

Sexualidade e Enfermagem **3**

Cristina Maria Loyola Miranda¹
Vera Regina Salles Sobral²

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de campo de método qualitativo, utilizando-se como técnica de trabalho a observação participativa registrada sistematicamente em diários. Os dados foram analisados com vistas à discussão das representações da expressão da sexualidade e dos significados das relações de poder nas categorias envolvidas, buscando-se determinar a lógica e a racionalidade que apóia ou reproduz a ideologia destes comportamentos dentro de instituições de ensino e de assistência à saúde. A enfermagem busca através do alibi da tarefa a sustentação para uma prática disciplinada e neutra de emoções.

1 - SEXUALIDADE E PRÁTICA SOCIAL DA ENFERMAGEM

Na última década, a enfermagem no Brasil tem demonstrado uma preocupação crescente em repensar a sua prática, à luz de uma perspectiva histórico-social, o que vem se caracterizando em vários trabalhos publicados como os de GERMANO(1), SILVA(2), ALMEIDA(3), REZENDE(4), LOYOLA(5) e PIRES(fi).

Esses trabalhos são, em suma, análises críticas sobre a profissão e a crise por ela vivida - crise política, ideológica, quantitativa e qualitativa.

-
1. Enfermeira/Mestra em Ciências Políticas/Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
 2. Enfermeira/Mestra em Enfermagem Psiquiátrica/Professora Assistente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense.

Recebido em 26.8.91

Aprovado em 4.9.91

O poder, capitaneado por FOUCAULT(7), parece ser o fio condutor desses estudos porque a própria enfermagem moderna, ao tentar se incorporar ao projeto de racionalidade científica, no século XIX, com Miss NIGHTINGALE, também utilizou-se do dispositivo disciplinar como eficaz mecanismo de controle das chamadas sociedades modernas (as de economia capitalista).

É o tripé da vigilância constante, localização de um espaço individualizador, classificatório e do registro contínuo produzindo um saber a um poder.

Ao analisar as práticas das sociedades capitalistas que exigem uma intensificação da força do trabalho, percebe-se que a repressão social procura encaminhar o corpo não só para o aumento do rendimento na produção de bens e serviços mas também para uma maior docilidade política, escamoteando a necessidade da livre expressão energética a consequente produção do prazer.

É a sexualidade como dispositivo moderno, como assegura FOUCAULT(8). Sexualidade não designando apenas as atividades e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital, mas toda uma série de excitações e de atividades desde a infância que proporcionam um prazer irredutível, a satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental, tal como a fome, a respiração, a função de excreção, entre outras a que se encontram, a título de componentes, na chamada forma “normal” do amor sexual.

Sexualidade como a forma do indivíduo se comportar e interagir com o mundo.

Sexualidade é pulsão de vida e inerente a todo indivíduo em qualquer momento de sua vida, seja pessoal ou profissional, seja pública ou privada, seja sadia ou doente.

Más na enfermagem a sexualidade tem sido apenas uma questão reprodutiva.

Como instituição social a enfermagem é, segundo KRIZINOFSKI(9), a única profissão que tem permissão social para tocar o corpo do outro - qualquer parte do corpo do outro. Essa “autorização” social para manipular o corpo do outro assegura, ao coletivo da enfermagem, um poder incontestável, embora ainda não completamente percebido, entendido e utilizado como instrumento terapêutico.

SOBRAL(10) afirma que ao entrar no hospital o indivíduo, e o seu corpo, participa de outros códigos e rituais, com novos estímulos para a sua sexualidade. Porém, passa a ser percebido e tratado apenas como o objeto da doença/cura e não mais como objeto do prazer, devendo permanecer nu ou de camisola para uma

manipulação freqüente e mais fácil por parte dos profissionais de saúde - principalmente os da enfermagem.

