger importance when it is verified that the institutional practice doesn't contemplate the systematic discussion of the interns' sexuality.

SUMÁRIO

<i>Introdução</i>	5
 <i>Capítulo 1: Situando o objeto</i>	
1.1.O trabalho em Enfermagem	10
1.2.História da Enfermagem no Brasil	13
1.3.Enfermagem e Gênero	18
1.4.O corpo em questão	22
1.5.Sexualidade e Representações	25
1.6.Sexualidade e Enfermagem	31
 <i>Capítulo 2: Delimitando o campo</i>	
2.1.O Atendimento Psiquiátrico	33
2.2.O IPUB	35
2.3.Notas sobre o Campo	41
2.4.As entrevistas	52
 <i>Capítulo 3: Análise das entrevistas</i>	
3.1.Caracterização do universo da pesquisa	55
3.2.Identidade e papéis	58
3.3.Imagens de Gênero	69
3.4.Sexualidade e Gênero	74
 <i>Considerações finais</i>	 95
<i>Referências Bibliográficas</i>	100

INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende discutir as representações sobre gênero e sexualidade entre as trabalhadoras de nível médio em saúde mental.

Entende-se aqui que gênero não se refere apenas a uma dimensão fisiológica mas, depende da forma de atribuição e valores dos papéis sociais relativos aos dois sexos. Não existe, portanto, uma essência masculina ou feminina, ou seja, masculinidade e feminilidade não são propriedades intrínsecas aos corpos e sim, atribuições sociais que demarcam diferenças entre homens e mulheres.

Da mesma maneira que gênero refere-se à construção social, a sexualidade deve ser entendida como efeito de valores e significados que são dependentes do contexto social. Nesse sentido, não existe uma sexualidade universal.

Embora analiticamente distintos, gênero e sexualidade são dois domínios entrelaçados na representação mais tradicional do mundo. Existe uma vinculação entre a experiência da sexualidade e a construção social de gênero, havendo uma diferença sexual patente nas atribuições de papéis definidos. Assim, o estudo concomitante de ambas as representações se apresenta como uma complementaridade necessária para uma melhor compreensão dessas representações.

Buscou-se, através de um estudo da literatura, através de entrevistas e da observação participante, refletir acerca da concepção sobre sexualidade e gênero, elegendo-se o corpo como um dos fios condutores, já que este se transforma em objeto de intervenções profissionais, alvo das ações dessas trabalhadoras, quando inserido numa instituição hospitalar.

O corpo é fonte de sensações diversas, que envolvem dor, prazer e ainda, sensações de conteúdo erótico. Tomando-se neste trabalho o corpo, como fonte

de prazer e entendendo-se que as práticas sexuais também são “técnicas corporais” (Bozon,1993) e ainda, que a própria idéia de sexualidade está intimamente ligada à idéia de corpo, creio que o discurso sobre o corpo do paciente, foi uma via privilegiada para alcançar o universo representacional acerca do gênero e da sexualidade, implícito no que foi verbalizado a respeito do ato de cuidar, nas entrevistas realizadas com essas trabalhadoras.

Na minha experiência profissional, enquanto docente de um curso básico em saúde mental para trabalhadores de nível médio, pude observar nas discussões em sala de aula a dificuldade dessa clientela em lidar com o paciente que expõe seu próprio corpo. Os comentários revelavam dois tipos de atitude, ora optava-se por uma maneira jocosa, tentando dar pouca importância ao fato ou se fazendo piadas, ora pela censura.

O curso ao qual me refiro foi criado em 1995 e até o momento recebeu o total de setenta e oito alunos, sendo cinquenta e quatro mulheres e vinte e quatro homens, divididos por faixa etária no seguinte percentual: de 21 a 30 anos, 10%; de 31 a 40 anos, 55%; 19% entre 41 e 50 anos e apenas 8% acima dos 50 anos¹.

Quanto a habilitação, 49% são auxiliares de enfermagem; 27% são técnicos de enfermagem, estando o restante divididos por *outras profissões*.

Um episódio em particular gerou o motivo dessa investigação: uma aluna alegou não ter recebido o paciente na oficina em que trabalhava, pois este se encontrava com a “braguilha aberta e o pau de fora”. Ela se referia a atitude como sendo “sem vergonhice” e “falta de respeito”.

Apesar de todo o treinamento dispensado, esse fato revela um modo de classificar a situação que demonstra a ausência de percepção da doença mental como provável deflagrador do comportamento apresentado, e concepções acerca do corpo e sexualidade que envolvem noções como respeito, moral e vergonha. Com base nessa observação, optei, na construção desta dissertação, por trabalhar em capítulos, de modo a facilitar a compreensão de aspectos, que

¹ 1% menor de 20 anos e 7% de idade ignorada.

aparentemente diferentes entre si, permeiam a discussão acerca da investigação proposta, que podem ajudar na reflexão e ainda, permitiram apontar caminhos no momento de análise das entrevistas.

O primeiro capítulo se propõe a buscar as origens da enfermagem. Como a categoria se dividiu na forma em que se apresenta hoje: enfermeiras (nível superior), técnicas e auxiliares de enfermagem (nível médio), havendo uma hierarquia das funções, cabendo às enfermeiras o trabalho intelectual, a administração, controle, supervisão e orientação das auxiliares e técnicas de enfermagem, as quais por sua vez, ficam com as tarefas que envolvem o contato direto com o paciente como cuidados de higiene, alimentação, medicação, etc.

A diferenciação se dá não somente na divisão das tarefas, mas além, a divisão das tarefas é reflexo do grau de instrução (nível superior das enfermeiras *versus* nível médio- auxiliares (1º grau) e técnicas (2º grau) de enfermagem), o que por sua vez, reflete a classe sócio econômica de origem, visto que a obtenção de título de curso superior em nosso país, ainda é privilégio de camadas economicamente mais favorecidas, ou de grupos que estão em processo de ascensão social.

Creio que fica claro a escolha das auxiliares e técnicas de enfermagem como universo empírico da pesquisa, já que por terem menor grau de instrução, são as que assumem as tarefas que implicam uma convivência próxima, um contato direto com o paciente.

Entendo que essas trabalhadoras urbanas fazem parte do que Duarte (1993) denomina como *grupos populares*, os quais segundo o autor, são portadores de uma racionalidade própria, de um sentido que destoa dos pressupostos peculiares ao universo das camadas médias, sendo as concepções acerca do sexo e da sexualidade um exemplo deste modo distintivo de ser. Para esses grupos a sexualidade não se constitui em domínio de significação isolada e nem importa numa interiorização da pessoa, apanágio da modernidade. Sexo e

prazer estão encompassados por uma referência à moralidade², que os situa eminentemente num quadro amplo de relações sociais, com pouco destaque para o indivíduo enquanto categoria central.

Esta dissertação trata da interação que ocorre no cuidado das trabalhadoras com os pacientes, dentro de uma instituição hospitalar, a qual possui normas e rituais próprios e uma série de mecanismos disciplinares com intuito de uniformizar os corpos para melhor controlá-los. Sob essa influência, de um imaginário de controle e repressão a atitudes entendidas como inadequadas, é possível perceber as representações de gênero e sexualidade desse grupo de mulheres no exercício de suas atividades.

Analiso, ainda, algumas definições acerca do conceito de sexualidade, entendendo-a também dentro de uma dimensão construtivista, comparando períodos históricos e percebendo como a formação da enfermagem foi capturada na modernidade, pela valorização do sexo como um segredo, com um discurso de controle.

Exponho mais adiante, numa breve discussão acerca das representações sociais, o referencial teórico-metodológico, baseando-me em Durkheim, autor central para a elaboração desse conceito.

No capítulo 2 apresento o local da investigação, situando-o historicamente e justificando o porquê da escolha. Como esta investigação aborda o cuidado dentro de um hospital psiquiátrico, achei por bem situar o leitor quanto ao atendimento psiquiátrico oferecido na atualidade e as implicações em ser um paciente portador de distúrbios mentais. A seguir, encontram-se algumas notas sobre o trabalho de campo e um relato etnográfico propriamente dito.

² Moralidade no sentido proposto por Duarte é um modo de designação contrastivo à sexualidade moderna. Mais do que designar um sistema de valores e regras de conduta acerca do que é lícito ou ilícito na atividade sexual ou erótica, o conceito de Duarte alude à concepção de que a sexualidade não é uma seara específica, autônoma de construção da pessoa, estando imersa numa concepção relacional da pessoa em que o sexo se subsume à preeminência de papéis sociais.

Finalmente, no último capítulo, a análise das entrevistas onde se realiza uma reflexão sobre a identidade social das trabalhadoras envolvidas, de como esta se atualiza num jogo relacional, tendo a situação social como determinante na ênfase ou esmaecimento da própria identidade, estando a representação acerca do gênero e da sexualidade dependente do plano de significação.

Capítulo 1.

Situando o Objeto

1.1. O Trabalho em Enfermagem ³

Os cuidados ao doente são prestados por distintas pessoas, através dos tempos, até a institucionalização da enfermagem.

Na Idade Média, os cuidados eram exercidos na maioria por religiosas e mulheres, possuindo um caráter eminentemente caritativo, em que o objetivo principal era, através do cuidado dessas pessoas necessitadas, expiar os pecados, garantindo a salvação das próprias almas, ideal religioso que se adequa aos anseios da sociedade feudal, estruturada sob a influência do cristianismo (Silva, 1989).

A denominada Idade da Razão, início do século XVII, instaurando o aparecimento da Ciência, implica um olhar sobre o mundo que reivindica uma maior objetividade, com “novas descobertas” no campo da medicina, introduzindo transformações no hospital medieval, que passa de um local de exclusão do pobre e do doente, a se constituir como instituição terapêutica na Europa do final do século XVIII (Foucault, 1989).

O hospital é fruto de um grande processo de disciplinarização. Há o início de um saber médico hospitalar e se começa também o preparo de agentes para prestar cuidado aos doentes. Dessa forma, o hospital passa a ser organizado pelo saber médico, que ocupa o mais alto grau na hierarquia e no exercício do poder institucional (Foucault, 1989).

³ Não utilizo o termo **profissão** ao me referir à enfermagem, seguindo as recomendações da proposta de Freidson (1972) quanto a uma definição estrita da *Sociologia das Profissões*. O autor define profissão pelo controle completo e mandato social sobre seu próprio trabalho, oriundos do status de autonomia que a divisão do trabalho concede à categoria. Assim, está em oposição à definição de ocupação que estaria tecnicamente subordinada a uma profissão.

Nesse momento, a enfermagem se institui e uma parte do grupo de religiosas e mulheres que já se encontra trabalhando no hospital, começa a receber treinamento formal, mas ainda não socialmente institucionalizado.

Permanece, ainda, a organização hospitalar oriunda das congregações religiosas, com a designação de **matron** para a mulher que dirigia o serviço de enfermagem e a de **sister** para a encarregada das enfermarias. *“Este momento constitui-se no início da divisão social do trabalho entre os elementos designados para prestarem os cuidados de enfermagem, reproduzindo a hierarquia religiosa, por sua vez inspirada na organização militar, dentro da instituição hospitalar”* (Melo, 1986:36)

Cabe lembrar que essa divisão do trabalho já se estabelecia anteriormente, sem nenhum fundamento técnico, apenas reproduzindo a hierarquia encontrada nos conventos e hospitais, quando as religiosas, de modo geral, coordenavam e supervisionavam o serviço dos hospitais, ficando a realização do trabalho manual aos leigos, voluntários ou trabalhadores mal remunerados, oriundos de camadas mais pobres da população.

Como consequência da organização do hospital em um lugar de cura, das transformações no saber e nas práticas médicas, a enfermagem se institucionaliza, exigindo assim um preparo técnico para seu desempenho, tendo como local propício o hospital, transformado em local de ensino e realizações médicas.

A prática da enfermagem se separa da prática médica, com a enfermagem se subdividindo, numa reprodução de hierarquias, tendo de um lado as enfermeiras que coordenam e ensinam e de outro as enfermeiras, executoras oriundas de classes sociais diferenciadas.

A enfermagem moderna, como é hoje conhecida, que reivindica um status científico e profissional, tem como semente o cenário de uma Inglaterra vitoriana.

A figura precursora é Florence Nightingale, membro da aristocracia inglesa, que consegue vencer a resistência da família à sua atividade. Ela trabalhou em entidades filantrópicas, inclusive administrando um pequeno asilo para senhoras de poucos recursos, antes de organizar os hospitais militares ingleses.

De forma sucinta, pode-se dizer que a enfermagem moderna nasce no espaço institucional dos hospitais militares. A Guerra da Crimeia (1854-1856) projeta para o mundo os horrores aos quais as tropas inglesas feridas ficam submetidas; a má administração dos hospitais militares e a negligência com os doentes e feridos. Assim, Florence, aceitando o convite do governo inglês, através do Ministro da Guerra, seu amigo pessoal, parte para o Oriente levando consigo um grupo de 38 enfermeiras enviadas por instituições inglesas, as quais através da orientação e supervisão de Miss Nightingale conseguem reduzir de 42% para 2% o índice de mortalidade nos hospitais militares (Miranda, 1994).

Tendo seu trabalho oficialmente reconhecido pelo governo inglês, recebe incentivos para a criação de uma escola de formação de enfermeiras - a Nightingale Training School for Nurses, estabelecendo assim a primeira profissionalização na enfermagem.

A organização do trabalho da enfermeira procede então basicamente através de duas categorias: as das *ladies nurses* e a das *nurses*. As *ladies nurses* eram provenientes da aristocracia inglesa ou da burguesia, ficavam com as funções de supervisão das *nurses*, de ensino e administração hospitalar. Elas eram valorizadas socialmente, portadoras de um saber e detentoras de um poder e as *nurses*, simples executoras de tarefas, que possuíam baixo prestígio social, oriundas do proletariado e ficavam responsáveis pelas tarefas “domésticas” como a troca de roupa de cama, o banho no leito, a administração de medicamentos, o que propiciava um contato direto com o paciente. (Almeida e Rocha, 1986).

A proposta de Florence Nightingale é fazer a atividade de cuidado de pacientes ser regida por critérios de cientificidade; prevê para isso, o uso de

técnicas e procedimentos alcançados às custas de treinamento escolar, disciplina rígida e austeridade moral. Esse ideário tem como ponto de partida a prescrição de um comportamento social com base no puritanismo e na devoção calcada nos pilares da religião evangélica vitoriana.

Esse modelo de formação de enfermeiras, segundo os princípios Nightingalianos, se difunde em todo o Ocidente, influenciando a estruturação da nova profissão e de seu saber em vários países, entre eles os Estados Unidos, no período entre 1873 a 1875. Este fato é de especial importância para o Brasil, já que são as enfermeiras americanas vêm para organizar e instalar a primeira escola de enfermagem no modelo Nightingale, no país, como veremos adiante.

1.2. A História da Enfermagem no Brasil

O cuidado com pessoas necessitadas dá-se originalmente com feiticeiros e pajés, incorporando posteriormente jesuítas, religiosos, que se tornam os enfermeiros da primeira Santa Casa, fundada em 1543, sendo auxiliados por voluntários e escravos.

No século XVIII é criado o Hospital Militar do Rio de Janeiro, que visava salvar da morte soldados. Essa iniciativa tinha por fundamento salvar elementos que eram preciosos devido ao treinamento dispensado para utilização de armamentos mais complexos. Nesse período ainda predomina a atuação de curadores, jesuítas e pajés.

Após a proclamação da República, com a crescente exportação do café, desenvolve-se a prática sanitária, se processando o desenvolvimento da enfermagem como prática institucional. O Estado controla a saúde pública, basicamente exercida por médicos e inspetores sanitários, enquanto nos hospitais as religiosas continuam exercendo os cuidados de enfermagem.

A guerra também tem um papel de destaque no surgimento da profissão de enfermagem em nosso país.

Por volta de 1916, com as repercussões da 1ª Grande Guerra, a Cruz Vermelha inicia, no Rio de Janeiro, um curso de enfermagem com o objetivo de preparar voluntárias para as emergências de guerra, surgindo assim, a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira (Fernandes,1982). A partir de 1920, instaura-se também o primeiro curso para visitadoras sanitárias, primeira categoria de pessoal de enfermagem com algum preparo para atuar na área de saúde pública.

Dentro desse quadro de propostas cria-se o Departamento Nacional de Saúde Pública, e se constitui em 1922 o Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública e a primeira Escola de Enfermagem, financiada pela Fundação Rockefeller, sob a orientação de enfermeiras norte-americanas, seguindo o modelo inglês, já apresentado.

Nasce então, a enfermagem moderna no Brasil, cujo ensino obedece aos princípios nightingalianos, entre eles a preocupação com a conduta pessoal das alunas, que compreendia tanto os gestos, o comportamento quanto o vestuário.

Surgido na época áurea da Saúde Pública, esse ensino tem como objetivo explícito a melhoria das condições sanitárias da população e como finalidade implícita o atendimento aos interesses econômicos do país, bem como proteger as classes dominantes, as quais também se encontram ameaçadas pelas epidemias.

Em março de 1926, após a formação da 1ª turma, a escola passa a se chamar Escola de Enfermagem Anna Nery⁴. Essa Escola oferece um curso com conteúdo em saúde pública, exercendo um papel estratégico na nova política e no

⁴ O nome foi dado em homenagem a uma mulher de 52 anos, que movida por sentimentos humanitários, voluntariou-se para cuidar dos soldados brasileiros na Guerra do Paraguai (1864-1870), se tornando a "mãe dos brasileiros".

novo modelo de saúde que começa a se desenvolver no país. A Escola é organizada de forma a receber alunas da alta sociedade brasileira, as quais após formadas, atuam basicamente nos serviços de saúde pública, assumindo as chefias de serviço ou o ensino, começando a preparar as visitadoras sanitárias - pessoal auxiliar (Melo, 1986).

As enfermeiras diplomadas pela Escola Anna Nery pertencem a uma classe social superior a do pessoal que até então exercia o trabalho remunerado na enfermagem. É visto, portanto, como natural que passassem também a executar um trabalho superior: o de supervisão e ensino, não se envolvendo no cuidado direto ao paciente, introduzindo a hierarquização profissional que se explicita na divisão do trabalho manual *versus* trabalho intelectual, base da formação das enfermeiras nightingalianas.

A partir de 1932 legalizam-se as categorias auxiliares existentes, conferindo inclusive direitos iguais ao dos enfermeiros de saúde pública às irmãs de caridade com mais de seis anos de prática, amparando-se os laicos da enfermagem e regulamentando os exames de habilitação para os que não possuíam o tempo necessário no exercício da enfermagem.

A divisão do trabalho na enfermagem mantém-se e se solidifica na medida em que se reveste de maior complexidade técnica, estabelecendo-se tarefas entre as diversas categorias. Surgem cursos para auxiliares de enfermagem e em 1955 regula-se o exercício da enfermagem profissional, reconhecendo-se as categorias de enfermeiro, enfermeiro prático ou prático de enfermagem, oficializando a divisão do trabalho existente na profissão.

No campo da psiquiatria, o trabalho em enfermagem segue um caminho distinto. Não houve uma preocupação em qualificar pessoas para esse tipo de atendimento e ao contrário da formação nightingaliana que era voltada às mulheres, foram os homens os primeiros trabalhadores nos hospícios brasileiros.

Em rápidas pinceladas, descrevo a trajetória dos cuidados psiquiátricos no país.

A criação do primeiro hospício está relacionada com o crescimento e reordenamento da cidade. Recolheram-se os desviantes que perambulavam pelas ruas aos Asilos de Mendicância e de Órfãos, administrados pela Santa Casa da Misericórdia.

Os loucos compartilham o mesmo espaço que outros desviantes, e são submetidos a maus-tratos que geralmente levam-nos à morte. Os médicos, juntamente com o provedor da Santa Casa, iniciam, a partir de 1830, um movimento para a criação de um lugar específico para estes, que vem a ser o Hospício Pedro II, criado no Rio de Janeiro, então Distrito Federal, em 1841, por decreto do Imperador.

Apesar do Hospício Pedro II ter sido criado pelo Estado, continua com sua gestão por parte da instituição religiosa, sendo o clero e as irmãs de caridade responsáveis pela administração, estando numa hierarquia profissional acima dos clínicos.

Nesse momento, a enfermagem, ainda não institucionalizada, é exercida por uma maioria de trabalhadores homens do hospital, que acumula as funções de portaria e as de “cuidado” dos pacientes - nos momentos de contenção e guarda, sob o comando das religiosas. Têm ainda como tarefas vigiar, controlar e reprimir, podendo para isso utilizar a força física no contato com os doentes. Para tanto,

“um enfermeiro de alienados deve casar a severidade com a doçura, a coragem com a prudência, discrição e caridade e uma certa esfera intelectual para entender o médico e o doente. Deve ser um homem probo, ativo, zeloso, inteligente e com longa experiência” (Machado, 1979: 437).

Os dotes físicos como força e robustez também eram fatores relevantes para exercer as tarefas exigidas pelo hospício do século XIX.

