



---

# CADERNOS CEPIA

---

**GÊNERO, CORPO  
E ENFERMAGEM**

**5**

UMA PUBLICAÇÃO DA CEPIA CIDADANIA, ESTUDO, PESQUISA, INFORMAÇÃO, AÇÃO

Apoio

FUNDAÇÃO MACARTHUR  
FUNDAÇÃO FORD



GÊNERO, CORPO  
E ENFERMAGEM

---

**CADERNOS CEPIA**

---

**GÊNERO, CORPO  
E ENFERMAGEM**

Organizadoras  
*Jacqueline Pitanguy*  
*Ruth Mesquita*

Curso ministrado na Faculdade de Enfermagem  
da Universidade do Estado do Rio de Janeiro



Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação

## **CADERNOS CEPIA 5**

Copyright © CEPIA

É permitida a reprodução total ou parcial,  
desde que citada a fonte.

Rio de Janeiro, dezembro de 2002

### **Coordenação editorial**

*Jacqueline Pitanguy*

### **Revisão e padronização dos textos**

*Andrea Doré*

*Paulo Telles Ferreira*

### **Projeto gráfico e diagramação**

*Sonia Goulart*

### **Fotolito**

*GR3*

### **Impressão**

*Gráfica JB*

CEPIA

Rua do Russel 694/201 Glória

22210-010 Rio de Janeiro RJ

Telefaxes: (21) 2558-6115 / 2205-2136

[cepia@alternex.com.br](mailto:cepia@alternex.com.br)

[www.cepia.org.br](http://www.cepia.org.br)

**ISBN 85-88222-12-4**



9 788588 222120

*Às enfermeiras(os) que constróem  
a enfermagem brasileira.*



## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
SAÚDE, MULHER E SOCIEDADE: UMA INTRODUÇÃO AO DEBATE <i>Jacqueline Pitanguy</i>	11
OS DISCURSOS SOBRE A ENFERMAGEM BRASILEIRA E AS QUESTÕES DE GÊNERO <i>Ieda de Alencar Barreira</i>	23
A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL NO CONTEXTO DAS REFORMAS NEOLIBERAIS <i>Laura Tavares Ribeiro Soares</i>	43
BIOÉTICA APLICADA À ENFERMAGEM: APROXIMAÇÃO AOS DESAFIOS DO ENSINO <i>Alejandra Ana Rotania de Pozzi</i>	59
FRONTEIRAS SIMBÓLICAS: GÊNERO, CORPO E SEXUALIDADE <i>Maria Luiza Heilborn</i>	73
VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS HUMANOS <i>Leila Linhares Barsted</i>	93
ANEXOS	105



## APRESENTAÇÃO

O presente número dos "Cadernos Cepia" constitui o resultado de uma parceria entre uma organização não governamental, a Cepia, e a Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Feurej). Seu objetivo é oferecer aos estudantes e aos profissionais de enfermagem um debate sobre temáticas que transcendem os horizontes das ciências biomédicas, introduzindo questões ligadas à cidadania, gênero, sexualidade, violência, dentre outras, com ênfase particular nos direitos humanos das mulheres. Estas são questões que estão muitas vezes ausentes dos currículos, mas que interpenetram à prática e a forma de apreensão do conhecimento.

Para a Faculdade de Enfermagem da Uerj, esta parceria significou a criação de um espaço para o exercício do novo, e o cumprimento do papel que deve ter a escola, de qualquer nível, na sociedade. O ensino deve vincular-se aos avanços sociais, tecnológicos e científicos, comprometendo-se com a defesa dos direitos de cidadania, de saúde e vida.

Esta iniciativa se insere em um programa mais amplo que a Cepia desenvolve, procurando sensibilizar profissionais de saúde como médicos e enfermeiros, assim como profissionais da área de segurança pública, posto que, deles depende, em última instância, a efetivação de direitos já garantidos na lei. Nosso objetivo é oferecer a estes estudantes e profissionais parâmetros para que situem sua prática em uma perspectiva mais ampla, comprometida com a consolidação dos direitos à saúde em nosso país.

Nesta publicação estão algumas das palestras proferidas durante o curso *Gênero, Corpo e Enfermagem*, que se realiza, desde 1999, no âmbito

do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Feuerj. Neste sentido não espelha todas as aulas ministradas cobrindo, no entanto, o eixo principal do programa do curso.

Agradecemos a todos os professores por sua inestimável colaboração a este curso e aos alunos por sua participação, que revela seu interesse pelo *novo*. Agradecemos também ao apoio e dedicação da enfermeira Ruth Mesquita e das professoras Jane Márcia Progianti e Lúcia Helena Garcia Penna que acompanharam esta iniciativa, coordenando os seminários.

Ao publicarmos esta experiência pedagógica, pretendemos alcançar um público mais amplo, contribuindo para ampliar este debate fundamental sobre cidadania, gênero e saúde.

JACQUELINE PITANGUY  
Diretora da Cepia

REGINA LÚCIA MONTEIRO HENRIQUES  
Diretora da Feuerj

## SAÚDE, MULHER E SOCIEDADE: UMA INTRODUÇÃO AO DEBATE

Jacqueline Pitanguy

Socióloga e diretora da Cepia, membro do Conselho Diretor do Instituto para a Educação da Unesco e da Comissão de Cidadania e Reprodução.

A organização deste curso, na Faculdade de Enfermagem da Uerj, significa ampliar uma experiência de formação com o profissional de saúde, que a Cepia iniciou com a Faculdade de Medicina da UFRJ em 1996, quando oferecemos o primeiro curso *Corpo, Saber Médico e Sociedade*, que ainda hoje integra as disciplinas eletivas daquela Faculdade. Ao longo destes anos temos tido um número bastante significativo de alunos que manifestaram que o curso tem trazido questões novas para o debate sobre a formação médica, tais como direitos humanos, gênero, poder e sexualidade, levando-os a perceber o saber e a prática médica de uma forma mais complexa, mais ligada a variáveis sociais e políticas, suscitando novos questionamentos e novos caminhos na busca de respostas.

Tenho, portanto, muita satisfação em estar com vocês, trazendo esta experiência pedagógica para esta Faculdade de Enfermagem. O objetivo da Cepia ao propor este curso é também o de refletir com os profissionais de enfermagem sobre os processos sociais que permeiam suas práticas, que influenciam políticas de saúde e que respondem a lógicas que se desenvolvem fora dos muros hospitalares.

É importante ressaltar que diferentes atores sociais ajudaram a escrever a história da saúde no Brasil

e que, no que se refere à saúde reprodutiva, os movimentos de mulheres tiveram, e ainda têm, um papel muito relevante. Os movimentos sociais surgem na arena política do Brasil, sobretudo no final dos anos 1970, quando ainda vivíamos sob a ditadura militar, levantando questões ligadas a outras dimensões de poder que perpassavam as relações sociais e que, via de regra, não eram consideradas como questões centrais da democracia.

Durante o regime militar, o cenário político era dominado pelo debate em torno dos direitos civis e políticos, como a supressão de liberdades individuais, inclusive do direito ao *habeas corpus*, as dificuldades de organização político-partidária, o cerceamento do parlamento, dos sindicatos, da liberdade de imprensa, a violência do Estado, a tortura, questões fundamentais que marcavam os embates entre as forças democráticas e o regime autoritário

Ao se organizarem como atores políticos, estes movimentos sociais levantaram outras dimensões do poder, da desigualdade e do autoritarismo e alargaram o debate político da sociedade brasileira, apontando para algumas questões que não eram consideradas relevantes, que não faziam parte do discurso político, que não eram prioritárias para os partidos políticos. Esses movimentos ampliaram a arena política do país, levando questões relativas a relações desiguais de raça, etnia, gênero para o debate público. O Movimento Negro, por exemplo, denunciou a discriminação racial existente nesse país, indicando sua presença em práticas discriminatórias, e apontando a questão da desvalorização da população afro-descendente nas várias instâncias da vida e no imaginário social, onde a cor é um fator de hierarquia. O Movimento Ambientalista trouxe a questão da ecologia e do meio ambiente para o âmbito político, como uma questão de responsabilidade do Estado e do cidadão.

Assim é que, no início dos anos 1980 a arena política era mais complexa, consoante com uma sociedade que expressava uma maior diversidade de agendas políticas. Dentre estas, destacamos a agenda do movimento feminista que levantava questões relativas à posição da mulher na

sociedade e a desigualdade nas relações entre homens e mulheres. Este movimento deu visibilidade e demandou respostas do governo frente a questões que até então eram vistas como pertencentes exclusivamente ao âmbito privado, referentes, por exemplo, à violência doméstica, que, obedecendo aquele ditado “em briga de marido e mulher ninguém mete a colher”, não era considerado um problema no qual os órgãos públicos tivessem responsabilidade. Sem dúvida ocorreram avanços importantes neste percurso onde foi necessário, em primeiro lugar, dar visibilidade a esta forma de violência, para em seguida qualificá-la como um comportamento criminal, objeto portanto de políticas públicas.

Outra dimensão que as mulheres passaram a abordar com muito empenho foi a questão da educação, sobretudo a dos estereótipos sexuais nos livros didáticos. Por exemplo, um livro utilizado na alfabetização da criança onde a figura da mulher aparece sempre ao lado de um fogão, marcando um espaço de domesticidade, e o do menino ao lado de um avião, marcando um espaço de movimento, de liberdade, contém estereótipos que influenciam na construção de identidades femininas e masculinas. Tradicionalmente, as relações entre homens e mulheres foram consideradas como pertencendo ao domínio privado, ancoradas nas diferenças biológicas entre os sexos. Entretanto, a biologia é sempre traduzida culturalmente e o conceito de masculino e feminino se refere a papéis sociais atribuídos a homens e mulheres definindo sua inserção no universo das leis, dos costumes, na distribuição de ingresso no mercado de trabalho, na educação, na política... Reflete-se até em uma ordem imaginária de ocupação da cidade, por onde andam os homens, por onde andam as mulheres, além de todo um universo, que chamamos do imaginário, da representação sobre o que seria o papel do homem e o da mulher. Uma parcela destas diferenças está ligada a aspectos anatômicos e fisiológicos de cada sexo. Outra parte, porém, não. Tem a ver muito mais com um processo social de construção de identidades masculinas e femininas e que são interpenetradas por uma hierarquia de poder. As relações de gênero se referem portanto aos papéis sociais de homens e mulheres.

Os conceitos são datados e gênero é um conceito relativamente novo, que distingue as diferenças sexuais do ponto de vista anatômico — fisiológico da forma como a sociedade apreende o biológico e o traduz em leis, em costumes, como esta tradução se reflete no imaginário, no mundo de símbolos, de representações. Como se traduz na distribuição concreta de tarefas, na divisão do trabalho, na participação na vida política, na participação nas esferas decisórias etc.

As relações de gênero referem-se à forma como as relações entre homens e mulheres se organizam em diferentes esferas da vida. Neste sentido, gostaria de mencionar um estudo feito por uma antropóloga chamada Margareth Mead, já falecida, que fez pesquisas nas ilhas do Pacífico Sul. Mead observou que em todos estes povos existia uma divisão sexual do trabalho mas que essa divisão não era necessariamente a mesma. Por exemplo, numa determinada sociedade, as mulheres faziam a colheita e os homens o plantio. Mas em outra o padrão era inverso. Portanto não seria tanto o sexo biológico mas sobretudo sua expressão cultural o fator determinante desta divisão.

Outra conclusão interessante de Margareth Mead é que, em todas as ilhas que percorreu, pôde observar uma constante: não importa qual fosse a função desempenhada pelo homem, ela era sempre mais valorizada do que a função desempenhada pela mulher. Portanto, o prestígio nesse caso estaria atrelado à figura masculina e não à atividade propriamente dita.

As relações desiguais de gênero se refletem em diversos domínios da vida social, no marco legal, no acesso ao poder, no mercado de trabalho, no exercício profissional. É importante que um profissional de saúde perceba como a sua prática pode estar impregnada pelas desigualdades de gênero, que podem interferir inclusive em diagnósticos e tratamentos.

A saúde também é um conceito que se constrói do ponto de vista cultural. Acho interessante conversarmos sobre este conceito. Por um lado, tradicionalmente, quando pensamos em saúde, este conceito aparece atrelado à idéia de doença, definindo-se no negativo, como ausência

de enfermidade. Nesse sentido, saúde estaria também circunscrita ao complexo médico-hospitalar e a uma perspectiva medicamentosa da vida. O que vem acontecendo num processo do qual vocês são protagonistas — nós todos que estamos vivendo nesse momento e que temos relação com o mundo da saúde — é a introdução da idéia de direitos no âmbito da saúde. Isto é profundamente revolucionário porque, ao colocarmos a saúde no âmbito dos direitos, estamos deslocando-a de onde ela sempre esteve, no âmbito da doença e, mais concretamente, no binômio médico-hospitalar.

Os primeiros grandes passos neste deslocamento são dados pela Convenção Econômica e Social da ONU que, estabelecida na década de 1960, define a saúde como um direito, e pela Organização Mundial da Saúde, OMS, que também adota esta perspectiva colocando a saúde no campo social. A saúde inclui o complexo médico-hospitalar, mas ela não se limita a ele. Passa a ocupar um outro patamar, o do direito ao bem-estar. A definição da OMS diz que a saúde está relacionada a um estado de completo bem-estar físico e mental. E todos os indivíduos têm direito a esse estado de bem-estar. Nesse sentido, o direito à saúde passa a integrar a esfera dos direitos humanos.

O estado de bem-estar de um indivíduo é ameaçado por uma série de fatores que concorrem para seu adoecimento, desde fatores ligados à pobreza e à exclusão social como saneamento, nutrição e habitação, a situações de conflito armado, de desemprego, de catástrofes naturais, situações de instabilidade política. Todos esses fatores, aos quais se devem acrescentar as desigualdades de gênero e de raça, responsáveis por pressões psicológicas e desvalorização cultural, concorrem para impedir ou, inversamente, para facilitar o exercício do direito ao bem-estar. É verdade que se adoecem em todas as classes sociais, em todos os momentos históricos e pela ação de determinados elementos que não são afetados por fatores “externos”. Mas até que ponto nós podemos fazer um diagnóstico, indicar um tratamento ou ter perspectivas de cura, se nós não levamos em conta a inserção social daquele indivíduo?

Assim é necessário que também o conceito de doença seja mais amplo, mais holístico, reconhecendo as diversas mediações do social na conformação da enfermidade. Embora muitas doenças sejam causadas por vírus, bactérias, desordem celular, degenerescência, parecendo responder tão somente a uma ordem organizada pelas ciências naturais, devemos reconhecer que a doença é também, freqüentemente, um reflexo de situações sociais que impedem o indivíduo de usufruir de um estado de bem-estar físico e mental.

É fundamental que o profissional de saúde situe a doença em uma perspectiva mais ampla, e se pergunte: como é que saúde e doença se articulam em uma determinada sociedade? Por que em determinada sociedade, em determinado momento histórico, se articulam de uma ou de outra forma? Ou seja, o adoecer ou o não adoecer é também produto social e histórico. A doença é também um produto social, porque ela é fruto de processos e de estruturas políticas, econômicas e sociais.

Os manuais classificatórios da medicina são escritos a partir do olhar da medicina sobre saúde e doença e este olhar não é neutro, ele é também um produto social. As idéias de normal e patológico, de ordem e desvio que interpenetram os conceitos de saúde e doença também são construídas socialmente.

Em diversas épocas, os conceitos de normal ou patológico, ou de ordem e desvio, têm mudado. Tomando uma questão muito atual: o homossexualismo. Até as últimas décadas do século XX, ele estava classificado pela psiquiatria na esfera do patológico, da doença. Hoje, não mais. Por quê? Houve alguma mudança, digamos assim, nas práticas homossexuais? Houve alguma mudança no campo das ciências naturais? Na realidade, foi a mudança do “olhar” da psiquiatria sobre este comportamento que mudou sua classificação. Isto porque, a partir de uma luta política dos movimentos gays, houve mudanças significativas, expressas inclusive em leis, na forma como a sociedade vem tratando pessoas que fazem sexo com pessoas do mesmo sexo.

Nesse exemplo, temos aí uma prática sexual que foi considerada em

manuais classificatórios da medicina como doença até uma época recente e já não é mais assim. O que não significa que esta idéia de desvio, ou doença, associada ao homossexualismo, tenha sido banida do discurso normativo, dos valores, da cultura. Entretanto, a pergunta a fazer é: o que leva a esse deslocamento? Ele se deu por quê? Qual teria sido o principal motor?

Há outros exemplos de mudanças na classificação de normal e patológico, particularmente no campo da saúde da mulher. Durante muitos séculos a medicina classificou o corpo da mulher não só como diferente, mas também como inferior ao masculino. Aristóteles, que exerceria grande influência na medicina européia, creditava superioridade ao organismo masculino, pois a mulher teria sido engendrada por semente mais fraca. Médicos famosos, como Ambroise Paré, eminente e respeitado na corte francesa no século XVI, descrevia os órgãos genitais femininos como “imbecis”, na medida em que não tinham sido capazes de deslocar-se para o exterior, como os dos homens. Estamos nos referindo a períodos da história em que a mulher ocupava uma posição subalterna, afastada inclusive do acesso à educação. Neste universo de hegemonia masculina, não é de estranhar que a medicina classifique o organismo feminino como inferior. Ao longo dos séculos, não só se modificaram as condições de produção do conhecimento nas ciências naturais, como mudou também o papel da mulher na sociedade, sendo difícil hoje sustentar esta idéia de inferioridade biológica que, entretanto, ainda guarda alguns resquícios tanto no imaginário social quanto no olhar do profissional de saúde sobre a paciente mulher.

Gostaria de chamar a atenção para o fato, que devemos ter presente, que o corpo reflete laços estruturais com a sociedade. Cada corpo é marcado por sua relação estrutural com a sociedade, corpo de sexo masculino ou feminino, de determinada classe social, etnia de determinada cor e idade. O corpo de cada um de nós traz essa marca, que está presente no momento do diagnóstico, da cura, da prevenção, que interfere no adoecimento, e que pode estar relacionado também com a forma como o

profissional de saúde vai olhar e classificar determinada doença. Não é assim surpreendente que, freqüentemente, na realização de diagnósticos e na prescrição de tratamentos, médicos e profissionais de saúde adotem abordagens que reforçam a discriminação sexual e as desigualdades de gênero e de raça, não levando em conta os efeitos ainda persistentes da naturalização acrítica da mulher, do negro, do indígena.

O importante é saber que a prática profissional, medica ou de enfermagem, reflete a nossa inserção social, e a forma como nós vemos *o outro*. O olhar sobre *o outro* não é neutro. O que muda este olhar é sobretudo a ação política de movimentos sociais, trabalhando em articulação com outras forças sociais como partidos, associações de classe, sindicatos, organizações da sociedade civil, a mídia, o parlamento, o Executivo, o Judiciário.

A passagem da saúde para o campo dos direitos tem uma história. O reconhecimento internacional de que a saúde comporta uma definição social remonta à década de 1960, quando a Convenção Internacional de Direitos Sociais e Culturais da ONU situou a saúde como um direito fundamental do ser humano. Entretanto, já em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu artigo XXV, reconhecia o direito de todos a um padrão de vida capaz de assegurar saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos... No Brasil, a Constituição de 1988, ao tratar a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, incorporou essa definição da Organização Mundial da Saúde. E não a incorporou gratuitamente e sim porque no Brasil existe, há muitos anos, um movimento de saúde, especialmente um movimento sanitarista, que lutou muito ao longo de todo o processo constitucional para que essa visão fosse incorporada. A partir do momento que a saúde, na nossa Constituição, também está imersa e faz parte do campo dos direitos, ela passa a ser uma questão de cidadania. Um dos maiores desafios hoje é tentar ver como trabalhar a saúde como um direito de todos, num momento em que as instituições que aí estão para garantir o exercício desse direito como, por exemplo, as instituições

de saúde pública, vêm sendo desmanteladas sistematicamente. Num momento em que a saúde cada vez mais se transforma numa mercadoria.

O movimento de mulheres vem influenciando as políticas públicas de saúde no país, sobretudo aquelas que dizem respeito à saúde da mulher entendida como um direito. Desde seu início, no final da década de 1970, o feminismo tem colocado a questão dos direitos reprodutivos como uma questão central da cidadania feminina. O direito a escolher se quer e quando ter filhos, a decidir sobre seu espaçamento tendo acesso a métodos contraceptivos seguros, o direito a ter acesso ao pré-natal e a um parto e pós-parto de qualidade, o direito a interromper a gravidez nas circunstâncias previstas em lei, o direito a ter acesso à prevenção e ao tratamento do câncer cérvico-uterino e mamário são, dentre outras, reivindicações das mulheres que configuram o campo dos direitos de reprodução.

Em 1983, feministas e representantes de universidades trabalharam junto ao Ministério da Saúde na elaboração de um Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism), que ainda hoje constitui um marco, pois, trata esta questão a partir de uma perspectiva integral e compreensiva. Em 1986, mulheres de todo o país reuniram-se em Brasília, em reunião convocada pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, que eu presidia naquela ocasião, para redigir a Carta das Mulheres aos Constituintes, na qual tais direitos são reivindicados. Esta Carta foi posteriormente entregue ao Presidente da Assembléia Constituinte, deputado Ulysses Guimarães. Em 1987, apesar da resistência de setores mais conservadores, o Paism foi regulamentado e começou, lentamente, a ser implantado no país, inaugurando uma ação mais efetiva do Estado no campo da reprodução.

Nestes mesmos anos, os movimentos de mulheres se mobilizaram para garantir suas reivindicações na nova constituição. O artigo 226, § 7º, que define que “o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de

instituições oficiais ou privadas”, é uma vitória da pressão dos movimentos de mulheres que também lograram que não figurasse na constituição a proteção da vida desde a concepção, o que inviabilizaria o abortamento em caso de risco de vida para a gestante e de gravidez resultante de estupro, já previstos no Brasil.

Movimentos de mulheres e organizações não governamentais continuam lutando para consolidar as propostas do Paism e para expandi-las. A questão do HIV/Aids, que em 1984 atingia as mulheres numa proporção de 34 homens por 1 mulher, hoje já alcança a proporção de 2 por 1. A inter-relação entre violência de gênero e saúde é particularmente evidente, ao acompanharmos as mudanças no perfil epidemiológico do HIV/Aids no Brasil, hoje marcado pela feminilização. Associada, durante cerca de 10 anos, à idéia de uma *peste gay*, ou vista como doença de prostitutas e usuários de drogas injetáveis, categorias sobre as quais recaem diferentes tipos de estigma social, a doença se construiu no imaginário social como a doença do *outro, da mulher fácil e do bicha*. Excluídas deste universo imaginário, as mulheres casadas ou com parceiros regulares não se protegem porque não se vêem em perigo, porque relações de gênero pautadas na desigualdade tornam muito difícil, para a esposa ou namorada, a negociação do sexo seguro. Hoje, os boletins epidemiológicos indicam uma proporção de dois homens por uma mulher, sendo que esta correlação compreende fundamentalmente donas de casa e mulheres que vivem em uniões estáveis.

Nos últimos anos tem ocorrido diversos esforços no sentido de salientar a interseção entre violência e saúde através de uma interlocução entre movimentos de mulheres, órgãos de saúde pública, universidades, órgãos de segurança pública. Entretanto, apesar de avanços significativos, pois hoje já temos no Brasil cerca de 200 serviços que atendem mulheres em situação de violência, e contamos com as Normas Técnicas do Ministério da Saúde que regulamentam este tipo de atendimento, há ainda um longo percurso a ser feito.