Este pressuposto - a "passagem mágica" do corpo prazer/corpo doença - nega a possibilidade do desejo (que é só emoção), tanto para a enfermeira como para o enfermo: mascara a situação para os dois e dá à enfermeira um bom álibi para sua postura asséptica e assexuada.

Qualquer lampejo de desejo leva à fuga ou à palavra, que como código que é, apaga a emoção e permite a censura, tornando o desejo inacessível, conforme aponta OLIVENSTEIN(11).

Para as enfermeiras as necessidades sexuais não existem ou estão ligadas, habilmente, à limpeza e higienização dos órgãos sexuais.

Assim, purificadas, as enfermeiras parecem ter enorme dificuldade de interagir terapeuticamente com a sexualidade do outro e com a sua própria.

2 - METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa qualitativa, um trabalho de campo com registros sistematizados em diários de campo pelas enfermeiras alunas dos Cursos de Especialização da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, num total de oitenta horas de registros que envolviam relações entre aluna/professora/enfermeiro/enfermeira entre si ou, pelo menos, dois a dois.

A discussão dos dados foi realizada a partir de três categorias: DISCURSO, SEXUALIDADE, DISCIPLINA que se contemplam, se subsidiam, se interligam e existem em função e/ou em detrimento umas das outras. Para facilitar o entendimento, apresentaremos cada um de *por si*.

3 - UM OLHAR BEM DE PERTO

Do Discurso - Dentro da instituição hospitalar a voz e a prática da enfermeira vão reproduzir a voz das professoras nos órgãos formadores - um eco organizado.

A tarefa a ser realizada é um fim em si mesma. O discurso "holístico" é a prática dos pedaços a cuidar, como mostra o relato abaixo:

"a auxiliar de enfermagem entra falando alto: dona S. (enfermeira) vou botar um papelzinho dizendo para não deixar a perna do seu J.M. na grade da cama. Fui virá-lo agora e tinha um 'buraco' na perna dele.

A enfermeira riu a disse: - coloca um bilhete assim: favor não deixar a minha perna na grade. A auxiliar de enfermagem respondeu: - vou escrever assim: favor tomar cuidado com a perna do negão. “

Além de um fim em si mesma, as tarefas são divididas entre a “equipe” de enfermagem, à qual se passa um chamado “processo de enfermagem”, prescrição de enfermagem de um cliente atemporal, sem passado e sem presente, pasteurizado na prescrição dos cuidados de enfermagem que são executados sem atender a individualidade de cada cliente. Aqui o exemplo é simplesmente patético:

“a xícara de chá colocada na mesa ao lado de um paraplégico. “

No hospital, as mulheres se transformam em “pacientes do sexo feminino” e pequenos constrangimentos não podem ser vividos:

“um paciente nu com a toalha no colo e uma saboneteira, tudo quase caindo. O paciente exposto é empurrado bravamente até o banheiro por uma aluna.”

A bússula orientadora do relato acima é o banho em si - a tarefa realizada - que dificilmente vai superar o constrangimento de andar quase nu pela enfermaria e ser visto por todos.

A emoção não encontra eco nas tarefas da enfermeira, pelo que percebemos nos diários a por estas singularidades ligadas à pessoa. Não há para ela tratamento, cura, prescrição ou mesmo atenção dentro do modelo biomédico. A necessidade é imediatista, a produção de efeitos a curto prazo: se está sujo, dá-se banho ou troca-se o curativo; se está com dor, dá-se analgésico SOS.

É o reducionismo do raciocínio causa e efeito que delimita e organiza as atividades de toda a equipe de saúde.

E esta prática confirma antigas *questões ainda* não resolvidas, como a postura ética em relação ao paciente, que pressupõe atitudes respeitadas a recíprocas de não instrumentalização do paciente, o que ainda não foi absorvido no cotidiano hospitalar.