Há uma série de disputas entre o clero e a classe médica, a qual critica os maus-tratos e a ausência de cura dos doentes, tentando com isso corroer a hegemonia da Igreja. Como consequência, ocorre a desanexação do hospício da Santa Casa em 1890, sendo o poder das religiosas substituído pelo dos médicos, já que estes se consideram os únicos capazes de levar adiante a proposta terapêutica do hospício. Dessa forma, com a inversão das relações hierárquicas dentro do hospício, as religiosas saem da instituição, deixando um vazio para o atendimento ao doente mental.

Não há necessidade de discorrer em detalhes sobre o tratamento oferecido aos loucos. É suficiente registrar que essa proposta terapêutica sofre influência de Pinel, renomado médico francês, considerado o pai da psiquiatria, que ao assumir o Hospital Bicêtre, em 1789, o faz com uma proposta inovadora, libertando os loucos de seus grilhões, oferecendo um tratamento moral,⁵ baseando-se no isolamento destes para melhor observá-los, tratá-los e curá-los.

Nosso governo “importa” também, enfermeiras leigas francesas, as quais não tinham absorvido o “Sistema Nightingale” de formação, que tampouco tinha o que oferecer na questão do tratamento ao doente mental, visto que este não foi pensado como clientela para receber a assistência de enfermagem mais qualificada, pela proposta de Nightingale.

Essas enfermeiras além de substituírem as religiosas no cuidado aos doentes, tinham também como tarefa a criação nesse estabelecimento de uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras.

⁵ O tratamento moral compreende o isolamento, a organização do espaço terapêutico, a vigilância e a distribuição do tempo, de forma a controlar as causas morais que se referem a paixões intensas e excessos de todos os tipos, consideradas as mais importantes na manifestação da loucura.

A Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras surge dentro do Hospício Nacional de Alienados, antigo Hospício Pedro II, através do decreto de 27/09/1890 do governo republicano, numa primeira tentativa de sistematização do preparo de pessoal para cuidar de doentes em hospitais civis e militares, fora do modelo inglês.

Apenas com a guerra, entre 1914-1918, é que as enfermeiras francesas entram em contato com as enfermeiras inglesas, assimilando melhor a inovação estrangeira, o modelo nightingaliano, o qual é difícil de ser aplicado no cuidado psiquiátrico, visto ser complicado recrutar mulheres com segundo grau para trabalhar com loucos. Utilizam então, o modelo de Salpetrière, em termos de enfermagem, com o controle, a segregação, a contenção, possibilitando que a psiquiatria brasileira adquira status de científica, não se preocupando na melhora da assistência ao doente mental.

1.3. Enfermagem e Gênero

Desde o início, a enfermagem é uma atividade predominantemente feminina carregando mesmo no presente, as representações sociais referentes a um certo paradigma de mulher ideal: submissão, pureza, o bom desempenho dos papéis de mãe, esposa e administradora do lar, dedicação, carinho e abnegação. **Cuidar** é, historicamente, um verbo feminino, uma perpetuação de relações assimétricas entre os gêneros, no qual o feminino está associado à prestação de cuidados; essa assimetria está gravada no imaginário social (Sobral, 1994).

Antes mesmo de ser institucionalizada, a prática de enfermagem era realizada por mulheres sem nenhum preparo específico, no ambiente doméstico, em casas de caridade e nos hospitais, que eram como asilos e locais de exclusão dos doentes. O ensino fazia-se na prática do dia-a-dia, e as atividades se assemelhavam as executadas pelas mães, escravos e freiras. Assim, a

enfermagem aparece mais como vocação, sacerdócio e arte do que como ocupação. Escolas e hospitais aceitavam apenas pessoas do sexo feminino, mantendo dessa forma o espírito “vocacional e submisso”.⁶

A prática de cuidar dos doentes era percebida como um “dom” nato e ligado ao sexo feminino, à “arte” de ser mulher. Surge como uma novidade a proposta apresentada por Florence Nightingale, de um aprendizado específico, o “estudar enfermagem”, que entretanto, é coerente com um movimento mais geral de tornar as relações com o mundo passíveis de racionalização.

Apesar de entender que esse cuidado está além de um dom, a clientela alvo para a formação dessa categoria são mulheres, sobre as quais ainda recai a preocupação na formação moral, nos trajes e no comportamento disciplinado. Reforçando essa concepção, Miss Nightingale publica também um livro “Notes on Nursing”, dirigido ao público, mais especialmente às mulheres, mães de família e portanto enfermeiras do lar; às professoras, para poderem ensinar as “leis de saúde”, às meninas, possíveis professoras e enfermeiras e às próprias enfermeiras.

A questão da mulher enfermeira se integra também pela hierarquia de gênero na profissão, sendo visível a dominação masculina (o saber médico, profissão originalmente masculina *versus* o saber da enfermagem).

A fixação social e cultural da mulher no espaço doméstico explícita e reproduz essa dominação. Ser enfermeira ou professora não representava necessariamente uma aspiração fundada na escolha profissional para se ocupar um espaço público (espaço de poder), mas algo incorporado à sua condição de

⁶O próprio termo em inglês - nurse, surge em 1526, significando “mulher que amamenta ou que cuida”. Na língua francesa, a palavra infirmière data de 1398 e significa “pessoa que cuida dos doentes numa enfermaria clínica de hospital” (Miranda, 1994). Há uma ampliação do termo enfermeira na língua portuguesa para “mulher diplomada em enfermagem e/ou profissional dessa arte, mulher que cuida dos enfermos” e, por extensão, “mulher carinhosa com os doentes” (Holanda, 1986: 651).

atribuição de cuidados que culturalmente foi impregnando seu caminho enquanto identidade feminina (Santos, 1993).

O processo de saída da mulher para a esfera pública, do trabalho extradoméstico, dá-se então através de ocupações que de alguma forma mantêm uma continuidade com certos valores do universo privado.

A mulher sai de casa para o mundo público mas permanece vinculada a valores sociais construídos acerca de sua natureza dócil e submissa. Assim, o magistério e a enfermagem apresentam-se como as profissões pioneiras às quais as mulheres tem acesso, já que ensinar e cuidar são tarefas pensadas como logicamente derivadas de sua condição de gênero.

Profissão essencialmente feminina, a enfermagem não desconhece uma divisão social interna do trabalho, operada mediante a dicotomia trabalho intelectual *versus* trabalho manual, já presente em suas origens.

Com o acelerado crescimento dos hospitais e do número de internações, aumenta a necessidade de cuidados de enfermagem a serem prestados. Busca-se também uma racionalidade que permita poucos gastos e muita eficiência, sistematizam-se as técnicas de enfermagem a serem prestadas, dividi-se o todo em partes e atribui-se a cada pessoa a responsabilidade por uma parte do trabalho, reproduzindo o modelo das fábricas.

É assimilado um grande contingente de atendentes de enfermagem que, mesmo sem preparo, e conhecimento específico, são consideradas como portadoras de uma “qualificação inerente” para as funções pelo fato de serem mulheres. Sob a supervisão das enfermeiras são levadas a assimilar destas as rígidas normas de conduta, e fortes características religiosas. Recebem orientação em serviço e há um rígido controle sobre seu trabalho, mantendo-se

assim uma certa ordenação das relações que usam como critério a hierarquia profissional.⁷

A categoria social a ser analisada nesta investigação é a das auxiliares e técnicas de enfermagem de hospitais psiquiátricos, que trazem consigo as implicações do gênero, a orientação e controle por parte das enfermeiras (e demais profissionais de nível superior) do seu trabalho, estando num território intrincado no qual as práticas de enfermagem constroem-se em torno de um imaginário de contenção, controle físico e repressão de manifestações tidas como inadequadas e/ou imorais. A análise sobre as representações da sexualidade presentes nesse grupo levará em conta a condição profissional dessas mulheres à luz das considerações tecidas acerca das relações de gênero que presidem a função laboral e o modo como esta categoria está submetida à orientação das enfermeiras.

⁷ Não pretendo discutir neste trabalho as relações entre os diferentes níveis de enfermagem, mas apenas situar o leitor quanto o papel das trabalhadoras de nível médio em enfermagem, universo empírico desta investigação.

14. O Corpo em Questão

O corpo é objeto concreto da atenção da enfermagem e mais especificamente das categorias profissionais de técnico e auxiliar, que é a quem cabem as tarefas de cuidado direto do paciente psiquiátrico.

A enfermagem detém a permissão social e cultural para tocar o corpo do outro, realizando cuidados íntimos como a higiene corporal (Krizinofski,1993). A profissional em enfermagem pode desnudar, amarrar, limpar, banhar, secar, alimentar, injetar, raspar, vestir o outro, sendo possível na execução dessas atribuições expressar seu sistema de valores acerca da sexualidade.

A perspectiva aqui adotada é de discutir o **corpo**, não como uma entidade natural, mas a partir dos valores a ele atribuídos. O corpo é, para essa dimensão plástica do físico, produto de um processo de construção social. A Antropologia tem chamado atenção, desnaturalizando-o. Assim, ele não é apenas uma realidade concreta, experimentada sensorialmente por todos os indivíduos.

A percepção que dele temos é uma construção cultural e social específica, fruto de uma simbolização. Ele não é uma entidade natural, mas algo produzido pela cultura, que então, passa a ser uma realidade, visto que as representações têm o poder de engendrar realidades concretamente sentidas pelos sujeitos.

Efeito de um trabalho de elaboração cultural, percebido diferentemente em cada segmento cultural, o corpo dentro da abordagem antropológica está associado à própria concepção de pessoa, que uma determinada cultura ou grupo social produz, não sendo a experiência corporal uma experiência universal, mas sim, determinada por um conjunto de concepções fazendo com que a sensação corporal seja produzida por idéias que nos situam no mundo.

“O corpo não fala por si próprio, se ele enuncia algo é aquilo que a própria cultura o autoriza a falar” (Heilborn, 1997a:48), a partir de significados atribuídos a ele.

Mauss (1979) é pioneiro em eleger o corpo como objeto de estudo sob um olhar sociológico. Propõe-se a entendê-lo como ensinado a se expressar através do modo de andar, gestos, olhar, pela experiência acumulada de cada sociedade específica, dentro de distintos momentos históricos.

Outra contribuição é de Margareth Mead (1975) a qual conclui, através dos estudos de sociedades ditas primitivas, que o corpo é uma entidade cultural, expressão da própria cultura e inexistente sem esta.

Coube a Noret Elias (1994) apontar mudanças de hábitos, regras e tabus sociais sobre o uso do corpo, através da análise de livros sobre boas maneiras e manuais de etiquetas escritos a partir do século XVI. Ele examina a construção da noção de corpo enquanto sujeito da ação e objeto de atenção especial. Através da análise desse material, observando o que é censurado ou elogiado, percebe-se a variação em épocas diferentes das categorias de certo ou errado, relativas ao uso do corpo. Esse uso é delimitado por fronteiras externas e internas ligadas a interditos, sendo historicamente construído no Ocidente, no quadro de uma ampla transformação da concepção de pessoa.

O autor demonstra como barreira emocional erigida pelo condicionamento entre um corpo e outro cresceu. Na Idade Média adultos e crianças, mesmo estranhos, compartilham a mesma cama. Este cenário foi modificado, passou-se a dividir o leito apenas com pessoas do círculo familiar, posteriormente, cada um tendo sua própria cama, mesmo em família, até o ideal atual, em que cada um possua seu quarto.

Ilustra com outros exemplos na esfera da alimentação, na divisão de utensílios e nas relações sexuais. O hábito de desnudar-se na presença de outros, até o pudor de fazê-lo. Esse distanciamento, a separação dos corpos, a instauração do uso dos talheres, a noção de nojo erige barreiras entre os sujeitos, distanciando-os com relação ao corpo dos outros e ao seu próprio. O corpo passa a ser escondido, implementam-se estratégias para a diminuição do odor que ele

possa exalar e as relações com outros corpos se modificam. Inaugura-se um novo estágio, no Ocidente, da modelação social do físico humano.

Foucault (1994) alega que o corpo passa a ser um objeto da medicina, na passagem entre os séculos XVIII e XIX, com o nascimento da clínica, e a compreensão do organismo como local de produção da doença que atinge os seres humanos. O corpo ganha cada vez maior preeminência. A medicina, que se origina a partir da anatomoclínica, é uma medicina do corpo, das lesões e das doenças, do que é visível.

De acordo com Foucault (1989), o primeiro objeto socializado pelo capitalismo foi o corpo, enquanto força de produção, de trabalho. *“O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo.” (Foucault, 1989:80)*

O ideário capitalista atribui ao homem um valor econômico, visto que o corpo representa a força de trabalho, sendo necessário mantê-lo sadio para a produção.

Esse quadro compõe um dos elementos que servem para compreender a proposição de uma enfermagem científica e o desdobramento das atividades nela implicada entre suas subdivisões.

O cuidado do corpo por parte do pessoal de enfermagem inclui uma manipulação do outro mediante procedimentos e técnicas do ato de cuidar. Além dos sentidos, usam também a intuição, percepção e sensibilidade, criando uma linguagem corporal própria, onde através da forma de tocar, olhar, cuidar do corpo do paciente (ou se negar a fazê-lo) expressam seu universo representacional acerca da sexualidade.

O mito de origem da Enfermeira resgata a tradição de caridade e como um anjo - ser etéreo e assexuado, contribui para uma sistemática negação do corpo real do paciente e de sua sexualidade. Na própria construção da enfermagem,

inclusive, a conduta sexual dessas profissionais é vista como sendo um objeto da inquietação moral, um mal a ser neutralizado. (Santos,1993).

Através das normas de funcionamento do que é permitido fazer, sentir e mesmo ser, o corpo se transforma em objeto assexuado, onde o exemplo de cuidado desse corpo está alicerçado nas normas culturais da enfermagem, segundo as quais, a função de limpeza - corpo limpo/puro X corpo sujo/impuro - antecede à preocupação com as necessidades sociais de quem vai ser cuidado (Sobral,1994).

As representações sociais presentes no imaginário coletivo das auxiliares e técnicas de enfermagem através da forma de lidar com a sexualidade dos internos e os limites impostos são instrumentos para se refletir sobre a representação da sexualidade para esse grupo em questão.

1.5. Sexualidade e Representações

Para se analisar as representações sociais acerca da sexualidade, faz-se necessário, primeiramente, discutir os próprios conceitos de sexualidade, e de representações, utilizando autores tais como Foucault, Elias, Durkheim entre outros, na tentativa de se traçar um percurso da construção social desses temas.

A sexualidade, segundo Foucault (1980) , abrange um campo variado e complexo, o qual inclui o que é erótico - campo dos prazeres e o que é sensual - as sensações do corpo, implicando uma relação do sujeito consigo mesmo e com o mundo, tendo portanto, uma dimensão de construção.

A instituição religiosa, em um dado momento, se propõe a falar a verdade sobre a sexualidade, num discurso unitário , com ênfase na penitência, para os pecados da carne. Nessa época, há uma “diabolização da carne e do corpo” , assimilado-o a um lugar de devassidão. A Igreja trava um longo combate para controlar a carne, encontrando no casamento a esfera propícia para exercer essa

nova ética sexual, impor regras, tendo a confissão como mecanismo controlador. A sexualidade⁸, que se estendia a todo o corpo, reduz-se a uma atividade genital parcial, na qual não há espaço para o erotismo nem para a fantasia, já que, essa atividade, reduzida à função reprodutora, não precisa de muita imaginação sexual, nem de posições variadas, ou seja, basta um só tipo de relação - a que leva à reprodução.

Foucault situa a confissão como o primeiro momento de uma longa história de falar sobre o sexo, sendo esta a matriz básica do discurso sobre sexo, que daria origem mais tarde na prática da psicanálise. Ele afirma que desde a penitência cristã até nossos dias o sexo tem sido matéria privilegiada da confissão. Foucault assinala que a sexualidade é tida como algo negativo e essa objeção deve ser colocada em discurso (intrínseco ao ato da confissão). A confissão passa a ser no Ocidente uma das mais valorizadas técnicas para a produção da verdade, já que é nela que se ligam a verdade e o sexo, pela expressão de um segredo individual.

Foucault afirma que até o século XVI prevaleciam códigos frouxos de decência, dos gestos diretos, havendo apenas uma distinção entre o lícito e o ilícito que, conseqüentemente, se refletia na esfera sexual. *“(...)a partir do fim do século XVI, a ‘colocação do sexo em discurso’ em vez de sofrer um processo de restrição, foi ao contrário, submetida a um mecanismo de crescente incitação” (Foucault, 1980:17)*

Deste modo, a propriedade das sociedades modernas não é ter condenado o sexo a permanecer na obscuridade e no silêncio, mas sim, de se empenhar em falar sempre dele, valorizando-o como o *segredo*; e os séculos XIX e XX foram de multiplicação de seu discurso.⁹

⁸ A sexualidade é um termo moderno. Utilizo aqui a palavra sexualidade para facilitar a compreensão da discussão, esclarecendo que não era um tema existente no período em questão.

⁹ Essa é uma das polêmicas que a obra de Foucault traz, já que ele põe foco sobre a questão da incitação ao discurso sobre a sexualidade e da recusa à idéia repressiva. Ao mesmo tempo, entretanto, quando se analisa a trajetória do trabalho em enfermagem, vê-se que de fato, ela se

Elias, no seu livro *O Processo Civilizador I: Uma História dos Costumes*, de 1939, narra o desenvolvimento dos modos de conduta, a civilização dos costumes (civilização entendida como a universalização dos hábitos da corte francesa), como ocorre o adestramento dos homens, o desenvolvimento da gentileza, da cortesia e da urbanidade, o aumento de sentimentos de vergonha e timidez em relação aos outros e, como esses sentimentos foram particularmente associados a funções corporais e ao sexo.

“No processo civilizador, a sexualidade , também, é cada vez mais transferida para trás da cena da vida social e isolada em um enclave particular, a família nuclear. De maneira idêntica, as relações entre os sexos são segregadas, colocadas atrás de paredes da consciência”.(Elias, 1994:180)

A sexualidade se torna o domínio mais íntimo da vida privada, tendo a civilização restringido prazeres sensuais. Elias não nega a influência da Igreja, dos valores oficiais, mas para ele, cabe ao processo de desenvolvimento a interiorização da sexualidade, a restrição dos prazeres, alegando em favor desse argumento, o aparecimento de um tipo único de homem civilizado.

Ussel (1980) situa que a problematização da sexualidade - em registros escritos, data da segunda metade do século XVII, apesar de traçar semelhanças nos períodos compreendidos entre o século XVI ao XIX e do final do século XIX ao nosso século. Ele sugere que ocorreu uma evolução inversa. A partir do século XVI, a ‘repressão’ da sexualidade aumentaria de forma contínua e que, o final do século XIX daria início à emancipação, traduzida na abordagem de temas anteriormente considerados tabus.

pautou para uma modelação do comportamento, e se colocou em foco a sexualidade, foi para silenciá-la. A enfermagem sofre essa influência e coloca a sexualidade como um assunto interdito.

Esse autor parte do pressuposto que houve uma *síndrome anti-sexual*¹⁰ a partir do século XVIII, quando se junta o trinômio: matrimônio-sexualidade (amor)-reprodução, e não por um movimento do cristianismo, como sempre havia sido pensado.

A partir do século XVII e principalmente após o século XVIII, há um distanciamento do homem em relação ao outro e a si mesmo, o que Ussel chama de *dessociabilização* e que poderia servir de explicação para alguns acontecimentos como a união fundada no casamento e o ideal da célula familiar, entre outros.

Esse distanciamento, a separação dos corpos, a instauração do uso dos talheres, a noção de nojo faz com que o homem se distancie mais com relação ao corpo dos outros e ao seu próprio. Assim como Elias, Ussel também demonstra as modificações nas relações. Espera-se ter um autocontrole sobre a vida afetiva. O burguês é caracterizado por um grande domínio de si, sobre seus afetos e instintos. Tudo isso leva a uma transformação na escala de valores. *“O corpo foi transformado de órgão de prazer que era, em órgão de realização. A burguesia desenvolveu um espírito de realização, tornando impossível a experiência voluptuosa do sexo e de Eros.”*(Ussel:1980:57)

O século XVIII se encerra com os preceitos válidos para a burguesia praticamente estabelecidos, sendo ampliados nos séculos a seguir a outras camadas. Surge um modelo geral de ética sexual que permite contato entre diferentes camadas sociais. O alastramento do ideal burguês se constituía numa prova da integração crescente da sociedade industrial e do contato que se ampliava entre as diferentes camadas.

A palavra *sexualidade*, que aparece por volta de 1860 (Bozon&Leridon,1993), foi tomada pela biologia e pela medicina, via seus resultados - fecundação, concepção, casamento, etc. O surgimento da

¹⁰ Síndrome aqui entendida por *“um conjunto de fenômenos reunidos num indivíduo ou num grupo(...)quando somente se aceitam como componentes da sexualidade aqueles que se*

psicanálise no início do século XX mantém e reforça esse movimento de medicalização da sexualidade, divulgando a idéia de Freud, que a atividade sexual seria a expressão de uma poderosa pulsão de origem biológica que o indivíduo buscaria de toda maneira, direta ou indiretamente satisfazer. Os limites da atividade sexual seriam impostos pela sociedade.