É preciso modificar o *olhar* do profissional de saúde que atende a

uma mulher vítima de estupro e que hesita em acreditar em sua palavra, desconhece seu direito a receber contracepção de emergência, a ser encaminhada a um serviço de referência para interromper uma gravidez daí decorrente, se assim o desejar....

Creio que este curso, onde vocês terão palestras sobre direitos reprodutivos, sobre gênero e sexualidade, sobre políticas de saúde, bioética e violência, dentre outros temas, contribuirá para a construção deste novo *olhar*, fundamental para que os avanços em termos de leis e normas sejam, de fato incorporados em seu trabalho cotidiano, requisito fundamental para o exercício efetivo do direito à saúde, encurtando assim a distância entre leis e práticas que ainda caracteriza o Brasil.



# OS DISCURSOS SOBRE A ENFERMAGEM BRASILEIRA E AS QUESTÕES DE GÊNERO<sup>1</sup>

Ieda de Alencar Barreira

Professora titular  
do Departamento  
de Enfermagem  
Fundamental da  
EEAN/UFRJ,  
membro do Núcleo  
de Pesquisa de  
História da  
Enfermagem  
Brasileira/  
Nuphebras.

## Considerações iniciais

O ponto de partida de minha exposição é a afirmativa genérica de que, nas profissões femininas (ou feminizadas), nota-se uma aspiração intensa pelo reconhecimento social e pela criação de novas identidades. Particularizamos a luta histórica das enfermeiras brasileiras a fim de construir um discurso próprio, ou seja, a luta pelo reconhecimento, em termos de competência, eficácia e propósito, enfim, pela produção e imposição de uma visão de mundo legítima.

As condições de produção dos primeiros discursos sobre a enfermagem no Brasil evidenciam como a luta das enfermeiras, por uma posição mais favorável na sociedade, se entrelaça com as mudanças nas relações de gênero e com a (re)classificação dos saberes, no interior da dinâmica histórico-social.

Temos então, por um lado, que as supostas diferenças entre os sexos, ao estruturarem um conjunto objetivo de referências, não só estabelecem um acesso diferencial aos recursos materiais e simbólicos, mas

---

<sup>1</sup> O texto integral desta conferência intitula-se “Contribuição da História da Enfermagem Brasileira para o desenvolvimento da profissão”, e encontra-se publicado em *Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, abr/1999.

também estruturam (e reestruturam) as relações de poder. E, por outro lado, temos que essas mulheres, ao se inserirem em diferentes grupos de interesse que, por sua vez, lutam entre si para impor sua própria visão de mundo, muitas vezes se colocam em posições antagônicas, ainda que mantendo certos ideais em comum.

O ponto de chegada desta exposição é o significado essencial que pode ter o esforço de reconsideração da curta história da enfermagem brasileira, ou seja, sua função social.

### **Os discursos masculinos tradicionais**

Durante o processo de institucionalização da enfermagem no Ocidente, o aproveitamento ideológico do cuidado feminino aos fracos e incapacitados deu-se pela construção da mística da enfermagem, a partir da assimilação de discursos masculinos consagrados pela tradição, entre os quais estão os oriundos das corporações religiosas, militares e médicas, concorrentes entre si, mas nem sempre adversárias.

O discurso religioso cristão traz o apelo da verdade revelada e das recompensas divinas. No caso da Igreja Católica Romana, ela apresenta ainda a eficácia de sua organização e o ideal de comunhão universal; nela, o fervor religioso é estimulado pela devoção aos santos, como figuras exemplares, e pela liturgia, que envolve os sentidos e impressiona os espíritos. A corporação funciona de acordo com uma rígida hierarquia eclesiástica e uma disciplina sublimada. A tradição católica ordena apenas homens celibatários para o corpo sacerdotal, detentor do monopólio do discurso espiritual. No entanto, tais prescrições foram utilizadas por mulheres de todas as épocas para alcançar seus próprios desígnios.

Na atuação das irmãs de caridade, a violência simbólica se exerce de forma um tanto velada, favorecida por seus votos de pobreza, castidade e obediência. Assim, as ações das religiosas nos hospitais se pautaram pelo silêncio, e não só como disciplina espiritual e como manifestação de

humildade e obediência, mas também como estratégia evasiva de poder, reforçada por sua presença contínua em todos os espaços institucionais. Neste modelo, o cuidado é feminino e relacionado à salvação das almas, o hospital é o local de trabalho, segundo uma divisão funcional das atividades, mas é também local de morada, o que enseja uma disponibilidade permanente para o serviço.

Esse modelo católico foi retomado na Inglaterra protestante e capitalista, por Florence Nightingale, que incorporou algumas de suas bases ao seu próprio discurso e, mesmo levando em conta o valor econômico da vida e da morte, não deixava de recomendar que toda enfermeira fosse, entre outras coisas, uma mulher religiosa e devotada.

No Brasil, na metade do século XIX, em 1850, com a proibição do tráfico dos escravos e a violenta epidemia de febre amarela que atingiu a corte, vieram as irmãs de caridade para a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (1852), como parte do projeto modernizador e civilizador do Segundo Império. Essa intervenção das irmãs de caridade ocorreu no momento em que já se iniciava o projeto de hegemonia da corporação médica, que tratava de construir um novo discurso, não só laico e civil, mas racionalista e cientificista.

Muitas mulheres, sob a forma de ajuda aos fracos e desvalidos, derivaram sua vocação religiosa para a prática da caridade, como sucedâneo ao hábito de freira. E havia a benemerência laica, ainda hoje praticada pelas mulheres, as quais, inclusive por falta de clareza do valor de seu trabalho, mais facilmente concordam em prestar serviços subalternos e gratuitos. O apelo espiritual do discurso religioso traz como exemplo perfeito a figura de Maria que, em sua ambigüidade de virgem e mãe, serve de modelo a solteiras e casadas e é também objeto da veneração masculina.

O discurso militar traz o apelo do amor à pátria e a crença absoluta no valor da corporação, fundamentos da construção do “espírito militar”. As forças armadas detêm o monopólio do uso legítimo e legal da violência, justificado no conceito de honra como valor supremo para a defesa da nação, até com o sacrifício da própria vida. A base de sua orga-

nização é a ordem, manifestada sob a forma da hierarquia e da disciplina. A mística do cumprimento do dever é reforçada pelo culto aos heróis, pelos símbolos, pelos rituais, bem como por um sistema de promoções e sanções. Sua autoridade se explicita por meio de uma “cadeia de comando-obediência”, que determina os deveres e obrigações inerentes às diferentes posições e que, agrupadas em “círculos hierárquicos”, formam uma rígida pirâmide, praticamente impenetrável a qualquer autoridade não militar. A disciplina é ostensiva e reforçada pela padronização das normas, pela postura corporal rígida, pelo exercício contínuo de gestos nítidos e sincronizados; e a hierarquia é codificada por meio de uniformes distintivos de cada força, arma e patente. O discurso patriótico foi apropriado pelas mulheres, em diferentes tempos e lugares, como argumento irrecusável à sua aparição no mundo público. Neste modelo, a partir de meados do século XIX, o cuidado passou a se feminizar, sob uma orientação religiosa ou laica, mas pautado por um discurso masculino, normativo e sob a autoridade militar.

As guerras foram importantes vetores da profissionalização da enfermagem no Ocidente. Só depois de vencer uma formidável luta simbólica contra o poder masculino, duplamente concentrado na figura do médico militar e tornando-se heroína da guerra, Florence Nightingale conseguiu ganhar prestígio suficiente e o poder necessário para fundar sua escola de enfermagem.

O discurso de Florence foi precocemente levado para os Estados Unidos no rastro da guerra civil (1861-1865), que evidenciou de forma dramática a necessidade da organização de serviços de saúde. Ao contrário, poucos anos depois, quando o Brasil se empenhou na guerra do Paraguai (1864-1870) e o Hospital Real de Guarnição da Corte teve seus enfermeiros transferidos para os locais de campanha, foi solicitada, em 1868, a intervenção das irmãs de caridade naquele hospital, o que reforçou a hegemonia do modelo religioso-feminino de enfermagem

Nessa guerra, como enfermeira voluntária, destacou-se a figura de Anna Nery, viúva e católica, pertencente a uma família de oficiais, estan-

do seu irmão e três filhos engajados no exército imperial. Por sua dedicação aos feridos e por sua colaboração com as irmãs vicentinas nos hospitais de campanha, recebeu os cognomes de “mãe dos brasileiros” e de “grande irmã de caridade leiga”. Talvez por essas identificações, Anna Nery, ao contrário de Florence, ao regressar à pátria, tenha mantido uma discreta postura, face à notoriedade por ela alcançada durante a guerra. Mas, de todo o modo, Anna Nery foi transformada no mito nativo equivalente ao mito universal de Florence Nightingale, sua contemporânea.

O discurso médico tradicional, de caráter altruísta, defendia o exercício liberal da medicina, definindo-a como arte/dom e como sacerdócio e dignificando a figura do médico com atributos relativos à moralidade, ao desinteresse financeiro, à abnegação, ao heroísmo e ao sacrifício. A prática médica revestia-se de caráter artesanal e tinha como cenário o consultório ou a residência do cliente, baseando-se nas habilidades do médico quanto à anamnese, ao exame físico, ao tirocínio clínico, à intuição e à simpatia. A relação médico-paciente, por sua vez, autoritária e afetiva, tinha a finalidade de curar, aliviar e consolar os males de cada um e de todos os membros da família. Os cuidados eram realizados pelo próprio médico, pelas mulheres da família, agregadas e criadas domésticas.

No entanto, até a I Guerra Mundial, no Brasil, a enfermagem era uma ocupação à qual se dedicavam mulheres de diversas condições sociais que determinavam sua posição hierárquica e a natureza de suas atividades: religiosas católicas, enfermeiras diplomadas estrangeiras, pessoal treinado na escola Alfredo Pinto e nas escolas e cursos da Cruz Vermelha, visitadoras preparadas por médicos sanitaristas, leigas de pouca instrução, ex-escravas e seus descendentes.

## Os novos discursos médicos no Brasil, na década de 1920

As circunstâncias favoráveis a uma reforma sanitária ensejaram a criação de uma enfermagem de alto padrão no país, por iniciativa do cientista e sanitarista Carlos Chagas, no interior do aparelho de Estado. Diante da iminência dessa reforma, a corporação médica se acautelou, como se pode verificar pela realização do Congresso dos Práticos, em 1922, no Rio de Janeiro, com a finalidade de discutir o ensino e o exercício da medicina em um contexto de mudança do mercado de trabalho médico.

Neste congresso surgiram novos discursos, fundados no humanismo e na técnica, nos quais o saber médico era apresentado como esotérico e inatingível, e que reivindicavam para a medicina o duplo status de ciência e de arte, justificando a intervenção dos médicos sobre os corpos e a prescrição das ações e dos comportamentos adequados à mulher e à enfermeira. Nestes modelos, o cuidado é feminino, mas pautado por um discurso masculino, de teor vocacional, normativo e de caráter legal, que se produz mediante ordens escritas e prega a obediência do doente e das pessoas que dele cuidam, em nome da cura.

Essas duas novas ordens de discurso, que se contrapõem ao discurso médico tradicional, apresentam certos pontos em comum, mas se afastam em seus propósitos.

O discurso tecnicista apresenta o conhecimento médico como saber complexo e sistematizado, mas aplicável a demandas concretas. Valoriza a racionalidade técnica e científica, a especialização, a precisão do diagnóstico e do tratamento e o treinamento metódico e prolongado do médico. Seu cenário preferencial é o hospital, no qual atuariam os médicos especialistas e seus auxiliares, como o farmacêutico e a enfermeira. Neste modelo, a enfermeira seria preparada para amplificar a atuação do médico, segundo sua especialidade, mas deveria renunciar à performance e imitar as qualidades morais do discurso altruísta.

Os valores simbólicos e vocacionais da profissão de enfermeira constituíam um exemplo da concepção de trabalho feminino baseada em um

sistema de qualidades pessoais, e não de qualificações. Esse discurso (ambiguamente altruísta-tecnicista) viria a ser inculcado nas alunas de enfermagem. Deste modo, a participação da enfermeira se fazia anonimamente e a possibilidade de construir uma reputação profissional dependeria da oportunidade de tornar-se o “braço direito” de algum médico ilustre.

O discurso higienista, fundado no sanitarismo internacional, tinha sua singularidade no apelo ao bem comum e no sentido coletivo de sua prática: o saneamento do país e a diminuição da pobreza se faziam em nome do progresso, por meio da educação higiênica, do combate às doenças e do tratamento dos doentes, tornando o indivíduo apto para o trabalho. Este discurso apresentava variantes, que davam ênfase ou à normatização de hábitos e costumes, ou à prevenção das doenças, ou ainda ao aperfeiçoamento da raça. Muitas vezes apropriou-se do discurso militar, no que se refere ao planejamento de suas ações, à organização de sua estrutura e ao funcionamento de seus programas. O DNSP (Departamento Nacional de Saúde Pública) liderava o discurso higienista, que buscava o prestígio científico e tentava evitar o debate político. No entanto, como a reforma de Carlos Chagas se fez com a cooperação da Fundação Rockefeller e tinha como centro difusor de idéias a escola de saúde pública da Universidade John Hopkins (Baltimore), recebia críticas de cunho nacionalista, muitas das quais tinham como alvo a escola de enfermeiras ou o serviço de enfermeiras de saúde pública.

Segundo o DNSP, o papel da enfermeira de saúde pública seria o de mediadora entre os médicos e os doentes, e ainda exercendo funções de inspetor sanitário, de educadora, de enfermeira de cabeceira e de agente social. Neste modelo, o cuidado é feminino e profissional, mas enquadrado pelo discurso do sanitarismo internacional e inspirado na figura idealizada da mulher, fundada na abnegação, na devoção ao serviço, no cumprimento estrito das ordens médicas, e na colaboração com as autoridades constituídas.

## Os discursos das enfermeiras

### *O sotaque norte-americano*

O discurso das enfermeiras americanas encarnava a mística da Fundação Rockefeller, com sua ética religiosa de trabalho e temperança, sua organização paramilitar e seu apelo à amizade entre Brasil e Estados Unidos. Seus fundamentos eram a superioridade da civilização americana, o movimento sanitário internacional e o hospital moderno, facilitadores da ampliação de sua área de influência. O veículo de difusão desse modelo anglo-americano de enfermagem era a Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil (Missão Parsons), cujas dirigentes eram símbolos da mulher e da enfermeira americanas, das quais elas constituíam o modelo e as porta-vozes autorizadas. O projeto da Missão centrava-se no treinamento técnico para o exercício da arte da enfermagem. A formação do *habitus* profissional incluía conhecimentos introdutórios de ciências afins, a sistematização de técnicas de enfermagem e os padrões de conduta profissional. O material didático utilizado era composto principalmente de textos americanos traduzidos. Neste modelo, o cuidado é feminino e profissional, enquadrado por um discurso político, masculino, e de fundo etnocêntrico. A mística da enfermagem se reveste de caráter universal, reforçando a colaboração com os organismos internacionais. No imaginário coletivo, surge a representação da enfermeira como mulher economicamente emancipada.

Na luta simbólica por abrir espaços para a enfermagem na sociedade, havia que minimizar as reações à intrusão em espaços nos quais já se encontravam instaladas grandes forças como a Igreja, o Exército e a Medicina. A Missão adotou uma atitude de cautela, primeiro para com as religiosas, que tinham o controle de muitos hospitais da cidade do Rio de Janeiro, ainda que elas representassem o *status quo* contra o qual se posicionavam as dirigentes americanas, inclusive por pertencerem a grupos dissidentes da Igreja Católica Romana. Também não foi tocada na questão dos que exerciam a enfermagem nos hospitais militares,

ainda que suas qualificações não atendessem ao alto padrão por elas idealizado.

O grande desassossego causado pela irrupção da “enfermeira diplomada” no campo da saúde foi em parte contornado pela aceitação de uma estrita subordinação técnica, devendo as enfermeiras cumprir as ordens médicas, segundo o modelo vocacional de enfermagem. Mas, ao mesmo tempo, ocorria o reconhecimento da escola, a organização de um serviço de enfermeiras de saúde pública, com a reserva de seus cargos para as futuras diplomadas. De outro modo, a elaboração de normas padronizadas e a comunicação interna escrita garantiam autonomia administrativa à Superintendência de Enfermagem, a qual se organizaria no interior de uma hierarquia e disciplina de mulheres.

O projeto da Missão Parsons também ocasionou o desarranjo das representações femininas, aprovadas pela sociedade do Rio de Janeiro, e polarizadas nas figuras da mulher religiosa e da mulher casada, ambas economicamente dependentes. Ao contrário, a figura da enfermeira se aproximaria mais do estereótipo da “solteirona honrada”, ou seja, a jovem mulher liberada, que não desejando viver em uma posição de dependência e sujeição, pagava sua liberdade com a renúncia ao direito à sexualidade e à maternidade. No sentido de neutralizar a reprovação a esta escolha, a Missão Parsons tratou de fazer alianças com damas da sociedade de mentalidade mais avançada, e que inclusive participavam do movimento feminista liderado por Bertha Lutz.

No entanto, o trabalho de implantação da enfermagem “de alto padrão”, tanto nos serviços como na escola, devido às resistências das forças dominantes, muitas vezes teve que adotar a tática de ceder para avançar (CARVALHO, 1997, 31-32).

Durante os dez anos de sua permanência no Brasil, Ethel Parsons (e depois dela, as diretoras americanas da Escola Anna Nery), foi a principal porta-voz da enfermagem brasileira junto aos médicos, à sociedade e à opinião pública. Suas estratégias para ganhar espaço, além do apoio da Fundação Rockefeller, que podia falar com autoridade sobre a enfer-

magem como profissão técnica de alto padrão, incluíam também os médicos professores da Faculdade de Medicina e os dirigentes do DNSP, mandatários do Estado, detentores do monopólio da violência simbólica legítima no campo da saúde.

Tendo como centro difusor a escola de enfermeiras, foi desde logo iniciada a invenção de tradições, explicitadas em símbolos e rituais de inspiração religiosa e militar, e adaptados de escolas americanas, como modo de inculcar a hierarquia e a disciplina e de favorecer a construção de uma identidade nativa de enfermeira, contudo indissociável de suas figuras fundadoras, inclusive no que se refere aos aspectos étnicos.

Também, como forma de dar visibilidade e favorecer a aceitação social da nova profissão, visto que as relações de comunicação são sempre relações de poder, era sistemática a difusão de entrevistas pelo rádio e de notícias pelos jornais, acompanhadas de fotos. A escola também procurava demonstrar sua utilidade em todos os momentos dramáticos da vida social, como nas epidemias que aterrorizavam a cidade, e nas revoluções (no golpe de Estado de 30 e na revolução paulista de 32).

A preocupação em garantir a reprodução do discurso da Missão Parsons e a intenção de inserir a escola de enfermagem na universidade determinaram a necessidade de formar uma liderança nativa que, no devido tempo, pudesse assumir os destinos da enfermagem nacional, mas que continuasse sob a influência da enfermagem americana. Assim, várias enfermeiras brasileiras, muitas das quais jovens recém-graduadas, foram indicadas para realizar estudos básicos e pós-graduados nos Estados Unidos. Deste modo, ao tempo em que aumentavam seu capital cultural, em termos de competência e prestígio profissional, aprendiam *in loco* o discurso da enfermagem americana, no idioma original, tornando-se assim lídimas sucessoras e interlocutoras preferenciais para uma reprodução sempre atualizada.

No entanto, se as enfermeiras americanas eram modelos a serem imitados, jamais poderiam ser igualadas pelas enfermeiras brasileiras, que permaneceram sempre como cópias imperfeitas daquela sua manei-

ra de ser e de fazer, ou seja, de seu *habitus* profissional. Não obstante, essas inatingíveis colegas, portadoras de uma outra cultura e detentoras de considerável poder, tinham a seu cargo a tremenda tarefa de implantar a enfermagem moderna no país.

E se até a II Guerra Mundial, as enfermeiras brasileiras estiveram diretamente sujeitas às enfermeiras americanas, neste novo contexto continuaram sob sua influência. Essa nova fase de cooperação foi mediada pelo Ministério da Educação e Saúde, onde foi criado o Serviço de Cooperação Técnica Inter-Americana. Voltou, então, ao Brasil a primeira diretora da Escola Anna Nery, Claire Louise Kieninger, como assessora do governo americano para assuntos de enfermagem na América Latina, aqui permanecendo por dezoito meses, quando inclusive foi paraninfa das alunas da Escola Anna Nery, da turma de 1942.

Em cooperação com o Instituto de Assuntos Inter-Americanos (IAIA) dos EUA, organizou-se o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), para viabilizar a extração de materiais estratégicos, e no qual foi destacada a atuação das enfermeiras americanas, embora pouco conhecedoras da língua, do país e do povo. No pós-guerra, durante o período de redemocratização do país, essas enfermeiras continuaram a assessorar a enfermagem nacional.

### *O discurso das enfermeiras ananéri*

Logo após a formatura da primeira turma, a escola do DNSP tomou a denominação de Escola de Enfermeiras D. Anna Nery, passando a ter como patrona uma figura representativa dos ideais tanto religiosos como patrióticos. A adesão inicial das enfermeiras brasileiras ao modelo anglo-americano de enfermagem foi plena e reforçada pelas viagens de estudo aos EUA. E até porque, um dos efeitos da violência simbólica é a transfiguração das relações de submissão em relações afetivas, e a transformação do poder em carisma, o qual suscita uma espécie de encantamento.

A saída deste estado de alienação simbólica deu-se pela progressiva apropriação do discurso das enfermeiras americanas pelas nativas. Estas,

respaldadas pelas profundas mudanças políticas e sociais (entre as quais a revolução de 30 é emblemática), elaboraram uma crítica e criaram um novo espírito de grupo (o ananerismo). Este processo de desligamento das categorias de percepção e de apreciação dominantes ocorreu na medida do reconhecimento das novas líderes como figuras autorizadas a enunciar o discurso da enfermagem nacional. Neste modelo, o cuidado feminino e profissional é enquadrado por um discurso populista. A mística da enfermagem ganha forte tom nacionalista, reforçando ainda mais a colaboração com o governo. No imaginário coletivo ganha força a enfermeira como anjo branco, mas, em meados do século, a enfermagem brasileira dá provas de maturidade.

O fato da enfermeira brasileira ser geralmente jovem e solteira, se a livrava do peso da autoridade do marido, também a privava da força de sua desaprovação para não fazer aquilo que ela não desejava. Mas o fato de não dever obediência, nem a um marido, nem ao bispo, fortalecia sobre ela o poder masculino das autoridades civis e o poder feminino das enfermeiras americanas. Além disso, grande parte das enfermeiras ananéri, até certo ponto, compartilhava aquelas representações sobre a mulher brasileira (e principalmente sobre a mulher solteira), o que nelas induziria a uma certa forma de concordância, e portanto de cooperação, quanto à sua própria subalternidade. É isto porque, a submissão à ordem estabelecida nem sempre equivale a “um consentimento consciente e a uma adesão eletiva” e sim a “um reconhecimento prático, tácito e infraverbal”, isto é, a uma “violência simbólica” (BOURDIEU, 1995, 58).

