

OS ÁLIBIS DA ENFERMAGEM*

Cristina Maria Loyola Miranda**
Vera Regina Salles Sobral***

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

ABSTRACT – The paper discusses a study of case carried out through a qualitative field research based on a technique of active observation, systematically registered on diaries. The data have been analyzed with the objective of discussing the representation of sexuality expression and the meanings of power relations in the pertinent categories (students, teachers, nurses, and patients) trying to determine the logic and the rationality supporting or reproducing again the ideology of those behaviors within teaching and health assistance institutions. Nursing profession tries through the alibi of tasks, to sustain a disciplined practice, emotionally neutral.

SEXUALIDADE E PRÁTICA SOCIAL DA ENFERMAGEM

Na última década, a enfermagem no Brasil tem demonstrado uma preocupação crescente em repensar sua prática à luz de uma perspectiva histórico-social.

Questões como ideologia, poder, submissão e hegemonia têm sido analisadas e discutidas num saudável esforço de caracterizar a profissão dentro de um contexto mais abrangente num momento anterior à construção social da causa.

O resultado mais imediato desse processo tem sido o aumento significativo de trabalhos apresentados em reuniões científicas da categoria, como também melhoria da qualidade das publicações apresentadas por algumas editoras, que começam a se interessar pelos estudos da profissão.

Estudiosos como GERMANO⁶, SILVA¹⁴, ALMEIDA¹, REZENDE¹², LOYOLA⁸, PIRES¹¹, analisam, criticamente, a profissão e a crise por ela vivida, facilitando a compreensão dos desafios a que estamos sujeitos, bem como das perspectivas futuras.

O poder parece ser sempre um fio condutor que vive ou aproxima esses estudos e FOUCAULT⁴, o autor que subsidia a discussão.

A própria Enfermagem Moderna, ao tentar se incorporar ao projeto de racionalidade científica no século XIX, também se utilizou do dispositivo discipli-

nar. Sem dúvida, houve a utilização deste eficaz mecanismo de controle moderno.

Afirma LOYOLA⁸ que a disciplina dos corpos fundada no tripé vigilância constante, espaço individualizador e classificativo e registro contínuo, implica um permanente conhecimento que, ao mesmo tempo em que produz um saber, exerce um poder. Este poder disciplinador, que é microfísico e que destitui o Estado como foco absoluto de sua origem, passa a permear todas as tramas da rede que constituem a estrutura social; poder cujo objetivo maior é o de aumentar a utilidade econômica e diminuir a força política: poder produtor de individualidade analisa FOUCAULT⁵, porque tem como alvo o indivíduo em sua singularidade.

Para FOUCAULT⁴, ao se analisar nas práticas das sociedades capitalistas, que exigem uma intensificação da força do trabalho, há de se entender que a repressão social procura encaminhar o corpo não só para o aumento do rendimento na produção de bens e serviços, mas também para uma maior docilidade política, escamoteando a necessidade da livre expressão energética e conseqüente produção do prazer. Como se o desejo devesse ter um comportamento social esperado e aceito por todos.

Segundo o autor, a sexualidade é um dispositivo político moderno que tem poder de, por um lado, in-

* Prêmio Noraci Pedrosa Moreira – 1º Lugar – 42º Congresso Brasileiro de Enfermagem – Natal-RN

** Prof. Adjunto do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEAN / UFRJ. Mestre em Ciência Política / UFRJ

*** Prof. Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiatria da Faculdade de Enfermagem U F F Mestre em Enfermagem Psiquiátrica / U F F

tensificar o corpo, disciplinando-o; e, por outro, controlar cada vez mais as populações e seu crescimento.

Esta dialética da sexualidade encontra respaldo na definição de PONTALIS onde, “na experiência e na teoria psicanalítica, sexualidade não designa apenas as atividades e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital, mas toda uma série de excitações e de atividades desde a infância, que proporciona um prazer irredutível à satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental (respiração, fome, função de excreção, outros) e que se encontram a título de componentes na chamada forma normal do amor sexual”.

A isto equivale dizer que sexualidade é pulsão de vida e que, portanto, é inerente a todo indivíduo em qualquer momento de sua vida, seja pessoal ou profissional, seja sadia ou doente.

Na enfermagem, a sexualidade é apenas uma questão reprodutiva e/ou patológica, carecendo de qualquer tipo de análise que se abra à discussão ou mesmo que se aproxime da questão do poder.

Para KRIZINOVSKI⁷, a enfermagem é uma instituição social e, como tal, deve desempenhar funções que reflitam a sociedade e a cultura onde se encontram. Diz o autor, ainda, que como instituição social, a enfermagem é a única profissão assistencial que tem a permissão da sociedade para tocar o corpo do homem e fazer cuidados físicos íntimos, como, por exemplo, a higiene corporal. Para a autora, este exemplo está alicerçado em suas normas culturais: a função da limpeza, que antecede a preocupação com as necessidades sociais, culturais e interpessoais. Destaque-se ainda que a autorização social para manipular o corpo do outro assegura à profissão um poder incontestável, porém ainda não completamente percebido pela categoria.