Da Sexualidade - O estudo mostrou formas de expressão da sexualidade que se iniciam através da expressão corporal, do toque e de questões ligadas à identidade sexual. Todas estas formas parecem levar à construção de álibis de interdição do desejo a da emoção:

“o paciente acompanhou-me com os olhos. Parei e acenei com a mão. Ele respondeu e continuou acompanhando-me com os olhos. Fui até

seu leito. Ele estendeu a mão para mim. Peguei na sua mão e ele apertou a minha. Perguntei como ele estava se sentindo. Ele continuou me olhando e depois de alguns segundos disse: “É, tá bom. Sorriu e soltou a minha mão. Eu sorri também. Uma aluna se aproximou, olhou para mim e sorriu também.”

Parece quase patético tantos sorrisos e o fato de alguém estar hospitalizado e mesmo assim afirmar, com um sorriso, que está bem. Este sorriso, nas cenas do hospital, é mais um “esgar” de contração muscular socialmente aceito a até cobrado. Não é a expressão de uma emoção, de um sentimento. Talvez seja mais uma forma da enfermeira homogeneizar a prática das relações da “pseudo-paz”.

Outro ponto importante, que rompe com a “esterilidade” hospitalar é o olhar. O poder do olhar nas relações é inegável - inúmeros seminários já foram realizados só para discutir o olhar.

Neste estudo, evidenciou-se o olhar desviante, aquele que não encara, que olha para frente em detrimento da pessoa que está à sua frente.

Olhar alguém de frente é criar a oportunidade do encontro no conhecimento do outro, pelo outro e vice-versa; possibilidade de ser ouvido, entendido, sentido a respondido - sem disfarces - numa verdadeira relação, com emoção, que abre a porta para o desconhecido e, portanto, não pode ser disciplinado. Sendo assim, o olhar é habilmente evitado. E quando evitado, um outro bom álibi.

O toque recebeu neste estudo vários significados:

- pedido de desculpa - “pisou no pé e deu um toque no meu cotovelo”;
- como despedida - “tocou meu cotovelo e saiu”;
- pedido de atenção - “tocou meu cotovelo levemente e perguntou a hora”;
- como cumprimento - “passou por mim, tocou meu cotovelo e não disse nada”;
- como concessão profissional - “a médica tocou a sua mão e disse: - agora chega”.

Toques que asseguram o respeito e interditam o desejo e a emoção. Não há nenhuma relação afetiva. Nenhum registro do toque terapêutico, que transmite força, carinho, compreensão, solidariedade - o toque da emoção, como mostra MONTAGU(12).

É possível que um toque diferente possa pôr em xeque a questão do desejo, da emoção, isto é, da sexualidade. É permitido tocar qualquer parte do corpo do paciente desde que não seja recíproco e seja para realizar uma tarefa ou “cuidado”. Se aparecer a emoção é preciso criar álibis.

Agora uma breve análise do banho no leito:

“quando estão dando banho no leito a maioria (das alunas) fala que ...'a senhora ou o senhor vai ficar mais fresquinho, limpinho, cheiroso' - mas não tem sabonete e nenhum perfume. O paciente se remexe, faz caretas, já se passaram vinte minutos e a aluna justifica: 'está quase acabando' - mas ainda falta a metade...”.

Socialmente o banho é um momento de privacidade que tem a função de higienizar o corpo através da manipulação de suas partes. Urbanamente falando, o banho é guardado a duas portas: a do box e a do banheiro. No hospital, o banho no leito desnuda não só o corpo do outro como também o ritual da privacidade.

Para manter a assepsia de emoções do hospital, no banho no leito, o ritual de higiene feito pelo outro tem que ser percebido pelos dois, enfermeira e paciente, como a lógica da causa a efeito - o corpo está sujo e precisa ser limpo. Esta lógica assegura a interdição do desejo porque inibe a emoção. Daí a necessidade de se criar fatos que facilitem o desempenho de forma mais objetiva e imediata: “mais fresquinho, mais limpinho...”. Assim, um banho no leito, com pouca ou quase nenhuma privacidade se torna assexuado, como se assexuados estivessem os dois agentes nele envolvidos - sem dúvida um bom álibi.

Da Disciplina - Na realidade, o dispositivo disciplinar permeia quase todas as atividades do cotidiano na instituição hospitalar, quer no controle dos corpos, na sua pureza, apresentação a inserção nos espaços, quer no registro contínuo a na vigilância constante. Sem esta trama seria muito custoso ao hospital moderno manter o seu status privilegiado de produção a reprodução do saber médico.

O prontuário do paciente ainda não é de fácil acesso para o usuário, dependendo mais de decisões individuais do que das disposições do código de ética médica. No entanto, o prontuário substitui o próprio paciente como fonte de informações, mesmo na sua presença. Passa a ser um legítimo produtor de verdades a partir do registro em código da vida de um indivíduo - dupla interdição: ao acesso e ao código.

De fato, a estruturação das regras do hospital moderno o transformou numa instituição construída para atender as necessidades administrativas que viabilizem o trabalho da equipe de saúde. O paciente a suas singularidades tende a ser completamente anulado e mesmo excluído se atrapalhar a rotina do hospital.

A enfermagem desempenha um papel tímido, porém essencial, neste contexto. No hospital geral, na sua “função” de reprodutora do saber médico, a enfermagem prepara e mantém o corpo do paciente

para a ação dos outros profissionais. É a única profissão que cuida do paciente já que os outros profissionais só a visitam.

4 - E PARA ONDE VAMOS?

Sintetizando, o cuidado de enfermagem prestada no hospital parece ter incorporado algo mais eficaz do que o dispositivo disciplinar. A questão norteadora da função da enfermeira é a execução de uma tarefa imediatista e com um fim em si mesma. Uma tarefa que não permite o espaço para qualquer reflexão, emoção, solidariedade e prazer. A lógica condutora e reprodutora desta proposta é a mentalidade constituída da noção de causa e efeito. O contato físico entre os agentes sociais é o toque no braço; o olhar não é direcionado às pessoas mas fixo e em frente; o sorriso simboliza uma máscara social, patética a sem emoção e o banho no leito transformou-se numa lista de passos e de técnicas, enumerados em qualquer manual de enfermagem.

E para finalizar, uma questão:

- HÁ QUE SE TER PRAZER EM FAZER ENFERMAGEM, EM SER ENFERMEIRA. MAS EM QUE ESPAÇO?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GERMANO, R. M. *Educação e Ideologia de Enfermagem no Brasil*. 2ª ed. São Paulo, Cortez, 1985.
2. SILVA, G. B. *Enfermagem Profissional, Análise Crítica*. São Paulo, Cortez, 1986.
3. ALMEIDA, M. C. P. & ROCHA, J. C. *O Saber da Enfermagem e sua Dimensão Prática*. São Paulo, Cortez, 1986.
4. REZENDE, A. L. M., *Saúde, Dialética do Pensar e do Fazer*. São Paulo, Cortez, 1986.
5. LOYOLA, C. M., *Os Do(ce)is Corpos do Hospital*. Rio de Janeiro, U.F.R.J., 1988.
6. PIRES, D. *Hegemonia Médica na Saúde e na Enfermagem*. São Paulo, Cortez, 1986.
7. FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I - A Vontade do Saber*. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
8. _____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro, Graal, 1980.
9. KRIZINOFKI, M. T., *Sexualidade Humana y Practica de la Enfermeria In: Clínica de Enfermeria de Norte America*. Interamericana, México.

10. SOBRAL, V. R. S., *et alii*. A Navegação da Sexualidade nas Práticas Assistenciais de Enfermagem. *Cadernos de Enfermagem*, ABEn-R. J. n° 2:2-6, 1989.
11. OLIVENSTEIN, C. *O Não Dito das Emoções*. Rio de Janeiro, Zahar, 1988.
12. MONTAGU, A. *O Tocar - O Significado Humano da Pele*. São Paulo, Summus, 1988.