Mas até porque entre os poderes há aqueles que operam pela negatividade, como o poder de dizer não, as brasileiras chegaram a contestar, respaldadas por novas alianças, a presença dessas colegas estrangeiras. No início da década de 1930, a enfermagem nativa mostrava sua liderança. Ao assumir a direção dos serviços de enfermagem na capital federal, e atuando, desde 1933, como representantes do Ministério da Educação e Saúde nos estados, governados por interventores federais, muitos dos quais militares, várias enfermeiras obtiveram o apoio das au-

toridades sanitárias, representadas por médicos amigos da nova ordem revolucionária. O governo da Escola Anna Nery só ao final da década é assumido em caráter definitivo pelas enfermeiras brasileiras.

Entretanto, ao final daquela década, persistia a oposição dos médicos às enfermeiras, como registrou a última diretora americana da escola. Tais queixas evidenciam a luta simbólica travada por essas mulheres com a autoridade masculina de seus compatriotas, muitas vezes opositores das enfermeiras americanas, mas nem sempre seus aliados, e com quem, de todo modo, deveriam negociar um espaço.

Também foram mantidas pelas enfermeiras as antigas alianças com grupos de mulheres, como a Associação Cristã Feminina (ACF) e a Federação Brasileira para o Progresso Feminino (FBPF).

Com a partida das americanas, estreitou-se a associação entre as enfermeiras católicas e a alta hierarquia da Igreja, o que também refletia a aliança desta com o governo de Getúlio Vargas. A enfermeira diplomada continuava a estar entre a freira e a dama, tendo que lutar por um espaço entre a caridade e a filantropia. Essas figuras femininas, embora concorrentes, encontravam-se agora, as três, sob o manto da Igreja. No entanto, nem as religiosas, nem as damas da sociedade, que executavam ambos os trabalhos não remunerado, mas competitivo ao da enfermeira, poderiam se constituir em figuras a serem por elas imitadas. De outro modo, o voto de pobreza das irmãs e a dependência econômica das casadas deixavam sozinha a enfermeira profissional para falar em nome de sua carreira e das recompensas materiais a ela devidas.

Sendo as enfermeiras quase sempre funcionárias do governo, não chega a surpreender que reproduzissem o discurso oficial, como registram os *Anais de Enfermagem*, revista da associação de classe. A incorporação do discurso médico pelas enfermeiras era favorecido por sua autoridade de homens, aos quais é atribuída uma distinção natural, mas também por seu prestígio de pessoas bem colocadas socialmente, muitas vezes sábios ou cientistas, cujo respaldo político, ademais, lhes era de todo necessário. E se tornava tanto mais fácil pela presença dos médicos nos espaços

profissionais, onde os ideais e aspirações de classe média reproduziam-se sob a forma da observância de uma ética profissional e de uma etiqueta institucional.

Enquanto a enfermagem foi uma profissão consentidamente paramédica, muitas turmas de enfermeiras foram formadas sem maiores questionamentos sobre a razão de ser da profissão na sociedade, mesmo porque, o processo de socialização ocorrido em seus lares, sua formação profissional e as expectativas de papel como enfermeira coincidiam no essencial, isto é, na ênfase no cumprimento das normas. Até por isto, muitas vezes as mulheres resistiram à submissão pela apropriação e aproveitamento dos discursos masculinos em causa própria. Na prática houve também a utilização do potencial subversivo da mística da enfermagem: a devoção a uma causa, a conformação da imagem e dos gestos ao discurso masculino, sobre o que deve fazer, sentir e pensar a enfermeira que, ao realizar o modelo ideal, faz jus à aprovação, à admiração e à recompensa da legitimação.

A II Guerra provocou uma nova configuração do campo pois, ao tempo em que abriu espaços para as enfermeiras nacionais, submeteu-as a novas influências da política e da enfermagem americanas, com as quais elas colaboraram intensamente. Neste cenário, a enfermeira de saúde pública brasileira encontrou seu espaço de atuação nas zonas rurais do país, segundo um outro modelo de prática, que veio a produzir parte importante da literatura técnica de enfermagem no Brasil. A difusão do modelo do Sesp fez com que viesse a se tornar praticamente oficial e único, ainda que nunca alcançado pelas secretarias estaduais de saúde.

A enfermagem de saúde pública nacional, acompanhando a ampliação do Estado burocrático, se expandiu e se modificou. Ao mesmo tempo, em um contexto de uma política de proteção à saúde do trabalhador, desenvolveu-se um notável esforço de modernização dos hospitais e parcela considerável das diplomadas passou a ser por eles absorvida. Deste modo, foi deixando de ser característica a imagem da enfermeira brasileira como enfermeira de saúde pública.

Nessa fase da luta por reconhecimento, era vital legitimar a associação de classe como representante da enfermagem nacional, capaz de prestar assessoria pronta e eficaz aos poderes executivo e legislativo. Neste sentido, na década de 1950, a Associação Brasileira de Enfermagem/Aben, face às demandas dos órgãos governamentais brasileiros e das agências internacionais de fomento na área da educação e da saúde, solicitou o apoio da Fundação Rockefeller para a realização de um inquérito de âmbito nacional sobre a situação da enfermagem no Brasil, o que resultou na primeira pesquisa de enfermagem realizada no país: o célebre Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem (LRNE), realizado entre 1956-1958.

Este Levantamento teve profunda e duradoura repercussão. A realização exitosa deste ambicioso projeto conferiu à Aben o desejado reconhecimento, nacional e internacional, de sua capacidade de enunciar um discurso autorizado sobre a enfermagem, melhorando a posição da carreira nos campos concorrenciais da educação e da saúde. Seu efeito simbólico não foi de menor importância: embora o relatório da pesquisa tenha demorado cerca de duas décadas para ser publicado em português, dele circularam cópias, e as enfermeiras sabiam de sua existência e importância, fazendo com que este se constituísse em capital cultural comum e lhes possibilitasse elaborar formas de percepção e de apreciação mais favoráveis à profissão. Enfim, a enfermagem brasileira se desvelava, vinha a público e proclamava suas verdades.

### **A função social de uma história da enfermagem brasileira**

Diante de um futuro de incertezas e face aos problemas de uma prática cada vez mais tecnificada e especializada, que submete o conhecimento a um infundável fracionamento, ocorre uma permanente redefinição das diferenciações entre os grupos de interesse, e que se impõe às escolas, às carreiras e às especialidades.

Além disso, a velocidade crescente da desconstrução das idéias e a seleção intencional das informações, configura uma comunicação que nos traz uma nova consciência do efêmero. Não obstante, todo programa universitário deve perseguir a formação de uma consciência crítica e reflexiva e de uma atitude intelectual. Para tanto, a análise histórica, porque mostra os limites das situações de poder, ancora nossa esperança e contrabalança a sensação de privação do sentido do cotidiano presente. Ao mesmo tempo, a história, ao fazer a articulação dos tempos e dos modos — passado, presente e futuro — pode preencher a função de unir o começo e o fim.

Como vimos, até um passado recente (e de modo geral), as enfermeiras assimilaram fortemente os discursos dos grupos dominantes, o que, em última análise, insere a questão no âmbito das relações de gênero. A aprendizagem de gênero é uma forma de violência simbólica mediada por uma “ação psicossomática”, posto que se inscreve, tanto nos corpos, sob a forma de disposições visíveis na maneira de usar e de cuidar, do seu corpo ou do corpo dos outros, como nas mentes, sob a forma de princípios de divisão e categorias de percepção dos corpos alheios. Daí que a divisão entre os sexos não só diferencia mas subordina e desiguala as mulheres em relação aos homens.

Esta desigualdade sempre foi manipulada pelos grupos de maior poder simbólico, para a perpetuação de privilégios, segundo uma negociação na qual, em troca de uma fala desqualificada, obtinha-se uma relativa aceitação no campo, no entanto, incompatível com a afirmação de um projeto existencial próprio, o que caracteriza a violência simbólica embutida nas relações de gênero. Ademais, aquelas funções de mediadora, atribuídas à enfermeira desde o início da profissão, têm garantido que o conhecimento médico permaneça “complexo, inatingível e incompreensível para um leigo”, contribuindo assim para a preservação de sua posição e status. Tais funções exigem da enfermeira, e cada vez mais, a capacidade de compreender acuradamente o discurso médico (oral e escrito), e de se fazer compreender com exatidão, na mesma linguagem. Ao contrário, essa retradução permanente “em linguagem inteligível”,

de acordo com o capital cultural de cada funcionário ou cliente, faz com que este discurso, vulgarizado pela enfermeira, lhe seja referido como próprio à sua profissão, o que tanto mais facilita sua desvalorização e, ao mesmo tempo, garante a persistência da diferenciação imprescindível à manutenção daquelas desigualdades.

A compreensão da sociedade enquanto construção histórica cotidiana, no entanto, permite a descoberta da possibilidade de um futuro “desfatalizado” para a enfermagem. Esta atitude, por sua vez, leva à formação de uma consciência da necessidade de preservação da memória social, de modo geral, e da memória da profissão, de modo particular. Neste sentido, a perspectiva histórica tem se mostrado um poderoso instrumento de dissolução de prejuízos ou preconceitos, como uma possibilidade de entendimento intergeracional e também como um meio de se chegar a uma conceitualização mais complexa das relações de poder.

A luta pela visibilidade é uma luta pela revisão da divisão das ocupações, pela repartição de papéis e de tarefas que definem outras tantas atribuições de identidade, no interior de uma ordem simbólica. Mas é também uma busca por formas e oportunidades de rompimento da organização do visível, a qual, sendo sempre precária e litigiosa, enseja a aparição do sujeito em cena, se e quando ele proclamar seu litígio. Mas, justamente, uma forma típica de violência simbólica é a intimidação, situação na qual os meios de expressão se perdem, a linguagem se quebra e o capital lingüístico se desorganiza. A timidez é precisamente um reconhecimento forçado de uma situação de dominação, cujo rompimento corresponde a uma luta cognitiva.

Um formidável trabalho de dimensão imaginária faz surgir, como legítimas, relações sociais nas quais certas partes do corpo social são subordinadas a outras. Mas, como a manutenção desta situação exige um esforço permanente de justificação, na medida em que as categorias de percepção dominantes deixam de ser aplicadas, ocorre a suspensão dos efeitos da violência simbólica.

Vendo-se a si própria; a enfermeira torna-se um devir-sujeito que, mediante um jogo coletivo de desmontar e remontar, ao tempo em que se desfaz uma identidade, se tece outra, mas de uma outra maneira, a qual modifica as relações entre a ordem dos nomes e dos discursos e a ordem dos corpos e das condições. Pois quando as contradições se tornam manifestas para todos, o espaço social é (re)configurado pela força de tornar visível o que não era e de declarar o que antes se calava.

## Bibliografia

- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de & ROCHA, Juan Stuardo Yazlle, *O saber da enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1986.
- BAPTISTA, Suely de Souza & BARREIRA, Ieda de Alencar, *A luta da enfermagem por um espaço na universidade*. Rio de Janeiro, gráfica da UFRJ, 1997.
- BARREIRA, Ieda de Alencar, *A enfermeira ananéri no país do futuro*. Rio de Janeiro, ed. UFRJ, 1996.
- . Os primórdios da Enfermagem Moderna no Brasil, in *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Rio de Janeiro, ano I, n. de lançamento, julho, 1997, pp. 161-184.
- . Editorial. Os 75 anos da EEAN: política internacional, cotidiano e história, in *Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem*. Rio de Janeiro, ano II, v. 1, janeiro, 1998.
- . Prefácio, in PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. *A mística do silêncio: a prática da enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século 19*. Pelotas, ed. Universitária / UFPel, 1998, pp. 9-14.
- . "Memória e História, para uma nova visão da enfermagem no Brasil", in *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, EE Ribeirão Preto / USP (no prelo).
- BOSI, Ecléa, *Memória e Sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo: T. A. Queiroz & Edusp, 1987.
- BOURDIEU, Pierre, *O poder simbólico*. Rio de Janeiro, Bertrand do Brasil, 1989.
- CARVALHO, Anayde Corrêa de, *Associação Brasileira de Enfermagem (1926-1976) Documentário*. Brasília, Aben, 1976.
- DUBY, Georges & PERROT, MICHELLE (org.) *As mulheres e a história*. Anais. 19. Lisboa, Publicações Dom Quixote, 1995.
- LEINER, Piero de Camargo, *Meia volta, volver: um estudo antropológico sobre a hierarquia militar*. Rio de Janeiro, ed. FGV / Fapesp, 1997.

- LIMA, Izaura Barbosa, "Enfermagem na organização sanitária federal", in *Anais de Enfermagem*. 5 (1), 1952, pp. 84-93.
- LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann & WALDOW, Vera Regina (org.) *Gênero e Saúde*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996.
- PASSOS, Carla Christina, "As irmãs de caridade no Hospital Militar da Guarnição da Corte", in *Jornada de História da Enfermagem Brasileira 1ª*/ Pesquisando em Enfermagem, 5º. Anais. EEAN/UFRJ, 1998.
- PEREIRA NETO, André de Faria, *Palavras, intenções e gestos: os interesses profissionais da elite médica. Congresso Nacional dos Práticos (1922)*. Uerj, Instituto de Medicina Social, tese de doutorado, 1997.
- SANTOS, Tânia Cristina Franco, *A câmara discreta e o olhar indiscreto: a persistência da liderança norte-americana no ensino da enfermagem no Brasil (1928-1938)*. UFRJ. Escola de Enfermagem Anna Nery, tese de doutorado, 1998.
- SAUTHIER, Jussara & BARREIRA, Ieda de Alencar. *A missão de Enfermeiras norte-americanas na capital da república (1921-1931)*. Rio de Janeiro, ed. Escola de Enfermagem Anna Nery /UFRJ (no prelo).
- SENA, Antônia Regina Messias Fernandes, *Aspectos étnicos na configuração da enfermagem moderna no Rio de Janeiro nos anos 20 e 30*. UFRJ, Escola de Enfermagem Anna Nery, dissertação de mestrado, 1999.
- SENNETT, Richard, *Carne e pedra: o corpo e a cidade na civilização ocidental*. Rio de Janeiro, Ed. Record, 1997.



# A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL NO CONTEXTO DAS REFORMAS NEOLIBERAIS

Laura Tavares Ribeiro Soares

Enfermeira,  
sanitarista, doutora  
em Política Social,  
professora da Escola  
de Enfermagem  
Anna Nery da  
UFRJ. Pesquisadora  
do LPP/Uerj.

## **As reformas neoliberais na América Latina**

Para o debate das chamadas “reformas” é necessário aclarar os termos e as posições, posto que não se está em um terreno neutro: este é um tema com uma sustentação ideológica e política inevitável. Por trás dessas “reformas” existe um modelo hegemônico claro, de corte neoliberal, que vem desenvolvendo estratégias de incorporação e adaptação a cada país na América Latina. Os aspectos centrais desse modelo são:

- A mercantilização dos serviços de saúde, onde são introduzidos mecanismos de privatização por dentro e por fora do setor público. O principal é o domínio da lógica mercantilista na prestação dos serviços, aos quais se impõe um “preço” e uma medida de “custo-benefício” sem preocupar-se com sua eficácia ou efetividade no que se refere à saúde da população. Isto gera uma maior exclusão daqueles que não podem pagar diretamente pelos serviços, ou seja, a grande maioria da população latino-americana.
- Associados ao anterior, estão os mecanismos de subsídio, por parte do Estado, à demanda e à oferta estratégias de focalização dos serviços de saúde para os “pobres”, deixando para os que podem pagar os seguros de saúde privados. Os subsídios à oferta são

feitos diretamente pelas isenções fiscais a esses seguros privados, no marco do ajuste fiscal dos Estados latino-americanos, o que reduz ainda mais os recursos para os serviços públicos destinados aos “pobres”.

Este é um modelo que tem aprofundado ainda mais as desigualdades, na medida em que provoca uma *dualidade* nos serviços de saúde: os melhores e os mais financiados para a minoria da população que pode pagar; e os piores e os menos financiados para a maioria da população que não pode pagar (diretamente) e que sofre mais problemas de saúde.

Ao contrário do que dizem os defensores desse modelo, ele provocou o aumento dos custos em saúde, tal qual o modelo norte-americano, aumentando a carga sobre o setor público e beneficiando apenas o setor privado.

Outro aspecto importante neste modelo é o fato de que, ao se inserir no marco de uma política neoliberal de ajuste econômico, tem implicado um agravamento das condições sociais e de saúde da população. Sobrepondo-se aos antigos problemas de desigualdade social — com o correspondente quadro epidemiológico das chamadas “doenças típicas da pobreza” — se manifestam, de forma crescente e cada vez mais aguda, “novos” problemas de exclusão social (como o desemprego) geradores de outros problemas de saúde. Isto tem configurado um quadro sanitário de enorme complexidade, que não pode ser resolvido por um tipo de “reforma” que propõe uma “simplificação” da atenção à saúde por parte do setor público, adotando “pacotes básicos” para os pobres.

## **As reformas no Brasil**

A chamada área social no Brasil — com destaque para a área da saúde — constitui-se hoje no terreno mais conflituoso e exposto da nossa sociedade, na medida em que é particularmente sensível às condições econômicas de restrição financeira impostas pelas políticas de ajuste neoliberal também implantadas em nosso país.

Estamos diante de uma situação social e de saúde onde a superposição de antigos e novos problemas configura um quadro de enorme perversidade e complexidade. A este quadro se agrega, ainda, uma situação de desmonte do Estado brasileiro, o que tem levado a uma crescente *desresponsabilização* do governo federal das suas atribuições no terreno social.

As políticas de ajuste, determinadas em âmbito federal, têm trazido enormes limitações para as unidades da federação — em particular aos municípios — no que diz respeito às respectivas capacidades de intervenção e de resposta frente às crescentes demandas sociais e de saúde. Isto tem gerado grandes iniquidades, aprofundando ainda mais o quadro de desigualdade social.

As políticas sociais e de saúde perderam sua dimensão integradora, tanto no âmbito nacional como no âmbito regional/estadual, caindo numa visão focalista onde o “local” é privilegiado como o único espaço capaz de dar respostas supostamente mais “eficientes” e acordes às necessidades da população (não por acaso reduzida hoje à “comunidade”). Retrocedemos a uma visão “comunitária”, onde as “pessoas” e as “famílias” passam a ser as responsáveis últimas por sua saúde e bem-estar. Por trás de um falso e importado conceito de *empowerment* está o abandono por parte do Estado de seu papel ativo e determinante nas condições de vida da população, particularmente quando parcelas majoritárias e crescentes da mesma estão na mais absoluta pobreza.

Este é o contexto onde se desenrola a atual Política de Saúde no Brasil, o que não pode ser ignorado sob pena de cairmos no reducionismo de soluções tecnocráticas para o setor saúde e na aceitação acrítica de programas federais verticais e autoritários travestidos de “inovadores” e “modernos”.

As chamadas “reformas constitucionais” vêm sendo perpetradas no Brasil desde o início da década de 1980, sob o argumento de que a Constituição cidadã de 1988 seria o principal empecilho ao processo de “modernização” e “abertura” do país. No entanto, é no governo de Fernando Henrique Cardoso que se completa o projeto mais acabado (e neoliberal) de “Reforma do Estado”.

Em primeiro lugar gostaria de chamar a atenção para alguns aspectos preliminares ao debate em torno dessa reforma do Estado proposta pelo Executivo, tais como:

- As utilizações que têm sido feitas pelo governo federal, devidamente sustentadas pela mídia, do termo “reforma”, emprestando-lhe um caráter “mágico e infalível” na solução de todos os problemas nacionais.
- A necessidade de definir melhor, com mais clareza, qual Estado é o objeto da Reforma e que aspectos precisam ser reformados; não sendo possível, dessa forma, impor uma receita padrão de reforma, assumindo, portanto, que existem diferentes possibilidades e propostas de Reforma (em contraposição à “via única”).
- Qual é o diagnóstico no qual se baseia a reforma e quais as suas propostas de resolução dos problemas — falsas premissas levando a falsas soluções (o exemplo claro disto é a culpabilização dos funcionários públicos por uma série de problemas no aparelho de Estado, o que tem focalizado as propostas de reforma exclusivamente em cima do funcionalismo).
- A não existência de uma Reforma “neutra”, que seja adequada e boa para todo o país — ou seja, toda reforma atende a determinados interesses — este é sem dúvida um aspecto central na discussão e trata da questão política da Reforma: qual é o projeto político que está por trás da Reforma do Estado, amparado por quem?
- Quais as perspectivas e os possíveis resultados da Reforma? Esta é uma grande interrogação, com algumas possibilidades de previsão.

O movimento básico para corrigir as “distorções” ou os “desvios” do Estado é a transferência para o setor privado daquelas atividades que podem ser “controladas pelo mercado”. Isto é feito através da privatização de todas as estatais (sem nenhum tipo de distinção nem caracterização quanto ao papel estratégico do Estado no desenvolvimento nacional) e da descentralização da execução de serviços (sociais) de educação, saúde, cultural e pesquisa científica a um setor “público não-esta-

tal”. Este setor emerge sem que se defina claramente como é constituído e quais serão as regras (se é que elas existirão) para o seu funcionamento e, principalmente, para o seu financiamento. O único critério mencionado é o fato da instituição ser considerada como de “utilidade pública”, critério este que, como sabemos, tem sido alvo de todo tipo de corrupção e clientelismo, incluindo entidades como a *Golden Cross* e clubes de futebol, entre outras pérolas.

Esse movimento mais geral se traduz em três dimensões de intervenção: a institucional-legal, onde se trata de remover os obstáculos legais/constitucionais, superando a “rigidez” (aqui a palavra-chave é flexibilizar); a dimensão cultural (trata-se de superar a “cultura burocrática”), e a gerencial, considerada a “dimensão-chave” da reforma administrativa.

Na dimensão institucional-legal estão previstas as emendas constitucionais. A primeira é sobre o capítulo da Administração Pública, onde todas as mudanças são dirigidas aos servidores públicos, “flexibilizando” as relações de trabalho e as regras de aposentadoria e tornando mais “rígidas” as limitações salariais e proventos das aposentadorias (aqui, ao contrário dos direitos, não há problema em tornar as regras mais “rígidas”). Uma segunda estabelece a “autonomia” entre os três poderes no que diz respeito à organização administrativa e fixação dos vencimentos de seus servidores (ou seja, o fim da isonomia). A Emenda da Previdência é considerada como estratégica nessa dimensão. Quanto à Legislação Infra-Constitucional, está também se encontra, na sua quase totalidade, dirigida aos servidores.

A segunda dimensão é a chamada dimensão cultural, que inclui a transição para uma *administração pública gerencial* sem nenhuma outra definição mais precisa.

Na terceira e última dimensão referente à gestão, é onde se encontram as propostas mais concretas e desenvolvidas. São três os projetos em curso: Avaliação Estrutural, Agências Autônomas e Organizações Sociais. A Avaliação Estrutural operaria horizontalmente, extinguindo, privatizando e descentralizando (transferindo para o tal setor “público não-

estatal”) órgãos públicos. As chamadas Agências Autônomas operariam de forma vertical, transformando autarquias e fundações em agências autônomas, com o propósito de “modernizar a gestão”, estabelecendo uma “seleção prévia” e a criação de “laboratórios de experimentação”.