Ao se internar num hospital, o indivíduo se afasta do seu cotidiano, dos seus rituais e do seu ambiente social e doméstico para entrar num outro mundo com códigos e ritos próprios. Neste mundo – o do hospital – há novos estímulos para a sexualidade do indivíduo, o seu corpo, no entanto, deixa de ser entendido como objeto do prazer e passa a ser visto e percebido como o objeto da doença. E, como corpo doente, ele deve ficar deitado na cama com roupas de dormir (camisola ou pijama) para facilitar, a qualquer momento, a manipulação dos profissionais de saúde.

Este pressuposto nega espaço à questão do desejo, tanto para o profissional quanto para o doente, mascarando uma situação que de fato existe. Até porque desejo é sentimento, mas é preciso ter um “alibi para não senti-lo”, como afirma OLIEVENSTEIN¹⁰.

Quando algum lampejo de desejo perturba o profissional, ele foge da situação ou mesmo diz qualquer palavra que o faça, momentaneamente, desviar sua atenção (e ludibriar seu desejo). A fuga e a palavra, segundo OLIEVENSTEIN¹⁰, apagam a emoção, permitindo a censura, a qual torna qualquer desejo inaccessível.

Porém, quando a sexualidade se expressa refletindo uma situação relacionada ao prazer, parece haver uma necessidade imperiosa (obscura?) de reprimí-la. Talvez, por razões ligadas à moral, à religião, ao poder da enfermagem de negar ou reprimir o real, ou ainda, à necessidade de ridicularizar a situação como alertam SOBRAL¹⁵ et alii.

Segundo KRIZINOVSKI⁷, para a enfermagem, as necessidades sexuais não existem, ou estão, de forma ambivalente, ligadas à questão da limpeza e da higienização dos órgãos genitais. e uma das causas que fortalecem estes comportamentos ambivalentes das enfermeiras diante da sexualidade está em ensinar-se aos estudantes que “enfermeira não tem sexo” – máxima profissional universal.

Assim, para a autora, os profissionais da enfermagem são purificados, assexuados e, conseqüentemente, incapazes de interagir de forma terapêutica com a sexualidade do outro, e, talvez, até com a própria.

A DESCOBERTA DOS ÁLIBIS

A metodologia escolhida foi a qualitativa, com pesquisa de campo, que consistiu num estudo de caso, utilizando como técnica de trabalho, a observação participante registrada sistematicamente em diário.

A estratégia utilizada para a obtenção dos diários de campo foi a reestruturação de uma disciplina “de conteúdo de saúde mental” comum a todos os cursos de Pós-Graduação Senso Lato de uma Escola de Enfermagem pública, no Estado do Rio de Janeiro. Esta disciplina passou então a ser desenvolvida pelas professoras, autoras desta pesquisa.

Fizemos um esforço para abandonar a programação freqüente nos cursos de Saúde Mental, no que diz respeito tanto ao estudo dos mecanismos de defesa, quanto aos estudos da estrutura do inconsciente e, mediante a leitura considerada obrigatória de um livro que abrange as questões mais tradicionais da Psiquiatria, pressupomos este assunto abordado. Queríamos uma contextualização coletiva e política do assunto, embora sem esquecer o individual, que possibilitasse ao especializando uma iniciação à extensa literatura que tem sido produzida sobre o assunto. Privilegiamos quatro linhas de análise para a saúde mental fundamentais para o entendimento das sociedades ocidentais capitalistas modernas: sexualidade, instituições sociais, polimorfismo do poder e as relações de trabalho x saúde mental, que vieram a resultar em quatro seminários a serem apresentados pelos especializando, através de literatura específica, selecionada pelas professoras.

Propusemos aos alunos registrarem o seu “diário” e, a partir daí, analisarem as condições de saúde mental. Neste cotidiano e sob o enfoque das linhas teóricas estudadas nos Seminários, solicitamos que cada aluno elaborasse o registro de sua observação participante (o diário de campo) junto aos Programas Curriculares Interdependentes (PCIs) do Curso de Graduação que acompanhavam, devido a exigências de outra disciplina do próprio Curso de Especialização. Cada diário de campo deveria ter um mínimo de 16 horas de observação. No final da disciplina, tínhamos 80 horas de observação participante de situações que envolviam as relações interpessoais entre aluno/professor/cliente, entre si, ou, pelo menos, entre dois integrantes destes grupos.

Os dados foram analisados com vistas a se perceber e discutir as representações da expressão da sexualidade e da relações de poder nas categorias envolvidas, buscando determinar a lógica condutora da reprodução ideológica destes comportamentos dentro de Instituições de Ensino e de Assistência à Saúde.

É importante revelar e revelar a proposta e realização deste trabalho. Por um lado, as autoras reestruturaram uma disciplina de pós-graduação, reduzindo ao mínimo as limitações da abordagem biomédica psiquiátrica, onde, numa concepção seiscentista da ciência médica, qualquer discussão sobre atitudes e estilos de vida saudáveis são consideradas discussões filosóficas do domínio do espiritual e, portanto, sem a objetividade necessária à “ciência” conforme podera CAPRA³. Procuramos desenvolver um programa que encaminhasse fatalmente para uma simples e grande questão, que raramente é formulada: o que é saúde?