Laplanche e Pontalis, definindo a sexualidade em Freud, assinalam que

“as atividades e o prazer não dependem do funcionamento genital, mas de toda uma série de excitações e de atividades presentes desde a infância que proporcionam um prazer irreduzível à satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental (respiração, fome, função de excreção, etc.) e que se encontram a título de componentes na chamada forma normal do amor sexual”.(Laplanche et Pontalis, 1977:619)

As Ciências Sociais também se preocupam em descrever e interpretar a diversidade dos comportamentos sexuais humanos através de pesquisas etnográficas. No caso da Antropologia há trabalhos históricos sobre a sexualidade no passado. Há numerosas obras etnográficas (Malinowisk, Mead, entre outros) que, atribuem um importante papel à atividade sexual dos indivíduos na tentativa de vislumbrar a totalidade de uma cultura.

O debate atual acerca da sexualidade tem assinalado o enfrentamento entre perspectivas mais essencialistas e mais construtivistas no modo de apreensão do fenômeno sexual. Nesse sentido, opõem-se uma perspectiva fundada na idéia de um impulso primordial, universal em todos os seres humanos e a abordagem que, radicalizando a idéia de modelação cultural, afirma que o próprio desejo sexual é uma construção, não detendo assim, qualquer realidade substantiva (Bozon, 1993).

O mais importante neste trabalho é evidenciar que a idéia de sexualidade está intimamente ligada à idéia de corpo, considerado aqui como fonte de diferentes sensações que vão do prazer a repulsa. Se é verdade que não é

encontram no casamento e na reprodução.”(Ussel, 1980:26-7)

possível esquecer o ato sexual em si quando se aborda o tema, a sexualidade não se esgota nele.

O presente trabalho pretende discutir as representações sociais acerca da sexualidade de um grupo específico de trabalhadoras, e para tal apoio-me na literatura disponível sobre o tema.

O conceito sobre Representações Sociais é apresentado por Durkheim (1990^a), que defende a existência de um fenômeno, por ele denominado de 'representação', não necessariamente consciente no indivíduo, mas que pode traduzir a maneira pela qual um determinado grupo pensa suas relações com os objetos e outros sujeitos que o afetam.

As representações são fenômenos reais segundo Durkheim, dotados de propriedades específicas e que se comportam de modo diferente entre si conforme tenham ou não propriedades comuns, agindo sobre o corpo e o espírito. Elas nem sempre são percebidas pelo sujeito que as atualiza em seu discurso ou prática cotidiana.

As representações funcionam como um "pensamento social"- que mostram a existência em cada sociedade, classe ou grupo de um discurso mais ou menos sistêmico sobre determinados domínios como saúde, doença, sexualidade. A representação não é apenas esforço de formulação mais ou menos coerente de um saber, mas também interpretação e questão de sentido.

Considero que as auxiliares e técnicas de enfermagem, pertencentes às classes trabalhadoras urbanas, constroem, a partir da interação com o paciente, uma representação sobre o corpo que, às vezes, é mostrado com as marcas de gênero e, em outras, classificado como assexuado. Essas representações exprimem valores, crenças, atitudes, contradições, conflitos, que modelam as relações que travam com os pacientes institucionalizados.

1.6. Sexualidade e Enfermagem

O estudo sobre representações acerca da sexualidade na enfermagem apresenta algumas lacunas segundo Ferreira (1995).

A sexualidade é referida vinculada à idéia da reprodução, sob o ponto de vista clínico, patológico, numa visão médica de caracterização de doença para uma adequada intervenção.

O corpo, como já foi visto, é despossuído de sua sexualidade, devendo ser tratado sob o ponto de vista higiênico. A sexualidade não é vista portanto, pela enfermagem, como um sentimento que abarca todo o corpo. Ela a aborda sob o ponto de vista clínico, patológico e importante para a avaliação geral da saúde do paciente. Essa concepção segundo alguns autores como Sobral (1994), Miranda (1994) entre outros, seria consequência do mito de origem¹¹ da enfermagem moderna.

A 'Revolução Nightingale' é corolária da explosão discursiva sobre o sexo, e das estratégias de controle desenvolvidas definindo-se quando, onde e com quem era possível falar sobre sexo, estabelecendo-se fronteiras entre o que era permitido e proibido, e limites entre o que era ou não pecado.

Nesse período a sociedade inglesa vive sob o domínio do puritanismo, da contenção, do decoro, da decência das palavras, de uma depuração discursiva da sexualidade, da qual dificilmente a formação da *nurse* teria conseguido escapar (Miranda, 1994).

Como já foi citado, a formação nighthingaliana contempla entre seus princípios uma grande preocupação com a conduta pessoal das alunas.

"No que dizia respeito às candidatas ao curso, sua procedência social, seus hábitos de vida, seu comportamento no espaço público e no privado, e a proibição draconiana à expressão da sexualidade e à vida sexual, eram atributos tão necessários para tornar-se enfermeira quanto o era a formação profissional[...] Namoro era punido com demissão instantânea porque as mulheres

¹¹ O mito de origem refere-se a imagem da enfermeira como um anjo etéreo e assexuado.

*selecionadas para serem enfermeiras tinham que **abrir mão da condição de serem mulheres**; (grifo da autora) sua missão era a de provar que a mulher pode ser uma boa enfermeira.”(Miranda, 1996: 11 e 153).*

Cabe ilustrar que essa atenção excessiva sobre o comportamento das alunas era um modo de formar uma nova identidade da enfermagem, já que no passado, os cuidados eram prestados, entre outras pessoas, por mulheres que eram prostitutas e que, em algum momento do dia, ofereciam seus cuidados aos necessitados, buscando expiar seus próprios pecados. Assim, havia se vinculado a imagem da “enfermeira” a de uma mulher de “vida fácil”.

Essa preocupação em marcar diferenças quanto à imagem anterior era traduzível em exigências expressas quanto à postura física, maneiras de trajar e de se comportar (Silva, 1989), o que foi marcante influenciando na formação da equipe de enfermagem. Esses padrões refletiram-se também no silenciamento relativo da sexualidade, que não aparece como um objeto de discussão e é “esquecida” no momento de lidar com o corpo do outro - no caso, o paciente psiquiátrico com suas idiossincrasias, internado numa instituição hospitalar.

Capítulo 2.

Delimitando o Campo

2.1.O Atendimento Psiquiátrico

A incapacidade de ser tratado em casa no convívio com a família e a comunidade, a dificuldade e/ou impossibilidade de cura e a periculosidade, entre outros, fizeram com que fossem criados locais para a reclusão/exclusão dessa clientela - os hospícios.

Com o intenso processo de transformações que vem passando a psiquiatria, saberes e práticas são questionados, possibilitando a transformação das formas já institucionalizadas de lidar com a doença mental. Esse movimento, que se denominou como *Reforma Psiquiátrica* prevê, entre outras coisas, a superação do aparato manicomial, através da criação de outras formas de lidar com o sofrimento psíquico.

No Brasil, um marco que pode ser apontado como o início do movimento da reforma, é o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), no final da década de 70, que objetivava ser um espaço não institucional para debate e propostas de transformação da assistência psiquiátrica.

O contexto de redemocratização do final da década de 70 e início da 80 facilita que a Reforma Psiquiátrica surja sob o pano de fundo da redemocratização das instituições e também do projeto de Reforma Sanitária brasileira. Assim, desponta uma nova organização dos serviços de saúde mental, que é o que se tenta aqui resumir, de forma a contextualizar e melhor situar o campo deste trabalho.

Pereira (1997) alega que, dentro do enfoque da organização dos serviços de saúde mental, pode-se dividir esse percurso em dois momentos. O primeiro, no início da década de 80, quando se buscava uma humanização dos serviços e o

foco ainda era o hospital psiquiátrico. O grande desenvolvimento da rede ambulatorial se insere nesse contexto. O outro momento, no final da década de 80 e início dos anos 90, quando o ideal propalado é uma sociedade sem manicômios, aponta para uma mudança estrutural no modelo assistencial que leva a criação de novas formas de atenção e cuidado, surgindo uma rede de serviços substitutivos ao aparato manicomial de atendimento.

A partir de então, inicia-se a multiplicação de serviços nos moldes de *serviços de atenção diária* por todo o país, incentivada pelo Ministério da Saúde. Há uma grande variedade de denominações como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Hopitais-dia, Centro de Convivência, Lares abrigados, etc.

Esses serviços têm em comum basicamente a manutenção do vínculo familiar, a não segregação e a proposta ideológica do resgate da cidadania do doente em relação à sociedade. Do ponto de vista prático podem funcionar em regime parcial, integral e de 24 horas, priorizando a reabilitação psicossocial em consonância com o SUS.¹²

O município do Rio de Janeiro ainda possui dois hospitais psiquiátricos vinculados ao Ministério da Saúde - o Centro Psiquiátrico Pedro II e o Instituto Philippe Pinel, que também incorporaram as propostas de reforma e oferecem serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, como o CAIS (Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental), o NAICAP (Núcleo de Atenção à Criança Autista e Psicótica), no Pinel e a Casa D'Engenho, um hospital-dia, no CPP II; esses serviços funcionam dentro do espaço dos hospitais.

Em 1996, a administração municipal cria os CAPS. Existem no momento quatro unidades: Irajá, Campo Grande, Santa Cruz e Ilha do Governador.

¹² Para maiores detalhes ver Pereira, 1997.

Ligados a universidades há o Hospital Pedro Ernesto (HUPE) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que oferece enfermagem e ambulatório de psiquiatria além do hospital-dia Ricardo Montalban e o IPUB, ligado à Universidade Federal do Rio de Janeiro, que entre seus serviços também conta com um Centro de Atenção Diária (CAD), ambulatório e as enfermarias. Pelo fato do IPUB ter sido eleito como lugar de realização do trabalho de campo desta pesquisa, justifica-se aprofundar um pouco mais sobre ele.

2.2.O IPUB

O Instituto de Psiquiatria da Universidade do Rio de Janeiro - IPUB completou em 1998, 60 anos de existência. Sua origem data de 18 de julho de 1841, quando é criado o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, o Hospital Pedro II, na antiga Praia da Saudade, atual Praia Vermelha. No livro comemorativo dos 60 anos, a memória institucional registra que na época de sua inauguração o IPUB era considerado um dos melhores hospitais psiquiátricos do mundo, com capacidade para abrigar 350 doentes. Em 1890 o hospício é separado da Santa Casa de Misericórdia, passando a denominar-se Hospital Nacional de Alienados e, posteriormente, Hospital Nacional de Psicopatas, sendo administrado então, pelo Estado. Em 1938, sob a alegação de que a Praia Vermelha se tornara um bairro residencial, o hospício é transferido para a Ilha do Governador e posteriormente para o Engenho de Dentro (mulheres) e para a Colônia de Jacarepaguá (homens). Entretanto, em 03 de agosto do mesmo ano, o decreto 591 transferia o Instituto de Psicopatologia do Serviço de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal (um serviço do HNP) para a Universidade do Brasil e um dos pavilhões - Rodrigues Caldas e seus anexos - transformaram-se no então Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil - IPUB.

Desde sua criação até os dias de hoje, como herdeiro do antigo hospício e dos momentos e avanços vividos pela psiquiatria brasileira, o IPUB se mantém

como uma unidade onde pesquisa, ensino e assistência interagem mutuamente, fato que também o distingue dos demais serviços psiquiátricos, vinculados ao Ministério da Saúde ou a Secretaria Municipal de Saúde, cujo fim é a assistência.

Esse perfil faz com que sua dinâmica tenha algumas sutilezas que devem ser compreendidas nesse contexto maior, de se entender a assistência num hospital universitário, onde muitas vezes, ela é pano de fundo para que ali se desenvolvam a pesquisa e o ensino.

O IPUB oferece em termos de assistência, duas enfermarias mistas, uma de emergência e observação e outra aberta. Estes foram os locais escolhidos para a realização da pesquisa. Há ainda, um Centro de Atenção Diária (CAD), onde se realizam oficinas; um Centro Dia para pessoas com doenças de Alzheimer e outros transtornos da velhice; dois ambulatórios, um de adulto e outro para crianças e adolescentes; o 'Clube da Esquina', um ponto de encontro nos finais de semana aberto à pacientes de qualquer procedência; um ambulatório, vinculado ao Centro de Pesquisas e, em fase de implantação, uma Pensão Protegida e um Centro de Atenção Psicossocial para a infância e adolescência.

A dinâmica do 'pedaço' que interessa aprofundar trata das enfermarias mistas, local que interna no mesmo espaço homens e mulheres, com os cuidados e riscos que isso comporta.

Em um primeiro momento de elaboração deste trabalho, tive em mente investigar a representação da sexualidade das trabalhadoras de nível médio em saúde mental lotadas em diferentes serviços oferecidos por hospitais psiquiátricos públicos. Alguns desses serviços são vinculados de alguma forma ao Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar em Saúde Mental (CBAD), oferecido pela Fundação Oswaldo Cruz, para profissionais de nível médio que já atuam ou desejam atuar na área de saúde mental. Trata-se de um curso de 400 horas, cuja grade curricular está dividida em uma primeira parte teórica e a segunda etapa que compreende um estágio prático em instituições

conveniadas, de onde provêm a maior parte dos alunos. Dentre essas instituições podemos citar o Centro Psiquiátrico Pedro II, no Engenho de Dentro, a antiga Colônia Juliano Moreira, em Jacarepaguá¹³ e o Instituto Philippe Pinel, em Botafogo - parceiros do CBAD desde sua criação, em 1995.

Assim, já existia de minha parte uma familiaridade com as instituições; o acesso se mostrava fácil e, inclusive, as primeiras entrevistas piloto foram realizadas com alguns alunos, em meu local de trabalho. Entretanto, a experiência não foi satisfatória. Considerando-se os papéis desempenhados naquele momento - discentes/docente e o local - na Fiocruz, as entrevistas ocorreram sem muita fluidez, permeadas por uma inibição de ambas as partes, o que levou a reflexão sobre um novo caminho.

Avaliou-se a possibilidade de um maior rendimento se as conversas fossem realizadas no próprio local de trabalho das entrevistadas, o que poderia fazê-las se sentirem mais à vontade e menos tolhidas em narrar suas experiências. O outro fator levado em conta foi a não familiaridade com os possíveis informantes, excluindo-se assim, propositalmente, alunos e ex-alunos do CBAD, visto as primeiras entrevistas-piloto terem se realizado num quadro de relação aluno/professor e demonstrado a presença de constrangimento.

Em discussões posteriores, vislumbrou-se a possibilidade de incluir o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - IPUB, o qual, apesar de público, mas por não ser cliente do CBAD, não foi, no primeiro momento, previsto como local de investigação. Contudo, essa instituição apresentava-se coerente com o sentido da nova proposta, justamente pela ausência de familiaridade com o corpo de funcionários. Um outro fator determinante da escolha baseou-se na forma de organização do IPUB que inclui homens e mulheres nas mesmas enfermarias, o que o difere dos demais

¹³ Antigo hospício federal, foi municipalizada em 1996, passando a chamar-se Instituto Municipal de Assistência a Saúde Juliano Moreira.

estabelecimentos citados, cujas enfermarias mantêm o modelo clássico de separação dos sexos.

Assim, apesar de já estar trabalhando há 15 anos na área de saúde mental, entre a assistência e a docência, não possuía familiaridade com a organização de enfermarias mistas e ao mesmo tempo tinha uma aproximação forte com o tema da saúde mental. Dessa forma, se tenho, de um lado, um objeto que me é familiar – a história da saúde mental, por outro lado, através de um estudo de caso - o IPUB - não tenho qualquer afinidade. Propus-me, a partir de um olhar distanciado, perceber determinadas lógicas do funcionamento da instituição, ao mesmo tempo em que tento desnaturalizar, através do mecanismo da relativização antropológica, o olhar de quem trabalha nessa área.

Como coloca Gilberto Velho

“esse movimento de relativizar as noções de distância e objetividade, se de um lado nos torna mais modestos quanto à construção do nosso conhecimento em geral, por outro lado permite-nos observar o familiar e estudá-lo sem paranóias sobre a impossibilidade de resultados imparciais, neutros.” (Velho, 1997:129)

O trabalho de campo teve início em junho de 98, no IPUB e aí abriu-se um leque de infinitas possibilidades. Diante desse quadro optei por realizar a pesquisa em apenas um local, acolhendo a sugestão de um membro da banca de qualificação do projeto de dissertação, o que permitiu aprofundar certas questões e incluir a observação participante como técnica auxiliar de pesquisa ao lado das entrevistas.

Não há dúvida que a não segregação dos sexos, com homens e mulheres dividindo a mesma enfermaria num conviver diário, faz com que a questão central desse trabalho - a sexualidade - se apresente de maneira mais evidente. Pude observar, a partir de um ponto de vista comparativo, com a experiência que adquiri em outras instituições de saúde mental, que os

pacientes se sentem mais incentivados aos cuidados estéticos e pessoais ao dividirem o mesmo espaço; cuidados esses que fazem ressaltar a importância do sexual e do narcisismo na experiência subjetiva e na forma das interações sociais naquele espaço.

O primeiro contato com o campo foi intermediado pela chefe de enfermagem do IPUB, que encarregou o enfermeiro de uma das enfermarias (há duas) de me receber e me orientar no que fosse preciso. Explicado o objetivo do trabalho, fui apresentada às auxiliares que estavam presentes no momento.

Algumas auxiliares, como as duas que cuidam de um salão de beleza existente na enfermaria 2, não aceitaram participar da pesquisa. Mesmo após conversas informais, onde foram dadas todas as explicações possíveis e já tendo eu inclusive, realizado outras entrevistas com suas colegas, continuaram se recusando alegando falta de tempo. Aludiam também ao fato de não serem as melhores pessoas para falar sobre esse assunto e de, realmente, não terem interesse em participar de uma entrevista sobre o tema.

Uma outra técnica, que acabou por tornar-se uma informante privilegiada, no primeiro momento, também recusou-se a conceder entrevista. Ela alegava uma experiência negativa no passado, quando uma aluna a abordou sobre um assunto próximo ao desta investigação. No dia seguinte, todos da instituição sabiam o que ela havia falado. Após um curto período de convivência e assegurada a garantia do sigilo, concedeu-me a entrevista, que se mostrou uma das mais reveladoras quanto ao discurso sobre a sexualidade dos pacientes e como o grupo técnico da enfermagem lida com isso.

Cabe explicar que os pacientes psiquiátricos internados estão sobre a tutela do Estado. De acordo com o Código Civil brasileiro, por serem portadores de problemas mentais, são incapazes de gerir bens e interesses, ficando restritos a uma situação de curatela. O Código Penal, por sua vez, define o louco criminoso como inimputável, não podendo ser julgado e portanto, tampouco

condenado. É entendido que o louco é incapaz de compreender o aspecto ilícito do ato que cometeu, mas não havendo dúvidas quanto a sua periculosidade, deve desta forma, ser encaminhado ao *manicômio judiciário* - hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. Assim, o paciente internado tem seus direitos cassados, não sendo responsável pelos próprios atos, estando tutelado pela instituição que o acolhe.¹⁴

Nesse sentido, a princípio, a prática sexual entre os pacientes implica uma série de questões complexas, uma vez que eles estão sobre a tutela da instituição psiquiátrica, que responde legalmente sobre qualquer ato que envolva o paciente durante o período de sua internação, como por exemplo, o fato de uma paciente engravidar. Supõe-se que esse receio acarrete um maior controle por parte da equipe sobre os comportamentos mais íntimos entre os pacientes.

Ao lado disso há toda a discussão particular no campo da saúde mental que freqüentemente postula que a enfermidade em si é deflagradora de impulsos sexuais. Cabe lembrar que a própria psiquiatria tem em sua origem um compromisso com um papel regulador em relação aos excessos passionais, visando normatizar paixões e afetos. No capítulo anterior já fiz alusão a essa condição da psiquiatria ao falar sobre o tratamento moral proposto por Pinel.

O doente mental foi caracterizado desde o início como alguém que busca de forma passional a satisfação de seus desejos, não tendo controle de sua própria vontade. Assim, não seria possível exercer sua sexualidade dentro dos padrões de uma dada normalidade, já que a razão estaria submissa à impulsividade, impedindo a concretização de vínculos afetivos necessários para a sociabilidade. No âmbito da instituição psiquiátrica, segundo Birman (1980), a sexualidade feminina e a masculina são vistas como sintomas da

¹⁴ Não cabe neste trabalho um aprofundamento sobre o tema. Para isto, consultar Delgado, 1992 a e 1992b.

enfermidade mental, sendo o desejo sexual do doente desvalorizado e tratado como uma manifestação de perturbação.

A manifestação da sexualidade freqüentemente é pensada como representando um risco para a ordem institucional, devendo ser controlada e coibida. Esse controle cabe aos trabalhadores de nível médio, que estão numa relação de maior proximidade com os internos. Desses trabalhadores se espera a vigilância direta que é *“uma engrenagem específica do poder disciplinar.”* (Foucault, 1977:157).

Assim, reconhece-se a complexidade que envolve esse assunto, mas que não cabe aprofundar neste trabalho, cuja questão central é a representação da sexualidade das auxiliares e técnicas de enfermagem, a partir do comportamento sexual manifesto dos pacientes internados, do cuidado com o corpo destes, das colocações obtidas nas entrevistas e na observação participante do grupo em questão.