A estratégia mais adiantada é a das Organizações Sociais, que também operariam verticalmente, descentralizando serviços considerados *não-exclusivos* do Estado, partindo do pressuposto de que esses serviços serão mais “eficientemente” realizados se, mantendo-se o funcionamento do Estado, forem executados pelo tal *setor público não-estatal*.

As Organizações Sociais (OS) são definidas como “entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder, e assim ter direito à dotação orçamentária”. Elas terão autonomia financeira e administrativa, respeitadas as condições descritas em lei como, por exemplo, a composição de seus conselhos de administração. Além dos recursos orçamentários, podem obter outros ingressos através de prestação de serviços, doações, legados, financiamentos etc.

Essa suposta “autonomia” financeira e administrativa pode implicar sua total subordinação a interesses privados locais, comprometidos ou não com a entidade que passa a denominar-se OS. O suposto *controle social* (tema aliás da 11ª Conferência Nacional de Saúde) sobre ela dar-se-ia por meio do chamado Conselho de Administração, o qual, muito provavelmente, estará comprometido com os interesses acima mencionados.

Na realidade, a definição de uma maior “parceria” com a sociedade enfatiza que esta última deverá financiar uma parte significativa dos custos dos serviços prestados. No caso de serviços sociais essenciais, como são os hospitais, isto provocará, de saída, a já mencionada *dualização* da clientela — discriminando entre aqueles que podem e os que não podem pagar — e dos serviços prestados — de maior ou menor qualidade, dependendo do poder de compra do usuário. Elimina-se, com essa proposta, o princípio da Universalidade, previsto (ainda) na Constituição, onde todo e qualquer cidadão tem o Direito de ter

acesso a serviços sociais básicos, no caso de saúde, de boa qualidade e em todos os níveis de complexidade.

A transformação dos serviços não-exclusivos estatais em OS se dará de forma “voluntária” a partir “da iniciativa dos respectivos ministros, através de um Programa Nacional de Publicização”. Terão “prioridade” os hospitais, as universidades e escolas técnicas, os centros de pesquisa, as bibliotecas e os museus.

Esse caminho “voluntário” de criação de Organizações Sociais, a critério dos ministros, aumenta ainda mais o extenso rol de dúvidas e incertezas acerca desse processo de “Reforma do Estado”. Por esse caminho, são abolidos os critérios de planejamento e equalização de serviços sociais essenciais cujo acesso se tornará ainda mais desigual. Também a transparência desse processo fica prejudicada e a “iniciativa dos ministros” muito provavelmente será a de proteger seus apadrinhados em seus respectivos estados e municípios.

Essas estratégias de “Reforma do Estado” estão inseridas em um movimento mais geral em direção a um suposto *setor público não-estatal* (também chamado de *Terceiro Setor*) que se responsabilizaria pela execução dos serviços que não envolvessem o exercício do “poder de Estado”, mas que deveriam ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica. Esse processo chamado de “*publicização*”, na realidade não é uma “criação” do já extinto MARE (Ministério da Administração e Reforma do Estado). Ele se inclui em todas as propostas de reforma decorrentes da implementação dos chamados Ajustes Estruturais. No entanto, mesmo naqueles países onde já existia uma certa tradição na participação de entidades não-estatais na prestação de serviços sociais, esse modelo vem sendo criticado, na medida em que não está conseguindo compensar a forte retração dos respectivos Estados, tanto no financiamento como na gestão dos serviços públicos. O maior exemplo disso é os Estados Unidos, onde amplos setores da população encontram-se marginalizados, sem acesso a serviços sociais básicos, sejam eles estatais ou não.

## **Políticas de Saúde no contexto neoliberal: implicações e problemas**

### *A privatização e as “inovações gerenciais”*

A privatização da saúde no Brasil tem várias faces: algumas mais explícitas, outras, na maioria, ocultas ou travestidas de “modernização gerencial” no marco da já mencionada “Reforma do Estado”. Uma de suas faces mais perversas é o próprio financiamento do setor, que privilegia velhos e novos “atores” no cenário da prestação privado de serviços de saúde: os hospitais e clínicas particulares conveniadas com o SUS e os seguros privados de saúde.

O primeiro grupo, ainda que de forma declinante, dado o irrisório valor pago pelas AIHS (Autorizações de Internação Hospitalar), ainda consome parte importante dos recursos destinados ao SUS, com o agravante de ser o responsável pelas famosas “distorções” e “desvios” de recursos, principalmente no âmbito local, já que são as Prefeituras as responsáveis pelo pagamento das internações hospitalares no seu território. Ao contrário do que reza a “cartilha”, os governos locais têm se mostrado tão corruptos quanto os demais níveis de governo e igualmente imunes ao controle social supostamente exercido pelos Conselhos Municipais de Saúde, muitas vezes manipulados pelos respectivos prefeitos e/ou secretários municipais de saúde.

O segundo grupo — os seguros privados de saúde — se constitui no “setor emergente”, expressão máxima da mercantilização da saúde. Trata-se de um setor duplamente beneficiado. De um lado, pela política de desmonte do SUS, que “expulsa” clientela potencial para esses seguros; ou seja, com a sua política, o governo federal assegura um patamar de demanda para esses seguros. De outro, ele é privilegiado por um financiamento direto e indireto através de subsídios e isenções fiscais, o que tem representado um enorme desvio de recursos públicos para esse setor, abertamente lucrativo, em detrimento do SUS.

Cabe apenas lembrar que esse privilegiamento tem limitações sérias,

de natureza estrutural e financeira, já demonstradas em países onde se privatizou por completo o setor saúde (como é o caso do Chile). Nos países latino-americanos, e o nosso não foge à regra, as possibilidades de expansão da demanda dos seguros privados é limitada à própria renda, particularmente da classe média, a qual, inclusive, vem empobrecendo a olhos vistos. Ou seja, esse setor tem um potencial de cobertura máxima em torno de 30% da população. Isto significa que os restantes 70% (os mais empobrecidos) continuarão dependendo do sistema público, cada dia mais desmontado e sem financiamento. Ao mesmo tempo, a capacidade de financiamento público desse setor também tem um limite, já que representa um custo muito elevado para os cofres públicos.

Acrescente-se ao anterior que o poder regulador por parte do poder público sobre os seguros privado tem se mostrado extremamente limitado: é do conhecimento de todos as inúmeras restrições feitas por esse setor a determinadas clientela e patologias que não dão lucro, sem falar na baixa qualidade da assistência prestada pelos serviços médicos contratados pelas companhias seguradoras, médicos por sua vez pessimamente remunerados, novamente em função dos lucros absurdos auferidos por essas empresas.

Outra face igualmente perversa, mas talvez mais “camuflada”, tem sido a privatização “por dentro” do setor público. É a introdução da lógica mercantil no interior dos serviços públicos, onde se privilegia a “micro-economia” do custo/benefício em detrimento da qualidade. São os “modismos” gerenciais, como a “qualidade total” e outras bobagens, que provocam a eliminação do setor público através da “flexibilização” e da “desregulamentação”, gerando um total descompromisso do serviço com a população atendida. As formas assumidas por essa “modernidade gerencial” são variadas, sendo as mais conhecidas as chamadas “cooperativas”.

Esta é uma estratégia já explicitada na mal chamada “Reforma do Estado”, que transforma os órgãos públicos estatais em agências privadas denominadas de “Organizações Sociais”, eufemismo que representa o descompromisso do Estado com a saúde da população, entregando-a a

agentes privados, que são, obviamente e devidamente, alavancados por recursos públicos. Em nome da “liberdade de escolha”, essas agências podem, se quiserem, cobrar do pobre usuário que estará pagando duplamente: através dos impostos e do pagamento direto pelos serviços.

Aqui cabe chamar a atenção para o fato de que, lamentavelmente, essa estratégia da cobrança direta — preconizada em inúmeros documentos do Bando Mundial — já está sendo amplamente utilizada na maioria dos países latino-americanos. Isto significa que ainda temos muito que defender em nosso país: o SUS ainda é o único sistema público universal da América Latina e, apesar das suas restrições e problemas, continua sendo a única alternativa que resta à parcela majoritária da nossa população.

### *O financiamento do setor saúde*

Ao contrário do que muitos afirmam, a política de saúde não está imune ao contexto neoliberal que nos vem sendo imposto na última década. A mais evidente das restrições tem sido a financeira, responsável pela redução sistemática do gasto *per capita* em saúde no Brasil, cujo patamar encontra-se abaixo de países latino-americanos mais pobres.

Os escassos recursos têm sido mal distribuídos, sem respeitar a heterogeneidade regional e as reais necessidades da população. Acreditar que dez reais *per capita* ano (correspondentes ao mal chamado Piso de Assistência Básica, o PAB) são suficientes para dar uma atenção básica integral e de qualidade à população é uma afronta! O alto custo e a assistência hospitalar de má qualidade e de baixa resolutividade continuam consumindo a maior parte dos recursos. O financiamento calcado na mera produção de serviços impede, de forma definitiva, a solução das chamadas “distorções” do sistema. O repasse de recursos tem imposto aos Estados e, sobretudo, aos municípios, uma “camisa de força” que os obriga a cumprir com uma infinidade de portarias ministeriais, cujas fórmulas tecnocráticas definem um padrão uniforme para realidades políticas, administrativas, financeiras e sociais totalmente diversas.

Na realidade, houve uma brutal reconcentração de recursos e de poder nas mãos do governo federal totalmente contrária ao ideário do SUS na sua matriz originária. Abandonou-se por completo a concepção — prevista na Constituição de 1988 — de Seguridade Social, que preconizava um orçamento único e com diversidade de fontes de financiamento para os seus componentes de Saúde, Assistência e Previdência Social. Ao restringir o financiamento do Setor Saúde apenas aos recursos fiscais, ele ficou à mercê da política de ajuste fiscal cada dia mais restritiva, lançando mão de recursos aleatórios, como a CPMF, de caráter contingencial e que sequer vem sendo integralmente destinada ao setor.

Os poucos investimentos feitos pelo governo federal (diga-se de passagem, exclusivamente destinados a reequipar, parcialmente, a rede hospitalar já existente) dependem de empréstimos externos (principalmente do Banco Mundial), os quais, além de eventuais, aumentam ainda mais a dívida do nosso país, que já não é pequena, como todos sabem.

A última Emenda Constitucional referente ao financiamento da Saúde é mais um exemplo da capacidade de distorcer propostas antes defendidas pela esquerda e setores progressistas e transformá-las em estratégias convenientes para o projeto neoliberal. Novamente, sob a aparência de que os recursos para a saúde aumentarão, e concedendo de forma distorcida uma aspiração de vinculação de recursos, o governo federal perpetra mais uma “reengenharia”, reduzindo sua obrigação e repassando para os estados e municípios a responsabilidade maior no financiamento do setor saúde.

No que diz respeito à União, aumentar em 5% o montante investido no setor em relação ao ano de 1999, corrigindo para os anos seguintes pela variação do PIB nominal, não só não significa nenhum avanço no sentido de resolver a insuficiência de recursos para a saúde, como se trata de um enorme retrocesso com relação à Constituição de 1988 e a Proposta de Emenda Constitucional original dos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires, pelas seguintes razões:

- A EC atual não define a origem dos recursos no âmbito federal, elimi-

nando de vez a vinculação de recursos da Seguridade Social para a Saúde, na medida em que os recursos investidos no setor desde 1993 são apenas de origem fiscal.

- A ameaça de extinção total das Contribuições pelas propostas em pauta para a Reforma Tributária confirma a destruição da concepção original de Seguridade social no financiamento equitativo da Saúde, Previdência e Assistência Social.
- O patamar de recursos sobre o qual será corrigido em 5% é sabidamente insuficiente para a saúde. Além de manter esse patamar baixo, o acréscimo de um PIB nominal em franco declínio, dada a recessão econômica, tampouco representa um cenário animador.
- Os mecanismos de transferência e de aplicação dos recursos por parte do governo federal mantêm as mesmas distorções já apontadas.

Quanto aos Estados, a EC implica uma pequena elevação da sua participação. Este acréscimo, no entanto, provavelmente não compensará, de um lado, a provável retração de alguns municípios que já destinam mais do que está previsto; e, de outro, a diminuição dos recursos federais pela retirada das contribuições. Além disso, mais uma vez impõe-se uma camisa de força, como se todos os Estados tivessem iguais condições de aplicar pelo menos 7% de suas receitas de impostos e transferências constitucionais, ignorando a retração econômica que afeta a principal fonte de receita dos Estados — o ICMS —, isso sem falar no crescente processo de endividamento dos Estados. Nesse sentido, não foi estabelecido nenhum tipo de compensação para os Estados.

Finalmente, do ponto de vista dos municípios, a vinculação de 7% até 15% não provocará nenhum aumento de recursos para a saúde: boa parte dos municípios brasileiros já contribui, em média, com 15% de suas receitas de impostos e transferências.<sup>1</sup> Ou seja, provavelmente, a Lei

<sup>1</sup> Ver levantamento do Ministério da Saúde em 1998 junto a 1800 municípios (Siops – Sistema de Informações sobre o Orçamento Público em Saúde).

de Responsabilidade Fiscal afetará o nível do gasto municipal já alcançado na área da saúde, na medida em que o corte de despesas ocorrerá certamente junto às chamadas “despesas *comprimíveis*”.

Por outro lado, é totalmente ignorada a enorme heterogeneidade entre os municípios brasileiros na sua capacidade de arrecadação, sobretudo no que diz respeito à suposta “compensação” concedida aos municípios para criar o IPTU “progressivo”, fonte que para os municípios pobres não representa absolutamente nada. Assim, confirma-se, de forma recorrente, a nossa tese de que a desigualdade entre os municípios será mantida, possivelmente ampliando a iniquidade do ponto de vista da oferta de serviços de saúde em qualidade e quantidade.

#### *A descentralização ou a municipalização a qualquer custo*

A descentralização na década de 1990 segue-se ao desmonte dos programas sociais federais iniciado em 1989. No decorrer da década ela assume uma face neoliberal condizente com a política e a ideologia dominantes, totalmente contrária ao preconizado pela Constituição de 1988.

Tem sido um processo atabalhado, marcado por um contexto de ajuste recessivo das contas públicas, em que são repassados de forma acelerada encargos e responsabilidades diretamente para os municípios, muitos dos quais incompatíveis com as suas distintas realidades e possibilidades.

Esse processo tem apresentado os seguintes problemas:

- A descentralização de encargos não é acompanhada de forma equivalente pela descentralização de recursos em quantidade e qualidade; os fluxos são irregulares, e não são respeitadas as reais necessidades de saúde, bem como as heterogêneas capacidades de intervenção das Prefeituras e órgãos municipais.
- Essa descentralização tem provocado o desmonte de estruturas/equipamentos sociais federais e/ou estaduais pré-existentes, sem que as prefeituras sejam capazes de mantê-los ou substituí-los por algo equivalente.

- O processo de descentralização não tem levado em conta a complexidade dos problemas sociais em determinadas regiões (como, por exemplo, as metropolitanas) cuja dimensão é supra-municipal e exige uma intervenção articulada e regional.
- As iniquidades regionais têm aumentado com o processo de descentralização, entendido apenas como “municipalização”, na medida em que têm provocado a fragmentação das ações e a diminuição da sua efetividade.

Os estados têm sido praticamente ignorados nessa descentralização/municipalização enquanto agentes responsáveis pela implementação de políticas regionais, limitando-se a um papel meramente formal de repassadores de recursos. É preciso resgatar a capacidade dos estados enquanto unidades da federação que devem (re)assumir uma responsabilidade estratégica na condução das políticas públicas de saúde no âmbito estadual/regional.

Trata-se de uma municipalização a qualquer preço, totalmente distinta daquela proposta pelo SUDS nos anos 1980 e consagrada pela Constituição de 1988, que previa uma autonomia real das unidades federadas, baseada em um esquema de financiamento e repasse de recursos compatível com o gradual repasse de encargos, bem como na responsabilidade compartilhada entre os três níveis de governo.

É preciso olhar para o processo *real* de municipalização que hoje está se dando no SUS face ao contexto restritivo do ajuste e diante das propostas de Reforma do Estado dirigidas à privatização e a focalização dos serviços públicos para os “pobres”.

A atual política de saúde, não por acaso, centra seu foco de atenção no âmbito municipal/local, impondo padrões de atuação não condizentes com a enorme heterogeneidade deste país, e totalmente distantes das reais possibilidades dos municípios de darem resposta aos crescentes problemas de saúde com os quais se defrontam.

### *Os atuais “modelos assistenciais” em saúde: avanço ou retrocesso?*

Para finalizar, não se pode deixar de analisar e criticar os atuais Programas Federais de Saúde, com o devido destaque para o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e o PSF (Programa de Saúde da Família). Estes programas têm sido o “carro-chefe” daquilo que vem sendo denominado “reversão do modelo assistencial”. Do meu ponto de vista, esta “reversão” tem sido para pior pelas seguintes razões:

- Em primeiro lugar, são programas verticais, impostos de cima para baixo pelo Ministério da Saúde, totalmente normatizados no nível central, e bancados por “incentivos” financeiros no repasse de recursos, impondo, na prática, a sua adoção aos municípios.
- São programas que desconsideram totalmente a enorme heterogeneidade entre os municípios na oferta de serviços de saúde — a maioria dos quais sequer possui uma rede regionalizada e hierarquizada que garanta o acesso universal a todos os níveis de atenção —, o que limita o atendimento dado por esses programas a uma simples “porta de entrada”, sem resolutividade e sem “porta de saída”.
- Desconsideram, ainda, o também heterogêneo e complexo quadro epidemiológico brasileiro que demanda serviços de saúde em todos os níveis de complexidade: os “pobres” hoje estão morrendo devido a acidentes e violências, devido ao câncer, doenças cardiovasculares, problemas cuja resolução vai muito além da capacidade de um agente de saúde.
- Finalmente, e trazendo um problema que é muito caro à Enfermagem Brasileira, esses programas, na prática, têm substituído profissionais qualificados por pessoas sem qualificação, com uma remuneração praticamente simbólica, com contratos de trabalho precários, sob o falso argumento de que esses agentes estariam mais “próximos” da comunidade. Quem conhece a realidade e trabalha nesses programas sabe das inúmeras distorções que essa falsa premissa tem provocado, como os mecanismos de cooptação e o clientelismo nas contratações, somando-se às já mencionadas limitações desses agentes na resolução dos problemas de saúde da população.

Cabe, portanto, retomar a defesa do SUS, resgatando seus princípios constitucionais de universalidade, integralidade e acesso igualitário a todos os níveis de complexidade do sistema, garantindo a qualidade da atenção por equipes profissionais qualificadas e com condições de trabalho. Isto não é pouco, face ao explícito e implícito processo de desmonte que o nosso sistema de saúde vem sofrendo.

# BIOÉTICA APLICADA À ENFERMAGEM: APROXIMAÇÃO AOS DESAFIOS DO ENSINO

Alejandra Ana Rotania de Pozzi

Mestre em Ciências Sociais – IUPERJ, doutora em Engenharia de Produção-Coppe/UFRJ, professora visitante do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da EEAN/UFRJ, professora de bioética da Faculdade de Medicina, Unesa e coordenadora executiva do Ser Mulher, NF/RJ.

## Introdução

Este artigo tem como objetivo desenhar algumas considerações sobre o ensino da bioética na graduação em enfermagem que decorrem da minha participação docente recente nesta área, sobretudo no contexto da saúde da mulher, tomando como ponto de partida minha experiência em cursos de enfermagem de universidades públicas no Rio de Janeiro.<sup>1</sup>

É preciso assinalar que as reflexões representam uma aproximação inicial ao tema. A minha formação e qualificação não pertencem à enfermagem especificamente, correspondendo portanto estas reflexões a um olhar externo, configurado num campo multidisciplinar do conhecimento e da prática que emerge da produção intelectual na área da bioética contemporânea, da docência, da participação no movimento de mulheres, da gestão de uma organização não governamental de mulheres e da experiência de participação em instâncias de controle social.

---

<sup>1</sup>Agradeço muito especialmente às professoras e alunas da disciplina Problemática e Política em Saúde da Mulher da Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ e do Curso *Gênero, Corpo e Enfermagem* da Escola de Enfermagem da Uerj pela aprendizagem propiciada.

## Perfil das alunas de enfermagem

São jovens. Em geral, todas mulheres, sutis diferenças de idades. Optaram pela profissão do cuidar. Ficam instigadas pela presença de alguém que não é, por formação, da área da enfermagem nem propriamente da saúde e cujo perfil desconcerta. Talvez seja isto o que as motiva. Os olhos brilham despejando o cansaço de um dia já na metade. Algumas estudam e trabalham. São alunas de universidades públicas. Costumam estar na sala de aula, íntegras, como sujeitos de conhecimento, de ação, amarrando o público ao privado, a vivência ao conhecimento formal, o desejo à realidade, muitas vezes sem saber da sua própria integralidade, mas sensíveis ao toque, à provocação. Desenham suas próprias expectativas e saboreiam de antemão, e discretamente, possíveis resultados. Bom ponto de partida.

O objetivo do meu trabalho com esses grupos tem sido o de tentar socializar informações básicas sobre ética e bioética, mas sobretudo, e fundamentalmente, provocar, problematizar, despertar, instigar, providenciar mecanismos de interrogação, de participação e reflexão e, dentro dos limites restritos de tempo, estimular o desenvolvimento de processos críticos. Objetivo que, acredito, seja da natureza essencial da bioética e, portanto, foi desenhado e escolhido a partir de um leque amplo de possibilidades temáticas e de abordagens que a área oferece.

As discussões em geral se desenvolvem em três momentos: a) exposição sumária teórica sobre os conceitos de ética e bioética, contextualização histórica da emergência, características, temáticas, problemas e vertentes; b) trabalho em subgrupos tendo como base a discussão de pequenos textos bibliográficos, solicitando que se associe o conteúdo da exposição com os aspectos apresentados, inclusive vinculando a reflexão com a área de conhecimento e prática de enfermagem quando possível; c) apresentação dos resumos do trabalho realizado em grupo e debate.

A metodologia utilizada envolve uma primeira parte introdutória de natureza mais teórica, combinada ou aplicada, na medida do possível,

a questões práticas ou temas polêmicos, instigantes, que possibilitam a troca de opiniões, a reflexão ou até mesmo a percepção ainda que ingênua da problemática, mas com base na referência conceitual apresentada.

Os pequenos textos-provocação correspondem à situação de abastecimento de água e saneamento no mundo, com dados sobre casos graves de diarreia nos países em desenvolvimento (África e América Latina), sobretudo em crianças com menos de cinco anos de idade; fertilização *in vitro* e procedimentos de seleção de embriões saudáveis, técnica conhecida como diagnóstico pré-implantacional (DPI); o caso da supressão da menstruação em mulheres saudáveis através de procedimentos cirúrgicos ou tratamentos hormonais e o abuso de cesariana no Brasil (ROTANIA, 2000, 2001).

A escolha dos textos obedeceu à decisão de apresentar questões que permitissem uma aproximação à análise dos temas relativos à tecnologia e humanização, aos valores hegemônicos que permeiam as ciências da vida e da saúde, às novas intervenções no corpo das mulheres, às diversas implicações do desenvolvimento científico e tecnológico e à responsabilidade dos profissionais de saúde.