Paralelamente, a coleta e o registro dos dados no campo e o seu registro foram realizados pelos alunos ao longo de aproximadamente três meses.

A discussão dos dados foi realizada considerando-se três categorias: DISCURSO, SEXUALIDADE e DISCIPLINA, apresentados a seguir.

Estamos, portanto, preparadas para, à exemplo de CAPRA³, “chamar de científica qualquer abordagem do conhecimento que satisfaça duas condições: todo conhecimento deve basear-se na observação sistemática e expressar-se em termos de modelos autocoerentes, mas limitados e aproximados. Esses requisitos – a base empírica e o processo de construção de modelos – representam, em minha opinião os dois elementos essenciais do método científico. Outros aspectos, como a quantificação ou o uso da matemática, são frequentemente desejáveis, mas não fundamentais”.

AS REGRAS DO JOGO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

As três categorias utilizadas no estudo, DISCURSO, SEXUALIDADE e DISCIPLINA se completam, se subsidiam, se interligam e existem em função e/ou em detrimento umas das outras. Para facilitar a compreensão dos resultados obtidos, optou-se por descrevê-las de per si.

a) O Discurso

percebe-se que a nível de um pensamento sistematizado, dentro da instituição hospitalar, a voz e a prática do profissional de Enfermagem na implementação da reproduzirem a voz dos professores nos órgãos formadores: um eco organizado.

A tarefa a ser realizada é um fim em si mesma. A visão holística do homem, supostamente ensinada, na teoria, obedece, na prática, ao modelo cartesiano biomédico das partes. Há “pedaços” doentes a cuidar:

“Auxiliar entra falando alto: dona S (enf.), vou botar um papelzinho dizendo p’ra não deixar a perna do seu JM na grade. Fui virá-lo agora e tinha um “buraco” na perna dele. A enf. riu e disse: coloca um bilhete assim: favor não deixar minha perna na grade. A auxiliar respondeu: vou escrever: favor tomar cuidado com a perna do negão”.

As tarefas, uma vez divididas entre a equipe de Enfermagem, e, paradoxalmente, se registradas na prescrição de enfermagem, isoladas de um contexto metodológico mais amplo, são executadas sem atender a individualidade de cada paciente:

“Havia um chá em cima da mesa de alimentação encostada na parede. Cheguei próximo ao leito de Dona J. e perguntei

se aquele chá era dela. Respondeu que deveria ser, pois aquela mesa a pertencia, mas ela não conseguia alcançar o mesmo. Cheguei a mesa próximo da cama e perguntei se ela queria tomar o chá. Respondeu que sim e pediu que eu pegasse seu adoçante. Adoçou e tomou o chá”.

A instituição do hospital parece ser toda construída objetivando uma completa, estéril e asséptica “assexualização” do doente. As mulheres se transformam em “pacientes femininas”; dupla submissão: “O aluno N. entrou na enfermaria masculina, conduzindo uma paciente feminina. Uma das alunas disse: Oh! A sr^a aqui! Veio passear? Mudar de ambiente? O aluno N. respondeu: É, veio fazer exercícios aqui na roda”.

Pequenas alterações, diferenças marcantes podem se tornar visíveis, mas devem ser ignoradas ou até mesmo comentadas, desde que haja um policiamento dos enunciados, uma censura da utilização dos gestos e das palavras.

“Entra uma enfermeira e acena para o paciente A. que está sentado ao lado de seu leito. Ele responde com um aceno de mão. Ele está na cadeira de rodas aguardando para tomar banho. A toalha que o cobre está caindo e sua saboneteira está apoiada em cima de seus órgãos genitais, que estão quase descobertos. A aluna E. passa por ele três vezes, com as mãos nos quadris. Pára um tempo, olha o outro paciente e sai. Vai até o banheiro, depois retorna e diz: “Vamos embora seu A.” E conduz a cadeira até o banheiro”.

Percebe-se claramente que a “bússula” orientadora da ação da estudante é o “banho” em si. Se esta atividade vai trazer um conforto tão grande que compense o desconforto de passear semi nu pela enfermaria, é uma questão a ser discutida a posteriori, ou como se verifica mais frequentemente, uma questão sequer pensada.

O constrangimento é uma definição sem eco na prática da Enfermagem, pelo que pudemos apreender dos diários de campo. Esta emoção é difícil de ser vivida, pode significar inibição ou mesmo desconhecimento diante de uma situação concreta mas, sobretudo, uma grande ansiedade. Não está ligada aos problemas do modelo biomédico; não havendo, portanto, para tal emoção, que está singularmente ligada à pesquisa, tratamento, cura, prescrição ou mesmo atenção:

“Há uma paciente (F) com caquexia cancerosa, em fase terminal nesta enfermaria. Sua filha está presente, ao lado do leito dela em pé, com um braço apoiando o outro e uma das mãos apoiando o queixo. A moça fica olhando ao redor o movimento da enfermaria e, alternando movimentos dos MMSS. Ora cruza, ora apoia nas grades, ora põe para trás das costas, ora bate com as mãos nas grades, fazendo barulho com o anel. Não toca na mãe, não olha para ela e não fala com ela. A mãe movimentava-se, debilmente, e emite alguns gemidos. A filha apoia o braço que está com a punção venosa e sorri. A auxiliar M. entra e pergunta se ela tem roupa de cama.