2.3. Notas sobre o Campo

A enfermaria 1, definida institucionalmente como uma enfermaria de crise, recebe pacientes agudos, geralmente encaminhados pelo Instituto Philippe Pinel. Esta instituição fica num prédio ao lado do campus da UFRJ- onde também se localiza o IPUB, na Praia Vermelha. O Pinel é porta de entrada para as urgências psiquiátricas.

A enfermaria 1 possui cinqüenta leitos, atualmente distribuídos em vinte e oito femininos e vinte e dois masculinos. O número dividido entre os sexos pode apresentar variações, de acordo com a demanda.

Os pacientes são agrupados nos quartos, por sexo. Assim, há quartos de mulheres e quartos de homens; os banheiros também são separados mas, as demais áreas da enfermaria são comuns a todos. Os quartos não são iguais nem

em tamanho nem em número de camas. A divisão de leitos está assim representada: um quarto com dois leitos femininos; dois quartos com três camas masculinas; dois quartos com cinco leitos femininos e sete quartos de quatro leitos cada, sendo quatro quartos femininos (um destes com banheiro) e três masculinos. Há um banheiro masculino e dois banheiros femininos; uma sala de T. O. (terapia ocupacional) onde três vezes por semana acontecem oficinas alternadas de pintura e desenho. Os banheiros têm vasos e chuveiros no mesmo ambiente e sem portas. Nesse sentido, a organização do espaço não permite privacidade. Em cada um há duas pias simples, sem bancada e sem espelhos. Essa escassez de elementos sugere a preocupação em não haver objetos que os pacientes possam usar contra si próprios ou contra as demais pessoas. A sala de enfermagem conta com um espaço que serve de entrada, onde ficam a medicação e as pranchetas dos pacientes com as ocorrências. Essa é a sala de maior circulação e à qual os pacientes podem ter algum tipo de acesso. A porta é cortada ao meio no sentido horizontal, de forma que, fechando-se a parte de baixo, controla-se a entrada e saída e mantendo-se aberta a parte superior, técnicos e pacientes vêem-se mutuamente. Nessa parte, há outros três cômodos, restritos à equipe. Uma das salas é a dos médicos, com uma cama e um banheiro; outra sala é a dos prontuários, com uma grande mesa de trabalho, uma outra para a enfermagem, com um beliche e também um banheiro e finalmente, existe um pequeno banheiro extra para visitantes (estagiários, pesquisadores, professores...).

O formato dessa enfermaria é U quadrado. A área interna (pátio) fica no centro, com os quartos a contorná-la. Nesse pátio há uma parte coberta, tipo um corredor de passagem que permite o acesso a qualquer parte da enfermaria, sem se sofrer com as intempéries do clima. Há uma pequena área aberta, mas coberta, contornada pelo lado de dentro por bancos de alvenaria, onde há um telefone público.

Há, ainda, um refeitório que fica trancado com cadeado, sendo aberto no momento das refeições. Há mesas de quatro lugares agrupadas de cinco em cinco, formando fileiras de mesas com cadeiras ao redor. Há três ventiladores de teto e um bebedouro.

O lugar onde é distribuída a refeição é um balcão comprido, por onde se recebe a comida através de um espaço estreito, retangular, entre o balcão e a parede, o qual não permite que se tenha visão de quem está do outro lado oferecendo a alimentação. Apenas os braços e as mãos são vistos.

Os pacientes fazem uma fila e após serem servidos, alguns dirigem-se às mesas e outros saem do refeitório para comer no pátio, principalmente o lanche, por ser mais fácil de transportar e de não precisar, necessariamente, de uma mesa.(Figura I)

Essa enfermaria oferece a seus internos oficinas de pintura e desenho, na sala de T.O. Essas oficinas ocorrem de duas a três vezes na semana, por períodos de aproximadamente duas horas. Há ainda, musicoterapia, às quintas feiras e uma oficina de sexualidade, nas quartas-feiras à noite, a qual reúne pacientes das duas enfermarias. Os pacientes participam também, uma vez na semana da oficina de jardinagem, plantando e cuidando de plantas, que ficam nos canteiros existentes nesse pátio que circula toda enfermaria. É uma enfermaria fechada, ou seja, ao contrário da dois, na parte oposta do mesmo prédio, os pacientes da 1 não tem acesso ao pátio fora da própria enfermaria, o que, segundo informantes, justificaria as atividades existentes na enfermaria 1 e inexistentes na 2, pois nessa, os pacientes podem circular pelo IPUB no período de 9:00 às 11:00 e de 14:00 às 17:00, não precisando ficar restritos a seus quartos ou ao pequeno pátio dentro do espaço ocupado pela enfermaria onde estão internados. Mas, o que ocorre é que se transfere o nada fazer de dentro da enfermaria, para um também nada fazer num pátio maior, já que os pacientes continuam perambulando a esmo ou sentados nos bancos. Há ainda, o baile dos

sábados, que une os pacientes das duas enfermarias. O local de seu acontecimento é revezado entre os pátios das enfermarias 1 e 2.

Por ser um hospital universitário, há muitos estudantes, estagiários, residentes; há assim, uma grande rotatividade de pessoal. Com exceção para a equipe de enfermagem do próprio instituto que é lotada em uma das duas enfermarias, apenas a enfermaria 1 possui no quadro uma terapeuta ocupacional e musicoterapeuta, ficando todo o restante do corpo técnico sujeito a variações constantes de acordo com o término dos estágios.

No momento da investigação, o IPUB recebia estagiários de escolas de enfermagem (nível auxiliar e técnico) da Cruz Vermelha e do Senac, no máximo de trinta alunos da Cruz Vermelha, distribuídos entre as duas enfermarias, sendo quinze pela manhã e quinze à tarde, de segunda a sexta, por um período de um mês. Havendo uma turma com um número menor de alunos, os mesmos ficam concentrados apenas na enfermaria 2. Percebi, durante a observação, ser freqüente um maior contingente desses estagiários na enfermaria 2. Usam roupas brancas, com o símbolo da Cruz Vermelha na manga do jaleco. O Senac tem uma quantidade bem menor de estagiários, os quais participam da rotina das enfermarias às terças e quintas, na parte da tarde. E aos sábados, a Escola Mitus usa esse espaço para campo de estágio, pela manhã e a tarde, para seus alunos dos cursos de auxiliares e técnicos de enfermagem.

Há em média oito residentes de medicina para todo o IPUB, que circulam não só entre as enfermarias, mas também entre os outros serviços já apresentados. Contam ainda com estagiários de Psicologia e Serviço Social .

A enfermaria 2, no que tange ao espaço físico, não se diferencia muito da outra. Conta atualmente com sessenta e quatro leitos, sendo trinta e seis femininos e vinte e oito masculinos. Os quartos têm de quatro a sete leitos, banheiros femininos e masculinos em melhor estado que os da enfermaria 1. Os boxes de ducha e os vasos possuem portas de madeira, o que garante alguma privacidade. No corredor contíguo a entrada, encontramos os quartos nessa ordem: um feminino, dois masculinos, um banheiro masculino (três sanitários e

dois chuveiros), três quartos femininos, a rouparia, um banheiro feminino (três chuveiros, três vasos, duas pias com bancadas de mármore branco e sem espelho, a sala da enfermagem, que tem a mesma divisão da sala da outra enfermaria. Seguindo ao redor do pátio há um prédio mais novo com dois andares, ficando no primeiro andar as mulheres e no segundo os homens. Há, naturalmente, uma escada ligando os andares, sem nenhuma porta, entretanto. Nesse prédio os banheiros ficam dentro dos quartos. Cada um possui dois chuveiros, com portas de acrílico, dois vasos, com o mesmo tipo de portas, duas pias sem bancada e um grande espelho (no feminino). Há uma área aberta no centro da enfermaria, com pequenos canteiros e um tipo de corredor coberto que liga os diferentes espaços, no mesmo estilo já narrado. Na área coberta há também bancos de madeira, um telefone público, uma mesa e três cadeiras velhas de madeira. Na continuação desse pequeno pátio coberto há um grande e único cômodo, onde funciona o salão de beleza, que está a cargo da equipe de enfermagem, e funciona diariamente, exceto por motivo de falta do funcionário responsável do dia. (Figura II)

Existe um tanque, que possibilita que os pacientes lavem suas roupas, (na enfermaria 1 há dois). Quanto à roupa, há uma firma terceirizada que recolhe as roupas das enfermarias (lençóis, toalhas); os pacientes preferem, entretanto, entregar a algum parente no momento da visita, a roupa suja, em troca de uma muda limpa, ou lavá-la ele próprio. Assim procedem para evitar extravio ou que suas roupas sejam dadas a outrem. Diferentemente de outros hospitais psiquiátricos, não existe uniforme para os pacientes. Usam roupas comuns, trazidas pela família, ou doadas aos que não têm como conseguí-las. Por falar em uniforme, apenas os trabalhadores de enfermagem de nível médio (auxiliares e técnicos), servidores ou estagiários, são possíveis de serem identificados pelo uso da roupa branca. Os enfermeiros e demais estagiários usam roupas comuns, podendo ser confundidos com familiares.

Por ser uma enfermaria aberta num longo período do dia (das 9 às 11 e das 14 às 17), a circulação é livre. As visitas ocorrem nesse horário, e durante meu período de campo, jamais encontrei nenhuma barreira para entrar nessa enfermaria. Já para entrar na enf. 1 é necessário solicitar a abertura da porta, cuja chave pode estar com uma pessoa que fica sentada em uma mesa no corredor em frente às portas das enfermarias. Não havendo ninguém nessa mesa, pode-se solicitar na própria enfermaria 1, através de uma pequena janelinha recortada na porta de entrada, para alguém abri-la. As janelas que dão para dentro dos pátios das próprias enfermarias não têm grade, ao contrário das que dão para o pátio externo. Nesse caso, em ambas as enfermarias, as janelas são gradeadas.

Os pacientes dessa enfermaria são mais idosos e alguns oriundos da enfermaria 1, que já se encontram fora do quadro agudo. Assim, podem circular pelo IPUB no horário permitido e também freqüentar as oficinas do CAD, mediante encaminhamento. O grande pátio do IPUB, comum a todos os serviços, segue a mesma lógica dos outros. Fica no centro, com canteiros onde se realiza a oficina de jardinagem, rodeado por outros prédios. As construções abrigam a parte administrativa, direção, biblioteca, salas de aulas, o Centro de Atenção Diária, ambulatório, enfermarias, etc. Este pátio apresenta bancos de alvenaria e um quiosque que vende sanduíches, salgados, refrigerantes e é freqüentado principalmente por funcionários e estudantes.

Nem todos os pacientes internados nas enfermarias recebem visita. Aproximadamente 20%, segundo informação da enfermagem, carece de contato com parentes. Nesse universo convivem juntos internos que apresentam enfermidades mentais e dependentes químicos (drogas lícitas e ilícitas). Tal fato é visto como inapropriado pelas trabalhadoras de nível médio de enfermagem, face a possibilidade de manipulação desses últimos em relação a pacientes com problemas mentais, visto que após o término do efeito da droga inserida, essa

clientela têm um grau de consciência e cognição que os coloca em vantagem se comparados à internos com distúrbios mentais mais graves.

A enfermagem é responsável pelos cuidados diários. Alguns pacientes têm acompanhamento de médicos residentes, mas não todos. Dos sessenta e quatro, aproximadamente quinze participam que alguma oficina oferecida pelo CAD, por determinação do residente que acompanha o referido paciente. Os dependentes químicos são os mais encaminhados para esse tipo de atividade.

Todos recebem algum tipo de medicação. Excetuando-se casos agudos, não há dificuldade em proceder à terapêutica medicamentosa. Ao contrário, os pacientes tomam o remédio de boa vontade, chegando mesmo a solicitá-lo, antes do horário previsto, buscando aplacar algum sintoma de desconforto que os estejam incomodando.

Presenciei a distribuição da medicação na enfermaria 2 e achei curioso registrar como ela é feita.

Durante um período, algumas trabalhadoras de nível médio retiram os comprimidos de seus invólucros e estes vão “caindo” em grandes potes, tipo bacias, sendo depois colocados em potes pequenos que possuem uma etiqueta de esparadrapo com um número de identificação.

Na hora da medicação, o enfermeiro responsável vai para a janela da sala de enfermagem que dá para o pátio interno da enfermaria 2, com uma caixa onde estão os potinhos numerados, logo se forma uma pequena aglomeração do lado de fora e é perguntado ao paciente qual é seu número. Mediante a resposta, se estende um copo d'água com o pote que possui o número correspondente. Há um pequeno tumulto como se todos tivessem pressa em receber a medicação. O enfermeiro, muitas vezes, estende o pote, apenas por ouvir o número, sem olhar e ver quem é o paciente, ou seja, não há uma confirmação do número com a pessoa. Nesse momento, interage-se com o paciente em dois níveis contraditórios. Num primeiro, ocorre uma despersonalização, onde este deixa de

ser sujeito, ficando sua identidade reduzida a um número e mesmo assim, ainda passível de equívoco; num segundo nível, o paciente é percebido como sendo uma pessoa portadora de lucidez e consciência, (reconhecimento que lhe é negado na maior parte do tempo) já que depende exclusivamente dele fornecer a informação correta para garantir a administração do medicamento certo.

Tal fato chamou-me atenção por ser diverso de minha experiência, quando na assistência em um hospital psiquiátrico público de crônicos, onde nem todos recebiam medicação mas, quando esta era necessária, se fazia de forma mais personalizada.

Apenas o pessoal de enfermagem de nível superior dos dois locais participa de supervisão semanal, na sala de reunião na enfermaria 2, onde são levadas dúvidas, fatos que ocorreram durante a semana e se discute também no presente, possibilidades para os pacientes da enfermaria 2 que ficam muito ociosos.

Ocorre ainda, uma supervisão acadêmica que reúne residentes, estagiários de Psicologia, de Serviço Social, um enfermeiro e um professor supervisor, para análise dos casos. Os profissionais não necessariamente têm pacientes nos mesmos locais, e essas reuniões ocorrem em salas na parte administrativa. Com exceção da enfermagem, não há nenhum profissional do próprio IPUB prestando algum tipo de atendimento na enfermaria 2. Quando possível, dependendo do caso, os pacientes são encaminhados a outros locais para realizarem uma outra atividade, como no caso das oficinas.

Permaneci no campo, por aproximadamente três meses de forma intensiva, em dias e horários alternados. Em busca de complementação de dados e adequação de informações fiz um campo ocasional nos dois meses que se seguiram. Nessa etapa iniciei a leitura do livro de “Registros de Ordens e Ocorrências” das enfermarias, a partir de janeiro de 1999 e constatei que ocorrências que poderiam ser consideradas como ao menos incomuns e que

foram a mim relatadas durante as entrevistas, não se encontravam registradas no livro. Após confrontar as informações obtidas nas entrevistas com as que constam no referido livro, retornei às informantes para entender o porquê da omissão de fatos. Alegaram que não lhes é de responsabilidade proceder o registro dos acontecimentos do dia no livro. Elas transmitem verbalmente as situações que presenciaram, como por exemplo, uma relação sexual envolvendo dois pacientes, ao enfermeiro encarregado do dia, ao qual cabe a tarefa de escrever o que achar digno de notificação.¹⁵

As anotações que constam nos referidos livros relatam o número de pacientes por sexo, a medicação existente na enfermaria e/ou comprada por familiares, as altas, fugas, remoções, retornos, queixas clínicas por parte dos pacientes, como dores, problemas de pele, pressão alta, etc. São descritos os aparelhos recebidos na passagem do plantão (estetoscópio, termômetro, aparelho de pressão, etc.), o nome dos membros da equipe por dia e turno e em alguns dias, a lista nominal de vários pacientes com a correspondente pressão arterial.

O registro do baile menciona apenas o local e a participação nominal das pessoas que compõem a equipe de enfermagem que participa dessa atividade. Não há comentários sobre o comportamento dos pacientes, nem indicação sobre o grau de satisfação e participação dos mesmos em relação a essa atividade.

Quando há alguma anotação mais subjetiva, referente ao comportamento do interno, esta se refere a “comportamento inadequado”, numa alusão a agressividade, a não-eficácia da medicação, a tentativa de fuga e agitação.

Não encontrei nenhum registro sobre algum intercurso sexual entre os internos, contrariamente as declarações das auxiliares e técnicas de enfermagem, mostrando que existe um silêncio institucional sobre a questão da sexualidade, que não é discutida, registrada, mas, que não deixa de acontecer.

¹⁵ Durante uma das entrevistas foi mencionada a ocorrência de um caso de violência sexual envolvendo pacientes usuários de drogas e uma paciente com perturbação mental. Entretanto, eu não possuía elementos para aferir tal situação a não ser checar no livro de registros, o qual omitia tal fato. Tive a preocupação de não averiguar o relato entre outras pessoas, evitando

2.4. As Entrevistas

Foram realizadas um total de sete entrevistas, de aproximadamente uma hora de duração, com as auxiliares e técnicas das enfermarias 1 e 2 do IPUB.

Não foi feita distinção entre auxiliares e técnicas, pois num levantamento realizado entre os alunos do CBAD, verificou-se que as auxiliares e técnicas desempenham a mesma função e alguns funcionários contratados como auxiliares possuem a titulação de técnico de enfermagem, estratégia para baratear serviços oferecidos por esse trabalhador, já que na prática, essas funções, na área de psiquiatria, se confundem.

A entrevista pode ser entendida como uma conversa a dois, que se estabelece com objetivo definido e delimitado pelo objeto de pesquisa. É então, uma conversa orientada, já que ocorre dentro de um projeto preestabelecido.

As entrevistas foram semi-estruturadas. Há um roteiro (em anexo) que funcionava como condutor para o seu desenvolvimento. Ele não foi entretanto, utilizado de forma rígida, sendo suficientemente flexível para permitir encaminhamentos além dos previstos.

No momento inicial eram levantados alguns dados das entrevistadas como idade, escolaridade, lugar de moradia, estado civil, profissão dos pais, visando localizar socialmente esses sujeitos.

As entrevistas eram gravadas e antes de seu início, apresentava-se o assunto e o objetivo, explicando que não havia obrigatoriedade em responder a todas as indagações. Elas eram realizadas na sala de reunião, onde era possível obter privacidade. Nunca houve interrupções e todas transcorreram num ambiente de tranquilidade.

Algumas entrevistas foram agendadas mas, a maioria realizou-se sem agendamento prévio. Logo no início informei-me sobre a escala de trabalho e

qualquer tipo de confronto institucional e exposição da informante.

comparecia ao IPUB de acordo com os dias em que pudesse encontrar novas pessoas para conversar. Por vezes, havia troca de plantão e faltas que fizeram com que alguns dias nenhuma entrevista fosse realizada. A observação participante, objetivava colher informações não expressamente verbalizadas e acompanhar as interações sociais entre pacientes e estes e a equipe técnica. Assim, o trabalho de observação foi realizado concomitante e posterior às entrevistas.

Com os dados obtidos foi possível realizar uma análise de conteúdo, estudando e comparando o sentido do discurso, acreditando que assim pudessem ser revelados os sistemas de representação veiculados por esses discursos, através da Análise das Relações por Oposição (ARO), (Blanchet & Gotman, 1992), técnica de análise sociológica de inspiração estruturalista que busca explicitar os pressupostos implícitos que freqüentemente sustentam a organização espontânea do discurso colhido pelas entrevistas transcritas.

Esse método (ARO) consiste em *“identificar as relações de significação entre os significantes, de um lado, (os objetos dos quais falamos) e os significados, do outro lado, (o que se diz a respeito desses objetos), de tal modo que os significantes e seus significados se opõem termo a termo.”* (Blanchet et Gotman, 1992:16). Existe uma cadeia de significados unindo os primeiros termos de cada binômio, e opondo-os de maneira simétrica aos segundos termos propostos na relação, como por exemplo público/privado; masculino/feminino; liberação/controle; adestramento profissional/ in experiência, remetendo a universos simbólicos opostos, numa perspectiva comparativa.

Essa técnica é essencialmente uma leitura analítica do texto que se pode colher do relato das informantes. Ela informa sobre a estrutura ideológica subjacente aos discursos dados. Busca revelar uma ordem não-dita, não-consciente, uma ordem subjacente que é a estrutura do discurso, apresentada no momento da análise das falas das entrevistadas.

Neste trabalho são transcritos alguns trechos das entrevistas. Optou-se por nomes fictícios com o intuito explícito de preservar, em algum nível, a identificação das entrevistadas.

Capítulo 3.

Análise das Entrevistas

3.1. Caracterização Social do Universo da Pesquisa

As auxiliares e técnicas de enfermagem em termos de inserção na estrutura social podem ser classificadas como pertencentes ao universo das classes trabalhadoras urbanas tal qual a formulação proposta por Duarte (1993). Trabalhar com designação de classes, grupos, segmentos não é em si uma tarefa fácil, mesmo reconhecendo-se o valor heurístico das designações

Na verdade, essa definição é bastante fluida e há diferenças significativas de renda e de capital educacional entre as pessoas entrevistadas, então, nesse sentido, elas estão na fronteira entre as classes trabalhadoras e as camadas médias.