### **Ética e enfermagem: tradição e contexto**

Germano (1984, 1993) analisa o ensino da ética na enfermagem brasileira, considerando que o mesmo nasce e evolui paralelamente à organização e estruturação da profissão, sofrendo influências das diferentes concepções de mundo vigentes no âmbito social. Segundo Germano, o ensino da ética na enfermagem recebe uma forte influência religiosa e um viés conservador, em relação ao respeito de princípios como obediência, hierarquia, humildade, vocação para servir, desde as suas origens, com a formação da primeira escola de enfermagem no Brasil na década de 1920, a Anna Nery — Universidade Federal do Rio de Janeiro, seguindo um percurso homogêneo até a década de 1970.

Em 1958 foi aprovado o Primeiro Código de Ética para Enfermeiros, sob a responsabilidade da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), tendo recebido, por ocasião de sua elaboração, contribuição decisiva de um grupo de enfermeiros católicos, integrantes da União Católica de Enfermeiros do Brasil (Uceb), prevalecendo, segundo Germano, uma acentuada ideologia religiosa no conjunto de valores que embasam as questões éticas referentes à profissão. Em 12 de maio de 1993 entrou em vigor o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, segundo a resolução Cofen-160. Segundo Fontineli Jr., (2000) o código vigente ainda sustenta pressupostos de uma ética religiosa, uma visão antropológica que situa a origem da moral fora da história humana concreta e uma abordagem conformista e submissa da profissão.

Analisando a produção intelectual veiculada pela Revista Brasileira de Enfermagem-REBen, Germano acentua a idéia de que esta abordagem continua exercendo influência marcante na formação ética e, conseqüentemente, na prática profissional do enfermeiro. Estes valores dizem respeito à obediência e subserviência exacerbadas, uma expressiva valorização da hierarquia, acrescidos ainda de uma certa burocratização da assistência ou predomínio de um paternalismo ou maternalismo burocrático, aspectos também assinalados por outras estudiosas (ZOBOLI & MASSAROLLO, 2002; SELLI, 2002).

Indica-se, ainda, que na década de 1970, começam a surgir algumas publicações mais críticas na revista Brasileira de Enfermagem, no que se refere à formação do enfermeiro, que embora sutis buscam superar o viés tradicional do ensino e do enfoque teórico da ética, dimensão que se intensifica na década seguinte. A prática profissional desvinculada da realidade social passa a ser questionada nas universidades, congressos, encontros regionais, na elaboração de teses acadêmicas de pós-graduação e nos movimentos sociais (GERMANO, 1993).

Em fins da década de 1980, e segundo as publicações analisadas por Germano do início da década de 1990, o cenário político nacional, com

a elaboração da Constituição Federal em 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o fortalecimento dos movimentos sociais, o início das discussões sobre ética em pesquisa no Conselho Nacional de Saúde, favorecem a mudança abrindo espaços para um ensino de cunho mais reflexivo, tanto na ética quanto nas áreas técnicas e propiciam uma análise da enfermagem como prática social, relacionada, portanto, às estruturas econômica, política, social e ideológica da própria sociedade brasileira. A Reforma Sanitarista, o avanço do processo democrático, a ativa participação do movimento social de mulheres que atuam na área da saúde da mulher, a ampliação da discussão da bioética nos países do Terceiro Mundo na década de 1990, entre outros fatos, configuram uma conjuntura que exerce influências no clima intelectual e acadêmico relacionado ao setor saúde.

Contudo, se levarmos em conta, por exemplo, a produção do saber acadêmico nas doze escolas de enfermagem do Brasil, especificamente na área de saúde da mulher, e nos programas de pós-graduação *stricto sensu*, pode-se observar que num período de aproximadamente 30 anos (mestrado, de 1972 a 2001; doutorado, de 1981 a 2001) a produção nesta área foi incipiente.

Na década de 1970 se destaca uma produção científica e na década de 1990, cinco, na linha de pesquisa Ética na Saúde e na Enfermagem.<sup>2</sup> A abordagem da problemática ética na enfermagem como objeto de estudo e reflexão, segundo a análise da produção científica neste período e na área de saúde da mulher, pode ser indicativo da persistência da tradição e do viés do ensino já assinalados pelas autoras citadas. Contudo, o aumento da produção científica na década de 1990, em que a discussão da bioética se estende aos países do Terceiro Mundo, é um

<sup>2</sup> Pesquisa "O saber acadêmico de enfermagem e a saúde da mulher: tendências e prioridades da produção científica dos programas de pós-graduação *stricto sensu*", coordenada pela professora Dra. Maria Antonieta Rubio Tyrrell, NUPESM/DEMI/EEAN/UFRJ. Relatório de Atividades realizadas no período de outubro de 2001 a abril de 2002, (mimeo), Rio de Janeiro, junho de 2002.

sinal positivo do interesse pelo estudo da ética, fato que pode indicar tendências futuras de desenvolvimento da ética no contexto da bioética como objeto de estudo na área de pós-graduação.

### **A bioética: aproximação dos desafios do ensino**

A ética, entendida como ciência do *ethos*, é o saber racional que compreende o espaço humano, os costumes, os hábitos, as normas, os valores e as ações e se instala na história ocidental na Grécia nos séculos VII e VI antes de Cristo. Trata-se de um saber antigo, que inaugura o saber racional ocidental e cujo campo é redefinido e reinterpretado ao longo da história pelos filósofos, estudiosos e pensadores. Entende-se, de modo geral, que seja o saber que estuda a práxis do ser humano orientada para o seu fim propriamente humano, ou seja, a expressão do ser humano orientado ao Dever Ser, ao Bem e ao Melhor. É um corpo sistemático de problemas, conceitos, princípios, sistemas de pensamento organizado em torno da idéia do Bem como finalidade da Vida Humana em todas as suas instâncias e que visa a normatização do agir.

A ética, portanto, permeia todas as instâncias do agir humano e quando for aplicada aos deveres e direitos das práticas profissionais e subsidiar a elaboração de códigos configura o campo da Deontologia ou da ética das profissões.

O termo bioética é um neologismo que significa Ética da Vida. Foi cunhado por Van Rensselaer Potter, biólogo e oncologista americano e apresentado no livro *Bioethics: Bridge to the Future*, lançado nos Estados Unidos em 1971, onde por bioética entende-se “a ciência da sobrevivência”, apontando para a importância da interação entre ciência, saúde e meio ambiente.

Os desafios do desenvolvimento científico e tecnológico na área da biologia e ciências da saúde provocam a configuração de um campo reajustado da ética em geral. Não cabe aqui analisarmos em detalhe todas

as nuances conceituais do termo bioética, bastante vastas, e sim destacar o fato de que ela emerge numa conjuntura específica do ponto de vista histórico e que no seu sentido mais novo aborda e problematiza fatos inéditos produzidos por este desenvolvimento, sobretudo na área da reprodução, qualidade de vida, genética, medicina preditiva e outras.

O campo temático da bioética amplia-se de forma constante pela incorporação de novos fatos científicos e tecnológicos ou novos enfoques de temas ou problemas considerados tradicionais. Assim, questões como o patrimônio genético dos seres vivos e da espécie humana, de extrema natureza intervencionista e manipulatória; as experiências com seres humanos em novos fármacos e procedimentos; novas formas de intervenção no corpo humano; as tecnologias reprodutivas e genéticas coexistem com as questões ligadas à contracepção, modelos de assistência ou sistemas de saúde, relação profissional de saúde-paciente, entre outros (ROTANIA, 2001).

O que caracteriza a bioética é sua natureza multidisciplinar, multi-setorial e transdisciplinar, plural e laica que incorpora os avanços realizados na área dos direitos humanos e dos processos de democratização e participação social como universo que extrapola os círculos restritos da tradicional ética médica e a ética religiosa.

A discussão ética em saúde se viu enriquecida e renovada pelo fortalecimento do campo dos Direitos Humanos, que se inicia com a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, logo com a Convenção Americana aprovada em 1969 e o Protocolo Adicional em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais aprovado em 1998 e a Conferência Internacional sobre Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993.

Este movimento ajudou a promover mudanças no campo da saúde sobre a relação entre profissionais de saúde entre si (com o) questionamento do princípio de autonomia, fortemente hegemonizada pela medicina, e dos profissionais com os(as) usuários(as) dos serviços, baseado na crítica às relações assimétricas de poder e o respeito à liberdade de decisão dos pacientes.

O ensino da ética em saúde no contexto da bioética contemporânea ainda se encontra em processo de consolidação nos campos nacional e internacional, segundo a análise realizada por especialistas da França, EUA, Chile, Canadá, África e Japão em 1996 (DALLARI, 1996). Embora transcorridos seis anos desde as entrevistas realizadas por Dallari, acredito que, fora de toda perspectiva ufanista e apesar da provocação que no campo da ética realiza constantemente o desenvolvimento vertiginoso na área da ciência e da tecnologia da vida, muitas das questões apontadas na análise, em termos de conteúdo e abordagem metodológica, são válidas para o aprofundamento da questão.

Há entre os especialistas um reconhecimento geral de que hoje a abordagem dos problemas e dilemas éticos ultrapassa o campo restrito das especialidades de saúde e o próprio âmbito da saúde. Destaca-se a necessidade, implícita ou explicitamente, de propiciar integralidade de enfoques, articulação de campos do saber e da prática e consenso sobre a necessidade de fortalecer o ensino da bioética na graduação e na pós-graduação. As discussões sobre o ensino da bioética no mundo revelam um amplo espectro de possibilidades inovadoras que decorrem das tendências diferenciadas que permeiam este campo do saber. Isto decorre tanto das particularidades de concepções e abordagens que emergem da complexa natureza da bioética contemporânea quanto da relevância entre ciência, tecnologia e sociedade e o impacto da reflexão na formação dos futuros profissionais de saúde.

### **Bioética e enfermagem**

Cabe destacar que, apesar de ser a minha uma visão ainda observacional, as reflexões iniciais sobre este tema coincidem de maneira geral com a literatura aqui citada. Prepondera, ainda, nos conteúdos e abordagem do ensino da ética na enfermagem uma vertente que acentua os aspectos profissionais e legais da profissão sob a perspectiva deontológica, sem as

necessárias articulações com o campo da bioética contemporânea e suas problematizações.

Zoboli e Massarollo (2002) abordam aspectos específicos, sendo um deles o consentimento informado dos usuários de serviços no contexto da prática da enfermagem, e apontam que têm sido pouco aventadas as implicações da relação entre sujeitos e a equipe de saúde como um todo. Consideram que os avanços para clarificar as competências da enfermagem no processo compartilhado de troca de informações e consenso mútuo com os usuários são ainda tímidos na reflexão bioética. Selli (2002) acentua a importância da introdução das categorias da bioética em pesquisa realizada sobre representações sociais da enfermagem, com a intenção de visibilizar sua importância para o desenvolvimento de uma atitude cada vez mais humanizada das práticas terapêuticas. A autora enfatiza que este é um terreno não fertilizado pela reflexão e discussão específicas da categoria.

Germano (1993) aponta para um processo de renovação do ensino de ética em curso, sobretudo, a partir da década de 1990, tendência que, embora não hegemônica, vem ampliando o seu raio de influência no âmbito da enfermagem. Entendo que, no campo específico do ensino da bioética, estas mudanças obedecem muito mais às iniciativas de coordenações, direções e equipes docentes responsáveis pelas disciplinas que buscam viabilizar propostas inovadoras no contexto dos currículos formais, do que propriamente uma proposta de consolidação do campo da bioética no ensino e na pesquisa como inovação curricular.

O processo de renovação demanda o fortalecimento da transversalidade dos conteúdos e do aprofundamento da discussão sobre metodologias apropriadas que permitam a desconstrução e construção dos valores e significados da prática acordes com as condições sociais históricas concretas do modelo de civilização contemporâneo.

É preciso considerar a relevância de se conduzir o ensino da ética profissional, tanto na graduação quanto na pós-graduação, privilegiando novas perspectivas de ensino e de pesquisa que possibilitem ultrapassar

os limites do corporativismo ainda presente e apontar para questões cruciais contemporâneas nas ciências da vida e da saúde, capazes de modelar a abordagem da assistência e a relação entre sujeitos, contextualizando o ensino da ética no contexto da bioética.

Para ultrapassar o corporativismo e o viés tradicional do ensino da ética ainda existentes no processo de formação dos profissionais de saúde (sobretudo na medicina e na enfermagem), é preciso repensar o ensino da deontologia. A deontologia trata da questão das obrigações morais, dos direitos e dos deveres expressos nos códigos e normas que, sem dúvida, devem ser conhecidos por todos os alunos e todo profissional de saúde. No entanto, a reflexão ética e o comportamento moral são movidos por valores, indagações, problematizações e desafios que ultrapassam o limite dos códigos e os colocam em questão de modo permanente. Não se trata de recusar a importância da regulamentação e o conhecimento da legislação das práticas profissionais, mas de enfatizar a relevância da sua articulação com as questões apresentadas por uma bioética crítica. É preciso fortalecer a conexão do pessoal, o social, o político, o ético e o profissional, acompanhando as mudanças históricas no cenário contemporâneo, os novos dilemas e seus impactos nas relações humanas.

Atualmente amplia-se o campo de participação da enfermagem em instâncias de controle social, tendo em vista as tendências contemporâneas de demandas sociais, culturais, legais, pela implementação de diferentes tipos de comissões de ética no âmbito das instituições de saúde, seja nos hospitais, seja em instituições de ensino ou de pesquisa.

Os Comitês de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos, previstos nas resoluções n.1 de 1988 e 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, têm por objetivo avaliar a adequação ética dos projetos de pesquisa. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisas em Seres Humanos (Conep), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), uma instância colegiada, de natureza consultiva, deliberativa, normativa e educativa é constituída de profissionais da área de saúde, das ciências

exatas, sociais e humanas, com participação relevante dos profissionais da área de enfermagem.

Os Comitês de Ética no âmbito hospitalar visam refletir e avaliar questões e dilemas morais oriundos da prática e dos procedimentos realizados no âmbito da instituição e representam um espaço relevante para a participação da enfermagem.

As Comissões ou Comitês de ética hospitalar ou de pesquisa são, na realidade, comitês de bioética, se atendermos à natureza laica, multidisciplinar, multi-setorial e profissional deste campo do saber. Eles incorporam diversas especialidades do saber, possibilitam o diálogo democrático e plural e a divisão de responsabilidades.

Neste sentido, cabe ressaltar a importância fundamental da gradual incorporação da enfermagem nestes espaços, contribuindo para modificar a histórica hegemonia médica no campo da ética, para avaliar o uso da tecnologia em diagnóstico e terapêuticas e participar das decisões tomadas pelos responsáveis técnicos do ponto de vista ético.

### **Considerações finais**

Este trabalho permitiu uma maior aproximação à questão da bioética aplicada à enfermagem. As preocupações manifestas e as reflexões grupais disseram respeito à necessidade de fortalecer as atitudes críticas valorativas na prática de enfermagem e no ensino, bem como acentuar a importância da incorporação de conhecimentos que provêm de outros campos de produção de saber acadêmico ou do conhecimento sistematizado a partir da prática dos movimentos sociais, neste caso específico, do movimento de mulheres e de integrá-los. Apontou a necessidade de contextualizar o saber e a experiência da prática em universos valorativos mais amplos, a relevância da multidisciplinaridade e a reflexão sobre a natureza das relações da equipe de saúde e, desta, com a clientela.

Permitiu um maior aprofundamento reflexivo sobre a existência de relações de poder entre os profissionais que compõem a equipe de saúde e que fluem em detrimento da qualidade e da beneficência das ações de saúde, bem como a importância de desconstruir preconceitos e de incorporar novos temas.

Houve um reconhecimento de que os conceitos ou os grandes referenciais básicos da bioética, tais como o conceito de pessoa, de vulnerabilidade, o princípio da beneficência, da autonomia, da justiça, da responsabilidade e outros devem permanentemente ser avaliados e questionados à luz dos fundamentos valorativos do agir ético.

O ensino da bioética aplicada à enfermagem deve ser estruturado com base na compreensão de uma realidade social concreta, associada ao contexto econômico, político, social, cultural dos países em desenvolvimento, onde a profissão será exercida nos paradoxos das várias realidades (onde coexistem a extrema pobreza, a falta de acesso aos serviços básicos de saúde e a tecnologia de ponta, por exemplo) e dos problemas crônicos que persistem em termos de saúde e qualidade de vida. É relevante enfatizar como o ensino da bioética pode contribuir para o fortalecimento de um ensino de qualidade técnico-social e de abordagem humanista, reflexiva e política da enfermagem.

A modo de contribuição, concluo enfatizando alguns aspectos que podem nortear futuras reflexões, a saber:

- O ensino da bioética aplicada à enfermagem demanda capacitação docente continuada e fortalecimento dos mecanismos de integração horizontal e vertical dos conteúdos curriculares, sendo necessário rever os aspectos negativos da estrutura departamentalizada das universidades;
- É preciso fortalecer a articulação dos conteúdos, nos aspectos sócio-econômicos, ético-políticos e culturais do setor saúde e ciências afins com os determinantes macros do cenário do desenvolvimento científico e tecnológico contemporâneo;
- É necessário aprofundar a reflexão e o estudo sobre as diversas modalidades metodológicas do ensino da ética e da bioética na graduação e

na pós-graduação em busca das mais apropriadas para a superação da fragmentação do conteúdo, a formação de consciência crítica e a adequação da prática profissional aos novos desafios contemporâneos;

- Trabalhar as relações da ética profissional e da bioética;
- Incentivar as produções científicas acadêmicas e abrir linhas de pesquisa, propiciando a elaboração de objetos de estudos neste campo.

Finalmente, quero destacar que estas aproximações iniciais merecem constituir eixos de futuras pesquisas e de estudos e trocas coletivas baseadas num entendimento teórico mais rigoroso do que podem ser os desafios do ensino da bioética aplicada à enfermagem no contexto dos países em desenvolvimento, bem como dos modos de intervenção pedagógica apropriados às diretrizes desse entendimento.

## Bibliografia

- DALLARI, S.G. "Perspectivas Internacionais no ensino da ética em saúde: entrevistas". *Bioética* (CFM), n. 4, 1996, pp. 87-95.
- FONTINELE Jr, K. *A ética e bioética na enfermagem*. Goiânia: AB, 2000.
- GERMANO, R. M. *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*. São Paulo, Cortez, 1984.
- \_\_\_\_\_. *A ética e o ensino de ética na enfermagem do Brasil*. São Paulo, Cortez, 1993.
- LENOIR, N. "Promover o ensino da Bioética no mundo", in *Bioética* (CFM), n. 4, 1996, pp. 65-70.
- ROTANIA, A. "Formas atuais de intervenção no corpo das mulheres: um questionamento", in FARIA, N. & SILVEIRA, M.L. (orgs). *Mulheres, Corpo e Saúde*, São Paulo, SOF, (Coleção Cadernos Sempreviva), 2000.
- \_\_\_\_\_. *A celebração do temor: biotecnologias, reprodução, ética e feminismo*. Rio de Janeiro, E-papers Serviços Editoriais, 2001.
- SELLI, L. "Princípios Bioéticos: análise das representações dos profissionais de enfermagem", in *Bioética: uma perspectiva brasileira. O Mundo da Saúde*. São Paulo, Editora do Centro Universitário São Camilo, ano 26, v. 26, jan/mar, 2002, pp. 134-141.
- ZOBOLI, E.L.C.P. & MASSAROLLO, M.C.K.B. "Bioética e consentimento: uma reflexão para a prática da enfermagem", in *O Mundo da saúde*. São Paulo, Editora do Centro Universitário São Camilo, ano 26, v. 26, jan/mar, 2002, pp. 65-70.



## FRONTEIRAS SIMBÓLICAS: GÊNERO, CORPO E SEXUALIDADE

Maria Luiza Heilborn

Antropóloga,  
professora adjunta  
do Instituto de  
Medicina Social da  
Universidade do  
Estado do Rio de  
Janeiro (IMS/Uerj).

Este artigo deriva de uma aula proferida no curso “Gênero, corpo e enfermagem”, intitulada *Sexualidade humana*. O objetivo da aula era fornecer um panorama geral da abordagem antropológica sobre os temas do corpo e da sexualidade para um público de pós-graduação em enfermagem. Foi apresentado um amplo painel sobre os estudos de sexualidade, contextualizando os marcos gerais, as teorias utilizadas e alguns objetos de estudos aos quais se remetem. Tais questões serão abordadas de forma concisa.

Minha área de especialização como antropóloga são os estudos sobre *família, gênero e sexualidade*. Desenvolvo atividades de pesquisa e docência no Departamento de Ciências Humanas e Saúde do Instituto de Medicina Social da Uerj, que abriga em seu quadro docentes e discentes das áreas de ciências humanas e biomédicas — um *locus* privilegiado para pensar, de modo abrangente, questões relativas à esfera da saúde. A inserção de uma antropóloga num programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva se orienta pela busca de um debate interdisciplinar, ainda que o lugar dos antropólogos na saúde coletiva seja de natureza delicada, pois evidencia, em parte, a relação assimétrica derivada da configuração de forças entre as ciências ditas duras e as leves (*hard/soft sciences*).

Somos chamados a intervir na qualificação do que é cultural, como se a cultura se referisse apenas a uma dimensão suplementar e não instauradora da vida humana. O campo da saúde ainda opera com uma concepção essencialista e biologizante da condição humana.

Uma boa ilustração das relações complexas entre ciências médicas e ciências sociais se apresenta no debate que os antropólogos vêm travando acerca da resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). Antropólogos têm defendido que ocorre uma extrapolação de domínios nas definições emanadas da resolução, expressando um “biocentrismo” ético, com implicações similares ao que, na antropologia, freqüentemente, se refere como etnocentrismo.

Luiz Roberto Cardoso, antropólogo da Universidade de Brasília, assinalou que isso se traduz não só em distorções do ponto de vista cognitivo, como numa atitude que também não deixa de ter conseqüências normativas, na medida em que impõe (arbitrariamente) uma visão local (biomédica) sobre a ética na prática de pesquisa, como se esta fosse universal. Revela uma má compreensão do caráter da relação sujeito/objeto nas ciências sociais (ou nas humanidades).

Uma distinção central na relação com os sujeitos da pesquisa seria a diferença entre pesquisas *em* seres humanos, como no caso da área biomédica, e pesquisas *com* seres humanos, que caracterizaria a situação da antropologia social ou cultural, a que é majoritariamente feita no Brasil.

No caso da pesquisa *em* seres humanos, a relação com os sujeitos, objeto da pesquisa, tem como paradigma uma situação de intervenção, na qual esses seres humanos são colocados na condição de *cobaias* e é neste contexto que o consentimento informado se constitui em uma exigência verdadeiramente legítima. Já no caso da pesquisa *com* seres humanos, diferentemente da pesquisa *em* seres humanos, o sujeito da pesquisa deixa a condição de paciente/passivo para assumir o papel de ator (ou de sujeito de interlocução) e, nesse sentido, os “danos” decorrentes de uma pesquisa são radicalmente de outra ordem. Uma outra característica distintiva, não menos importante, é o fato do objeto teóri-

co da pesquisa, sobretudo naquela qualitativa como o faz a antropologia, ser redefinido após a pesquisa de campo. Muito dificilmente, ao iniciar o seu trabalho, o pesquisador tem uma definição clara e definitiva do seu objeto de pesquisa. A ausência de definição precisa, no momento da interação no campo, não tem as implicações ético-morais que poderiam caracterizar situação similar no caso da pesquisa biomédica, pois se trata de relação dialógica com os sujeitos e, portanto, procurar ouvi-los de fato é crucial, não só para que a interação transcorra de maneira adequada, mas também para que se compreenda bem a lógica cultural do que nos está sendo respondido. Assim, a posição predominante dos antropólogos, neste debate, tem sido a de denunciar o caráter normativo que a perspectiva biomédica está tentando implementar na regulamentação dos procedimentos éticos em pesquisa, em que pese a liberdade “aparentemente” concedida aos comitês de ética em pesquisa (CEPs). Este esclarecimento, acerca de diferentes ângulos de apreciação de um problema como o da ética, é eficaz para assinalar a polissemia que pode invadir o diálogo entre disciplinas que possuem histórias e paradigmas muito distintos.