A moça pega uma bolsa e procura pela roupa. A auxiliar sai da enfermaria.

A filha da paciente F continua em pé, alternando agora, nas mãos, os objetos que ela tirou da bolsa. Ora segura o pacote de fraldas, ora segura o lençol. Continua a olhar ao redor. Apóia uma das mãos na grade e estica os dedos, encostando as pontas dos mesmos no braço da mãe. Permanece assim”.

Dentro da mesma linha de pensamento, situações de extrema importância não são trabalhadas, pois não cabem dentro do modelo estrutural do hospital moderno. A necessidade imperiosa é imediatista: a produção de efeitos a curto prazo. Se o paciente está sujo, dá-se banho ou troca-se um curativo; se está nervoso, administra-se um calmante; se está com dor, um analgésico. O reducionismo do raciocínio causa efeito, delimita e organiza as atividades de toda a equipe de saúde, como podemos perceber nos registros de duas alunas:

“Falando de outro paciente: Dormiu depois da novela.” Outro funcionário fala sobre um paciente que está em fase terminal, “é difícil avaliar o nível de consciência, ele chora, chora e a gente faz um placebo e ele se acalma”. Outra enfermeira toma o assunto e faz referência a tarde anterior: ontem fui no leito dele e ele estava chorando, falei bem sério: vamos parar de escândalos, daí ele se acalmou. Entra uma polêmica sobre dar ou não o analgésico, se às vezes com o placebo ele se acalma”.

“Inicia o comentário sobre outro paciente a enfermeira da manhã comenta o que o paciente disse na tarde anterior: Se você me desse um tiro eu ficaria bem mais feliz. Continua dizendo sobre o que ocorreu de noite. Não aceita roupa, mesmo contido fica pendurado no leito”.

“A profª (. . .) disse: olha seu paciente está dormindo, não precisa dar a solução analgésica. A aluna respondeu desanimada: mas eu já preparei! A profª respondeu: eu acho ótimo, não tem problema, esta solução tem que estar preparada mesmo”.

A prática profissional hospitalar parece confirmar antigas questões ainda não resolvidas. A postura ética em relação ao paciente, que pressupõe atitudes respeitadas recíprocas e de não instrumentalização do paciente, parece ainda não ter sido absorvida no cotidiano hospitalar, conforme constatamos no registro a seguir:

“Uma das alunas aproxima-se de mim e pede que eu esclareça uma dúvida no exame físico que ela está realizando. Levanto-me e vou até o leito. A aluna R. com o auxílio de uma lanterna e um abajurator de língua pede que a paciente abra a boca. A paciente abre, mas a aluna não consegue ver suas amígdalas. Pede que abra novamente e coloque a língua para fora. Novamente a aluna não consegue o que quer. A aluna desanimada comenta com a paciente que ela tem a língua muito pequena. A paciente responde: “Esta está

boa. Para que eu quero ela maior? Não preciso de língua grande!” a aluna ri e eu Aaah! Por alguns momentos as duas alunas ficam curvadas sobre a paciente e as três emitem o mesmo som: Aaaaah! (em alta voz). A mãe da paciente M.H., que está no leito em frente vira-se para ver o que está acontecendo. A filha da paciente F. entorta-se toda para o lado direito à procura de alguma coisa que justifique aquela cena. Olha curiosa franzindo a sobrancelha. Uma auxiliar passa no meio da enfermaria e estica o pescoço para ver o que é. As alunas não conseguem ver as amígdalas e perguntam-se o que fazer. Respondi que se não conseguiu, deve justificar o porque quando for fazer o registro e analisar se este dado é ou não significativo para o caso em questão. A aluna balbucia qualquer coisa, entorta a boca, eleva os ombros e resolve ver a reatividade das pupilas. Direciona por várias vezes a luz da lanterna nos olhos da cliente. Depois da quarta vez a paciente diz que não quer mais e fecha os olhos. A aluna, então, passa a mão em sua cabeça e, carinhosamente, diz: “Está bem, minha gorduchinha, eu não vou mais te incomodar não.” Pede algumas explicações sobre a reatividade das pupilas à luz e depois agradece sorrindo”.

Para finalizar, escolhemos um registro que detalha em minúcias a questão da subjetividade da avaliação do aluno pelo professor no campo de estágio. Situação subjetiva, mas que incorpora na sua totalidade o tripé da disciplina: vigilância constante, registro permanente e controle, produzindo um saber-poder, bastante fragilizado, levanta a possibilidade de tornar público o seu conteúdo.

Entendemos que esta transcrição é muito mais elucidativa do que qualquer comentário que se possa elaborar sobre ela:

Diário de campo – 28.04.89

“São 6:45hs. Chego ao pátio do hospital e me dirijo ao vestiário. O pátio está tranquilo; vê-se apenas dois pacientes em cadeira de rodas, no corredor do segundo piso do hospital. Cumprimento-os com um aceno. Já de uniforme, me dirijo ao segundo piso do hospital, onde será desenvolvido o trabalho. Encontro com um professor (B), digo bom-dia e ele, de mãos juntas, esfregando-as, responde ao meu cumprimento dizendo “tu não imagina o que aconteceu; não consigo encontrar o caderno do estágio. Acho que deixei lá no outro hospital, ontem. Também aquela palestra, eu fiquei todo atarefado; tive que apresentar os convidados e fazer as honras para os convidados. Acho que foi quando eu ofereci carona para a X. Eu saí com ela e o caderno ficou embaixo da cadeira”. O pavor com relação ao fato se expressava pelo caminhar enquanto esfregava as mãos; e a angústia se fazia evidente quando cada aluno chegava e ele repetia para cada um a pergunta: X, você não encontrou um caderno pequeno de capa vermelha, que estava escrito Y (no caso o nome da disciplina)? A angústia

era cada vez maior. Não havia feito a escala e me convidou a descer no pátio. Desci a tentava acalmá-lo dizendo que talvez o pessoal que limpou a sala, no fim do dia, deveria ter encontrado e deixado com alguém, na sala do 9º andar. A partir dali, a cada resposta negativa, ele passou a andar menos e até soltou as mãos. De repente, uma resposta o deixou novamente inquieto. O caderno está com a X. A pergunta é imediata: "Vocês leram?" A aluna continuou andando e dizendo "não sei, a X guardou e acho que vai trazer". Fiquei preocupada também com a resposta e falei: "Isso não é nada bom. Dá para imaginar o que vai acontecer se eles leram". O caderno se tratava de observações individuais do decorrer do estágio. Seriam dados para uma posterior avaliação dos alunos. O professor B, apesar de persistir andando e esfregando as mãos, disse "não, eu conheço bem a X (estava com o caderno); ela não seria capaz de ler um caderno de outra pessoa"... e buscava se convencer disso, repetindo a mesma coisa em outros termos. Aparece a aluna X, do caderno, ele nem a cumprimenta, como fez com todas: "X você encontrou um caderno da disciplina Y"? Antes que terminasse a pergunta, a aluna já tirava o caderno da bolsa e o entregou. O professor pergunta: "você leu?". Responde a aluna: "O B (professor), não seja indiscreto; eu poderia ter jogado fora, mas estou te entregando; eu não seria capaz de ler". Quando ele subiu, eu estava no posto aguardando a passagem de plantão. Chegou para mim e disse feliz: "que alívio, eu confio nesta moça; ela é muito séria e tem personalidade". Parecia ter acreditado profundamente que a aluna não teria nem aberto o caderno".

b) A Sexualidade

O estudo mostrou formas de expressão/Repressão da sexualidade que se indicam através da expressão corporal do toque e de questões ligadas à identidade sexual, no âmbito mais explícito do hospital. Todas essas formas parecem levar à construção de álibis de interdição do desejo, da emoção:

"Entrei na outra enfermaria. O paciente acompanhou-me com os olhos. Parei e acenei com a mão. Ele respondeu e continuou acompanhando-me com os olhos. Fui até seu leito. Ele estendeu a mão para mim. Peguei na sua mão e ele a apertou. Perguntei como ele estava se sentindo. Ele continuou me olhando e, depois de alguns segundos, disse: "É, tá bom." Sorri e soltou a minha mão. Eu sorri também. A aluna E aproximou-se, olhou pra mim e sorriu. Eu me despedi e saí. Ele acompanhou-me com os olhos". "Tive dificuldades para fazer a curva da enfermaria com o corredor, pois a paciente é muito pesada. A médica A estava sentada no corredor. Olhou para nós, sorriu, acompanhou com os olhos e permaneceu escrevendo".

Parece não ser pertinente o fato de alguém estar hospitalizada e mesmo assim afirmar com um sorriso

que está bem. Pior é o fato de um profissional de saúde aceitar passivamente esta resposta, devolvendo o sorriso. Da mesma forma sorrir para alguém, com dificuldade para transportar um doente, numa cadeira de rodas, é, no mínimo, patético. O sorriso é uma expressão facial que aparece repetidas vezes nos diários de campo, mas é descrita, e mesmo caracterizada, como um movimento de contração muscular socialmente aceito e até cobrado. O sorriso do hospital não aparece como uma expressão de um sentimento, de uma emoção. Talvez seja mais uma tarefa social que marca a presença da enfermeira e homogeniza uma performance profissional (de suposta paz e harmonia). "... a aluna passou por mim carregando, formalmente, uma bandeja com uma seringa. Não me olhou. Olhava para frente, firmemente."

"Passa um paciente na cadeira de rodas. Ele olha para mim, sorri e acena com a mão. Respondo da mesma forma. A auxiliar que estava empurrando a cadeira não olha para mim, continua olhando para a frente, empurrando a cadeira".