Tanto a vertente de estudos sobre estratificação social quanto a perspectiva de classes apresentam uma dificuldade ao substancializarem os personagens envolvidos numa categoria mais abrangente. A Antropologia tem mostrado o quão crucial é, para a compreensão da vida social, a auto-representação que os sujeitos sociais fazem de si mesmos e do lugar que ocupam na sociedade. É insuficiente para este tipo de abordagem apenas colocar importância nos critérios “objetivos” da estratificação social, que enquadra os indivíduos em determinado lugar na pirâmide social, apenas pela rubrica da renda.

A explicação fundada na estrutura de classes também tem falhado em definir racionalmente a posição das classes médias. Há uma intensa pluralidade de situações no plano econômico que se combinam com posições diferentes de status (Weber, 1974).

Tem-se buscado integrar na análise de inserção social dos indivíduos outros critérios como local de moradia, formas de consumo, frequência de redes de sociabilidade, formas de organização da família, estilos de lazer. Há ainda uma série de elementos que complementam a análise sobre a inserção social.

Um fato ilustrativo é que os critérios sobre os quais repousa a estratificação social- renda, ocupação, raramente se apresentam sozinhos, fazendo-se acompanhar de outras, que os reforçam ou os matizam. Entre as entrevistadas, quando perguntadas sobre o seu pertencimento à uma determinada classe social, havia uma variedade de respostas.

Os locais de moradia estão distribuídos entre os bairros da Tijuca, Olaria, Bangu, Campo Grande e Jacarepaguá. Todas têm a mesma ocupação. Entretanto, algumas trabalham em outros locais além do IPUB, o que acarreta variações na renda. Algumas entrevistadas referiram-se como pertencentes aos segmentos médios provavelmente pelo status que atribuíam a sua ocupação e nível de escolaridade. Ainda, devido a possível profissão de seus maridos, e eventuais outras fontes de renda advindas de sua família de origem, a inserção de classe não é completamente homogênea.

Um ponto em comum é a hesitação em realizar o “auto-enquadramento” numa classe. Algumas retornavam a questão por mim colocada, em busca de critérios que pudessem ajudá-las na classificação, enquanto outras “criavam” classes, como *trabalhadora* e *pobre*, fugindo da padronização do senso comum, baixa, média (com suas subdivisões), alta.

Pela profissão de seus pais pode-se situá-las melhor na estratificação social. As mães das informantes não têm ocupação além dos serviços domésticos das próprias casas. Os pais exerciam atividades para as quais era suficiente a escolaridade média. Não há casos de mobilidade descendente entre as entrevistadas.

Crê-se assim, que a definição weberiana de grupo de status seja aqui a mais pertinente, já que não privilegia somente a dimensão financeira, mas a *“pretensão efetiva de privilégios positivos ou negativos na consideração social”* (Weber, 1974:245), que se misturam com critérios variáveis como modo de vida, educação ou prestígio profissional.

Não se deseja ficar ao longo do trabalho reiterando o pertencimento desse segmento às classes trabalhadoras urbanas, entendendo ser satisfatório tomar como significativa a autoqualificação do grupo, onde a estratificação social não é um critério *per si*, mas há um conjunto de atributos no qual se inserem a escolaridade, o lugar de moradia e a própria auto-representação.

A escolaridade parece ser, neste caso específico, um fator de distinção para a auto-qualificação. Apesar de ocuparem o mesmo cargo de auxiliar de enfermagem (com exceção de uma que está enquadrada no cargo de técnica, que é a nível de 2º.grau) , para o qual o pré-requisito é o 1º. grau, as que possuem o 2º. grau completo ou o 3º. incompleto, (que são apenas duas) percebem-se como pertencentes ao universo das camadas médias, enquanto as que possuem o primeiro grau ou o segundo incompleto optaram por auto classificar-se fora dos segmentos da classe média. Além disso foi possível perceber que apenas a que possui o 3º. grau incompleto traz, na maneira de se expressar verbalmente, as marcas de um capital cultural superior. As demais, mesmo a que possui o 2º. Grau, não apresentam distinções significativas em relação a isso, entre elas.

Manter-se-á então, uma classificação dessas trabalhadoras a partir de elementos combinados, assinalando

“fronteiras simbólicas, que a se segmentarem indefinidamente deslocam para sempre a questão de uma substância da diferenciação e da hierarquia sociais. Não é próprio a este tipo de classificação um reconhecimento absoluto das diferenças, ou seja, uma positivação das posições atribuídas.” (Heilborn, 1984:3)

Nesse grupo, a escolha da ocupação esteve vinculada a uma necessidade de trabalho a curto prazo. Menos que uma escolha, na verdade, foi o caminho mais curto para entrar na área de saúde, reconhecida como vocação.

Algumas entrevistadas demonstraram o desejo de poder ter cursado uma universidade, como medicina ou enfermagem mas, por questões financeiras, tal possibilidade não se mostrou viável.

A entrada na área de psiquiatria acontece, também, ao acaso, com uma única exceção. Após a conclusão do curso de auxiliar ou técnico de enfermagem, há a procura por um local de trabalho, independente da área específica de atuação. Assim, a psiquiatria não aparece como vocação, mas como uma oportunidade de se exercer a profissão.

Esse não é um fato isolado no Instituto. Segundo Reis (1998), em uma pesquisa realizada nos serviços de psiquiatria do município do Rio de Janeiro, entre os trabalhadores de nível médio em enfermagem, a entrada na área de saúde mental se dá, na maior parte das vezes, ao acaso, e em outras, face à presença de casos de distúrbios mentais na família. A auxiliar ou técnica procura um trabalho em enfermagem psiquiátrica, na busca de conhecimento, para melhor entender e amparar o parente acometido pela enfermidade. Uma situação similar apareceu em uma das entrevistas

3.2. Identidade e Papéis

O conceito de identidade social é objeto de grande debate no interior das ciências sociais. A identidade não é compreendida como uma entidade substancial; ela pode ser apreendida como um efeito de determinada situação ou contexto. É justamente o contexto que faz a identidade adquirir um caráter mais consistente. Diferentes trabalhos de diversas orientações teóricas têm usado esse conceito, seja num contexto de confronto entre duas sociedades diferentes ou no

interior de uma mesma sociedade entre grupos sociais distintos, como por exemplo, grupos populares *versus* camadas médias.

Há, *grosso modo*, duas perspectivas presentes neste tema, uma mais estrutural, mais sistêmica, que tem como expoente entre outros, Lévi-Strauss, Evans Pritchard e no Brasil, Luiz Fernando Duarte; e uma outra vinculada às teorias de interação social representada aqui em Goffman e Epstein.

Na perspectiva mais estruturalista, a identidade é um jogo relacional entre atributos, marcas sociais de um dado sujeito e a percepção que outros sujeitos sociais fazem daquela *persona*. Duarte, por exemplo, equaciona o problema da análise da identidade social a partir de três níveis de uso do conceito de identidade. Um primeiro nível é o que a entende como um conjunto de atributos e marcas sociais. Um outro a coloca numa dimensão de valor, relacionada à classe social, vinculada ao universo de valores que o grupo em questão adere. Finalmente, há ainda, a dimensão contrastiva e/ou situacional da identidade social.

Portanto, é a opção teórica que modula a maneira de se colocar em funcionamento o conceito de identidade.

Na perspectiva inaugurada por Evans-Pritchard em seu trabalho sobre *Os Nuer* (1978), ele salienta que a identidade não é única o tempo inteiro em qualquer situação. Ela se atualiza em função de determinadas situações sociais que podem enfatizar certas dimensões e esmaecer outras. É o que foi designado como identidade situacional.

Uma outra contribuição sobre o estudo das identidades sociais advém dos chamados trabalhos de fricção interétnica (Oliveira, 1976), que foi designada como identidade contrastiva.

Lévi-Straus (1997), por exemplo, critica a noção ocidental de identidade, fundada no subjetivo, afirmando tratar-se de uma categoria que, por razões etimológicas, é

dependente da idéia de idêntico. Para essa corrente, a identidade social é constituída por marcas sociais, atributos que a própria pessoa se designa de pertencimento a um determinado grupo, o qual, por sua vez, também a identifica como seu membro.

Ainda nessa linha, Heilborn (1996) esclarece que:

“Identidade social é aqui entendida e operacionalizada na acepção de um conjunto de marcas sociais que posicionam um sujeito em um determinado mundo social. Não se trata de uma concepção que se baseie numa substância reificada, composta por marcas estáticas, mas antes de uma proposta em que a modelação da pessoa importa simultaneamente em três dimensões. A primeira delas refere-se, de fato, à existência de um elenco de atributos e traços que constituem classificatoriamente o sujeito (...) O segundo nível refere-se ao modo como tal elenco de atributos insere-se num campo de significações sociais em que outros eixos classificatórios estão presentes (...) E, finalmente, uma terceira instância se apresenta em que tais marcas se expressam mediante determinados valores, corporificando-se em significados que articulam a imagem de si e a relação com o outro.” (1996:137)

Mais adiante, a autora acrescenta

“Identidade social é, assim, a moldura possível onde os sujeitos podem existir e se expressar; um formato que não lhes é propriamente oferecido, porque para tal supor-se-ia que seres sociais pudessem existir previamente à inserção social na vida coletiva. Aqui, ao contrário, descarta-se a percepção de anterioridade e/ou externalidade dos sujeitos ao mundo das representações coletivas. Neste sentido, a identidade social constitui-se na atualização de princípios de classificação social ordenados por valores que fabricam e situam os sujeitos.” (Heilborn, 1996:137)

A outra possibilidade de leitura da questão da identidade está representada por Goffman (1975) e Epstein (1978), que tomam o ponto de vista

do sujeito. Assim, seria possível a esse sujeito ter múltiplas identidades e manipulá-las. Essa tradição vinculada às teorias da interação social tem como pressuposto a idéia de ator, de sujeito, em geral consciente, que pode escolher entre diferentes repertórios sociais que lhe são ofertados.

Nessa linha, segundo Epstein, as pessoas possuem mais que uma identidade, ocorrendo uma “simultaneidade de identidades”, de *status* e de papéis, itens socialmente definidos. A identidade estaria numa outra dimensão: a percepção do eu. O sujeito tenta integrar seus vários papéis e os estatuses que estes representam, numa imagem coerente de *self*. Nesse caso, o processo de construção de identidade pode então ser entendido como a combinação de uma série de papéis que os indivíduos desempenham, sejam eles complementares ou contraditórios.

Goffman (1975) propõe em seu livro, *A Representação do Eu na vida cotidiana*, a existência de uma possibilidade de manipular impressões no processo de interação, que se sustenta na representação de papéis. Insiste na preponderância de um *self*, que não se envolve emocionalmente nas atuações e coordena a incorporação de diferentes atribuições.

Em certos tipos de papéis profissionais existe a possibilidade de relativização, de gestão das emoções, onde se elaboram sentimentos de distância para se evitar os descompassos gerados pelos afetos da vida profissional. São técnicas de distanciamento que permitem à atividade profissional ser desenvolvida sem estar comprometida com as emoções da pessoa que está engajada. Este processo de distanciamento entre os sujeitos foi bem descrito por Nobeit Elias (1994), como já exposto em capítulo anterior. Trata-se, em verdade, de um longo processo de evitação entre os sujeitos, de demarcação de fronteiras entre os corpos que ocorreu na sociedade ocidental. Pode se correlacionar tal processo macro histórico com aquele descrito por Goffman relativamente à profissão no nível micro sociológico. A “profissionalização” implica

a regulação de determinados contatos com um certo tipo de clientela e isto permite a exacerbação do sentimento de separação entre o eu (self) e o sujeito, objeto do cuidado.

É possível aproximar a análise por Goffman, que tem um sentido microsociológico, àquela oferecida por Elias em termos de um largo processo.

Este é sempre um jogo dinâmico, de construção da identidade, no sentido que há momentos em que há a sensação de que se pode afastar da identidade profissional. Em outros momentos é a identidade profissional que é colocada em relevo. E certamente, as possibilidades de afastamento ou de maior imersão na identidade profissional relacionam-se com algo que é caro à Antropologia, que é o contexto social. Ele é quem vai autorizar, fornecer os elementos para numa chave interpretativa, saber porque em determinadas situações a identidade profissional é mais acionada do que a identidade pessoal.

Cabe esclarecer, que não estou sequer salientando que uma proposição é mais verdadeira que a outra, mas que elas lançam luz sobre dimensões diferentes da identidade. Às vezes, por exemplo, um trabalho como o de Goffman sobre manipulação da identidade é bastante esclarecedor sobre os momentos de interação com as entrevistadas, visto que elas tinham toda uma estratégia de administrar a apresentação do próprio eu.

Ao trabalhar com um objeto micro sociológico, o tipo de análise de Goffman ilumina muito bem essa idéia de manipulação da identidade. Entretanto, numa dimensão mais sistêmica, outras teorias sobre identidade social possibilitarão um melhor respaldo a este trabalho.

A utilização dessa dupla referência ao modo de analisar a identidade deveu-se às condições de meu trabalho no campo. Eu percebia que havia na negociação da entrevista um deslocamento freqüente, que se dava entre a pessoa e a profissional. Pode-se refletir, frente a negativa de conceder a entrevista, que não apenas a **pessoa** negava tal possibilidade. Há nessa atitude,

um resguardo do papel profissional face a possibilidade de comprometimento que determinadas revelações e opiniões podem propiciar, envolvendo a profissional que as fornece.

Nas entrevistas realizadas foi possível identificar duas dimensões da identidade, que exprimiam uma nítida oposição pessoa/profissional. Quem estava dando a entrevista era a pessoa, que relatava, às vezes, fatos realizados pela profissional. Era quase como falar de si própria na terceira pessoa.

Em questões que abrangiam a forma de cuidar do corpo do outro, de uma possível inibição no cumprimento esperado de determinadas tarefas, por parte dessas trabalhadoras, a identidade profissional emergia com justificativas que a reforçavam.

Essa atitude se mescla com a própria aquisição de experiência por parte desse grupo, do adestramento profissional que fortalece essa identidade e que pode se percebida na tentativa de não-envolvimento com a clientela assistida.

Na verdade, o adestramento profissional é um determinado tipo de gestão do contato corporal e de uma certa distância emocional em relação aos pacientes que essas trabalhadoras vão aprendendo no decorrer dessa experiência desde a formação até o pleno exercício da vida profissional.

Como coloca Becker, se referindo a formação médica *“a pessoa deve aprender o que os outros esperam dela e como eles reagirão em relação as suas palavras e ações”* [tradução minha] (1977 :4)¹⁶

No processo da formação, as auxiliares e técnicas de enfermagem já são treinadas a deixar a emoção em segundo plano e ter um “olhar profissional” que é freqüentemente entendido como assexuado e que, como foi visto, faz parte da perspectiva do grupo, mais do que um comportamento individual. Essa

perspectiva se estabelece com base numa freqüente e continuada repetição do aprendizado teórico e prático.

Interessada em investigar as representações sobre sexualidade e gênero que eram atualizadas por esse grupo profissional relativamente aos pacientes psiquiátricos, deparei-me com inúmeras discursos que salientavam esse distanciamento e, em especial, um deliberado afastamento de qualquer conotação sexual que o contato corporal com a clientela pudesse ter.

Percebemos, nas falas, elementos que ilustram como foi ocorrendo uma certa naturalização face a situações vivenciadas pelas entrevistadas, quando respondiam a pergunta sobre como foi que reagiram, que se sentiram, quando viram pela primeira vez o corpo nu de um paciente.

“Mas, engraçado, eu acho que realmente a minha profissão é essa, então, não teve nada assim de nenhuma estranheza, nada.”(Rose, 46 anos)

Percebe-se nessa argumentação como se a profissão não comportasse esse tipo de estranheza. A enfermagem tem a autorização para manipular o corpo do outro de modo asséptico, profissional, sem envolvimento, sem timidez nem vergonha. É isso que se espera que cumpram as trabalhadoras que abraçam essas funções. É parte intrínseca do adestramento profissional. A internalização desse comportamento é de tal ordem que a informante acredita ser um dado comprobatório da sua própria vocação para a enfermagem e, que ela pessoalmente disporia da qualidade inata para ser uma auxiliar de enfermagem.

¹⁶ No original: “One must learn what others expect of him and how they will react to his word and actions.”

“Eu fiquei sem graça e pedi que ele vestisse a roupa (...) Agora, não incomoda mais não. Eu vou lá e converso, peço para vestir a roupa, até ajudo, mas não me assusto mais não.”(Clara, 24 anos)

“Foi quando eu comecei a estudar, porque na época de estudante eu tinha 18 anos, aí você fica naquela sacanagem, o cara nu. Como é a primeira vez, aí você se sente meio inibida, até pela falta assim, não é de costume, mas assim, você entra e já vê um paciente nu, no começo eu estranhei, fiquei um pouco inibida, mas depois, não.”(Maria, 28 anos)

As duas últimas declarações admitem um certo desconforto na situação e exemplificam bem como vai se construindo a distância emocional em relação ao outro através da experiência, que ocorre pela repetição de uma mesma situação.

Em algumas ocasiões, que poderiam ser vistas como, pelo menos, constrangedoras, o discurso arroga uma tal naturalidade, que não concede crédito à dimensão sexual e nega também as diferenças de gênero dos próprios pacientes. Os pacientes são todos vistos como “iguais”, como simplesmente internos, independente de serem homens ou mulheres, despindo-os assim, não apenas do sexo, mas também, desinvestindo-os enquanto sujeitos, portadores de uma identidade própria, despersonalizando-os. Um dos mecanismos da despersonalização é justamente a percepção de que “são todos iguais”. Como sustenta Goffman (1974) ocorre uma padronização dos sujeitos quando inseridos numa instituição psiquiátrica, o que acarreta numa sistemática mortificação do eu, mesmo que não intencional.

Em outros níveis de discurso reaparece, contudo, a diferença de gênero como distinção importante entre os pacientes, como veremos adiante. Entretanto,

no plano de significação ordenado pelas categorias *são/doente*, eles não apresentam diferenças que valham ser citadas. Assim, nessa oposição contrastiva, profissional-normal/sujeito-doente, os pacientes se transformam num coletivo, sendo idênticos. Mas, há um determinado momento em que se passa para o plano das diferenças internas entre os pacientes, onde se reconhecem distinções significativas entre tratar de homens e de mulheres.

Esse é um bom exemplo de como o sistema representacional não é um sistema linear. Há níveis de abstração diferentes. De um lado, no plano da oposição entre o paciente e o profissional a identidade acionada é aquela traduzida pela exterioridade do profissional, frente a “todos são iguais”, implicando despersonalização. De outro lado, no momento em que é questionada a preferência por um gênero para prestar cuidados, diferenças são percebidas entre pacientes homens e mulheres surgindo assim, um outro nível de significação. Esta aparente contradição é entretanto dissolvida quando se analisa a questão sobre o ângulo de que a identidade social não é estática.

Algumas falas ilustram perfeitamente a oposição: pessoa/profissional e pessoa/paciente. Neste nível de construção de identidade fica patente a forma como o trabalho da enfermagem é pensada, ou seja, como uma atividade assexuada, remetendo-nos à origem do mito, que há mais de um século permanece.

“A enfermagem não tem sexo, então não vou ter vergonha de um paciente homem, que eu tenha que trocar de roupa ou tenha que fazer a higiene dele” (Ana, 57 anos)

A idéia de conceber a enfermagem como uma ocupação desvinculada da sexualidade ainda permanece na atualidade, como também na profissão médica

em geral. Apesar das atividades das trabalhadoras de nível médio importarem numa aproximação íntima com o corpo do outro, e talvez, justamente por isso, busca-se uma naturalização nos procedimentos, o que inclui a abstração do sexo da própria profissão. Ao ser vista como assexuada, a enfermagem fica apta para lidar com qualquer um dos gêneros, *sem vergonha, naturalmente....*

“Eu não sou mulher, eu sou uma auxiliar de enfermagem e estou aqui para tratar deles.” (Maria, 28 anos)

“Eu não estava ali como pessoa, e sim como uma técnica de enfermagem...” (Clara, 24 anos)

“Minha vida pessoal é totalmente independente da profissional.” (Júlia, 39 anos)

Essas declarações demonstram como a posição antropológica de reconhecer o contexto como responsável por acionar uma determinada dimensão da identidade é operativa na análise desses depoimentos.

Na primeira argumentação há um apagamento da condição de gênero da entrevistada e uma relevância da identidade profissional. Na frase “não sou mulher”, não só ela subtrai a condição de gênero, como também, subtrai a condição sexual. A identidade profissional torna-se o elemento encompassador da sua identidade naquele momento, ou seja, a dimensão profissional está sendo colocada em foco em detrimento de ser mulher.

O segundo depoimento, apesar de não ser tão evidente quanto o primeiro, também está afirmando os atributos da informante enquanto pessoa humana por oposição a profissional, estando a condição pessoal subordinada a esta. Há uma

relação de encapsulamento das características pessoais, por essa *persona* profissional.

Coerente com as anteriores, a última fala já admite uma separação entre a vida profissional e a pessoal, reconhecendo-se situações onde apenas uma identidade é acionada, na separação trabalho/casa, profissional/pessoa.

Assim, quando o assunto gira em torno do cuidado com o outro, do desempenho das atribuições rotineiras dessas trabalhadoras, do “tratar” dos pacientes sob seus cuidados, percebe-se uma necessidade de delimitar a ocupação da vida pessoal, e aí a identidade profissional torna-se um elemento central.

Ilustra-se com as falas a seguir, o mecanismo, já comentado, de despersonalização dos pacientes, na oposição entre quem presta e quem recebe o cuidado (profissional/paciente). Nesse nível de contraste, *são/doente*, todos os pacientes são iguais, já que todos estão enfermos, despossuídos de sua condição de sujeitos, categorizados como pacientes, iguais e assim, assexuados, que necessitam do cuidado dessas profissionais, por sua vez, também desprovidas de sua condição de gênero.

“...é paciente da mesma maneira. Homem ou mulher, prá mim eles não têm sexo”.(Maria, 28 anos)

*“Eu sou profissional. Tanto faz se for homem ou mulher, prá mim é a mesma coisa. Falo prá ele, que ele deve me ver como um profissional, que ele está ali para ficar curado, que não deve ter **vergonha**”.*(Júlia, 39 anos)

Chama-se atenção para a menção do sentimento de *vergonha*. Esse é um atributo da pessoa e não do profissional e nem do paciente. Na dimensão profissional/paciente ambos estão despersonalizados e portanto, não lhes devem ser atribuídos características, sentimentos a nível pessoal, o que mostra que a *vergonha* é no caso, um elemento de assimetria pessoa/paciente e pessoa/profissional.

3.3. Imagens de Gênero

No primeiro momento havia um plano em que as diferenças de gênero não apareciam, sobretudo na oposição profissional/paciente. Mas, num outro plano de significação essas distinções despontaram, como já citado no item anterior. É sobre a percepção da distinção entre os gêneros que tratarei a seguir.

A masculinidade e feminilidade são atribuições sociais demarcatórias de diferenças e não características fixas e imanentes de homens e mulheres. Esta percepção tem sido a grande conquista do que se denomina de *teoria de gênero*, a saber que há um descolamento, mais ou menos parcial, dependendo do contexto cultural, dos planos anátomo-fisiológico ou da corporeidade e o nível de atribuição de significado à diferença sexual. Isso significa dizer que não existe uma essência masculina ou feminina e que cada cultura define os conteúdos particulares dos gêneros em seu âmbito. Para a sociedade brasileira, o estudo do gênero tem freqüentemente recorrido à literatura sobre o complexo cultural mediterrâneo.¹⁷

A construção da feminilidade, na tradição mediterrânea está associada a comportamentos dóceis, passivos mas, ao mesmo tempo, há uma categorização feminina onde a mulher ora é vista como virgem/mãe, ora como uma mulher vulgar, o que se chama de um duplo padrão de moralidade. De um lado, há a

¹⁷ “Complexo cultural mediterrâneo diz respeito a certos traços de organização do parentesco e da moral comuns a certas regiões da Europa e mesmo do norte Africano, áreas essas

expectativa ideal do comportamento feminino, que é o de uma sexualidade controlada, não necessariamente assexuada, subordinada ao papel da maternidade. Está presente, entretanto, no imaginário dessa classificação de gênero, a possibilidade da mulher apresentar uma sexualidade desregrada.¹⁸ São dois pólos que muitas vezes, sistematicamente, se tentam juntar. Essa ambigüidade está presente não só na categorização feminina como também, na própria profissão de enfermagem, já que esta estava associada a uma atividade na qual as prostitutas também participavam, como foi explicitado no capítulo anterior.

Cabe ilustrar com a brilhante análise de DaMatta (1978) sobre o romance de Jorge Amado, *Dona Flor e seus dois maridos*, onde o autor chama a atenção para a ambigüidade existente na personagem feminina principal, que busca um relacionamento complementar, na tentativa de conciliar desejo e sensualidade com um casamento cerimonioso, circunspeto.

A análise de Roberto DaMatta sobre a sociedade brasileira tem apontado para dois eixos estruturadores: casa e rua. Ele alega, entretanto, que casa e rua dariam conta do plano propriamente social do imaginário brasileiro. Mas, a compreensão da totalidade brasileira só seria possível com a inclusão de um elemento cosmológico, supersocial - o sobrenatural. Há um tripé na nossa sociedade onde o sobrenatural integra as relações entre casa e rua. Especificamente nesse romance, DaMatta destaca o paradoxo do papel feminino de tentar conciliar a sexualidade desregrada com o papel da esposa, dona de casa, que é resolvido através da intermediação do sobrenatural, visto que este integra as concepções do social na sociedade brasileira.

fundamentais para a formação de uma identidade da América Latina tais como, Portugal e Espanha" (Heilborn, 1991:33)

¹⁸ Isso permanece no imaginário coletivo, associado à enfermagem na figura tradicional e mitológica das relações entre médicos e enfermeiras, principalmente nos plantões noturnos. No depoimento de uma entrevistada inclusive, foi citada a insatisfação por parte de seu pai quanto a escolha de ser auxiliar de enfermagem, por este entender que a filha poderia ficar "mal vista",

A vinculação da imagem da mulher “direita”, “do lar”, voltada para os filhos e o marido também se correlaciona com o discurso médico do século XIX, o qual incentivava as mulheres a ter muitos filhos, dedicando-se exclusivamente aos cuidados desses, devido às altas taxas de mortalidade infantil. Esse modelo requer a sua complementariedade na figura do homem provedor para sustentar mulher e filhos. Assim, dá-se uma subordinação da sexualidade feminina à maternidade. Nesse contexto é incompatível para as mulheres realizarem desejos sexuais e ainda, é também uma impossibilidade a recusa sexual por parte da mulher. Dessa forma, as atribuições do feminino e do masculino produziram modelos ideais de mulheres nas figuras de mães-esposas e homens-trabalhadores, que acopla-se à uma oposição entre público/privado como domínios marcados por uma classificação de gênero.

No contexto da cultura mediterrânea há uma idéia de prestígio e poder masculino que faz parte do senso comum e integra o imaginário sobre os gêneros na cultura brasileira. Acentua-se a existência de certos constrangimentos da ordem combinatória entre os gêneros, que coloca a mulher numa posição de inferioridade em relação ao homem. Ao mesmo tempo em que se afirma uma tensão do ser mulher na polaridade de sua dimensão sacralizada (mãe) ou de sua dimensão profana (puta), ou seja, a da sexualidade desregrada.

Tal argumentação encontra eco nas respostas das entrevistadas sobre a preferência e a diferença entre cuidar de homens ou mulheres.

Como já foi dito anteriormente, se num primeiro nível de significação de oposição profissional/paciente, este último estava despersonalizado, inclusive quanto ao sexo, agora, o gênero torna-se um elemento de valor, pois volta a ter um significado, que remete ao senso comum da cultura mediterrânea.

A maioria alega não ter preferência entre cuidar de homens ou de mulheres, mas identificam a mulher como mais “trabalhosa”, mais “carente” e o homem mais “independente”.

“As mulheres são mais carentes, cobram mais da gente. Os homens, eu acho melhor de trabalhar, mas, eu me adapto a qualquer um dos sexos.”(Ana, 57 anos)

Há nessa fala uma aproximação das mulheres com as crianças. No gradiente de classificação de gênero, com esse exemplo, é como se as mulheres fossem mais infantis, com menos controle, mais carentes em oposição aos homens. O discurso sobre os pacientes homens e mulheres reproduz o discurso mais geral, assimétrico de gênero que existe na sociedade, que vê a mulher como mais dependente. Percebe-se ainda, a presença mais uma vez da fala da profissional, na questão da adaptação, da aquisição de experiência, que surge como um refrão, que volta permanentemente a aparecer.

*“É, os homens eram mais independentes que as mulheres, até **por acharem que por ser homens** tinham que tomar banho sozinhos...” (Maria, 28 anos)*

Essa fala demonstra uma percepção de gênero exclusiva dos pacientes, não sendo compartilhada pela entrevistada. Com esse discurso, portanto, a informante, mesmo que não propositadamente, submete-os, mais uma vez, à despersonalização, traduzindo uma linearização do paciente, que não é homem nem mulher.

Mesmo não explicitadamente mencionado, intervém novamente o elemento *vergonha*, já que por serem homens não desejavam a ajuda da mulher profissional no momento do banho. Isso justifica-se pelo fato de que apesar de serem pacientes psiquiátricos, eles vem informados por uma hierarquização de

gênero da sociedade mais abrangente, onde os homens valem mais do que as mulheres.

Ser tratado por uma mulher, estando seu corpo nu, é uma situação que provoca constrangimento, um sentimento de vergonha, e às vezes, quando essa mulher é jovem, devido a hierarquia de idade e de gênero, pode provocar a idéia de que essa mulher é passível de se seduzida, como na fala de Clara, a seguir.

“Hoje em dia não tem diferença não. (cuidar de homens ou de mulheres). Antigamente, eu até sentia como uma diferença sim (...) Tinha que explicar que eu não estava ali como uma pessoa (...) Eles me viam como uma garota, diziam que eu era gostosa, isso e aquilo (...) Eles falam muita besteira, você tem que se impor, senão, eles passam do limite.” (Clara, 24 anos).

As trabalhadoras de enfermagem têm que administrar uma tensão entre a hierarquia profissional, que de um lado as coloca numa posição superior aos pacientes, já que elas são profissionais e sãs, por oposição ao interno/doente ; mas, por outro lado, elas têm que lidar com a assimetria de gênero que vem da sociedade, onde esses pacientes, apesar de serem doentes, lidam com o código classificatório que determina que a mulher é inferior ao homem.

“Falando assim, em termos de psiquiatria, e que eu tenho observado nesse tempo de experiência, é que os homens são muito melhores de se trabalhar. Eu não sei se é por causa desse lado que a mulher tem, essa fase de menstruação, parece que ela agita mais, e o homem parece que é mais assim, controlado.” (Rose, 46 anos).

De novo existe uma representação do feminino como mais próximo da natureza. O ciclo menstrual da mulher explicaria a histeria e a maior agitação, tornando-a menos controlada que o homem. Há, ainda, uma ambigüidade, já que mesmo o homem sendo visto como “melhor para se trabalhar”, “mais controlado”, também pode ser entendido como mais perigoso já que ele freqüentemente atualiza o código de gênero da sociedade mais abrangente, que faz com que o homem seja mais prestigiado que a mulher. Existe assim, uma permanente tensão do discurso de gênero atravessando a prática profissional dessas trabalhadoras.

O gênero funciona como um idioma classificatório, não apenas do sexo do paciente, mas da relação entre a profissional e o interno, entendendo-se que quando ela é profissional está numa posição masculina em relação ao interno, independente deste ser homem ou mulher. Neutralizando-se o gênero como nas falas “não sou mulher, sou profissional”, ela fica hierarquicamente superior. Pode-se ainda estabelecer uma conexão masculino/feminino, pela própria questão do espaço. Nessa relação de cuidado que se estabelece, a mulher, auxiliar ou técnica de enfermagem, quando dentro de uma instituição psiquiátrica, está no domínio externo (a rua), visto como espaço masculino. O paciente por sua vez, no momento em que é internado, faz desse local um prolongamento da casa, já que transfere a rotina diária do lar como comer, dormir, tomar banho, assistir televisão, etc. de uma localidade a outra, que é do domínio interno, compreendido como espaço feminino.

3.4. Sexualidade e Gênero

Uma vasta literatura antropológica (Duarte, 1986; Heilborn, 1984; entre outros), mostra que a estruturação da visão de mundo das classes trabalhadoras é holista, ou seja, na visão de mundo desse universo pode prevalecer a noção de grupo sobre a de indivíduo.

Como já foi dito, a cultura das classes trabalhadoras urbanas é portadora de uma racionalidade própria. Seus traços mais pertinentes estariam calcados no tripé: família, trabalho e localidade.

Heilborn alega que

"a ênfase no valor da família exhibe seu maior vigor no que se refere à prevalência do grupo sobre o indivíduo na constituição da identidade social dessas pessoas(...) Tal ordenação simbólica da família ganha maior nitidez quando confrontada com o modo individualizante do modelo cultural, que é vigente entre os segmentos de camadas médias na sociedade brasileira."(1997:299).

Nesse contexto ideológico, a sexualidade não se apresenta como referência básica para a construção da identidade enquanto pessoa, nem tampouco se constitui como objeto de um discurso específico, passível de uma singularização diante de outras dimensões de existência. (Heilborn et Gouveia, 1997).

A classificação de gênero é um vetor fundamental na formação da identidade pessoal e social, nesse contexto tradicional que a literatura antropológica descreve. Ela exprime o modo como os caracteres corporais de um sexo e do outro podem ser significados como explicativos da identidade social.

A noção de gênero tem sido usada como uma das possibilidades de análise das relações entre homens e mulheres. Relação esta, que não deriva necessariamente de sua dimensão fisiológica, mas do modo como cada sociedade interpreta e valoriza os papéis sociais dos seus sujeitos sociais. Há um sistema de representações, em cada grupo ou sociedade, que produz e ratifica as diferenças entre os sexos. No processo de socialização, essas desigualdades sexuais são construídas e perpetuadas. Assim, o feminino foi se definindo por

relação a, em contraposição a, ou ainda, identificando-se o que socialmente se convencionou como masculino.

Castro argumenta que

"O salto qualitativo nos escritos feministas é dado com a proposição do conceito de gênero, do sexo construído culturalmente, desde uma perspectiva relacional em que homem e mulher se representam. O conceito de gênero é usado para compreensão da especificidade da mulher, (...) que na América Latina, é assumida como não subordinada, mas em interação com o processo de consciência de classe, se a referência é a mulher trabalhadora de setores populares." (1991:43)

Heilborn sustenta que as categorias de gênero revelam uma relação de natureza assimétrica.

"Exprime-se no nexó simbólico do masculino com um elenco de propriedades de marcação/descontinuidade/diferenciação/deslocamento que demarcam a identidade social masculina. O gênero feminino está balizado por associações com atributos como não-marcação/continuidade/indiferenciação/permanência, considerada a relação de complementariedade que mantém com sua contraparte. O jogo relacional e assimétrico da construção das categorias de gênero está referido a esse plano estrutural." (1997: 298).

Assim, gênero e sexualidade devem ser entendidos como áreas da vida humana que possuem significados diferenciados de acordo com a cultura e formas de vida social.

Para se compreender o específico da identidade feminina, faz-se necessário então, compreender o particular da identidade masculina, o que se apresenta neste trabalho, através de análises comparativas e relacionais, nas falas das entrevistadas.

No grupo entrevistado, de trabalhadoras de nível médio, a visão sobre sexo/sexualidade e o desempenho dos papéis homem e mulher vem ao encontro, na maioria das vezes, da discussão sobre hierarquia de gênero. O discurso se organiza fundado na crença que a diferença sexual é natural e estaria patente nas atribuições de papéis estabelecidos.

O sexo enquanto atividade dos corpos se expressa, na representação feminina, como um item básico nas relações conjugais, integrando as obrigações que estabelecem a vida de casal.

"...ele nunca escutou isso de mim (dizer que não está a fim), porque eu nunca pude falar, porque senão, ele desconfiava que eu tinha outra pessoa, eu sempre tive que estar à disposição (...) Ele nunca falou isso também. Não podia me deixar insatisfeita para procurar outro. Então, a visão que ele tem, é que ele não podia negar que era prá eu não procurar outro (...) Hoje em dia, eu não estou com ele, mas em relação a sexo, ele só me procura prá isso." (Clara, 24 anos).

Essa fala chama atenção para assimetria do gênero. Mostra que existe uma natureza sexual feminina que precisa ser satisfeita e ainda, que a recusa em ter relações sexuais com seu parceiro pode ser visto como um indicador de traição, já que existe uma certa regularidade de relações sexuais que são esperadas dentro do casamento, um certo "regime de frequência", que quando não é correspondido, abre brechas para se supor que o outro pode estar tendo uma relação extraconjugal.

A iniciação amorosa da mulher se reveste mais numa expectativa de vínculo amoroso do que em uma experiência em si. Diferentemente do homem, onde a atividade sexual funciona como um rito de passagem para constituição da

virilidade, muitas vezes desvinculada da questão emocional, a mulher tem que lidar com a vigilância da sua própria sexualidade, submetida a um controle mais estrito, por parte da família.

Isso não significa dizer que a sexualidade ou a vontade de manter relações sexuais e sentir-se desejada no "mercado" de possíveis parceiros não faça com que ela entre num certo jogo de sedução na busca da realização da aliança.

O sexo apresenta-se como uma freqüente estratégia no estabelecimento de vínculos, possibilitando-lhe não só a realização da aliança mas também, sendo um dos elementos da contraditória social, conformada na compreensão de uma distribuição de tarefas entre os gêneros.

Os padrões culturais na tradição mediterrânea, e brasileira por conseqüência, denotam uma diferença fundamental entre a natureza sexual do homem e da mulher. A sexualidade feminina está mais dirigida para a limitação e o controle e a masculina para a incitação, para o exercício da pulsão sexual que se dirige para inúmeras conquistas.

Segundo Bozon e Heilborn (1996) os homens são bem mais instrumentais em sua representação sobre sexo, associando-o à idéia de obtenção de experiência, manifestação de potência e de "descarga física". Há, no caso masculino, uma nítida separação dos sentimentos e da sexualidade física, e conseqüentemente aprendizados distintos. Este fato é percebido pelas mulheres que, entretanto vivenciam a sexualidade de maneira distinta, ou seja, vinculada de modo estreito à afetividade.

*"O sexo é igual para homem e mulher, sendo que a mulher, **lógico**, sempre leva o lado do sexo, por ela ser mais sensível, sempre leva pro lado emocional, sempre tem um romance, um*

amor, sempre tem uma ligação maior. Ela não vai pro sexo simplesmente por uma coisa animal, ela vai com envolvimento, o homem, não." (Rose, 46 anos)

Esse depoimento é particularmente iluminador para a análise relacional entre os gêneros, corroborando que gênero e sexualidade são dois domínios extremamente entrelaçados nessa representação mais tradicional do mundo.

A expressão "lógico" mostra que há um significado simbólico reiterativo, de que está na natureza feminina relacionar sexo e afetividade. Assim, o sexo feminino é visto como naturalmente mais emocional, mais sensível, mais carinhoso, mais afetivo que os homens. Nessa perspectiva, percebe-se a mulher como mais "cultivada" e os homens mais "animais". Há uma representação sobre a sexualidade masculina como sendo uma sexualidade mais selvagem, menos domesticada do que a sexualidade feminina. Isso significa, na verdade, que as mulheres nessa dimensão, se consideram melhores do que os homens. Existe uma positividade da mulher em relação ao homem, onde ela se apresenta mais humana e ele mais animal.

Já no imaginário feminino, apesar de também existir uma representação em torno de uma fisicalidade e instrumentalidade do sexo, ela está combinada a uma subsunção de várias situações da vida, com um valor mais estruturante.

Como aparece na primeira fala, da página 76, no depoimento de Clara, esses conceitos se fazem presente também no "regime de freqüência" das relações sexuais. O sexo, nessa fala a qual me refiro, não era um sexo por amor, mas algo mais complexo, percebido com uma certa objetificação - a prova de fidelidade, a evitação do ciúme e conseqüentemente, do risco da perda.

*"...O sexo para mim não é tudo. Eu acho que se eu tivesse qualquer tipo de relacionamento por causa do sexo, seria uma pessoa totalmente desequilibrada. O amor é mais importante (..) Pode existir amor sem sexo, casos que eu vejo, até na minha profissão, são pacientes que ficam impotentes e você continua amando, as **mulheres** continuam amando(...)" (Júlia, 39 anos)*

Percebe-se na colocação acima que existe um fio que costura as representações do feminino como mais associado ao amor, como na verdade, a sexualidade na visão dessa entrevistada, está submetida a uma lógica maior do amor, principalmente na menção de que as mulheres, apenas as mulheres continuam amando.

Há, ainda, uma associação entre desequilíbrio e uma manifestação exclusivamente sexual. O desejo é visto como uma manifestação de perturbação. Esse desejo pode ser entendido como um "excesso" na categorização de origem da psiquiatria, o que comparativamente, nos remete à Pinel, que previu um tratamento moral para esse tipo de sintoma que comprovava um desequilíbrio mental.

No campo das relações de gênero observa-se que há uma relação de exterioridade, do que é público com o que é masculino e em contrapartida, ao feminino está reservado o domínio do privado, o que se reflete também no campo da sexualidade, já que neste universo social está presente uma vinculação entre a experiência da sexualidade e a construção social de gênero.

Às mulheres cabem as tarefas restritas ao mundo da família - entre essas atividades estão o cuidar, alimentar, limpar, e aos homens à esfera pública. Este é o modelo ideal de divisão do trabalho entre os gêneros. Contudo, esse grupo específico que se está investigando está no público, reproduzindo entretanto, essa relação de gênero, por ter escolhido o trabalho em enfermagem, que na

verdade, retoma o "cuidar, alimentar e o vestir"- atribuições da rotina de serviço dessas trabalhadoras de nível médio.

Como tão bem coloca DaMatta *"é evidente que a oposição rua/casa separa dois domínios ou universos sociais mutuamente exclusivos e que podem ser ordenados de forma complexa, pois que se organizam tanto na forma de uma oposição binária quanto em gradações"*.(1978 :71)

Essa forma ambígua está presente na própria profissão, que apesar de ser realizada no espaço público, repete tarefas originárias do espaço privado e exclusivas da mulher.

Como já foi visto, não foi por acaso, que as primeiras atribuições femininas fora do lar foram o lecionar e o cuidar, numa extensão da casa - o espaço privado.

Desta forma, por expressar-se socialmente, através da dicotomia público/privado, a hierarquia de gênero reforça a diferença sexual.

Existe uma "necessidade" de sexo, que aparece nas entrevistas. A maioria afirma achar que a vida sexual do homem e da mulher é igual. Mas, percebem que apesar dessa vida sexual ser igual, ela se manifesta, ou melhor, é permitido que se manifeste de formas diferentes, ocorrendo uma internalização da dominação de gênero.

... "O homem não fica uma semana sem fazer sexo. Nem é porque tem mais necessidade de sexo do que as mulheres, mas é que foi mal educado pelas próprias mulheres. (...) Todo mundo sente vontade, mas se a mulher fica doente ou fica grávida, o cara tem que arrumar mulher na rua, e quando ele fica doente, a mulher tem que cuidar dele." (Júlia, 39 anos).

Há, nesse exemplo, a percepção de que homem e mulher têm a mesma "necessidade" de sexo, entretanto, à mulher não é permitido explicitar essa vontade. Há uma crítica incipiente, por parte das mulheres, na maneira como as relações de gênero estão organizadas. Existe uma tensão nessa representação sobre a "necessidade sexual", que a princípio é igual entre homens e mulheres que, contudo, as mulheres conseguem controlar mais, porque valorizam mais os aspectos emocionais e estão mais submetidas ao controle moral da expressão desses desejos. Não há uma articulação linear sobre a relação entre sexo e gênero, é um vínculo que tem uma certa complexidade, a qual é expresso através dessa representação intercalando os dois pontos de tensão: ora as mulheres podem ser mais livres para expressar seu próprio desejo, ora podem desejar que os homens sejam mais controlados no momento de manifestar seu apetite sexual.

Numa outra fala, a questão da interiorização do desejo feminino versus a esperada manifestação do desejo masculino também é recorrente. Não se negam os desejos, mas distinguem-se os modos de expressá-los.

"... É, os desejos que a mulher tem, o homem também tem, só que a mulher é muito assim, escondida. O homem fala mais que está com tesão, que está isso, que está aquilo. A mulher não, a mulher sente, mas não fala." (Clara, 24 anos)

Essa representação sobre a não expressão da vontade sexual está de acordo com o atributo de gênero de que o homem é mais voltado para o exterior e a mulher é direcionada pelos atributos de maior interioridade. É uma marca de gênero que se expressa no exercício da sexualidade.

“Então, é aquilo que eu disse prá você. Às vezes, o caso dele é o mesmo que o meu, só que eu não vou até ele, e ele, por ser homem, aparenta que tem desejo como homem, porque ele vai até mim, mas a mesma vontade que ele tem eu também tenho.” (Clara, 24 anos)

Como se pode perceber, há ainda o impedimento moral da iniciativa sexual por parte dessas mulheres que figuram nesse universo social, de orientação holista, no qual as marcas de gênero possuem uma prescrição de conduta fundamental. A manifestação do desejo feminino, portanto, poderia ser entendida como uma vulgarização dessa mulher, que seria "mal vista" pelo seu companheiro. Esse comportamento não seria o esperado de uma esposa, mãe, dona de casa. Assim, a mulher tolhe seu desejo, submetendo-se ao desejo do outro.

3.4.1. A gestão da sexualidade nas enfermarias mistas.

A organização das enfermarias mistas suscita indagações na forma dos pacientes se relacionarem entre si, no dia a dia das enfermarias. Para quem está familiarizado com a área de psiquiatria, não é incomum ao entrar numa instituição que oferece internação, observar alguns pacientes, em algum momento, perambulando despidos no pátio.

Na minha experiência profissional, presenciei diversas vezes, mulheres despidas por motivos variados. Dentre estes posso destacar o simples fato de precisar lavar o próprio vestido e aguardá-lo secar, e por não ter outro, permanecer nua naquele período; ou por fatores relacionados a própria enfermidade, quando a percepção de si própria, dos limites está comprometida. Ressalto que as situações exemplificadas ocorreram em pavilhões

exclusivamente femininos, onde há entre elas, familiaridade desse corpo de mulher.

A minha expectativa, portanto, era que o fato de conviverem juntos, homens e mulheres, fosse gerar um maior pudor por parte dos mesmos, quanto a expor o próprio corpo. Entretanto, esse fato não se mostrou como fator impeditivo para que tal atitude fosse presenciada como tampouco é expressivo o aumento da nudez.

Ao indagar as informantes como elas reagem face a essa situação e o que pensam sobre ela, a maioria vincula os episódios de nudez dos internos a momentos de surto maníaco, onde a exibição do corpo poderia ser entendida como um dos sintomas. É acionado também o argumento de uma exacerbação da libido, ou até mesmo, por simples vontade, sem nenhuma justificativa vinculada ao diagnóstico do paciente.

Quanto as atitudes de controle ou tolerância diante dessas ocorrências por parte das trabalhadoras de nível médio não há muita variação. Independentemente do motivo que leva o interno a exhibir seu corpo, elas explicam-lhe que devem se vestir, que não é certo andar nu e ajudam-no a pôr a roupa.

“...a única coisa é que a gente da enfermagem tem que tentar colocar uma roupa, porque eles mesmos não sabem o que estão fazendo, na crise. Fora da crise não. Tem muito paciente que gosta de tirar a roupa e você está vendo que a coisa que ele mesmo quer fazer (...) Ajo da mesma maneira (na crise ou fora desta). ‘Você sabe que isso não pode, que isso está errado, então põe a roupa’.” (Maria, 28 anos)

Percebe-se que o fato do paciente tirar a roupa é visto como um rompimento da ordem e de uma norma social, ocorrendo com pessoas que já são vistas como possuidoras de um desvio de comportamento, quando em crise ou não. A partir do momento em que estão internadas numa instituição psiquiátrica, já estão rotuladas, estigmatizadas como “desviantes” e delas, portanto, pode-se esperar qualquer coisa, ou seja, o indivíduo que possui um traço desviado é também possuidor de outros traços desviantes, estigma que adquire um valor simbólico generalizado. Não há, portanto, surpresa em relação a esse tipo de comportamento, o qual pode vir acompanhado de uma crise ou não.

A auxiliar de enfermagem, por sua vez, assume o papel pedagógico, que é de forma geral e rotineira, exercido pela sociedade, buscando o retorno a uma ordem normativa específica, da qual depende o sucesso em ressocializar esse paciente. A forma de lidar com o interno expressa uma maneira típica de lidar com as crianças, pela atitude educadora exercida pela profissional, a qual tenta inculcar alguns princípios comuns à todos. Numa instituição psiquiátrica, como já foi dito, ocorre a suspensão dos direitos do interno, que fica tutelado, e ainda, em função da rotulação de que é um ‘doente mental’ existe um tipo de abordagem que presenciamos de modo geral nas falas das entrevistadas, que debilita o paciente, infantilizando-o .

“... muitos pacientes entram num quadro maníaco, vamos supor, então, querem chamar atenção, e prá chamar atenção eles tiram a roupa, pra chamar atenção e você ir cuidar. Porque aqui são duas auxiliares pra 65 pacientes, então, muitos pacientes usam isso como método de chamar atenção (...) aí eu vou lá e converso, peço prá vestir a roupa e até ajudo...” (Clara, 24 anos)

O corpo é um vetor semântico por intermédio do qual se evidencia uma relação com o mundo. O olhar sócio-antropológico sobre o corpo compreende o inventário e a compreensão das lógicas sociais e culturais que se combinam entre si.

Essa fala específica traz à tona o episódio motivador desta investigação, com o qual é possível traçar um paralelo. Percebe-se na fala de Clara, assim como na da aluna que relacionou a exposição do sexo do paciente a *sem vergonhice*, o enfrentamento entre dois códigos culturais distintos. Apesar do treinamento específico em enfermagem e da experiência em serviço, há a compreensão de um outro universo simbólico oriundo de um capital cultural diverso. Pode-se dizer que o conhecimento científico esbarra na concepção sobre a pessoa que faz parte do sistema de representação das auxiliares e técnicas de enfermagem (trabalhadoras urbanas), que de alguma maneira, não absorvem totalmente as informações passadas. Num primeiro plano, esse relato demonstra pouco conhecimento acerca de quadros maníacos, em um segundo plano aponta para uma possível manipulação dos pacientes por uma atenção diferenciada, numa alusão ao comportamento infantil.

“Eu não creio que às vezes é surto, porque se fosse surto é diferente, entendeu? É difícil de explicar, mas é diferente. Aí você, numa boa conversa, fala que não pode fazer isso, mas fala direitinho, sem aquela... Aí eles vão e colocam, então, eu não acho que seja crise”.(Júlia, 39 anos)

Mais uma vez, a tentativa de um treinamento educativo, para introjetar nesses indivíduos determinados valores e regras que deveriam orientar seus comportamentos em suas relações com a sociedade.

“Às vezes, eles estão realmente com a libido bem..... né? Então, quando acontece isso, o que eu faço, se tem alunos, se tem mais pessoas, você não vai conseguir, ainda mais um paciente psiquiátrico, você chegar e fazer ele colocar uma roupa, nem na interação não dá. Então, eu pego ele, levo pro quarto ou se ele já estiver no quarto, eu encosto a porta e deixo ele ali, até ele satisfazer a vontade dele e saio. Mas, não vou chamar atenção, despertar aquilo porque ele está nu, não.” (Rose, 46 anos)

Aqui relaciona-se a exposição do corpo com uma exacerbação da libido. Percebe-se um nível de tolerância maior a transgressão (o corpo nu) se ocorrer no âmbito do privado da própria instituição. Frente a outras pessoas, que não fazem parte do mundo institucional, o interno é deslocado do lugar público (pátio, corredor) para um outro mais íntimo a fim de “satisfazer sua vontade”, numa alusão ao possível prazer proporcionado por tal atitude.¹⁹ É como se os pacientes, novamente remetidos a um papel infantil, estivessem ainda no nível inicial do processo de socialização, o qual estaria concluído quando se conseguisse administrar a autonomia fisiológica em favor do controle social, comportando-se como as outras pessoas, na maior parte do tempo.

A questão principal que se impõe é sobre a possibilidade desses pacientes se relacionarem sexualmente e como esse fato é percebido por esse grupo específico, objeto da investigação, analisando o modo dessas trabalhadoras lidarem com o fato.

¹⁹ Isso remete-nos a Freud, que alegava que a própria socialização “representava o triunfo do ‘princípio da realidade’ sobre o ‘princípio do prazer’, fazendo com que o homem aprenda a renunciar ao prazer momentâneo, incerto e destrutivo, substituindo-o pelo prazer adiado, restringido e garantido.”(Freud apud Rodrigues, 1983:32)

De um modo geral, pode-se dizer que há uma certa permissividade face às atividades sexuais dos pacientes, podendo-se inclusive perceber uma certa gradação em termos de tolerância a determinados comportamentos.

Em uma dada atividade social-recreativa, que acontece aos sábados, o baile, os pacientes dançam, revezando-se nos refeitórios das enfermarias 1 e 2, sob os olhares da equipe de plantão. Nesse contexto é visto como natural o fato dos internos dançarem juntinhos, andarem de mãos dadas e beijarem-se no rosto. Um beijo leve na boca, com o consentimento dos envolvidos também é aceito. Algum comportamento mais insistente, ou que extrapole os anteriormente citados é controlado, de forma delicada pelas auxiliares, que tentam, nas própria palavras “impor um limite”.

Sobre contatos corporais mais íntimos, pode-se dizer que a masturbação é encarada como algo necessário para se canalizar a libido, aceitável tanto em homens quanto em mulheres, e a única intervenção, quando ocorre, é orientar ao interno a realizá-la num local com maior privacidade, como no próprio quarto ou no banheiro.

A seguir, alguns depoimentos:

“Olha, é uma coisa que você tá com vontade, não dá nem prá você..., entendeu? É diferente, eu acho que é diferente se de repente, eu pegasse alguém mantendo relações (...) Quando eu vi (paciente se masturbando), fui lá prá fora ou não importa prá onde e aí depois eu conversei com ele (...) prá ir pro banheiro, lugares reservados e aí ele pediu desculpa.” (Maria, 28 anos)

“Eu acho que aquilo ali (a masturbação) é uma defesa do paciente. Sinceramente, eu vejo e finjo que não vejo (...) Agora, o

paciente que está se masturbando, eu acho que isso é saúde, é uma defesa pra ele. “ (Ana, 57 anos)

“se for um dia em que tenha muitos alunos, muitos estagiários, então, é lógico que eles ainda não estão preparados, então eu peço pra sair ou se tiver condições de pedir ao paciente pra ir pro banheiro, ou ir pro quarto dele, é só as pessoas não entrarem e deixo, porque tem que ocorrer mesmo.” (Rose, 46 anos)

A masturbação é vista como um impulso sexual (vontade) sobre a qual não ocorre interferência por parte das trabalhadoras de nível médio. A atitude posterior ao ato é a tentativa de incutir no interno a separação entre público e privado, esclarecendo-o que há ações que devem ocorrer no espaço privado, como a masturbação.

É interessante notar na fala de Rose uma “imagem hidráulica” do sexo (*tem que ocorrer mesmo*). A masturbação é vista como algo inevitável, incontrolável e meio para o “vazamento” da carga sexual.

A percepção sobre as relações sexuais entre os pacientes seguem mais ou menos a mesma lógica da masturbação. Dentre as entrevistadas apenas uma informou desconhecer a ocorrência de relações hetero ou homossexuais nas enfermarias. Nos demais depoimentos, pode-se observar que as relações heterossexuais são mais “visíveis”. Todas as demais informantes alegaram que já haviam presenciado ou tomado conhecimento de relações entre homens e mulheres. Contudo, quanto a contatos que envolvam pessoas do mesmo sexo, a maior parte tinha apenas “desconfiança”, sentimento que tinha origem numa avaliação sobre a conduta mais próxima entre os internos do mesmo sexo.

Percebe-se assim, que um maior controle é exercido sobre as relações heterossexuais. Talvez, tal controle se explique pelo risco da atividade sexual implicar em uma gravidez, e por isso também, essa maior visibilidade. Pode-se também supor que as relações homossexuais estariam num nível de maior tolerância em relação às outras.

Quando as entrevistadas eram indagadas se aconteciam relações sexuais entre os pacientes, obtive as seguintes informações:

“É comum, aqui dentro agora, como está essa enfermaria mista é comum (...) É uma coisa que não é prá acontecer mas, é inevitável. É impossível não acontecer.” (Ana, 57 anos)

“ Eles comentam muito o que eles fazem de noite, que é homem e mulher junto, eles falam: ‘ Eu fiquei com a paciente tal aqui atrás da árvore...’ Eles falam: ‘ Pô, que bom, aqui ainda pode ficar homem e mulher junto, pode dormir junto, ter relações e ainda tomar banho quente’ (...) Na teoria, isso aqui não pode acontecer, o sexo, entendeu? Só não acredita quem não quer enxergar mas, existe. (Clara, 24 anos)

“Eles contam. Piora mais à noite, e às vezes, rola de dia(...) Mas transam. Às vezes, de dia, tem poucos funcionários, hoje só está eu como auxiliar de enfermagem. (Júlia, 39 anos)

Todas as entrevistadas admitem que a enfermaria mista é um local propiciador de ocorrência de encontros sexuais entre os internos.

Os pacientes são explícitos ao contarem para uma auxiliar ou técnica de enfermagem de sua confiança suas experiências sexuais. A noite é o momento mais oportuno para a realização das práticas sexuais, já que é vista como um período de menor controle por parte da equipe, é a hora de *ir para a cama*, os quartos não são trancados e há a escuridão, que torna as coisas menos visíveis.

As falas de Ana e Clara alertam que a relação sexual é uma transgressão as normas institucionais. ... *“não é para acontecer...”*; ... *“na teoria, isso aqui não pode acontecer...”* Apesar de não ser permitido que os pacientes mantenham relações sexuais entre si, não se percebe um empenho por parte das auxiliares e técnicas de enfermagem em controlar ou até mesmo coibir tal atitude. Creio que se encaixa, perfeitamente, a colocação de Rodrigues, o qual alega que:

“o desvio não está, portanto, presente na conduta mesma. É função de interação entre as pessoas que praticam determinados cometimentos e pessoas que a eles reagem (...) É função de interação entre o agente, o paciente e o sistema social total, já que todos correm a ameaça atribuída o ato.” (1983:36)

Pode-se dizer que há uma participação, mesmo que involuntária, por parte da instituição de modo geral, e mais especificamente dos profissionais que lidam de forma mais próxima e rotineira com os internos, nas práticas sexuais dentro das enfermarias.

Pelas falas das entrevistadas, percebe-se para que de fato se tentasse cumprir a norma de não ocorrerem relações sexuais, seria necessário um contingente maior de funcionários do que há no momento. Do ponto de vista dos internos tal fato é visto como uma liberalidade da instituição, quando até associam como benesse o banho quente, o dormir junto e o sexo.

“Eles conversam com você, tipo assim: ‘ontem à noite foi bom.’ Porque muitas vezes tem censura e aí eles escondem um

pouco e mesmo dentro do grau deles de confusão mental, eles tem o momento deles de lucidez, então, se eles puderem esconder o que eles estão fazendo, eles escondem. (Rose, 46 anos)

Essa colocação demonstra que o doente não é percebido como totalmente incapacitado de discernimento, visto que dominam alguns códigos de racionalidade e que eles podem esconder a transgressão, quando lúcidos. É apresentada uma relação entre confusão mental e divulgação das práticas sexuais. Quanto maior a confusão mental, menor cuidado em relatar as experiências vividas durante a noite, nas enfermarias e vice-versa.

Nem todas as informantes afirmaram ter presenciado pacientes mantendo relações sexuais. Algumas, como foi visto, tomaram conhecimento através de confidências feitas pelos próprios internos. Entretanto, no que diz respeito a possíveis reações que teriam caso testemunhassem tal fato, as opiniões são convergentes, tanto para as que já presenciaram quanto as que ainda não.

“Eu estava passando e vi, e realmente vi e fiz que não vi. (...) Eu olhei, vi o que estava acontecendo e vim embora, não falei nada. Do contrário, o paciente procurou por meio de conversa e eu não demonstrei pra ele de entender o que ele estava conversando. Eu sinto que ele ficou assim tão apavorado porque ele viu que eu presenciei.” (Ana, 57 anos)

Ressalto que essa auxiliar relatou a mesma atitude na questão da masturbação. Ela ignora qualquer prática sexual que envolva os pacientes na enfermaria e não só não se motiva a tomar uma atitude por conta própria, como

também, quando procurada por um paciente que percebeu ter ela visto a intercorrência sexual, preferiu demonstrar incompreensão sobre o assunto.

As falas dessa trabalhadora em relação as atividades sexuais dos pacientes vêm ao encontro do papel que o sexo desempenha na sua vida pessoal. Quando questionada sobre o papel do sexo nos seus relacionamentos, ela alega *que “realmente, agora, na minha idade não tem mais papel nenhum.”* O outro é visto como um amigo, alguém para conversar e não como um parceiro sexual. O sexo é ignorado em sua vida pessoal, assim como profissionalmente ignora o sexo na vida institucional dos pacientes a quem presta cuidados.

Pode-se supor ainda, que há de um lado o fato de que o tema da sexualidade provoque algum tipo de desconforto para se lidar , como por outro lado, poderia ser uma estratégia para diminuir áreas de conflito e enfrentamento em sua atividade profissional.

“ Se eu pegar o paciente tendo relação mesmo, eu não vou reprimir. Eu posso até apanhar. Ninguém gostaria de ser reprimido, vou deixar terminar, tal, prá depois conversar. (Júlia, 39 anos)

Esta argumentação coloca o paciente na mesma condição de qualquer pessoa portadora de um impulso sexual e que esse impulso deve ser, dentro de um certo contexto, extravasado. O paciente agora não é infantilizado. Adquiriu o status de ‘adulto’, que tem a opção da escolha. Nesse momento, ela coloca-se ainda, no mesmo nível do outro, esquecendo-se da hierarquia social estabelecida pelo fato de ser, nessa relação, uma profissional. Pode-se ainda inferir que da mesma maneira que as auxiliares e técnicas reconheciam no âmbito de suas vidas pessoais que o sexo era uma necessidade, ao admitirem essa condição nos internos se estabelece um vínculo de proximidade entre elas e os pacientes. Eles

compartilham de uma mesma condição, restrita ao que definem como desejo sexual.

*“Se estiver acontecendo na hora o ato, eu não vou impedir. Isso é o procedimento de cada um, é **peçoal**. Se já estiver acontecendo, eu deixo, eu não vou interromper.”* (Rose, 46 anos).

Pelas discussões e leituras por mim realizadas, acredito que seja possível concluir que a sexualidade dos pacientes e, em especial no caso deste trabalho, dos pacientes portadores de distúrbios mentais é um tema pouco tratado tanto na capacitação quanto pela instituição.

Há um discurso bem articulado de que elas são profissionais e não pessoas, que estão naquele local, cuidando indiferentemente de homens e de mulheres. Tal indiferença, como vimos, justifica-se pela desvinculação sexual dos pacientes. A identidade profissional é acionada na maior parte do tempo, na tentativa de se manter um não-envolvimento, um afastamento de possíveis afetos e ainda como suporte para a aquisição de experiência que permite que ocorra um adestramento que aparece na gestão do cuidado do outro.

Nessa esfera da sexualidade, entretanto, retorna-se a um domínio pessoal, idiossincrático, onde a atitude a ser tomada ou a falta de atitude é decidida por critérios estritamente pessoais, havendo uma descontextualização do local e dos sujeitos envolvidos.

Considerações Finais

Retomo aqui algumas questões abordadas no decorrer deste trabalho, com a preocupação de melhor demarcar certos pontos e até mesmo, levantar algumas hipóteses que poderiam ser desenvolvidas em um trabalho futuro.

As pessoas entrevistadas pertencem ao universo das classes trabalhadoras urbanas, sendo a escolaridade um fator de distinção entre elas. As marcas sociais de inserção nesse universo ficam claras no tocante a apreensão da sexualidade estreitamente vinculada ao desempenho de papéis sociais.

Mesmo com o treinamento que podem receber relativo à manifestação da sexualidade em pessoas portadoras de distúrbios mentais, tais conhecimentos esbarram em concepções advindas de sua visão de mundo, na qual a sexualidade não é um domínio portador de significação especial na construção de pessoa. Elas se submetem a regras de moralidade que advêm da definição de posições sociais no interior da família, combinadas com a classificação de gênero.

A influência dos papéis de gênero e dos papéis sociais tem um grande desempenho na apreensão dos temas relativos ao sexo à sexualidade dos pacientes e delas próprias.

Do ponto de vista do treinamento, elas são adestradas para separar, demarcar fronteiras entre o próprio corpo e o corpo do paciente. Contudo, essas trabalhadoras carecem de discussão e de orientação sobre a forma de proceder diante das situações em que presenciam manifestações de sexualidade entre os internos. Essa carência é mencionada freqüentemente pelos alunos do CBAD e também aparece em algumas entrevistas. Como já foi citado em *Notas sobre o Campo*, apenas os profissionais de nível superior participam de reuniões de supervisão e discussão de casos, ficando o pessoal de nível médio apenas com a orientação rotineira de suas atividades diárias. Não tive acesso a tais reuniões do

corpo mais qualificado do IPUB e, nesse sentido, não disponho de informações se os incidentes sobre o contato sexual entre os pacientes eram objeto de discussão. Contudo, ressalta o fato de que a política de não segregação dos sexos não era objeto, pelo menos no momento de meu trabalho de campo, de uma discussão com a equipe de técnicas e auxiliares de enfermagem.

As entrevistadas, na questão do cuidado com o corpo do paciente, acionam a identidade profissional, que prevalece sobre a identidade social, já que o cuidar é uma atribuição da rotina de trabalho dessas profissionais. Esse fato se inverte quando se entra na discussão de como as relações sexuais entre os pacientes são percebidas, visto que o assunto 'sexualidade' tem um lugar ambíguo na atuação profissional.

Tanto na formação quanto na vivência institucional essas trabalhadoras enfrentam a falta de uma discussão mais ampla sobre sexualidade. Por não saber lidar com a sexualidade a nível profissional, remetem-se as questões sobre esse tema a um universo pessoal no qual as atitudes vinculam-se às idiossincrasias. Resgata-se, também, a identidade do interno enquanto um sujeito, adulto, consciente de suas ações, com direitos como o de realizar um intercurso sexual.

Demonstrei no decorrer desta dissertação de que maneira o sistema representacional, por sua vez, não é um sistema linear. Isso fica claramente exemplificado no âmbito das relações das trabalhadoras de nível médio de enfermagem com os internos. Em algumas situações não são feitas distinções entre os pacientes, que são homogeneizados, despersonalizados, enquanto em outros momentos, o discurso das técnicas e auxiliares de enfermagem se ordena em torno de diferenças significativas que justificam inclusive, preferências de cuidado entre os gêneros. Pode-se mesmo sugerir que quando o fazem, isso permite resgatar em parte, a subjetividade do sujeito.

Dependendo, portanto, do plano de significação, as distinções de gênero podem aparecer ou ser anuladas. Essas classificações acolhem muitas

vezes a hierarquização de gênero da sociedade mais abrangente, que define ser o masculino superior ao feminino. Há, assim, uma reprodução do discurso mais geral sobre a assimetria de gênero, na comparação entre pacientes homens e pacientes mulheres, que se reflete também, na relação entre pacientes com as profissionais das enfermarias psiquiátricas.

Pode-se ilustrar essa classificação com o exemplo da fala de uma jovem trabalhadora, que mencionou ter que “se impor” para não ser vista como uma mulher bonita, jovem e disponível às investidas masculinas, já que os internos também trazem consigo a visão de mundo mais geral sobre a hierarquia de gênero, que os coloca num patamar acima das mulheres. A hierarquia entre os gêneros se inverte, quando se remete a relação profissional - paciente.

A política da não - segregação dos sexos do IPUB não parece influir na questão da exposição do corpo por parte dos internos, não ocorrendo cenas de exibicionismo, como tão pouco, um marcante recato. A frequência de acontecimentos como a nudez não difere daquela encontrada em outros locais onde a internação segue a lógica vigente da separação dos sexos. Contudo, a ocorrência de relações sexuais parece ser maior ou pelo menos elas têm uma maior visibilidade e pode-se supor, uma maior regularidade possibilitada pela aproximação entre os sexos. Curiosamente, entretanto, as trabalhadoras de nível médio, adotam como conduta fingir que não vêem essas relações, apoiadas num silêncio institucional, que não registra esse tipo de ocorrência e não discute a sexualidade dos pacientes em seu espaço.²⁰ É como se nesse espaço, a não – segregação dos sexos fosse uma negação do próprio sexo em si. Sendo “todos iguais”, pode-se conviver numa “harmonia”, onde não acontece o que realmente não deveria ocorrer num espaço de internação psiquiátrica: as relações sexuais entre os pacientes.

²⁰ Deve-se mencionar que este tipo de conduta não é exclusivo da área psiquiátrica nem tampouco por envolver o tema da sexualidade. Não (a)notar significa também “trabalhar” menos.

Há uma certa cumplicidade que pode partir da premissa de que o sexo é uma necessidade para todos como freqüentemente assinalaram em suas falas. Tal necessidade é comum não só a elas como também aos internos

As trabalhadoras de nível médio em saúde mental, no momento de realização de suas atividades, se percebem como despersonalizadas de sua condição de sujeito, assexuadas quando revestidas de seu papel profissional, identificando o outro do cuidado como igual aos seus pares. Há a sensação de se estar dentro de um espaço onde a questão sexual carece de importância, de registro e de discussão. Não há espaço para vergonha, constrangimentos e embaraços, sentimentos pessoais, já que nem as trabalhadoras e nem os internos têm sexo.

Será que a não separação dos sexos pode ser um elemento facilitador para a percepção de “todos serem iguais”, negando-se as especificidades de uma atenção diferenciada entre os gêneros? Onde não há, de forma clara, uma oposição feminino/masculino, também não existe o conflito decorrente dessa categorização?

Verifica-se que tal idéia é uma herança histórica da própria enfermagem que se pautava por uma conduta hierárquica em relação aos pacientes; neutra, entre os gêneros e que ressaltava a imagem de uma enfermagem sem sexo de modo a poder interagir sem constrangimentos, com pacientes de qualquer um dos gêneros.

Cabe observar que em muitas das vezes é exatamente isto que se espera, não só do pessoal da equipe de enfermagem, mas de qualquer profissional de saúde: uma equanimidade no atendimento a todos os pacientes e a sacralização do ato terapêutico. O paciente, na ética mais restrita, é um objeto de respeito sagrado e o profissional, por sua vez igualmente “sacrossanto” por, estar prestando o serviço, deixa de ser humano, estando acima dos simples mortais. O

que ocorre entretanto, é que a equanimidade, por vários outros processos que acabam ocorrendo, torna-se freqüentemente impessoalidade mecânica.

Na análise do discurso das trabalhadoras de nível médio observou-se que as marcas profissionais são as mais recorrentemente citadas. Em seus enunciados aparece uma forte oposição entre público e privado. Tal ordenação articula-se intimamente com o processo de afastamento/superação de inexperiência diante de um novo trabalho e o adestramento profissional que vão adquirindo.

As oposições mais freqüentes encontradas como foi visto, portanto, foram público/privado, numa estreita relação entre profissional/pessoa, que por sua vez, também está entrelaçada com a oposição adestramento/inexperiência profissional.

Assim, a profissional exerce suas atividades num espaço público, mantendo o controle e a ordem ao retirar desse local o que é entendido como parte do privado, como no caso do paciente que se masturba ou anda despido no corredor. Essa atitude é fruto de um adestramento profissional, possível após a superação da surpresa inicial, causada pela inexperiência.

Há uma correlação estreita entre as representações acerca da sexualidade e gênero e as atitudes dessas trabalhadoras perante os comportamentos dos internos. Essa discussão descola-se do profissional - campo onde não há nada a fazer ou dizer, indo para o pessoal, e aí, dependente da individualidade de cada uma, podendo ser visto, ora como algo que tem que acontecer mesmo, uma necessidade pessoal; ora ignorado, como algo não existente.

Em termos conclusivos, num confronto entre trabalho empírico e teórico pode-se dizer que esta dissertação pode contribuir para corroborar que a identidade não é uma construção individual, estática ou independente. Ela se modifica de acordo com a situação, visto ser justamente o contexto que a faz adquirir um caráter mais consistente.

Referências Bibliográficas:

ALMEIDA, M.C.P. et ROCHA, J.S. **O Saber da Enfermagem e sua Dimensão Prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

BECKER, H. et alli. **Boys in White: student culture in the medical school**. News Brunswick, London: Transaction, 1977.

BIRMAN, Joel. **Sexualidade na Instituição Asilar**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1980.

BOLTANSKI, Luc. **As Classes Sociais e o Corpo**. (3ª ed.) Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

BOZON, M. et LERIDON, H. As Construções Sociais da Sexualidade. (mimeo) [Tradução para uso didático do original Les Constructions Sociales de la Sexualité. **Population**, 5: 1173-1196, 1993].

BOZON, M. et HEILBORN, M.L. Les Caresses et les Mots: initiations amoureuses à Rio de Janeiro et à Paris. **TERRAIN**, 27. Paris: Septembre, 1996 (p. 37-8)

BROWN, Peter. **Corpo e Sociedade - homem, mulher e renúncia sexual no início do cristianismo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

BRUHNS, Heloísa *et alli*. **Conversando sobre o Corpo**. Campinas: Papirus, 1986.

CAMARGO JR, Kenneth R. C. **Racionalidades Médicas: a medicina ocidental contemporânea**. [Série Estudos em Saúde Coletiva, nº 65] (1ª reimpressão)
Rio de Janeiro: IMS/UERJ, novembro 1996.

CASTRO, Mary Garcia. A Dinâmica entre Classe e Gênero na América Latina: apontamentos para uma teoria regional sobre gênero. *In:* IBAM/UNICEF. **Mulher e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro, 1991 (p. 39-70).

Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem, 1993.

Código de Ética Médica. Conselho Federal de Medicina, 1965.

DAMATTA, Roberto. **A Casa e a Rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

_____. **Carnavais, Malandros e Heróis**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. O Ofício do Etnólogo ou como ter “anthropological blues”. **Boletim do Museu Nacional**, nº 27, Rio de Janeiro, maio de 1978.

DELGADO, Pedro G. G. Pessoa e Bens: sobre a cidadania dos curatelados. *In:* BEZERRA, B. et AMARANTE, P.(org.) **Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992 a (p. 99-101).

_____. **As Razões da Tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992b.

DUARTE, Luiz F. **Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

_____. Pouca Vergonha, muita vergonha: sexo e moralidade entre as classes trabalhadoras urbanas. *In*: LOPES, José S.L. (org.) **Cultura e Identidade Operária**. Rio de Janeiro: UFRJ/Marco Zero, 1987.

DURKHEIM, Emile. **Sociologia e Filosofia**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1990 a.

_____. **Sociologia**. [Coleção Grandes Cientistas Sociais]. São Paulo: Ática, 1990 b.

ELIAS, Norbert. **O Processo Civilizador - uma história dos costumes** -vol. 1 (2ª ed.)Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

EPSTEIN, A. L. **Ethos and Identity: three studies in ethnicity**. London: Tavistock Publications, 1978.

EVANS, Pritchard, E. **Os Nuer**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FERNANDES, Joscélia D. **O Ensino de Enfermagem e de Enfermagem Psiquiátrica no Brasil**. Salvador: UFBA (Dissertação de Mestrado), 1982.

FERREIRA, Márcia A. **As Faces do Corpo do Cliente Hospitalizado: o olhar da enfermeira**. Rio de Janeiro: UFRJ (Dissertação de Mestrado), 1995.

FIGUEIREDO, Nébia A. **O Corpo da Enfermeira: instrumento do cuidado da enfermagem – um estudo sobre representação de enfermeiras**. Rio de Janeiro: UFRJ (Tese de Doutorado), 1994.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

____. **Microfísica do Poder**. (2ª ed.) Rio de Janeiro: Graal, 1989.

____. **O Nascimento da Clínica**. (4ª ed.) Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

____. **Vigiar e Punir**. Rio de Janeiro: Vozes, 1977.

FREIDSON, Eliot. **Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge**. New York: Dodd, Mead & Company, 1972.

GASPAR, Maria Dulce. **Garotas de Programa – prostituição em Copacabana e identidade social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

____. **A Representação do EU na Vida Cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 1975.

HEILBORN, Maria Luiza. **Conversa de Portão – juventude e sociabilidade em um subúrbio carioca**. Rio de Janeiro: Museu Nacional/UFRJ (Dissertação de Mestrado), 1984.

____. Corpo, Sexualidade e Gênero. *In*: **Feminino, Masculino – igualdade e diferença na justiça**. Porto Alegre: Sulina, 1997 a (p.47-57)

____. Gênero e Condição Feminina: uma abordagem antropológica. *In*: IBAM/UNICEF. **Mulher e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: 1991 (p. 23-37).

____. O Traçado da Vida: gênero e idade em dois bairros populares do Rio de Janeiro. *In:* MADEIRA, Felícia (org.) **Quem Mandou ser Mulher?** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997 (p. 291-342).

____. Ser ou Estar Homossexual: dilemas de construção de identidade social. *In:* PARKER, R. et BARBOSA, R.M. (org.) **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996.

____ e GOUVEIA, Patrícia. Classes Trabalhadoras, Mulheres e Sexualidade no Contexto da AIDS. *In:* GALVÃO, Jane. **II Seminário de Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS**. ABIA e Programa de Estudos e Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1997

HERZLICH, C. A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, vol.1(2):23-33, 1991.

HOLANDA, Aurélio Buarque. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. (2ª ed.) Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA. 60 Anos 1938-1998. **Cadernos do Ipub**, Rio de Janeiro:UFRJ, nº especial, 1ª ed., 1998.

KRIZINOFSKI, M.T. Sexualidade Humana y Practica de la Enfermeira. *In:* **Clinicas de Enfermeria de Norte America**. Mexico: Interamericana, 1973.

LAPLANCHE, J. et PONTALIS, B.J. **Vocabulário da Psicanálise**. Lisboa: Moraes Editores, 1977.

LÉVI-STRAUSS, C. **L'Identité**. Paris: Grasset et Fasquelle, 1977.

MACHADO, Roberto *et alli*. **Danação da Norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MAUSS, Marcel. Les Techniques du Corps. *In: Sociologie et Anthropologie*. Paris: PUF, 1978.

MEAD, Margareth. **L'un et L'autre Sexe**. Paris: Denöel-Gouthier, 1975.

MELO, Cristina. **Divisão Social do Trabalho e Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MIRANDA, Cristina Loyola. **O Parentesco Imaginário**. Rio de Janeiro: Ed. da UFRJ, 1994.

____. **O Risco e o Bordado. Um estudo sobre a formação de identidade profissional**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ (Tese de Doutorado), 1996.

OLIVEIRA, Roberto C. **Identidade, Etnia e Estrutura Social**. São Paulo: Pioneira, 1976.

PAIXÃO, Valeska. **História da Enfermagem**. Rio de Janeiro: Ed. Bruno Buceini, 1968.

PEREIRA, Rosemary C. **Lugar de Louco é no Hospício? Um estudo sobre as representações sociais em torno da loucura no contexto da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz (Dissertação de Mestrado), 1997.

REIS, Valéria L. M. **O Perfil dos Trabalhadores de Nível Médio em Saúde Mental – o município do Rio de Janeiro**. [Relatório de Pesquisa]. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 1996.

RESENDE, M.A. Ensino de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 14(2):110-158, 1961.

ROCHA, Ruth Milyus. **Enfermagem Psiquiátrica - que papel é este?** Rio de Janeiro: IFB/Te Corá, 1994.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu do Corpo**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

SANTOS, Mauro Leonardo. **A Percepção das Enfermeiras sobre o Comportamento Sexual do Paciente Hospitalizado**. Rio de Janeiro: UFRJ (Dissertação de Mestrado), 1993.

SILVA, Graciette B. **Enfermagem Profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1989.

SOBRAL, Vera Regina. **A Purgação do Desejo**. Rio de Janeiro: UFRJ (Tese de Doutorado), 1994.

USSEL, Jos Van. **Repressão Sexual**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

VELHO, Gilberto. Observando o Familiar. *In: Individualismo e Cultura*. (4ª ed.) Rio de Janeiro: Zahar, 1997 (p. 1211-132).

WEBER, Max. **Economia y Sociedad**. I. México, Fondo de Cultura Económica, 1974.

WILLIAMS, Simon J. The Vicissitudes of Embodiment across the Chronic Illness Trajectory. **Body & Society**. SAGE Publications, vol. 2 (2): 23-47, jun 1996.

ANEXO

ROTEIRO DE ENTREVISTA

I. Aspectos Gerais:

Idade, classe social, escolaridade, lugar de moradia, locais de trabalho, situação conjugal, relacionamentos atuais, religião, família, local de nascimento, profissão dos pais.

II. Questões:

1. Como você escolheu essa profissão de auxiliar/técnica de enfermagem?
2. Você teve alguma dificuldade devido a escolha dessa profissão?
3. Como você veio a tratar de pessoas com problemas mentais?
4. Há diferenças entre cuidar de pacientes homens ou mulheres?
5. Você prefere tratar de homens ou de mulheres?

6. Que tipo de atividade você gosta de fazer enquanto auxiliar/técnico de enfermagem?
7. Que atividade você menos gosta de realizar?
8. Alimentar, medicar, dar banho, trocar de roupa, você tem algum tipo de inibição na realização de algumas dessas tarefas? Alguma que você não goste ou goste menos?
9. Quando você viu pela primeira vez um corpo nu de um paciente, como foi que você se sentiu?
10. Ainda hoje, vemos aqui, no hospital psiquiátrico, pacientes andando nus. O que você pensa disso?
11. Alguma vez aconteceu de você precisar tocar num órgão genital de um paciente? Como foi isso?
12. O fato de ter essa profissão e eventualmente ver alguém nu, influencia em algo na sua vida pessoal?
13. Como é prá você trocar ou tirar a roupa na frente de outras pessoas? Que outras pessoas são essas?
14. Você olha seu corpo nu no espelho? Você gosta de se olhar?
15. Você acha que homem e mulher são iguais? Em que?
16. O que é sexo? Quando você fala em sexo, em que tipo de relação você pensa?
17. Você falava com alguém a respeito da sexualidade/sexo na adolescência? (com pais, amigos, informações em livros/revistas/filmes/escolas)

18. Qual o lugar a sexualidade em seus relacionamentos? A sexualidade/sexo é importante numa relação? O amor está separado do sexo? (experiência própria em relacionamentos diversos)
19. A vida sexual do homem e da mulher é igual? Por quê?
20. Você conversa com seu parceiro sobre sexo? Você fala pra ele o que gostaria de fazer? Alguém escolhe o que fazer? Quem?
21. Você tem direito de dizer quando não está a fim? E seu companheiro?
22. Você conversa com seus pacientes sobre assuntos relacionado a sexo?
23. Você sabe se os pacientes aqui, mantêm relações sexuais? Eles recebem algum tipo de orientação quanto a precauções que deveriam tomar?
24. Se você encontra uma paciente se masturbando como você reage? O que você imagina que suas colegas façam numa situação como essa?
25. E se você visse pacientes tendo relações sexuais? Que atitude tomaria? Já houve algum caso que você tivesse conhecimento? Como as pessoas envolvidas reagiram?
26. Em atividades de confraternização, quando há festas, bailes, qual o limite aceito de intimidade? O que é que pode? Beijar pode? Abraçar, andar de mãos dadas, dançar juntinho....?
27. Você já teve algum envolvimento afetivo com um paciente? Sabe de algum caso em que isso tenha ocorrido?
28. Você toma algum tipo de precaução em suas relações sexuais? Quais? Por quê?