Para pensar sobre algumas situações inerentes à prática da enfermagem, no que diz respeito especificamente à intervenção sobre os corpos, serão discutidos alguns conceitos antropológicos que podem contribuir para a promoção de práticas de intervenção, talvez mais bem orientadas.

Busco ilustrar como a antropologia pensa o corpo e a sexualidade, e de que modo uma reflexão sobre estas “realidades” pode ajudar na prática de profissionais da área de saúde e, mais especificamente, os da enfermagem. Tais termos — *corpo e sexualidade* — parecem, à primeira vista, se referir a realidades concretas, vivas, experimentadas sensorialmente pelos indivíduos. Para um afastamento do senso comum, lançarei mão da categoria analítica de *gênero*, uma vez que esta categoria se encontra mais disseminada do que a idéia de construção social do corpo. Saliento, contudo, que a mesma linha de reflexão une as duas proposições.

## Gênero

O conceito de gênero surge na década de 1970, basicamente no campo das ciências sociais, mas sua história muito deve à crítica feminista (SCOTT, 1990). Gênero, hoje, tornou-se uma categoria bastante difundida, ainda que se deva assinalar que há diferentes apropriações teóricas em cima do mesmo termo. O conceito de gênero refere-se à construção social do sexo e foi produzido com a idéia de discriminar o nível anátomo-fisiológico da esfera social/cultural. Em outras palavras, essa categoria analítica visa, sobretudo, distinguir a dimensão biológica da social. É a organização social da diferença sexual (GROSSI, HEILBORN & RIAL, 1998). O raciocínio que apóia essa distinção baseia-se na idéia de que há machos e fêmeas na espécie humana, mas a qualidade de ser homem e ser mulher é realizada pela cultura. Mas, por que é possível afirmar que homens e mulheres existem na cultura, ou melhor, que são realidades sociais e não naturais?

Para o senso comum, parece óbvio que as condutas femininas e masculinas resultem de uma inscrição natural em seus corpos. Resultado disso seria a posição que a mulher ocupa no processo reprodutivo, questão que será retomada mais adiante. Em contraposição, espera-se de um modo geral que ao sexo masculino sejam associados os papéis da esfera pública e as atitudes de virilidade e força, em oposição à fragilidade, associada ao feminino.<sup>1</sup>

Para a antropologia, disciplina que estuda a diversidade cultural das sociedades, em se tratando de cultura, a dimensão biológica da espécie humana não é tomada como um fator explicativo relevante, na medida em que os seus estudos têm demonstrado como é próprio da condição desses seres a capacitação cultural como essencial à sobrevivência. É a cultura que humaniza a espécie, e o faz em sentidos muito diferentes.

<sup>1</sup> Para a clássica oposição analítica entre público e privado e a sobreposição de homens e mulheres a essas esferas, consultar DaMatta (2000).

A partir da comparação entre diversas sociedades, depreende-se que homens e mulheres são modelados socialmente de maneira muito variada. Nesse amálgama intervêm representações sociais profundamente enraizadas no modo de conceber a sociedade, discursos e práticas sociais (BOZON, 1995). Pode-se deduzir, em conseqüência, a fraca determinação da natureza na definição de comportamentos sociais; a espécie humana é essencialmente dependente da socialização (ELIAS, 1994).

O conceito de gênero é profundamente devedor da idéia de relativismo cultural.<sup>2</sup> Deve-se acrescentar ainda um outro aspecto importante: o caráter necessariamente relacional das categorias de gênero. O uso do conceito pressupõe, portanto, que tanto homens quanto mulheres são produtos da sociedade. Seus comportamentos e pensamentos não são derivados de uma natureza biológica.

Atualmente, há uma disseminação do recurso ao conceito de gênero em diversas disciplinas, principalmente aquelas que fazem alguma interface com o campo da saúde ou do direito. A apropriação que dele se faz, no entanto, atende às especificidades de cada campo. Dentro das ciências sociais, os estudos de gênero foram e são responsáveis por estudos sobre corpo e sexualidade. Daí o sentido dessa brevíssima introdução sobre o conceito.

As sociedades complexas, como a nossa, estão organizadas por critérios de diferenciação de gênero que implicam experiências sociais muito diversificadas para homens e mulheres.<sup>3</sup> É bom lembrar, ainda que não seja objeto central de nossa argumentação, que, conformando o pano de fundo das sociedades complexas, somadas à variável gênero, estão outras de igual importância como classe, raça, origem regional, religião etc. Para complementar a idéia da diferenciação que existe na

<sup>2</sup> *Relativizar* significa, em antropologia, entender qualquer realidade segundo o contexto no qual ela se insere, eliminando assim uma atitude *etnocêntrica* (olhar as organizações societárias alheias a partir de suas próprias experiências). Consultar, como texto introdutório a esse conceito, Laraia (1986).

<sup>3</sup> Sociedade complexa é um termo usado na antropologia para designar sociedades caracterizadas pela coexistência de diferentes estilos de vida (cf. Velho, 1999).

sociedade, é preciso dizer que as diferenças na hierarquia social não se traduzem apenas em desigualdades de renda (embora sejam essas as mais brutais). Há desigualdades atribuídas à ordem de *capital simbólico*. Para além da experiência de renda, do capital econômico, há formas de exprimir ou mesmo dramatizar as diferenças de classes através de uma *distinção social*, que converte as condições materiais de existência em experiências simbólicas. É justamente a inserção do indivíduo em diferentes esferas sociais que determina sua maneira de perceber o mundo. Isto significa dizer, em última instância, que as escolhas e preferências dos indivíduos são socialmente fabricadas. Tais escolhas, baseadas na ordem de valores do grupo social no qual ele foi criado e vive, marcam fronteiras entre os indivíduos, mas também entre os grupos sociais. Um bom exemplo disso é o *gosto*, as preferências de cada um são entendidas pela análise sociológica, não como uma característica inata ou idiossincrática dos indivíduos (BOURDIEU, 1983), mas como efeito dos processos de socialização. As preferências por determinadas comidas, objetos, por certas maneiras de exprimir emoções são resultado da cultura, como um conjunto de significados que orientam os sujeitos em suas ações.

### **Sexualidade e corpo como construções sociais**

A sexualidade e o corpo não diferem, enquanto problema intelectual, de qualquer outra área do pensar antropológico. Devem ser relativizados, porque são histórica e culturalmente produzidos. De um modo geral, esses temas estão interconectados e vêm sendo trabalhados na antropologia de forma concomitante. Entretanto, serão analisados de forma separada, embora sejam acionados alguns aspectos de um e outro fenômeno.

A sexualidade é uma invenção do século XVIII. A partir de então os fatos ligados à expressão do sexo e de determinados contatos corporais visando a obtenção/produção do prazer adquiriram um conteúdo específico. Na trajetória ocidental passou a significar uma dimensão da pes-

soa humana, moderna, ocidental, radicalmente importante para a explicação de quem ela é. Segundo Michel Foucault, vários saberes — dos hospitais, dos presídios, dos manicômios, e também do dispositivo da sexualidade — fizeram com que a sexualidade se tornasse uma espécie de *verdade interna* das pessoas.<sup>4</sup> A partir de um determinado momento, historicamente datado (a “modernidade”), cria-se um conjunto de discursos sobre o sexo das pessoas como verdade última desses sujeitos. A sexualidade (ocidental) passou a ser reveladora da natureza íntima do sujeito. A própria idéia de que há um desejo sexual que se organiza em termos de heterossexualidade e homossexualidade é muito peculiar à sociedade ocidental. Foucault demonstrou no seu *História da Sexualidade* como, em outros tempos históricos, o que hoje se denomina “orientação sexual” para designar a hetero e a homossexualidade não era objeto de categorização específica, o que significa dizer que as condutas sexuais não produziam tipos específicos de pessoas.

Além de mencionar esse esquema macro-conceitual de Foucault, vale explorar alguns níveis em que se pode observar a construção da sexualidade. Sexo, como qualquer outra atividade da vida humana, como comer ou tomar banho, é uma atividade aprendida. As pessoas são socializadas para a entrada na vida sexual, por intermédio da cultura, que determina roteiros através de valores que um determinado grupo social compartilha. A sexualidade se diferencia também no interior de uma determinada sociedade, exprimindo-se e tendo significado distinto entre os diferentes grupos sociais que a compõem. A observação dessas diferenças, que são notáveis entre as classes sociais, mas também entre os gêneros (BOZON & HEILBORN, 2001), pode ser acompanhada através de roteiros sexuais que conformam as trajetórias afetivo-sexuais-reprodutivas dos sujeitos. Os roteiros sexuais espelham as múltiplas e

<sup>4</sup> A obra de Foucault é uma das referências obrigatórias no estudo da sexualidade. Esse autor publicou três volumes sobre a história da sexualidade (ver Foucault, 1988, 1994, 1999). Em geral, a obra mais citada é *A Vontade de Saber*, porém os demais volumes também são valiosos e, ademais, marcam uma mudança de perspectiva em seu trabalho.

diferentes socializações: vida em família, tipos de escolas, acesso a diferentes meios de comunicação, redes de amigos e vizinhança que uma pessoa experimenta em sua vida, mas sobretudo na fase em que a sexualidade torna-se uma questão importante, aquela que se dá na adolescência e na passagem à vida adulta (GAGNON & SIMON, 1973).

Muito se fala sobre as mudanças de costumes na contemporaneidade e grande parte das discussões a esse respeito se dirigem à conduta dos jovens. A juventude sempre atraiu interesse de estudiosos, uma vez que é nela que se podem observar as tendências de mudanças nos processos sociais. Atualmente, o tema da sexualidade juvenil está na ordem do dia. Pode-se adiantar que na socialização das gerações mais jovens, há hoje em dia um relativo declínio da importância da família na transmissão de valores relativos à sexualidade e uma crescente influência da escola, não como disciplinadora da conduta, mas cada vez mais como propiciadora de novas interações. Os jovens estão tendo um papel gradativamente mais importante na sua própria socialização. Observa-se uma horizontalização dos processos de socialização, no qual os jovens são produtores de novas condutas entre eles mesmos (LHOMOND, 1999).

Antes de finalizar essa seção, é necessário dizer que os estudos atuais sobre sexualidade estão organizados basicamente em duas linhas: construtivismo e essencialismo.<sup>5</sup> Esse debate é muito amplo e restrinjo-me às suas concepções mais gerais. Considera-se como construtivismo a postura de enfatizar a preeminência da socialização, da aprendizagem de regras, roteiros e cenários culturais para o exercício da experiência sexual. O essencialismo, por sua vez, seria a crítica que os construtivistas fazem

<sup>5</sup> Estabeleço aqui uma oposição mais geral em relação às ciências humanas e naturais. Ressalto que para uma maior precisão, o embate entre as diferentes perspectivas das ciências sociais deve ser considerado (HEILBORN & BRANDÃO, 1999). Mas talvez a questão mais importante da fusão entre os domínios da sexualidade e do gênero seja o dilema que polariza duas perspectivas: a que leva em conta a historicidade do corpo e uma outra que se baseia no corpo como um fundamento, questão que está longe de ter uma resolução fácil. Em cada um dos pólos modelares que poderiam ser equacionados ao construtivismo e ao essencialismo, na linguagem usual dos estudos sobre sexualidade, optou-se aqui por uma posição de construtivismo moderado.

à idéia de existência de um instinto sexual na natureza humana, que funcionaria a despeito do tipo de organização cultural. Ele é geralmente equacionado à vertente biomédica ou psicanalítica, referindo-se a algo constitutivo da natureza humana (LOYOLA, 1999). Mas, se há uma diferença sexual, devido à anatomia dos corpos, por que tais condições são consideradas essencialistas? A resposta está no fato de que elas falariam de uma essência da vida sexual. As teorias modernas sobre sexualidade afirmam que a experiência sexual dos sujeitos está conectada ao contexto social no qual ele foi socializado (GAGNO & SIMON, 1973). Evidentemente, essas experiências variam fortemente conforme a diferenciação dos grupos sociais.<sup>6</sup>

#### *Aids e gravidez na adolescência: refletindo sobre o universo da prática da enfermagem*

Gerar conhecimento sociológico sobre a sexualidade está, na maioria das vezes, associado a algum evento importante relativo à área da saúde. Após explicar brevemente o contexto no qual são produzidas as pesquisas sobre sexualidade, abordarei, a título de ilustração, dois fenômenos sociais que têm sido estudados pelas ciências sociais e que, ao mesmo tempo, têm marcado a experiência de profissionais de saúde: a Aids e a gravidez na adolescência. A importância que esses fenômenos tomaram demonstra como as áreas de saúde e as ciências humanas partilham de objetos comuns, ainda que se debrucem sobre eles a partir de perspectivas diferentes.

Nos últimos anos, em razão da epidemia de HIV/Aids, o interesse nas pesquisas sociológicas sobre o comportamento sexual aumentou, dado que a principal via de transmissão é a sexual. Atualmente, muito se tem questionado acerca das altas taxas de transmissão do HIV, a despeito da quantidade de informação que é disponibilizada pelos meios de comu-

<sup>6</sup> São exemplos disso os estudos atuais de organização do sistema sexual em grupos populares e camadas médias, extremamente difundidos na disciplina antropológica.

nicação. Por que não se usa preservativo nas relações sexuais se, em tese, é de conhecimento geral que ele evita a Aids e a gravidez (in)desejada? Numa pesquisa sobre carreiras afetivo-sexuais e o impacto da Aids no universo de mulheres pertencentes a segmentos intelectualizados e letrados, nos quais supostamente as pessoas sabem como evitar a transmissão do HIV, observou-se que raramente as mulheres usam preservativos (HEILBORN & PRADO, 1995). Procurava-se entender as determinações pelas quais as mulheres não “negociavam” o uso do preservativo com seu(s) parceiro(s). Ora, sexo não está desconectado de outras esferas sociais. As estratégias de intervenção, em sua maioria, não levam em conta a especificidade dos contextos culturais dos sujeitos. As práticas educativas freqüentemente tomam a perspectiva de que o conhecimento (transmissão de informação) é suficiente para alterar a conduta. A cultura, no entanto, implica simultaneamente um plano consciente e outro inconsciente (para os sujeitos) que determina as suas ações.

A gravidez na adolescência assemelha-se em alguns pontos ao debate sobre a Aids, tema complexo para a prática de profissionais de saúde. Atualmente, nos meios de comunicação abundam reportagens sobre esse fenômeno. Foi recentemente concluída uma investigação (HEILBORN *et al*, 2000) com 4.604 jovens de 18 a 24 anos, moradores de três municípios brasileiros em que tenho procurado entender se a iniciação sexual tem ocorrido mais cedo do que em períodos anteriores. Em geral, as pesquisas e os estudos interessados nas razões da gravidez “precoce” recorrem ao Sinasc (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos). O que tenho procurado analisar é que, se é verdade que esse fenômeno está crescendo no Brasil, ele está certamente relacionado à perda de valor da virgindade. Em muitos casos, a gravidez aparece como uma estratégia matrimonial — às vezes mal sucedida — de obter um parceiro. O fato de uma menina iniciar-se sexualmente com um rapaz não o “obriga moralmente” a ficar com ela, como outrora poderia significar, e a gravidez pode aparecer como uma alternativa nesse caso. Ou seja, com a perda relativa do valor da virgindade, a gravidez passa a ser uma possibilidade

estratégica de estabelecimento de aliança. Essa atitude não é exatamente um projeto racional, e sim a manifestação de códigos a que se obedece inconscientemente como resultado da internalização de valores produzidos para um meio social específico. A maternidade da adolescente também aparece como uma possibilidade de mudança de *status* no interior da família de origem, pois, em alguns contextos, a maternidade confere à moça um certo tipo de autoridade diante dos pais.

### **O corpo e as sensações corporais**

*Lembro-me de uma senhora que me marcou muito. Ela entendia que todas as secreções do corpo eram nojentas, até a lágrima. (...) ela era brasileira, mas foi criada e educada na forma francesa; Quando eu tinha que higienizá-la, ela levantava, ela começava a falar francês, e aí eu identificava o total desconforto porque ela não suportava eu invadir o corpo dela, mas ao mesmo tempo era preciso fazer aquilo (...).*

(Fala de estudante de enfermagem, durante o curso)

A sexualidade é socialmente construída, não apenas naquilo que parece óbvio (como, por exemplo, as interdições legais sobre com que categoria de pessoas manter relações sexuais, com que idade), mas também através de processos da cultura extremamente sutis, que são as concepções de etiqueta em relação aos corpos. É fundamental desconstruir a idéia de um corpo natural. Mas utilizando a mesma estratégia de relativização que demonstrei até aqui, pode-se notar que o nosso corpo não é uma entidade natural: ele é uma dimensão produzida pelos imperativos da cultura. Nossa sensação física passa, obrigatoriamente, pelos significados e elaborações culturais que um determinado meio ambiente social

nos dá (MAUSS, 1968). Estou, portanto, problematizando a idéia de que existe uma natureza humana, uma essência imutável, que percorreria todas as culturas, todos os grupos sociais; e que homens e mulheres teriam uma espécie de substrato comum, que seria mais ou menos inalterável (LE BRETON, 1988). Com um olhar distanciado, pode-se ver que na nossa cultura determinadas regras são arbitrárias, porque não há nada no nosso corpo, da ordem de um estímulo, que determine a conduta sexual de mulheres ou homens. Isso pode ser percebido quando se comparam várias culturas e se observa que determinadas práticas sociais são mais frequentes ou mais apreciadas num determinado grupo social, e em outras sociedades chegam até a ser ignoradas, consideradas nefastas, indesejadas etc.

Num trabalho comparativo sobre a iniciação de homens e mulheres na vida sexual no Brasil e na França (BOZON & HEILBORN, 2001), uma das primeiras coisas que chama a atenção é o lugar central que o corpo ocupa na aproximação entre os dois sexos, no caso brasileiro, e o oposto, no caso francês. Os brasileiros são extremamente espontâneos ao descreverem as atividades dos corpos na interação sexual. Quando se observam os relatos, nota-se que as pessoas sabem quando são relativamente bem aceitas não por meio de verbalização, mas através dos contatos corporais, dos sinais expressos pelos corpos. Entre os franceses, é necessário o estabelecimento da conversa entre os parceiros como mecanismo desencadeador da relação amorosa. Isso é particularmente verdadeiro quando se trata de estratégias de convencimento dos homens em relação às mulheres. Há um código velado que impede uma acelerada aproximação do rapaz sobre a moça. A manutenção de alianças sexuais se constitui em processos de convencimento longos, delicados e verbalizados.

Este exemplo serve para chamar a atenção da existência de códigos culturais, responsáveis por valores que marcam e diferenciam a entrada de cada um de nós na vida sexual, ainda que o imaginário brasileiro seja permeado por uma idéia de que todas as pessoas são abertas ao contato, formadas, a princípio, por uma disposição espontânea para o sexo.

De fato, em contraposição à França, no Brasil as pessoas tocam-se e beijam-se demasiadamente. Chama-se a atenção de alguém através do toque. Na França, há uma interdição dos corpôs, sobretudo entre desconhecidos. Mas essa exuberância em relação ao corpo brasileiro não é natural, é culturalmente fabricada, relacionada à própria trajetória do país. Cria-se e reitera-se, para a identidade brasileira, a imagem de pessoas extremamente “liberadas” e “sexualizadas”. Essa (auto) percepção tem a ver com a imagem “abrasadora” que os europeus fizeram do Brasil.

Um ponto altamente polêmico para o entendimento da construção social do corpo é a questão do instinto. Tome-se como exemplo a crença profundamente arraigada na nossa cultura de que as mulheres são portadoras de um instinto maternal. Tem-se uma representação de que as mães têm uma ligação tal com seus filhos que as faz sentir quando eles estão sofrendo, imaginar que ouvem alguma coisa que aconteça com eles à distância e, que há, portanto, um tipo de vínculo que transcende qualquer explicação racional. A própria expressão “instinto maternal” aponta para a naturalização que o corpo apresenta na cultura ocidental. Para as mulheres, a natureza da maternidade seria de tal ordem que elas teriam uma inscrição corporal de afeição em relação à própria prole. Uma série de estudos desmistifica essa idéia do instinto maternal, assinalando que ocorreu uma deliberada construção deste vínculo, hoje fundamental, das mulheres com seus bebês.<sup>7</sup> Uma série de políticas de saúde, higienistas, contribuiu para esse processo a partir do século XVIII (cf. DONZELOT, 1979). Disso resulta que, como quaisquer outras atividades humanas, a sexualidade e a própria percepção do que é o corpo são historicamente determinadas.

<sup>7</sup> Embora os antropólogos sustentem que os valores são produzidos pela cultura, eles passam a ser uma realidade, na medida em que os seres humanos são socialmente construídos e as representações têm o poder de engendrar realidades concretamente sentidas pelos sujeitos. Em se tratando da crença arraigada sobre instinto maternal, quando acreditamos que há um vínculo entre uma mulher e sua criança, essa representação poderosa se inscreve no corpo e no psiquismo das mulheres a ponto de nós podermos de fato dizer que a cultura, ao modelar a idéia de um instinto da maternidade, de fato o cria.

Pode-se relativizar também as sensações físicas. É interessante notar como a própria percepção da noção de nojo, de prazer, de desprazer etc. também não é estática, não é compartilhada igualmente por todos os grupos, variando em função de códigos culturais específicos a uma determinada sociedade. Um costume considerado prazeroso em uma determinada cultura ou num determinado grupo cultural pode ser considerado absolutamente indesejável, ou simplesmente não notável por um outro grupo. Em nossa sociedade, expelir qualquer fluido corporal causa sensação de vergonha. O fato de alguém estar cuspidando no chão causa uma reação de repulsa. No entanto, no século XVIII havia escarradeiras no Brasil, objetos que hoje pertencem aos museus. O ato de cuspir não era um gesto problemático no século XVIII — era um gesto aceito como muito natural, e as pessoas eram condicionadas a ele, inconscientemente. Seu significado mudou através de um (longo) processo civilizador (ELIAS, 1994).