O poder do olhar, nas relações interpessoais, é inegável. Já se realizaram seminários, se produziram livros só para discutir o olhar. No estudo, entretanto, evidenciou-se o olhar desviante, aquele que não encara, que olha firmemente para frente, em detrimento da pessoa que está à sua frente.

Quando se olha alguém de frente (olho nos olhos), cria-se a oportunidade do encontro que se substancia no conhecimento do outro, pelo outro e vice-versa. Este conhecimento implica na possibilidade do "ser ouvido e respondido", sem espaço para o escamoteamento, isto é, numa relação verdadeira e, portanto, com emoção. Mas a emoção abre a porta para o desconhecido, e pode não ser fácil "disciplinar" o desconhecido.

O toque mereceu destaque no estudo quando foi explicitado com riqueza de significados:

1 - "... uma auxiliar (...) me chamou pelo nome (...), pisou no meu pé, pediu desculpas tocando levemente o meu braço" - o toque como um pedido de desculpa.

2 - "Tchau - tocou levemente o meu braço e saiu" - o toque como despedida.

3 - "a auxiliar entrou, tocou levemente o meu braço e perguntou a hora ..." - o toque como um pedido de atenção.

4 - "o professor L. passou por mim, por traz da aluna, tocou levemente o meu braço e não disse nada ..." - o toque como um cumprimento.

5 - "o paciente estendeu a mão para a médica; ela pegou na sua mão e apertou, balançando por alguns segundos e disse: agora chega". Saiu sorrindo, dizendo para a aluna enfermeira: fica de olho nele que ele é doido (levando a mão a um dos olhos e puxando para baixo).

Aqui o toque é uma concessão profissional. E a expressão do afeto pela necessidade do toque é estigmatizada pela médica que rotula o "doente carente" de doido e ainda pede a representante da enfermagem que o vigie. O toque socialmente aceito é o toque da neutralidade (insensibilidade?), que pede desculpa, cumprimento, pede atenção, o toque da gentileza. Os diários de campo são fartos de exemplos deste tipo, do toque que assegura o respeito e interdita o desejo e a emoção. Quando o toque expressa uma necessidade efetiva, urge que se construa um álibi que legitime o toque, mas que afaste a emoção. E o álibi vem depressa, através do estigma aceito socialmente: "ele é doido".

Não há, nos diários, qualquer menção, nem que superficial que permita uma análise de uma relação afetiva. Não há registro sobre o toque terapêutico como relata MONTAGU⁹, o toque que transmite força, carinho, compreensão, solidariedade, empatia, em resumo – o toque da emoção.

É possível que o toque diferente destes relatos possa por em choque a questão do desejo, da emoção, isto é, da sexualidade. FOUCAULT⁴ mostra a necessidade da sexualidade ser encarcerada para mais facilmente ser controlada.

Assim é que se toca o doente para fazer os cuidados e, para isto, é permitido que se toque qualquer parte do seu corpo. Até porque a realização de um cuidado é tarefa unilateral, do profissional para o doente. O toque terapêutico, do caminho da energia da solidariedade, abre espaço para uma cumplicidade entre duas pessoas e, portanto, novamente, pode fugir ao controle.

Hão de se criar álibis. . .

“O paciente desloca-se numa cadeira de rodas. Quando o auxiliar M entra ele abre os dois braços e diz: Oh! ela caminha em sua direção com os braços abertos e, quando chega próximo a ele, toca levemente em seus ombros”.

. . . e neste relato, parece claro que o “leve toque nos ombros seja uma alternativa eficiente (e neutralizadora de qualquer fantasia ou desejo) ao abraço.

A questão da sexualidade se torna mais complexa quando se explicita a caracterização do sexo feminino e masculino:

“Entrei na enfermagem feminina e a paciente M.J. sorriu p’ra mim e disse que eu ficava diferente com os cabelos soltos. Perguntei como é que eu ficava mais bonita e ela respondeu que dos dois jeitos, mas que eu ficava diferente. Sorri para ela e acenei”.

Dentro da perspectiva do senso comum, o cabelo solto é um símbolo sexual que, por fim, personaliza e individualiza uma pessoa. Na enfermagem, o cabelo preso é preconizado como garantia de diminuição de contaminação hospitalar. Entretanto, tal preceito traz, embutido, uma forte condição moralista e disciplinadora haja vista que, ao se prender o cabelo, um ato asséptico, se homogeneizam e se despersonalizam os corpos da mulher, garantindo, de certa forma, um controle da expressão da sensualidade. Paralelamente a isto, mas sem perder de vista a questão do que é permitido e, consequentemente, mais fácil de ser controlado, e, portanto, dominado, parece haver uma escolha seletiva e sexual para os diálogos:

“As pessoas andam muito pra lá e pra cá, parecem muito sérios. Os funcionários falam amistosamente com os pacientes dando a impressão de familiaridade. As do sexo feminino, conversam mais com as pacientes femininas. Quando estão na enfermagem masculina o diálogo é mínimo, apenas monólogos é o que se houve”.

Que é que se impede à conversação (o colóquio) entre as mulheres e os homens doentes? Talvez a censura, capitaneada pela possibilidade de que uma conversa com eles pode suscitar fantasias e desejos “impossíveis” de serem experimentados no espaço hospitalar onde já foi dito que enfermagem não tem sexo” KRIZINOVSKI⁷.

Esta situação torna-se mais explícita quando, por exemplo, o fato observado é um banho no leito:

“Quando estão dando o banho no leito, a maioria (dos alunos), fala que a senhora, o senhor vai ficar

mais fresquinho, é bom ficar fresquinho, limpinho, cheiroso (não tem sabonete e nenhum perfume). O paciente se remexe, faz caretas, já se passou 20’ e o aluno justifica “está quase acabando” (mas ainda falta a metade)”.

Socialmente, o banho é um momento de privacidade que tem a função de higienizar o corpo, através da manipulação de suas partes. Urbanamente falando, o banho é guardado a duas portas: a do box e do banheiro, isto é, bem protegido. No hospital, o banho no leito desnuda não só o corpo do doente como também o ritual da privacidade, como afirma RODRIGUES¹³.

Em frente a esta realidade que no mínimo perturba a “frieza da relação permitida no hospital”, o doente reage se remexendo e fazendo caretas, enquanto o aluno afirma que já está terminando, quando ainda falta a metade. . .

A manipulação do corpo nu, num ritual de higiene feito pelo outro, tem de ser percebido pelos dois como a lógica da causa e efeito: o corpo está sujo e precisa ser limpo. Esta lógica assegura a interdição do desejo porque garante a censura que inibe a emoção. Daí a necessidade de se “criarem fatos” que facilitem o desempenho da tarefa de forma mais objetiva e imediata: “mais fresquinho, limpinho e cheiroso”. . .

Assim, um banho no leito, com pouca ou quase nenhuma privacidade se torna assexuado se tivessem os dois agentes neles envolvidos, sem dúvida, um bom álibi.

c) A Disciplina

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

O prontuário do paciente ainda não é de fácil acesso para o usuário, dependendo mais de decisões individuais do que das disposições do código de ética médico. No entanto, o prontuário substitui o próprio paciente como fonte de informações, mesmo na sua presença. Passa a ser um legítimo produtor de verdades a partir do registro em código (terminologia específica de profissionais de saúde) da vida de um indivíduo, assegura BOLTANSKI², constituindo-se em dupla interdição: ao acesso e ao código.

“Uma das alunas chama a enfermeira G. e diz que não está entendendo uma coisa que está escrita no prontuário. A enfermeira G. lê em voz alta. “apresenta características de sedução e foi encaminhado à psicologia: “A enfermeira G explica à aluna que deve procurar no prontuário quando e como foi identificado este problema e o que foi feito”.

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

“Paciente J. continua empurrando sua cadeira de rodas lentamente. Está próximo à porta. Uma aluna quer entrar na enfermagem. Sorri para o paciente J. e empurra levemente a cadeira para o lado e para trás (de volta para a enfermagem para que ela consiga entrar). Entra, larga a cadeira e senta numa cadeira próxima. O paciente

J. tem dificuldades para fazer a curva da porta. Uma aluna vem, passa por ele, sorri e diz: "Está passando, heim?", e segue, andando. O paciente J. continua tentando fazer a curva para sair da enfermaria. A auxiliar M. quer entrar na enfermaria e empurra, levemente, a cadeira para que ela possa passar (empurra de volta para dentro da enfermaria). Sorri para ele e segue andando. O paciente tenta retomar a curva para sair da enfermaria. A aluna L. quer sair da enfermaria; espreme-se entre a cadeira e a porta e segue andando. Olha para ele e sorri. O paciente então, pede que ela o ajude. Ela volta, empurra a cadeira e o ajuda a sair da enfermaria".

A enfermagem, segundo LOYOLA⁸ desempenha um papel tímido, porém essencial, neste contexto. No hospital geral, a sua função de reprodutora do saber médico, ao dar medicamentos e alguns cuidados, a enfermagem prepara e mantém o corpo do paciente para a ação dos outros profissionais. É a única profissão que cuida do paciente e o assiste, uma vez que a sua atividade não pode ser caracterizada como visita (visita médica, do psicólogo, da nutricionista, do assistente social).

Importante ressaltar o impacto da presença do pesquisador de enfermagem no hospital geral. Ele representa, dentro da proposta da divisão social do trabalho da enfermagem, uma perspectiva de rompimento com este pseudo e aparente equilíbrio de tarefas. Ele não cumpre a lógica da causa e efeito e não se enquadra nos modelos previstos para a enfermagem no hospital, se constituindo, portanto, em grande ameaça para este espaço disciplinado.

"Entrei no posto, sentei e comecei a escrever. A professora M. chegou e perguntou: "Eu posso falar com você ou não? Você pode conversar? Eu parei de escrever e virei de lado, sorri e respondi: "Pode M., eu posso conversar com você". Começamos a conversar. O professor L. chegou e comentou sobre a reunião do Conselho Universitário. Colocou sobre as palavras mais usadas nos discursos como: positiva, enquanto, companheiros, etc. Tudo em tom de brincadeira. Dirigiu-se a mim, sorrindo, e, tocando no meu braço, disse: "Vem cá, companheira. Você, enquanto aluna da especialização, está aqui fazendo o que? Eu sorri e não respondi. Ele questionou se estava dando para anotar bem. Respondi que sim. Ele acrescentou: "Vou pedir para a professora C. me explicar também como faz isso. Também quero saber. Você fica aí anotando tudo. Quero saber. Ela deu algum roteiro? O que é? Também vou fazer isso".

Entrei no posto e fui até o armário que fica embaixo da bancada. Duas auxiliares preparavam medicação e conversavam em tom baixo. Pedi licença para apanhar a minha bolsa. Uma delas aumentou o tom de voz e disse: "É preciso gente, mas é para trabalhar. Peguei minha bolsa, despedi-me das enfermeiras N. e S., falei com a professora M. e saí".

No balcão, destinado para registros, permaneciam sentadas duas enfermeiras. A professora M. (que também estava sentada), olhou para mim com olhar maroto e, sorrindo, disse: "Ih! a Márcia está me

anotando; a professora está vendo o álbum de retratos. A professora está sentada no posto". Você vai ficar me... por muito tempo? Eu já estou ficando nervosa." A professora M. respondeu arregalando os olhos: "Ih! Girou na cadeira e continuou - Ah! vou trazer meu álbum também". A professora mostrou-me o álbum e disse: "Olha como ela ficou bonita!" Eu respondi: "Mas esta é a N. Esta é você? A enfermeira respondeu sorrindo: "Ih! Olha a Márcia, Ah!"

UM OLHAR MAIS PRÓXIMO

A assistência de enfermagem prestada no hospital parece ter incorporado algo mais eficaz do que o disciplinar e o seu tripé de vigilância constante, registro contínuo e controle dos corpos. A questão norteadora da função da enfermagem é a execução de uma tarefa, imediatista e como um fim de si mesma. Uma tarefa que não permite o espaço para qualquer reflexão, emoção, solidariedade e prazer.

A lógica condutora e reprodutora desta proposta é a mentalidade constituída na noção imediata de causa e efeito.

Há uma negação da sexualidade através do alibi da tarefa a ser executada e do princípio de causa e efeito. O contato físico entre os atores do hospital se reduz basicamente ao "toque" no braço ou nos ombros que vai ter inúmeros significados de conotação apenas social (atenção, desculpa, gentileza, despedida, cumprimento, concessão).

O olhar não é direcionado às pessoas, mas "fixo e em frente"; o sorriso simboliza mais uma "máscara social", por vezes patética, do que a expressão de uma emoção; o banho "tem que" se caracterizar como uma prática que envolve dois corpos assexuados".

Nas situações mais explícitas de sexualidade, na utilização da palavra, há um encaminhamento para que as estudantes do sexo feminino conversem com os pacientes do sexo feminino e troquem monossílabos com os do sexo masculino. E a necessidade do uso dos cabelos presos, configurando uma postura mais "asséptica".

Todas as situações da singularidade do indivíduo, que escapam ao modelo biomédico e, portanto, à ideologia da cura do pedaço que está doente, são escamoteadas na vivência do cotidiano (emoção, prazer, sexualidade, medo, constrangimento).

Ainda permanece estagnada a questão ética da instrumentalização do paciente como corpo que produz e reproduz o saber médico. Este saber vai ser registrado e oficializado no prontuário, que as constitui no produtor de verdades codificadas sobre o corpo do paciente.

Há de se ter prazer em fazer enfermagem e se enfermeira.

Mas em que espaço?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALMEIDA, M.C.P., ROCHA, J.C. *O Saber da Enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1986.
- 2 BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: 1979.
- 3 CAPRA, F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix, 1982.
- 4 FOUCAULT, M. *História da Sexualidade - I - A Vontade do Saber*. Rio de Janeiro: Graef, 1979.

- 5 ————— *Micropolítica do Poder*. Rio de Janeiro: Graef, 1980.
- 6 GERMANO, R.M. *Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil* 2ª ed., São Paulo: Cortez, 1985.
- 7 KRIZINOVSKI, M.T. *Sexualidade Humana y Práctica de la Enfermería* In: *Clínicas de Enfermería de Norte América*. México: Interamecana.
- 8 LOYOLA, C.M. *O Dóceis Corpos do Hospital*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1988.
- 9 MONTAGU, A. *O Tocar – o significado humano da pele*. São Paulo: Summus, 1988.
- 10 OLIEVENSTEIN, C. *O não-dito das emoções*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.
- 11 PIRES, D. *Hegemonia Médica na Saúde e na Enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1986.
- 12 REZENDE, A.L.M. *Saúde, Dialética do Pensar e do Fazer*. São Paulo: Cortez, 1986.
- 13 RODRIGUES, J.C. *Tabu do corpo*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1980.
- 14 SILVA, G.B. *Enfermagem Profissional, Análise Crítica* São Paulo: Cortez, 1986.
- 15 SOBRAL, V.R.S. et al *A Negação da Sexualidade nas Práticas Assistenciais de Enfermagem*. Cadernos de Enfermagem, ABEn nº 2:2-6.