Os estudos de processos histórico-culturais demonstram como algumas condutas, perfeitamente aceitas em determinados momentos da história, passam a ser proibidas em outros momentos, provocando uma mudança na nossa própria sensação corporal. Através da sensação de autocontrole individual, os interditos são internalizados e atos que eram feitos publicamente se transformaram em condutas cada vez mais privadas. Com o “processo civilizador”,<sup>8</sup> principalmente no caso da França no século XVII, se criou fundamentalmente uma barreira entre os corpos. Atualmente, essa censura interna pode ser demonstrada por meio de alguns exemplos simples. Compartilhar o mesmo copo onde bebo água com alguém é um ato que exige um certo nível de intimidade. Nesse caso, estão em jogo representações da ordem do “sujo” e do “desconhecido”, em oposição às dimensões de “limpo” e “conhecido”. Quando se está namorando, por exemplo, faz-se exatamente o inverso. Uma das

<sup>8</sup> Elias (1994), tratando das *Mudanças de Atitude em Relação a Funções Corporais*, chama atenção para o fato de que os costumes relativos ao corpo e ao sentimento de embaraço têm, a partir das épocas mais recentes, uma notável elevação do patamar de vergonha.

maneiras de demonstrar amor é suspender as fronteiras entre os corpos (HEILBORN, 1992). Um casal de namorados adolescentes pode trocar chicletes que já estejam mastigados. Este exemplo ilustra a suspensão das fronteiras entre os corpos entre pessoas que se amam. Isso demonstra de que maneira o sentimento do amor, que classificamos como algo que brota do íntimo, é sancionado por convenções sociais. O amor é, assim, uma condição socialmente fabricada.

A própria epígrafe que inaugura essa seção é demonstrativa da fronteira entre os corpos como resultado de um tipo de socialização específica e sintetiza a argumentação sobre construções sociais de esferas “naturais”.

### **Enfermagem e intervenção nos corpos**

Como demonstrado anteriormente, a própria concepção do que significa corpo, sexualidade, doença, saúde, nojo e prazer, numa sociedade complexa, varia em função da inserção social da pessoa naquele contexto. As representações produzem culturas somáticas. E essas experiências não são universais; são determinadas por um conjunto de concepções que fazem com que a própria sensação corporal seja produzida por estas idéias que situam as pessoas no mundo. Compreender esses processos diferenciados de relação com o corpo e com as sensações que ele produz pode contribuir para uma melhor qualidade na prática da enfermagem.

Quando a enfermagem, ao lado de outras disciplinas da saúde, opera com uma série de representações sobre a naturalidade dos corpos, da sexualidade, dos sentimentos em relação à saúde e à doença etc., contribui para a difusão e perpetuação de uma série de preconceitos nos grupos sociais. Acaba, por vezes, agindo de maneira inadequada e injusta, reproduzindo desigualdades de gênero no contexto profissional.

As questões acima nos levam a um ponto de reflexão que é justamente a função de intervenção autorizada nos corpos, própria do exercício da enfermagem. Tal disciplina é chamada a intervir e estabelecer um conta-

to, de alguma maneira racionalizado, marcado por determinadas regras de intervenção. Tais regras se traduzem na suspensão de qualquer tipo de sensação de excitação (erótica) ao tocar no corpo do paciente, sem que isso, tampouco, signifique um contato mecânico ou frio. Isso significa dizer que a(o) enfermeira(o) é treinada(o) para agir a partir de uma série de procedimentos técnicos, racionalizados, que buscam controlar a personalidade que poderia haver nesse contato corporal, sobretudo em relação às partes mais íntimas do corpo. Tudo isso está relacionado com o estabelecimento de fronteiras entre os corpos, de diversas ordens.<sup>9</sup>

O *ethos* da enfermagem convive com uma adesão à profissão bem maior do sexo feminino em relação ao masculino, que, como em outras profissões — a pedagogia, por exemplo — a função cuidadora está simbolicamente associada à mulher. Porém, o estatuto que rege essa função tem algumas regras. Em relação aos cuidados da intervenção, havia no imaginário popular uma barreira simbólica que rezava que “enfermeiras não tinham sexo”, traduzindo uma norma que detinha a função de expurgar um possível estigma relacionado à imagem de *prostituta* ou de uma mulher que está tendo com outros homens algum tipo de contato lascivo. Os mitos têm essa função de formalizar as regras simbólicas de maneira mais radical. A imagem forte que Elias nos oferece em *O Processo Civilizador*, de uma parede de natureza simbólica entre as pessoas, significa a supressão da sexualidade, da personalidade e, de forma mais contundente, da racionalização do contato corporal em relação ao outro. Na enfermagem, a racionalização desses contatos foi levada ao limite. O autocontrole seria responsável por separar não apenas os corpos, mas determinar uma esfera de ação específica para o sujeito. Este mega-processo criou as condições de produção das individualidades. A análise que Foucault faz sobre os diferentes processos de subjetivação pode ser aqui também acionada (FOUCAULT, 1990).

<sup>9</sup> Elias (1994) também afirma que as razões de higiene e de saúde passam a desempenhar um papel importante no estatuto da civilização.

De fato, a exibição dos corpos pode ser maior quanto maior for o auto-controle. A excitação está relacionada, nesse caso, ao olhar, que também implica socialização (ELIAS, 1994; HEILBORN, 1997). A cultura é a grande responsável pela transformação de corpos sexuados em corpos socializados, inseridos em redes de significado responsáveis pela orientação sexual e escolha dos parceiros. É através de valores que se modelam e orientam os desejos — o que faz, por exemplo, não considerar, via de regra, os pacientes como possíveis objetos sexuais.

## Conclusão

Adotei neste artigo a estratégia de desconstrução do corpo, do sexo, do gênero e da sexualidade para trazer essas reflexões ao universo da enfermagem e, de alguma maneira, embaralhar algumas “certezas” sobre o caráter imutável da natureza dentro da vida social. Os questionamentos apresentados no texto estão amparados por idéias atreladas ao relativismo e à desconstrução, que são parte da empresa antropológica. Talvez uma das tarefas mais delicadas daqueles que trabalham no campo da saúde aplicada seja lidar com determinadas pressuposições que são provenientes de grupos determinados e não tomá-las como se fossem universais. Ou seja, idéias, concepções sobre pessoas, conduta, corpo, sexualidade e gênero, por exemplo, são extremamente variadas segundo grupos específicos, e não devem, portanto, ser generalizadas para o conjunto da sociedade e tomadas como verdades imutáveis. Espero que essa reflexão antropológica seja útil no sentido de refinar a prática da intervenção sobre os corpos que os profissionais de saúde realizam cotidianamente.

Para finalizar, reitero a importância de uma perspectiva interdisciplinar conjugando vários saberes, na esfera da saúde, e de entender a enfermagem como uma “prática de relações” (MATUMOTO *et al.*, 2001). Isso significa dizer, em última instância, que a(o) enfermeira(o) está inserida(o)

em um contexto historicamente determinado e que trabalha com representações simbólicas, para muito além de corpos estáticos.

Os profissionais da área da saúde ficam marcados por essa função social que é intervir nos corpos e nas pessoas, no sentido de melhorá-los, e este é um compromisso que está na origem da profissão. Não há como o profissional de saúde furtar-se da atividade educadora. Apenas para problematizar, vale a pena pensar que, de alguma maneira, toda função pedagógica é um pouco criminosa culturalmente, porque valores da pessoa que está sendo educada acabam sendo destruídos. Mas, ao mesmo tempo, isso é feito a partir do comprometimento com ideais de melhoria das condições de vida, ainda que apoiados em nossos próprios costumes. A grande vantagem de um diálogo interdisciplinar é ter em mente a necessidade de relativizar.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> No caso da escola, um dos debates que se coloca frente à disponibilização da educação sexual é a possibilidade (indesejada em alguns contextos) de antecipar informações sobre a vida sexual para a criança que às vezes não está preparada para isso, o que de certa forma é um problema. Decorre daí que a intervenção fica quase que restrita a um modelo de funcionamento do corpo. Embora também seja verdade que a difusão de informações adequadas sobre o funcionamento dos corpos seja uma boa estratégia de natureza mais preventiva.

## Bibliografia

- BOLTANSKI, Luc, *As Classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro, Graal, 1983.
- BOURDIEU, Pierre, "Gostos de classe e estilos de vida", in Ortiz, R. *Pierre Bourdieu. Coleção Grandes Cientistas Sociais*, n. 39. São Paulo, Ática, 1983.
- BOZON, Michel e HEILBORN, Maria Luiza, "As carências e as palavras. Iniciação sexual no Rio de Janeiro e em Paris". in *Novos Estudos Cebrap*, 59, 2001.
- DAMATTA, Roberto, *A casa e a rua. Espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. Rio de Janeiro, Rocco, 2000.
- DONZELOT, Jacques, *A polícia das famílias*. Paris, Côté-Femmes Éditions, 1991, [227-266].
- ELIAS, Norbert, *O processo civilizador*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editores, 1994.
- FOUCAULT, Michel, *A história da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro, Graal, 1988.
- . "A política de saúde do século XVIII", in *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro, Graal, 1990, [193-207].
- GAGNON, J. & SIMON, W. *Sexual conduct. The social source of human sexuality*. Chicago, Aldine, 1973.
- GROSSI, Miriam, HEILBORN, Maria Luiza & RIAL, Carmen, Entrevista com Joan Wallach Scott, in *Revista Estudos Feministas*, v. 6, n. 1, 1998.
- HEILBORN, Maria Luiza, *Dois é par*. Rio de Janeiro, Museu Nacional, tese de doutorado, 1992.
- . "Gênero, sexualidade e saúde", in *Saúde, sexualidade e reprodução – compartilhando responsabilidades*. Rio de Janeiro, editora da Uerj, 1997 pp. 101-110.
- HEILBORN, Maria Luiza e PRADO, Rosane, "Na hora H a gente não exige: estudos sobre mulheres, sexualidade e AIDS". Trabalho apresentado no *XIX Encontro Nacional da Anpocs*. Caxambu, 1995.
- HEILBORN, Maria Luiza, "Comunicação corporal, comunicação verbal: trajetórias sexuais no Brasil e na França". Trabalho apresentado no GT Sexualidade e Subjetividade, *XXI Encontro Nacional da Anpocs*. Caxambu, 1997.
- HEILBORN, Maria Luiza e BRANDÃO, Elaine Reis, "Ciências sociais e sexualidade" in HEILBORN, Maria Luiza. *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1999.
- HEILBORN, Maria Luiza; AQUINO, Estela; KNAUTH, Daniela; VICTORA, Ceres; ROHDEN, Fabíola e MCCALUM, Cecília, "Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil" in *Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, Abrasco (CD-rom). Salvador, 28 de agosto a 1º de setembro, 2000.
- LARAIA, Roque de Barros, *Cultura. Um conceito antropológico*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1986.

- LE BRETON, David, "Dualisme et renaissance: aux sources d'une représentation moderne du corps" in *Diogenes*, 142, abril/maio, 1988.
- LHOMOND, Brigitte, "Sexualidade e Juventude na França", in HEILBORN, Maria Luiza. *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1999.
- LOYOLA, Maria Andréa, "A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas" in HEILBORN, Maria Luiza. *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1999.
- MAKSUD, Ivya, *Sexualidade e mídia: uma análise sócio-antropológica do discurso jornalístico*. Uerj. Instituto de Medicina Social, dissertação de mestrado, 1999.
- MAUSS, Marcel, "L'expression obligatoire des sentiments" in MAUSS, Marcel (org). *Essais de sociologie*. Paris, Minuit, 1968.
- MATUMOTO, Sílvia, MISHIMA, Silvana, PINTO, Ione, "Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem" in *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 17(1), jan-fev, 2001, pp. 233-241.
- SCOTT, Joan, "Gênero: uma categoria útil de análise histórica" in *Revista Educação e Realidade*, n. 2, v. 15, 1990, Porto Alegre, [5-22]
- VELHO, Gilberto, *Projeto e metamorfose. Antropologia das sociedades complexas*. Rio de Janeiro, Zahar, 1999.

# VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS HUMANOS<sup>1</sup>

Leila Linhares Barsted

Diretora da Cepia,  
conselheira do  
Conselho Estadual  
dos Direitos da  
Mulher do Rio de  
Janeiro, membro da  
Comissão de  
Segurança da  
Mulher do Estado  
do Rio de Janeiro,  
membro do  
Instituto dos  
Advogados  
Brasileiros.

## **A legitimidade internacional**

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, fala genericamente que todos têm direito a um conjunto de benefícios econômicos, políticos, sociais, culturais e ambientais. Explicita que não se tolerará qualquer forma de discriminação por motivo de raça, sexo, religião, cultura ou quaisquer outros atributos. No entanto, a percepção sobre a mulher enquanto sujeito de direitos ficou por um longo tempo esquecida.

Na década de 1960, um conjunto de Convenções Internacionais, no âmbito das Nações Unidas, possibilitou a substituição da expressão genérica “todos” pela utilização das categorias “homens” e “mulheres”. Dentre esses instrumentos podemos citar o *Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos* (1966, ratificado pelo Brasil em 1992), o *Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais* (1966, ratificado pelo Brasil em 1992), a *Convenção Americana sobre Direitos Humanos — Pacto de São José da*

---

<sup>1</sup>Texto apresentado no Curso “Gênero, Corpo e Enfermagem”, organizado pela Cepia e pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

*Costa Rica* (1969, ratificada pelo Brasil em 1992). Na década de 1970, a *Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher*, de 1979, constituiu-se em um marco histórico na definição internacional dos direitos humanos das mulheres.

No entanto, a introdução de uma perspectiva de gênero na legislação internacional só se consolidou na década de 1990, com o chamado Ciclo das Conferências de Direitos Humanos das Nações Unidas, por força do movimento internacional de mulheres. Todas as Conferências das Nações Unidas da década de 1990 reconheceram a importância das mulheres no processo de desenvolvimento em igualdade com os homens, e em todas as esferas da vida pública e da vida privada. A *Declaração de Viena*, firmada após a Conferência Mundial de Direitos Humanos, de 1993, reconheceu explicitamente os direitos humanos das mulheres e deu visibilidade mundial às violações dos direitos humanos das mulheres. Esta Conferência concluiu que os direitos das mulheres são direitos humanos, assinalando explicitamente tal perspectiva em diversos de seus artigos. Nesse sentido, no seu item 18, a *Declaração de Viena* explicita que:

"Os direitos humanos das mulheres e das meninas são inalienáveis e constituem parte integral e indivisível dos direitos humanos universais. A plena participação das mulheres, em condições de igualdade, na vida política, civil, econômica, social e cultural nos níveis nacional, regional e internacional, e a erradicação de todas as formas de discriminação, com base no sexo, são objetivos prioritários da comunidade internacional."

Esse reconhecimento foi normatizado pela Organização dos Estados Americanos, em 1994, através da *Convenção Para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher — Convenção de Belém do Pará*.

## A conceituação da violência contra a mulher

A *Convenção Para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher* definiu que deve-se considerar como violência contra a mulher

“...qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.”

“...a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica: a) que tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras formas, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual; b) que tenha ocorrido na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local, e c) que seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.”

Conceitualmente, considera-se que a violência contra as mulheres e meninas faz parte de um contexto sócio-econômico e cultural que, historicamente, discrimina o sexo feminino. A manutenção dessas discriminações tem como consequência um conjunto de situações desvantajosas para as mulheres que reforçam e são reforçadas por práticas de violência física, sexual e psicológica. A manutenção da mentalidade de que os homens são superiores às mulheres, e de que a “natureza masculina” confere ao homem o poder no espaço público e no espaço privado, estão na base cultural que legitima a violência contra a mulher.

Ao analisar esse fenômeno com tal enfoque, incorpora-se, necessariamente, as disposições da *Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres*, de 1979, que deu alento ao

moderno movimento feminista no Brasil, definindo a expressão “discriminação contra a mulher,” como:

“toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício, pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais no campo político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo.”

“(…) a discriminação contra a mulher viola os princípios da igualdade de direitos e do respeito à dignidade humana, dificulta a participação da mulher, nas mesmas condições que o homem, na vida política, social, econômica e cultural de seu país, constitui um obstáculo ao aumento do bem-estar da sociedade e da família e dificulta o pleno desenvolvimento das potencialidades da mulher para prestar serviço a seu país e à humanidade.”

Também os Planos de Ação das Conferências do Cairo (1994) e de Beijing (1995) são fundamentos formais das ações voltadas para o apoio às mulheres vítimas de violência doméstica e sexual. De fato, em 1994 e em 1995, respectivamente na Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, e na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing, o princípio do reconhecimento da importância das mulheres no processo de desenvolvimento em igualdade com os homens foi reafirmado. Na Declaração de Beijing, adotada pela IV Conferência, os Estados-membros das Nações Unidas, além de confirmarem que os direitos das mulheres são direitos humanos, concordam em assumir uma série de compromissos voltados para o fortalecimento das mulheres e de sua plena participação em todas as esferas da vida, em condições de igualdade com os homens. Dentre esses compromissos, destacam-se aqueles relativos à saúde e à garantia de direitos reprodutivos. Especificamente, o Plano de Ação de Beijing exorta os Estados-Membros a adotarem legislação menos repressora no que concerne ao aborto, considerado como

problema de saúde pública. Assim, no início do século XXI, pode-se dizer que uma das grandes conquistas democráticas do último século foi o reconhecimento, pela Organização das Nações Unidas, de que as mulheres são sujeitos de direitos humanos.

Apesar disso, em 1995, o Informe sobre Desenvolvimento Humano elaborado pelo PNUD/ONU,<sup>2</sup> que deu destaque especial à situação das mulheres em todo do mundo, demonstrava que o “desenvolvimento, no século XX, deu-se paralelamente a crescentes disparidades entre distintos países e dentro de um mesmo país”. Continuando, destaca que a “mais persistente dessas disparidades tem sido a disparidade na condição dos sexos, apesar da incessante luta para alcançar a igualdade de oportunidades para mulheres e homens”. Segundo dados do PNUD/ONU, as mulheres representam 70% dos pobres do mundo; 2/3 das mulheres no mundo são analfabetas; as mulheres só ocupam 14% dos postos administrativos e executivos e apenas 6% das vagas no Parlamento. Além disso, as mulheres trabalham mais horas que os homens e a ameaça da violência atinge as mulheres durante toda a sua vida. Em vista disso, o Informe assinala que “é preciso que ao desenvolvimento humano seja incorporada a condição de sexo (...) [pois] a contínua exclusão das mulheres em relação às múltiplas oportunidades de vida distorce totalmente o processo de desenvolvimento”.

Os Tratados, Convenções, Pactos, bem como os Planos de Ação das diversas Conferências Internacionais promovidas pelas Nações Unidas, têm se preocupado não apenas em consolidar os direitos de cidadania das mulheres, como, também, em apontar a necessidade de esforços contínuos para sua integração aos processos de desenvolvimento, visando diminuir as disparidades na condição de homens e mulheres.

Reconhecendo em seu artigo 5º, §2º, a vigência em nosso país dos Tratados e Convenções Internacionais ratificados pelo Estado brasileiro, a Constituição Federal brasileira de 1988 está em sintonia com o

<sup>2</sup> Ver a esse respeito PNUD/ONU, 1995.

conteúdo dos instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos e reconhece a igualdade entre homens e mulheres na vida pública e privada.

No Brasil, as Convenções de 1979 e de 1994 estimularam e reforçaram nossa Constituição de 1988 que determinou, em seu artigo 226, § 8º, a obrigação do Estado brasileiro de envidar esforços para coibir a violência doméstica. Tal esforço deve-se refletir na criação de serviços voltados para a prevenção dessa violência e para apoio às suas vítimas.

### **A visibilidade da violência contra a mulher**

Os estudos realizados, em grande parte por pesquisadoras feministas, mas também por organismos internacionais, como a Organização Panamericana de Saúde e o Banco Mundial, deram visibilidade à magnitude da violência contra a mulher, discutindo como essa forma de violência constitui-se, também, em um obstáculo ao desenvolvimento e acarreta um alto custo econômico e social para os países onde tal violência tem caráter endêmico.

No Brasil, a única pesquisa nacional de caráter oficial sobre violência no país, elaborada através de metodologia que permite comparabilidade, foi produzida em 1988 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no âmbito da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD), realizada anualmente, e que nesse incluiu um Suplemento sobre Justiça e Vitimização.

Esse Suplemento apresentou as primeiras estatísticas nacionais, desagregadas por sexo, sobre casos de lesões corporais e crimes patrimoniais denunciados à polícia pelas vítimas. No conjunto das vítimas de agressões físicas (lesões corporais), 44,77% eram mulheres. As grandes diferenças entre vítimas mulheres e vítimas homens desse tipo de crime diziam respeito ao autor e ao local de ocorrência da agressão. Para as mulheres, 63% das agressões foram praticadas por parentes e conhe-

cidos, na maioria homens do círculo afetivo e social da vítima. Quanto ao local da agressão, em 55% dos casos a violência ocorreu dentro de casa. As 83% das agressões contra os homens foram praticadas na rua, majoritariamente provocadas por conhecidos e estranhos, e apenas 17% na residência. Essa pesquisa demonstrou, estatisticamente e pela primeira vez através de um órgão público, o peso do diferencial de gênero na ocorrência do fenômeno da violência, reforçando as denúncias que o movimento feminista vinha fazendo desde meados da década de 1970.

Em 1998, a organização não-governamental Movimento Nacional de Direitos Humanos, visando suprir a falta de dados sobre homicídios praticados no Brasil, com desagregação por sexo, realizou uma pesquisa que contabilizou os casos divulgados pela imprensa, em 17 Estados brasileiros. Essa pesquisa apresenta informações importantes, indicando, dentre outros aspectos, que os homens são as maiores vítimas dos homicídios. No entanto, sob a forma de lesões corporais, a violência se distribuiu quase igualmente entre ambos os sexos. Além disso, destacam que a vitimização feminina nas faixas etárias mais precoces e mais idosas é mais alta que aquela dos homens nessas mesmas faixas etárias. Esses dados, portanto, reafirmam os dados do IBGE, de 1988, ao constarem que as mulheres, mais que os homens, são vítimas de violência intrafamiliar.

Os quadros abaixo resumem algumas das conclusões apresentadas pelo Movimento Nacional de Direitos Humanos, a partir da pesquisa realizada em 1998.

· QUADRO I  
VÍTIMAS DE HOMICÍDIOS NO BRASIL  
DISTRIBUIÇÃO POR SEXO

ANO	VÍTIMAS	
	HOMENS	MULHERES
1995	90,2 %	9,8 %
1996	89,8 %	10,2 %

Fonte: Banco de Dados do Movimento Nacional de Direitos Humanos, 1998.

QUADRO II  
RELAÇÃO DE AFINIDADE ENTRE VÍTIMA  
DE HOMICÍDIO E ACUSADO

ANO	RELACIONAMENTO FAMILIAR OU DE AMIZADE COM O ACUSADO	
	VÍTIMA MULHER	VÍTIMA HOMEM
1995	66,04%	35,60%
1996	72,28%	39,34%

Fonte: Banco de Dados do Movimento Nacional de Direitos Humanos, 1998.

QUADRO III  
IDADE E GÊNERO DA VIOLÊNCIA  
VÍTIMAS DE HOMICÍDIOS (1996)

VÍTIMA	Até 11 anos	12 a 17 anos	18 a 21 anos	22 a 35 anos	36 a 49 anos	Mais de 50 anos	Não consta a idade
MULHER	7,70 %	13,45 %	13,23 %	35,13 %	18,09 %	12,11 %	7,75 %
HOMEM	1,55 %	8,38 %	16,22 %	47,80 %	17,98 %	8,94 %	13,90 %

Fonte: Banco de Dados do Movimento Nacional de Direitos Humanos, 1998.

Este último quadro comprova a existência de taxas de homicídios contra crianças e adolescentes do sexo feminino na faixa de 0 a 17 anos mais altas que para crianças e adolescentes do sexo masculino. O mesmo fenômeno se verifica nas faixas etárias acima de 36 anos, quando as mu-

lheres também são vítimas de homicídio em maior número que os homens. É importante destacar que esses dados representam crimes cometidos e denunciados pela imprensa, deixando de fora aqueles que não chegaram ao conhecimento da mídia ou não foram por ela publicados. Nesse sentido, tais dados devem ser relativizados, em especial quando outras pesquisas, como a realizada pelo ISER, publicados pela imprensa,<sup>3</sup> apontam para uma grande incidência de homicídios entre homens jovens na faixa de 18 a 25 anos. Mesmo assim, não se pode de forma alguma subestimar a alta incidência de homicídios praticados contra as mulheres e tampouco a aceitação, ainda hoje, pelo Júri popular da ilegal tese da “legítima defesa da honra” que tem sido, historicamente, utilizada no Brasil para absolver maridos ou companheiros que assassinaram suas mulheres (BARSTED & HERMAN, 1999).

### **As conseqüências do reconhecimento de que a violência contra a mulher é uma violação dos direitos humanos: a criação de serviços públicos**

Como consequência da visibilidade estatística da violência contra a mulher e da ação política do movimento feminista, foram criados, a partir de meados da década de 1980, um conjunto de serviços voltados para o atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica e sexual. Dentre esses serviços, destacam-se: as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, os Conselhos Estaduais, Nacional e Municipais dos direitos das mulheres, os abrigos para mulheres vítimas de violência doméstica, os centros de atendimento jurídico e psicossocial, os serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual na rede pública de saúde, dentre outros.

<sup>3</sup> Cf. Pesquisa Indicadores de Violência.

Dada a magnitude do país e as necessidades das mulheres vítimas de violência, esses serviços são ainda muito poucos. Muitos deles, por outro lado, apesar de funcionarem com poucos recursos, prestam inestimável apoio às mulheres; outros, em menor número, não conseguem atingir os objetivos pretendidos, seja pela falta de recursos materiais e humanos, seja pela falta de capacitação de seus funcionários, muitas vezes não sensibilizados para a dimensão, a gravidade e a delicadeza da violência específica que recai sobre as mulheres. A capacitação desses profissionais para o atendimento especializado deve ser parte fundamental de qualquer política pública que pretenda, de fato, atuar eficazmente no apoio a vítimas de violência. Muitas iniciativas têm sido feitas nesse sentido, e a Cepia já há tempos vem trabalhando nessa direção em articulação com instituições acadêmicas, a exemplo desse curso de extensão voltado para a formação de enfermeiros, da coordenação de disciplina eletiva no currículo regular da Faculdade de Medicina da UFRJ, da capacitação de policiais da Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres e da capacitação de profissionais de saúde de hospitais públicos no Rio de Janeiro.

No conjunto desses serviços, apesar de fortes pressões de setores conservadores, destacam-se aqueles da área da saúde, garantidos, a partir de 1999, por Norma Técnica do Ministério da Saúde, no que se refere ao atendimento a vítimas de violência sexual. Em 2002, segundo dados do Ministério da Saúde, estavam organizados cerca de 70 Serviços de Referência de Atendimento a Mulheres Vítimas de Violência Sexual, com oferta de atendimento de contracepção de emergência, profilaxia da DSTs/Aids e interrupção voluntária da gravidez, de acordo com a permissão do artigo 128, II, do Código Penal Brasileiro, em vigor desde 1940. Dados da Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher (Sedim), do Ministério da Justiça, apontavam, em 2001, para a existência de mais de 300 Delegacias Especializadas de Atendimento a Mulheres — DEAMs.

## **Violência e impacto sobre a saúde: o papel estratégico dos profissionais de saúde**

Importante estudo realizado pela Organização Panamericana de Saúde (Opas) (HEISE, PITANGUY & GERMAIN) em 1994, destacou que a estimativa exata da carga global da violência sobre a saúde da mulher ainda é dificultada pelo subregistro das ocorrências. Esse estudo apresenta um quadro da violência contra a mulher ao longo de seu ciclo de vida. Assim, por exemplo, os abortos seletivos de meninas, praticado em muitos países, caracterizam-se como uma forma de violência pré-natal. O infanticídio feminino, os abusos físicos e sexuais na infância, o casamento precoce, a mutilação genital, a prostituição infantil, marcam a infância de meninas em todo o mundo. A violência doméstica sob a forma de maus tratos e violência psicológicas, o estupro, o assédio sexual e o assassinato caracterizam a violência contra as mulheres adultas, incluindo as mulheres idosas.

Reproduzindo as conclusões de grupos de mulheres feministas, o estudo da Opas, face ao fenômeno da violência contra a mulher considera que:

- a) as mulheres estão mais expostas ao risco da violência cometida por homens conhecidos;
- b) a violência de gênero atravessa todos os grupos sócio-econômicos;
- c) a violência dentro da família é tão danosa quanto a violência praticada por estranhos;
- d) apesar das mulheres poderem ser violentas, a maior parte da violência que provoca lesões é cometida pelo homem contra a mulher;
- e) a violência dentro das relações tende a aumentar com o tempo;
- f) a maioria dos homens violentos não sofre de doença mental ou está psicologicamente perturbado, ao contrário do acredita o senso comum;
- g) o abuso emocional e psicológico pode ser tão debilitante quanto o abuso físico (há consenso sobre depoimentos de vítimas que dizem ser este pior que o abuso físico);

- h) o álcool pode exacerbar mas não é o causador da violência contra a mulher;
- i) há sociedades onde a violência contra a mulher não existe.

Ainda segundo a Opas, no caso das vítimas de violência, estas procuram atendimento médico, seja em função dos danos diretos causados pela violência sofrida, seja pelas consequências indiretas e "invisíveis" deixadas por esse tipo de abuso e discriminação. Por isso, essa organização considera que o tema da violência pode e deve ser incorporado tanto na capacitação dos agentes comunitários de saúde como da equipe de profissionais de saúde, em todos os seus níveis.

Nesse mesmo estudo, a Opas ressalta os efeitos da violência doméstica e sexual para a saúde de meninas, mulheres adultas e idosas e destaca que o sistema de atenção à saúde deve ocupar um lugar estratégico para identificar e referenciar as vítimas da violência. Isso porque é a única instituição pública que provavelmente interage com todas as mulheres em algum momento de suas vidas.

### **Bibliografia**

- BARSTED, Leila Linhares & HERMANN, Jacqueline, *O judiciário e a violência contra a mulher. A ordem legal e a (des)ordem familiar*. 2ª edição. Rio de Janeiro, Cepia, 1999.
- HEISE, Lori, PITANGUY, Jacqueline e GERMAIN, Adrienne, *Violencia contra la mujer: La carga oculta sobre la salud*. Washington, Opas, 1994.

## ANEXOS



## BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- ALVES, Branca Moreira & PITANGUY, Jacqueline, *O que é o feminismo*. São Paulo, Ed. Brasiliense, 6ª ed., 1997.
- BADINTER, Elizabeth, *Um amor conquistado – O mito do amor materno*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.
- BELOTTI, Elena Crianini, *Educar para a submissão*. Rio de Janeiro, Vozes, 1983.
- BOBBIO, Norberto, *A era dos direitos*. Rio de Janeiro, Campus, 1992.
- CORREA, M. V., "Sexo, sexualidade e diferença sexual no discurso médico: algumas reflexões", in *A sexualidade nas ciências humanas*. Org. Maria Andréa Loyola. Rio de Janeiro, Ed. Uerj, 1998.
- FARIA, Lia, "Política é coisa de homem?" in *Ideologia e utopia nos anos 60 – Um olhar feminino*. Rio de Janeiro, Eduerj, 1997, p. 16-19.
- \_\_\_\_\_. "Você é a favor do trabalho feminino fora do lar?" in *Ideologia e utopia nos anos 60 – Um olhar feminino*. Rio de Janeiro, Eduerj, 1997, p. 89-96.
- FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida. e outros, etc., etc., *Os risos do corpo da enfermeira – A sexualidade/sensibilidade por dentro e por fora*. (artigo).
- \_\_\_\_\_. *O corpo da enfermeira: instrumento do cuidado de enfermagem – Um estudo sobre representações de enfermeiras*. Tese de doutorado, UFRJ, 1994.
- FOUCAULT, Michel, *História da Sexualidade*. Rio de Janeiro, Graal, 1985.
- GRUPO CÉRES (Org.), *Espelho de vênus – Identidade social e sexual das mulheres*. São Paulo, Brasiliense, 1981.
- GONZAGA, Flávia Regina Ramos e outros, etc., etc., "Mulher: sonho, razão e poder" in *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, 45 (2/3): 152 - 154, abr-set, 1992.
- GROSSI, Miriam Pilar, "Rimando amor e dor: reflexões sobre a violência no vínculo afetivo-conjugal" in *Masculino, feminino, plural. Florianópolis, mulheres*, 1998 p. 293-313.
- HERMANN, Jacqueline & BARSTED, Leila Linhares. *O judiciário e a violência contra a mulher: A ordem legal e a (des)ordem familiar*, Cadernos Cepia, vol. 2. Rio de Janeiro, 1995.
- KOLLER, Evelyn M. Pereira & MACHADO, Heloisa Beatriz, "Reflexões sobre a prática atual da enfermagem e prenúncios de mudanças para o século XXI" in *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, 45 (1): 74 - 79, jan-mar, 1992.
- MURARO, Rose Marie, *Sexualidade da mulher brasileira: corpo e classe social no Brasil*. Rio de Janeiro, Vozes, 1993.
- NOLASCO, Sócrates, *O mito da masculinidade*. Rio de Janeiro, Rocco, 1993.
- OLIVEIRA, Albertina de & BRUSCHINI, Cristina, *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro, Fundação Carlos Chagas, 1991.
- PEDRA, J. E COL., *Masculino, feminino, plural: gênero na interdisciplinaridade*. Florianópolis, Mulheres, 1998.
- PRIORI, Mary del, *Ao sul do Corpo*. Rio de Janeiro, Ed. José Olímpio, 1993.
- \_\_\_\_\_. *História das Mulheres no Brasil*. Rio de Janeiro, Contexto, 1997.
- PITANGUY, Jacqueline, "Saber médico, indivíduo e sociedade" in *Ser Médico*. São Paulo, CRM-SP, out/nov/dez de 1998, ano II n° 5.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza, *O resgate das raízes – A influência da formação familiar e social na escolha e exercício da enfermagem* (artigo).

SANTOS, Ivone Barcello dos Santos e outros, etc., etc., *A evolução da enfermagem e o atual relacionamento com a equipe médica*. (artigo).

SEABRA, Zelita e col. *Identidade feminina*. Rio de Janeiro, Vozes, 1983.

SOBRAL, Vera Regina Sales, *A purgação do desejo*. Tese de doutorado, UFRJ, 1995.

\_\_\_\_\_. *Regulamentação da bioética no Brasil – Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde*. Fundação Oswaldo Cruz, 1997.



## 2º Curso de Extensão *gênero, corpo e enfermagem*

**De 15 de setembro a 1 de dezembro de 1999**  
**Das 16 às 19 horas**

**Público-alvo:**

*Acadêmicos de Enfermagem dos dois últimos períodos da graduação e enfermeira(o)s*

**Local:**

*Faculdade de Enfermagem da UERJ - FEUERJ • Boulevard 28 de setembro, 157 • Vila Isabel • RJ*

**Comissão organizadora:**

*Jacqueline Pitangui / CEPIA • Lucia Helena Garcia Pessoa / FEUERJ • Ruth Floresta Mesquita / IMMFM / CEPIA*

**Inscrições gratuitas de 1 a 14 de setembro de 1999**  
**das 9 às 16h • FEUERJ / sala 703 • vagas limitadas**

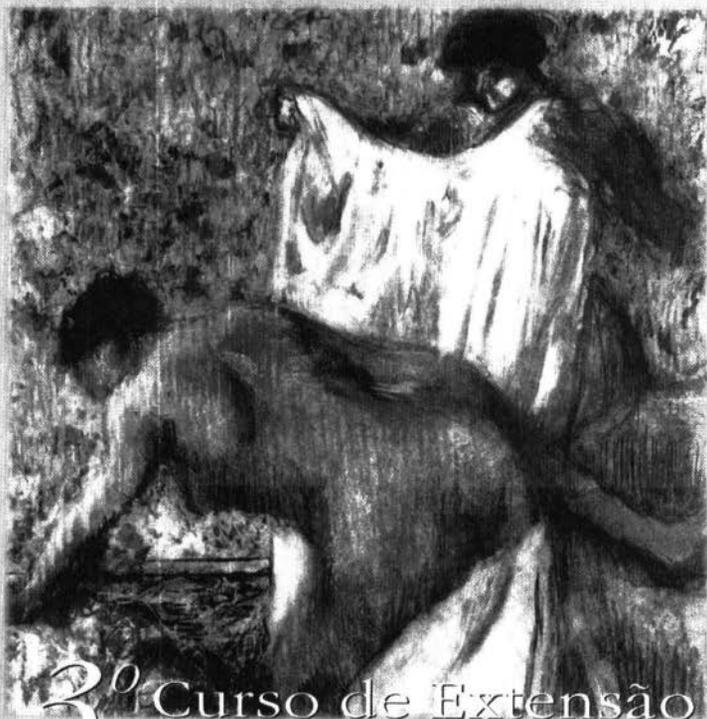
**Informações:**

**(0xx21) 587-6339 / 587-6355**



Cidadania. Estudo. Pesquisa. Informação. Ação





## 3º Curso de Extensão *Gênero, Corpo e Enfermagem*

*De 11 de setembro a 27 de novembro de 2001*

*Das 14 às 17 horas*

*Boulevard 28 de setembro, 157*

*Vila Isabel / Rio de Janeiro*

*Inscrições gratuitas de 20 de agosto a*

*4 de setembro de 2001 • Vagas Limitadas*

*FEUERJ / sala 703 • Das 9 às 16 horas*

*Com Wania Raquel*

*Público-Alvo: Graduados em Enfermagem*

*Informações: (0xx21) 2587-6339 / 2587-6355*

**Comissão Organizadora**

*Jacqueline Pitanguy / CEPIA*

*Lucia Helena Garcia Penna / FEUERJ*

*Ruth Floresta Mesquita / IMMFM / CEPIA*



Colaboração, Estudos, Pesquisas, Informação, Apoio



## Inscrições gratuitas

### Período de Inscrição

De 1 a 14 de setembro ou até o preenchimento das vagas, das 9 às 16 horas, na FEUERJ, sala 703, com Wannia Raquel

### Informações

Tel: (0XX21) 587-6339 ou 587-6355

### Faculdade de Enfermagem da UERJ – FEUERJ

Boulevard 28 de Setembro, 157  
Sala 701 • Vila Isabel



Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação, Ação



Produção Gráfica: NAFI - DEFBET - SR-3  
Projeto Gráfico: Erica Fidelis  
Ilustração: Pintura de Degas  
Impressão: Gráfica UERJ - 1999



## Curso de Extensão

gênero  
corpo e  
enfermagem

## Programa do curso

### Objetivo e proposta

Oferecer aos alunos e profissionais de enfermagem a oportunidade de analisar a prática e o saber desta profissão com uma perspectiva mais ampla, incorporando instrumentos analíticos de outras ciências e privilegiando questões ligadas ao gênero, poder, sexualidade e cidadania.

### Carga horária

33 horas

### Número de vagas

30 (trinta)

### Avaliação

Frequência mínima de 75% e avaliação participativa

### Comissão Organizadora

Jacqueline Pitanguy – CEPIC  
Lucia Helena Garcia Penna – FEUERJ  
Ruth Floresta Mesquita – IMMFM/CEPIA

### Público-Alvo

Acadêmicos(as) de Enfermagem dos 2 (dois) últimos períodos da graduação e Enfermeira(o)s

### 15/09 Abertura

- Diretora da Faculdade de Enfermagem da UERJ
  - Chefe do Deptº de Enfermagem Materno-Infantil
  - Coordenadoras do Curso
- Aula inaugural: Saúde, Mulher e Sociedade  
*Jacqueline Pitanguy*

### Primeiro Módulo A construção do saber da enfermagem

- 22/09 A história do cuidar - Enfermagem pré-profissional e sua profissionalização no Brasil
- 29/09 Desafios da Enfermagem Brasileira no mundo globalizado
- 06/10 Seminário

### Segundo Módulo Gênero, poder e sexualidade

- 13/10 Sexualidade
- 20/10 Movimentos Sociais e Políticas de Saúde
- 27/10 Gênero, Poder e Políticas Públicas na Saúde da Mulher
- 03/11 Seminário

### Terceiro Módulo Ética, Direitos e Saúde

- 10/11 Direitos Humanos e Violência contra a Mulher. O que a Enfermagem tem a ver com isso?
- 17/11 Direitos, Saúde e Cidadania
- 24/11 Bioética e Direitos Reprodutivos

**Público-Alvo**  
Graduados em Enfermagem

**Inscrições gratuitas**  
De 20 de agosto a  
4 de setembro de 2001  
FEUERJ / sala 703  
Das 9 às 16 horas  
Com Wania Raquel

**Número de vagas**  
30 (trinta vagas)

**Carga Horária**  
45 horas

**Avaliação**  
Frequência mínima de 75% e atuação  
participativa

**Informações**  
(0xx21) 2587-6339 / 2587-6355

**Comissão Organizadora**  
Jacqueline Pitanguy / CEPIA  
Lucia Helena Garcia Ponna / FEUERJ  
Ruth Floresta Mesquita / DIMFM / CEPIA



## Curso de Extensão

### Gênero, Corpo e Enfermagem

De 11 de setembro a  
27 de novembro de 2001  
Das 14 às 17 horas

Fac. de Enfermagem / FEUERJ  
Boulevard 28 de setembro, 157  
Vila Isabel / Rio de Janeiro



Conselho Nacional de Educação



Conselho Nacional de Saúde



ANFE / DEPART. ASS.  
Pavão Glóbal, Eixo Físico  
Imagem: Nu evarist do Telo, Edgar Degas  
Impressão Gráfica IBERJ / 2001



#### Objetivo e Proposta

Oferecer aos alunos e profissionais de enfermagem a oportunidade de analisar a prática e o saber desta profissão com uma perspectiva mais ampla, incorporando instrumentos analíticos de outras ciências e privilegiando questões ligadas ao gênero, poder, sexualidade e cidadania.



#### Programa do Curso

11 de setembro

##### Abertura

Direção da Faculdade de Enfermagem da UERJ  
Chefe do Departamento de Enfermagem materno-  
-infantil  
Coordenadoras do curso

##### Aula Inaugural

Gênero, corpo e sociedade  
Jacqueline Pitanguy

18 de setembro

##### 2º encontro

Tema: Gênero e saúde da mulher

#### Módulo I

##### A construção do saber da enfermagem

25 de setembro

##### 3º encontro

Tema: A história do cuidar. Enfermagem pré-profissional e sua profissionalização no Brasil

2 de outubro

##### 4º encontro

Tema: Desafios da Enfermagem brasileira e a política neoliberal

9 de outubro

##### 5º encontro

Tema: O cuidado de enfermagem à mulher

#### Módulo II

##### Gênero, poder e sexualidade

16 de outubro

##### 6º encontro

Tema: Introdução ao estudo da sexualidade

23 de outubro

##### 7º encontro

Tema: Sexualidade

30 de outubro

##### 8º encontro

Tema: Movimentos sociais e políticas públicas de saúde

6 de novembro

##### 9º encontro

Tema: Gênero, poder e políticas públicas na saúde da mulher

13 de novembro

##### 10º encontro

Tema: Violência contra a mulher na perspectiva dos direitos humanos

20 de novembro

##### 11º encontro

Tema: Direitos reprodutivos e bioética

27 de novembro

##### 12º encontro

Tema: Avaliação e encerramento

Faculdade de Enfermagem da UERJ - DEMI  
CEPIA - cidadania, estudo, pesquisa,  
informação, ação

CEFEN - UERJ  
NAPE - DEPEXT - UERJ

NAPE/DEPEXT (M) - Foto: Supermarket - ilustração: Pagan - Corbis (UERJ)



#### *programa do curso*

**10/03** abertura  
diretora da Faculdade de Enfermagem da UERJ  
chefe do Departamento de Enfermagem  
materno-infantil  
coordenadoras do curso  
aula inaugural: saúde, mulher e sociedade  
Jacqueline Pitanguy

#### *primeiro módulo - a construção do saber da enfermagem*

**17/03** a história do cuidar: de santa e meretriz a enfermeira  
**24/03** a profissionalização da enfermagem: divisão social e sexual do trabalho na enfermagem  
**31/03** a enfermagem e a globalização: perspectivas para o século XXI  
**07/04** seminário

#### *segundo módulo - ética, direitos e saúde*

**14/04** direitos humanos - perspectiva nacional e internacional  
**28/04** ética e bioética  
**05/05** violência e saúde  
**12/05** seminário

#### *terceiro módulo - gênero, poder e sexualidade*

**19/05** gênero, poder e políticas públicas na saúde da mulher  
**26/05** movimentos sociais e políticas de saúde  
**02/06** sexualidade humana  
**09/06** seminário

**16/06** encerramento

#### *objetivo e proposta*

oferecer aos alunos de enfermagem a oportunidade de analisar a prática e o saber desta profissão com uma perspectiva mais ampla, incorporando instrumentos analíticos de outras ciências e privilegiando questões ligadas ao gênero, poder, sexualidade e cidadania.

#### *carga horária*

30 horas

#### *número de vagas*

30

#### *avaliação*

frequência mínima de 75% e apresentação de trabalho

#### *comissão organizadora*

Jacqueline Pitanguy — CEPIA  
Jane Márcia Progiante — FEUERJ  
Ruth Floresta Mesquita — IMMFMM

#### *clientela*

estudantes de graduação e residentes de enfermagem

#### *local*

Faculdade de Enfermagem da UERJ  
Boulevard 28 de Setembro, 157 — Vila Isabel  
sala 701

#### *inscrições gratuitas*

#### *período*

22/02 à 03/03/99, de 9 às 16 h, na FEUERJ,  
sala 703, com Wannia Raquel.

#### *informações*

tels. (021) 587-6339, 587-6335 ou 587-6355



A publicação *Gênero, Corpo e Enfermagem* faz parte da Coletânea Cadernos Cepia que inclui os seguintes números:

**CADERNOS CEPIA 1**

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E CIDADANIA:  
UMA AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

**CADERNOS CEPIA 2**

O JUDICIÁRIO E A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER:  
A ORDEM LEGAL E A (DES)ORDEM FAMILIAR

**CADERNOS CEPIA 3**

PRÁTICAS MÉDICAS E CIDADANIA

**CADERNOS CEPIA 4**

SABER MÉDICO, CORPO E SOCIEDADE

Diretoria da Cepia

*Jacqueline Pitanguy*  
*Leila Linhares Barsted*



A CEPIA é uma entidade civil, sem fins lucrativos, voltada para a execução de projetos que contribuam para o fortalecimento da cidadania, especialmente nos setores que, na história do nosso país, vêm sendo excluídos de seu pleno exercício. Trabalhando no marco dos direitos humanos e com uma perspectiva de gênero tem privilegiado as áreas de saúde sexual e reprodutiva, violência e acesso à justiça.

Neste sentido, a CEPIA desenvolve estudos, pesquisas, projetos de intervenção social e programas de formação e capacitação, tendo a preocupação de difundir seus resultados, compartilhando-os com amplos setores da sociedade. Atua, também, na avaliação e acompanhamento do impacto de políticas públicas.

**cepia**

Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação