Francisco Arnaldo Nunes de Miranda

Doente Mental: sexualidade negada?

Ribeirão Preto - São Paulo

1.996

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E CIÊNCIAS
HUMANAS

Francisco Arnoldo Nunes de Miranda

Doente mental: sexualidade negada?

Dissertação apresentada à
Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto, Universidade
de São Paulo, para obtenção
do título de Mestre.

Orientadora:
Profa. Dra. Antonia Regina Furegato Rodrigues

Ribeirão Preto - São Paulo

1.996

Miranda, Francisco Arnaldo Nunes de
Doente Mental: sexualidade negada? - - Ribeirão
Preto, 1996.
290p.: il.; 31cm

Bibliografia: p 259-268
Dissertação de Mestrado, apresentada à EERP/USP
- Depto de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências
Humanas.
Orient.: Rodrigues, Antonia Regina Furegato

Estudo inserido na linha de pesquisa 0700 **“Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria”** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica - Nível Mestrado - da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Projeto patrocinado pela **CAPES**, através do Programa Interinstitucional para Capacitação de Docentes da **Fundação Universidade Federal de Rondônia**, no período de 1.994 à 1.996.

ASPECTO LEGAL

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - RES. COFEN -

160, de 12/05/93.

A pesquisa em questão tem por base os Artigos:

Art. 28 - *Respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente.*

Art. 29 - *Manter segredo sobre fato sigiloso que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em lei.*

Art. 35 - *Solicitar consentimento do cliente ou do seu representante legal, de preferência por escrito, para realizar ou participar de pesquisa ou atividade de ensino em enfermagem, mediante apresentação da informação completa dos objetivos, riscos e benefícios, da garantia do anonimato e sigilo à privacidade e intimidade e a sua liberdade de participar ou declinar de sua participação no momento que desejar.*

Art. 36 - *Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e a integridade da pessoa humana.*

Art. 37 - *Ser honesto no relatório da pesquisa.*

Art. 54 - *Publicar trabalho com elementos que identifiquem o cliente, sem sua autorização.*

SUMÁRIO

RESUMO	06
INTRODUÇÃO: motivações do exercício profissional	07
CAPÍTULO I. CONSTRUÇÃO DO ESTUDO: objeto, conteúdo e sujeito	17
1. Algumas considerações sobre o corpo	23
2. Duas perspectivas sobre a sexualidade	32
3. Masturbação, homossexualismo e perversões sexuais	39
4. O confronto entre sexualidade e loucura	46
CAPÍTULO II. REFERENCIAL TEÓRICO: Teoria das Representações Sociais (T.R.S.)	54
1. Considerações Gerais	55
2. Os Processos Sociocognitivos	62
2.1. Ancoragem	62
2.2. Objetivação	63
CAPÍTULO III. CONSTRUÇÃO DA INVESTIGAÇÃO: definindo a postura técnico-metodológica	67
1. O Instrumento	73
1.1. A Fundamentação Projetiva	73
1.2. A Inspiração do Instrumento	77
1.3. A Construção Gráfica	80
1.4. A Aplicação do Instrumento- A cartilha	82
2. O Teste Piloto	84
3. O percurso da Coleta de Dados	86
CAPÍTULO IV. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO: em busca da compreensão cotidiana	94
1. Ato de Intensão sobre o Fato	101
2. O processo de análise	111
CONSIDERAÇÕES: tendências para uma reflexão	210
1. No cotidiano do profissional enfermeiro - o discurso	211
2. No cotidiano do profissional enfermeiro - o ver	215
3. No caleidoscópio teórico de sua compreensão psicossocial - a negação da sexualidade do doente mental	222
3.1. Sobre o Corpo a Pressão para o Preconceito	238
3.2. Sobre o Corpo a Pressão para o Estigma	242
3.3. Sobre o Corpo a Pressão para o Mito	244
SUMMARY	257
Referências Bibliográficas	258
Anexos	269

O objetivo deste trabalho foi identificar as Representações Sociais dos profissionais enfermeiros, expressas nas situações em que a sexualidade do doente mental constitui um fato evidente, nas instituições prestadoras de assistência psiquiátrica. O recurso técnico-metodológico foi construído a partir das contribuições dos procedimentos projetivos, denominado Técnica de Investigação em Situações Cotidianas - T.S.C. O instrumento foi composto de dezesseis pranchas contendo reproduções gráficas da atuação cotidiana desse profissional, das quais utilizou-se somente seis, para a análise da sexualidade do doente mental. Dezesete enfermeiros que trabalham em hospital psiquiátrico de Ribeirão Preto fazem parte da amostra. Através de sua manifestação discursiva, verificou-se que o profissional enfermeiro nega a sexualidade do doente mental, circunscrevendo-a ao rol dos desvios, transgressões e doença (entre outros), na medida que para ele constituem de fato atos ilegítimos. Ao negar, adota uma posição de afastamento, em atitude ora repressiva, ora não repressiva e/ou defensiva. Tal posicionamento revela a estratégia adotada sobre esse saber e poder, na qual cumpre as determinações do seu estatuto profissional e vai de encontro às expectativas institucionais e sociais.

INTRODUÇÃO:

motivações do exercício profissional

*“É engraçado a força que as coisas
parecem ter quando elas precisam
acontecer”.*

Caetano Veloso

Assistência

O presente estudo constitui parte de um antigo sonho construído com base na vivência e experiência, ao longo do exercício profissional, consubstanciado e oportunizado pelo PICD/MECD.

O exercício profissional dimensiona-se para dois momentos enquanto prática social e enquanto enfermeiro-assistencial e docente. Inicialmente como enfermeiro-assistencial, no contexto institucional para os níveis secundário e terciário. Além do contato inicial, oportunizado pela graduação, em Enfermagem Psiquiátrica o primeiro emprego na nova profissão efetivou-se num hospital psiquiátrico (Casa de Repouso Nosso Lar - 1981) em Fortaleza - CE.

Mudanças significativas na conjuntura sócio-político-econômica do país determinaram a necessidade de migração como fonte imperativa da sobrevivência. Superadas as dificuldades, no novo contexto, com efetiva radicação domiciliar em outro Estado da Federação, o exercício profissional manteve-se em caráter assistencial, nos níveis de inserção mencionados.

Nessa fase, compreendida entre 1983 e 1989, as experiências profissionais multiplicaram-se, com a oportunidade de atuação em Clínica

Médica e Unidade de Terapia Intensiva (como enfermeiro-assistencial e em cargo de chefia) e, ainda, como Vice-Diretor da Divisão de Enfermagem e Diretor da Divisão de Apoio e Diagnóstico, numa mesma instituição, o Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro - Porto Velho - RO.

Esse período foi marcadamente voltado para a assistência (de forma direta e/ou indireta através dos cargos e/ou funções de chefia e direção), possibilitando ampla oportunidade de aprendizado, com significativa projeção profissional e social, diante do reconhecimento e engajamento nas decisões administrativas da instituição, com notórios reflexos ao nível central, ou seja, na Secretaria de Estado de Saúde de Rondônia - SESAU.

A essa época de realização profissional denomino-a de **Assistência**, ressaltando alguns pontos importantes e incluindo a mudança paradigmática de fazer e compreender o processo saúde-doença em decorrência, de alguns fatos sócio-econômicos, tais como:

- a elevação das taxas de incidência, prevalência e morbidade da malária, agravada pelo fluxo migratório ao novo Estado da Federação e associada à corrida do ouro, pela prática de extração de minérios, especificamente o ouro de aluvião. Esse fato social por si só repercutiu em profundas transformações e agravantes efeitos sócio-políticos à região;

- o surgimento e identificação da AIDS, sendo registrado o primeiro caso em 1986, ficando ao encargo do hospital de referência, já citado;

- as queimadas e as derrubadas das árvores, com repercussão nacional e internacional, gerando um contingente significativo de adultos jovens com invalidez parcial ou total de suas funções neurológicas e motoras, como consequência dos acidentes ocorridos nesta prática de extrativismo vegetal; e

- o uso e abuso indiscriminado de drogas farmacodependentes, atingindo diversas faixas etárias e segmentos sociais.

Esses movimentos sócio-econômicos refletem-se na prática dos profissionais da saúde, especialmente na enfermagem, por serem eventos socialmente marcantes na região norte. Na medida em que modificam os padrões de comportamento morais e éticos da população. A enfermagem, enquanto prática social, não poderia alhear-se a essas transformações, por estar ligada às modificações no conjunto social, enquanto sujeito e objeto da sua intervenção.

Ainda nesse período, circunscritos na década de 80, a enfermagem local obteve alguns avanços. Mobilizou por diversas ocasiões seu conjunto de elementos em movimentos de greve, buscando a valorização da categoria (enquanto trabalhadores de saúde), por melhores condições de trabalho, remuneração compatível, jornada de trabalho adaptada às peculiaridades regionais. Denunciou o sucateamento do serviço público, entre outras reivindicações, através da associação dos profissionais de enfermagem e posteriormente via sindicato dos profissionais da saúde, obtendo o reconhecimento da comunidade.

Nessa década de desenvolvimento estrutural do Estado, foi criada a Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR, a fim de atender os anseios deste novo Brasil. Em 1988 iniciou-se o primeiro curso na área da saúde, o Curso de Enfermagem, sendo uma estratégia e uma decisão político-eleitoreira, à revelia dos profissionais enfermeiros, por entenderem a configuração da sua criação, e sobretudo por ela não atender às exigências do mercado, até então carente de recursos humanos, especialmente profissionais de enfermagem de nível médio, contingente em que poucos tiveram formação regular.

Ocorreu também, a criação do Conselho Regional de Enfermagem de Rondônia, através da Decisão 11/88/COFEN até então ligado a delegacia do Estado do Amazonas.

Os fatos até aqui reportados e simplificados fazem parte da minha trajetória profissional vivida intensamente por ser parte integrante do contingente de enfermeiros da ativa.

Ensino

rossequindo este levantamento pessoal e histórico, as considerações que se seguem referem-se ao segundo momento dessa trajetória. Chama-lo-ei de **Ensino**, cujo marco foi com minha admissão em

concurso público, na Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR, a partir de janeiro de 1990.

Criado em 1988, com dois vestibulares efetivados, o curso contava somente com um docente-enfermeiro no exercício da coordenação e por ocasião da admissão, frente as múltiplas dificuldades, com um quadro de apenas seis docentes, com posterior elevação para quinze docentes, sendo necessário, (perante as múltiplas dificuldades):

- reestruturar a grade curricular (que prevê um efetivo de trinta e três docentes-enfermeiros, além de outros profissionais);
- oferecer as disciplinas do tronco profissional;
- exercer a coordenação do curso e pleitear junto à gestão vigente, através de suas pro-reitorias e órgãos colegiados, contratação de docentes e instalação de laboratórios de enfermagem, anatomia, microbiologia e parasitologia, entre outros;
- a efetivação dos convênios com o Governo do Estado de Rondônia no tocante à redefinição dos campos de estágios, facultados pela rede dos serviços de saúde do Estado, através de termos aditivos e outras providências para sua utilização, e
- enfrentar as dificuldades geradas nos serviços de saúde, pela introdução dessa nova prática de enfermagem no cotidiano institucional, modificada pela presença de professores e alunos.

A distribuição das disciplinas obedecia ao critério mínimo de garantia quanto à qualidade didático-pedagógica, advinda da experiência profissional de cada docente, em sua prática assistencial.

A situação de ser enfermeiro e estar docente, com todas as implicações valorativas e pessoais, refletia constantemente sobre essa realidade. A dificuldade em manter os docentes em áreas afins remetia à questões de ordem (envolvendo a própria situação institucional, a não adesão de profissionais dos serviços não identificados e interesse daqueles enfermeiros assistenciais com a proposta de mudança para o ensino), comprometendo o preenchimento dos quadros efetivos do curso, constituindo uma realidade ainda vigente.

Nesse contexto, a experiência individualizada de cada professor determinava sua condição, enquanto docente, no tocante à disciplina a ele oferecida. Dessa forma, regularmente estive presente nas fases teórico-prática das disciplinas de Metodologia da Assistência de Enfermagem (4º. período), Enfermagem Médico-Cirúrgica (5º. período), Enfermagem Psiquiátrica (6º. período) e eventualmente na Enfermagem em Ginecologia Obstetrícia e Neonatologia (7º. período).

Concomitantemente, em diversos momentos da vida acadêmica, desempenhei atividades administrativas de importância relevante para o Curso de Enfermagem, a Universidade e a Comunidade, destacando-se os cargos de Vice-Chefe do Departamento de Ciências Biomédicas (o Departamento de Enfermagem foi criado após desmembramento deste, em 1992), Membro da

Comissão Permanente do Vestibular-COPEV, Membro do Colegiado de Curso de Enfermagem, Vice-Coordenador do Curso de Enfermagem e Membro do Conselho Municipal de Saúde.

Coube à mim, eventualmente, relatar processos (integrando comissões) junto ao Conselho Regional de Enfermagem de Rondônia-COREN/RO, para avaliar denúncias de possíveis irregularidades envolvendo seus profissionais, divulgadas na imprensa local.

Pesquisa

decisão de cursar o mestrado na área de Enfermagem Psiquiátrica tem origem na reflexão crítica sobre a realidade vivida, com diferentes experiências e enfoques, da qual emergiu a preocupação com a rede de significados, atitudes e opiniões enquanto profissional de saúde, etapa que denomino **Pesquisa**.

Nesta oportunidade integralizo um sonho antigo, percorrendo cada uma das etapas mencionadas com as perspectivas da Enfermagem em sua estruturação ternária [assistência, ensino e pesquisa], expectativa e decisão pessoal.

A compreensão dessa triangulação proposta à prática social da enfermagem, não considerada as etapas hierárquicas, estáticas e dissociadas entre si, mas um movimento árduo, compartilhado por seus sujeitos à medida que possibilita uma visão abrangente e oportuna da profissão. As experiências

significativas do cotidiano resultam em reflexão crítica para entender melhor as três dimensões, sem pretender esgotar, tampouco desmerecer a importância (para o conjunto teórico/prático da profissão) que cada uma isoladamente representa.

A opção pelo objeto deste estudo, remonta à inquietações das fases anteriores, de **assistência** (enfermeiro psiquiátrico) e de **ensino** (docente da disciplina Enfermagem Psiquiátrica) dadas as dificuldades observadas e experienciadas pelos profissionais de enfermagem, para dar respostas satisfatórias às questões emanadas das manifestações da sexualidade dos doentes mentais. Esta dificuldade era revelada entre outras prerrogativas, pela falta de instrumentalização para lidar com essa temática. Também em outras áreas do conhecimento era observável o alheamento sobre estas questões ou a intensão policialesca de vigiar e reprimir práticas, quando sabidas e/ou confrontadas.

A temática sobre sexualidade vem do aspecto discursivo profissional e institucional, no que tange aos objetivos imbricados na manutenção e controle (efetivados pela prática cotidiana) da percepção e concepção da doença mental.

Quanto à fundamentação teórica, encontrei na Teoria das Representações Sociais os elementos técnico-metodológicos capazes de fornecer uma compreensão acerca desta realidade psicossocial, enfrentada pelos enfermeiros, reproduzida, mantida, vigiada e controlada enquanto necessidade humana: a sexualidade.

CAPÍTULO I. CONSTRUÇÃO DO ESTUDO:

objeto, conteúdo e sujeito

*“A impressão é que estou por nascer
e não consigo. Sou um coração ba-
tendo no mundo. Você que me lê me
ajude a nascer”.*

Clarice Lispector

história da psiquiatria confunde-se com a história da vida do homem. Sempre houve crises, conflitos em que a alteração do comportamento se fez notória e, portanto, incompreendidas na sua manifestação estereotipada de enfrentamento e objeto de intervenção social.

Na sua história, a loucura/insanidade/doença mental apresenta-se inserida e/ou excluída socialmente, dependendo do grau de percepção e reconhecimento, entendida ora como característica oportuna, ora inoportuna, e dessa forma, requerendo estratégias diversas para sua compreensão, enfrentamento e solução.

Múltiplas relações associativas entre loucura, compreensão e conduta terapêutica buscaram dar à psiquiatria consistência às suas respostas. A busca da compreensão da loucura quanto a sua origem e manifestações adotou, em diferentes períodos, os enfoques pertinentes, de acordo com os avanços das ciências médicas e sociais, observados pelas abordagens organicista, psicanalítica, sistêmica, sacrificial e política, refletindo-se na forma de tratar o doente mental e compreender o seu processo de adoecer.

A relação loucura e tratamento buscou diversas formas de esclarecimento, todavia o aspecto asilar foi notoriamente marcante em toda sua es-

estratégia, em que os maus tratos impingidos à sua clientela permanecem até hoje, como uma nódoa na história da humanidade e da própria psiquiatria. A doença é estigma social.

O sexo encarado como objeto de prazer esteve aliado à argumentação fortalecedora da construção estigmatizante e segregadora de causa do desencadeamento da loucura, pelo aspecto incontido da sua natureza. Inicialmente, coube a Igreja preocupar-se com a relação sexo-loucura e vice-versa e posteriormente, com o progresso, as Ciências Médicas assumem, através do discurso plausível da ciência, o poder e o controle para julgar e estabelecer normas, comportamentos e práticas sociais e sexuais[tribunais seculares e eclesiásticos/sanções penais e psiquiátricas] (SZASZ, 1978).

O processo de rastreamento desse raciocínio, sem a pretensão de dissecá-los, tampouco reduzi-los, visa destacar os esforços objetivos e subjetivos das representações acerca da sexualidade. SZASZ (1978), em sua análise sobre a obra de Benjamin Rush, redefine o processo de dominação institucional entre loucura e sexo, abordando “o *pecado como doença, e a sanção moral como tratamento médico*”, sendo esta questão enfatizada e classificada pela Psiquiatria como “*desvios sexuais*”.

A Bíblia, enquanto livro básico, fundamental e normativo da doutrina cristã [antigo e novo testamento], faz referência as práticas sexuais, estabelecendo os padrões de comportamento sexual e social a serem seguidos por seus fieis, consequentemente construindo o sentimento de culpa.

Dentre os textos bíblicos referentes às manifestações da sexualidade humana, cuja ênfase aponta as práticas sexuais na concepção desviante, destacam-se dois eixos norteadores: a) **homossexualismo como condição** - Gênesis [19:1-11], Levítico [18:22, 20:13], Juízes [19:22-25], Romanos [1:25-27], I Coríntios [6:9] e I Timóteo [1:9-10]; b) **homossexualismo no contexto da prostituição masculina** - Deuteronômio [23:17], I Reis [14:24, 15:12] e II Reis [23:7]. Observo que a preocupação é muito mais intensa com a condição sexual do homem do que propriamente com a mulher, embora esteja escrito nas entrelinhas o seu papel nesse processo.

Acredito ser a bíblia um dos textos mais antigos a abordar a sexualidade humana. Esta preocupação com a não aceitação das práticas sexuais não procriativas constitui uma realidade nos dias atuais.

O que há em comum entre a Psiquiatria e a sexualidade humana enquanto processos de dominação? Questionamento que assusta e surpreende pelo aspecto aparentemente indistinto entre si, revela pontos em comum entre essas duas disciplinas: a rejeição, o estigma e o mito, determinados e circunscritos pelo corpo que alberga o sexo, a loucura e a sexualidade não são aceitas socialmente quando manifestas.

Nessa relação, emergem discursos dominantes, ideológicos, dogmáticos e científicos proferidos por autoridades institucionais, a Igreja e a Ciência Médica, ambas aceitas universalmente, portanto revestidas de amplos poderes e domínio sobre as questões que normatizam a sociedade. A questão

levantada se concentra na esfera corporal, enquanto espaço determinante das práticas sociais.

Em que momento da trajetória humana a loucura e o sexo se aproximam? As respostas poderão ser encontradas nos diferentes enfoques teóricos existentes. Preferencialmente adoto a discussão que emerge como pano de fundo, ou seja, o aspecto institucional, sem pretender desconsiderar as demais influências das correntes do pensar. Entendo que, no espaço das instituições psiquiátricas, o eco resultante do processo de dominação (legado pela Igreja e pela Ciência Médica) se faz notório sob os argumentos discursivos, que buscam atender as exigências sociais, segregando, medicando e “psicologizando” o corpo. Ainda sobre o processo da construção institucional, respeitando sua predominância histórica e hegemônica, é notória sua determinação, enquanto responsável pela criação de mitos [insanidade masturbatória] e do estigma social [punição e segregação entre outros] na esfera da sexualidade humana.

A intervenção da psiquiatria nas questões ligadas às práticas sexuais permanece constante em vários momentos da história da sexualidade humana, na busca de elucidar pontos obscuros da sua investigação causal.

Na Idade Média a doença mental é marcadamente lembrada pela perseguição à bruxas e feiticeiros, argumentação fundamentada e disseminada pelo poder dogmático da Igreja, relacionando à sexualidade com à noção de pecado e manifestação de loucura. Essa aliança (Igreja/Medicina) institucional

lizaram o saber médico como poder hegemônico que vige até hoje na saúde (desde 1.540 d.C.). Nesse sentido os conceitos de sexualidade e loucura estiveram ligados entre si, estabelecendo uma ordem, em que a primeira é tida como desencadeante e a segunda como consequência da doença mental.

O argumento sobre as feiticeiras e suas manifestações era revelador do pacto demoníaco, por sua condição secundária e subserviente ao homem, associada à luxúria e à volúpia das mulheres.

Nos séculos subsequentes, a Igreja transfere à medicina esse poder, como causa de loucura, na substituição do mito da feitiçaria pelo “*mito da insanidade masturbatória*”, algo próximo da insanidade moral (Isaac Ray In SZASZ, 1978). Ambos tinham o caráter de onipresença e universalidade. Portanto, quando manifestos, são abomináveis.

1. Algumas considerações sobre o corpo

Diferentes enfoques teóricos são considerados pertinentes no tocante a compreensão da sexualidade humana. Com base nessas perspectivas emergem justificativas, considerado o efeito espacial e temporal para o enfoque adotado, tendo em vista certas contribuições básicas para a construção do raciocínio sobre esse assunto.

Ao rastrear o raciocínio sobre a sexualidade observo uma convergência, sugerida pelo caráter discursivo dispensado ao tema, de acordo com as concepções e crenças, valores e opiniões além dos preconceitos norteadores da visão sobre o assunto, numa determinada época.

Este recorte fragmentário, reconstituído sob diversos aspectos conceituais, tem sobre o corpo humano considerações elaboradas no sentido de compreendê-lo, via discurso, como um todo favorecendo e valorizando a sublimação do corpo pela alma, faculdade racional, espírito, transcendência.

O corpo enquanto noção

o que se refere à noção que é atribuída ao corpo, a mesma pode ser entendida através de três diferentes enfoques, sobre os quais ressalto a possibilidade de serem considerados como estratégica de dominação: a **noção médica** [anátomo-fisiológica] a **noção neurológica** [esquema corporal]; e a **noção psicológica** [consciência corporal e imagem corporal] (TOSI, 1993).

As noções citadas coincidem com a evolução histórica e cronológica do conhecimento humano, dentro do modelo científico. Por ser um “*corpus*” de conhecimentos progressivos, provavelmente a noção atribuída ao corpo, inicialmente seja a que mais denota expressão da verdade, quando enfaticamente disseminada e entendida sob a ótica das ciências naturais. Dessa forma, persiste sua influência em detrimento dos demais conhecimentos acerca da noção do corpo nas relações interacionais dos sujeitos psicossociais.

Não se desconsidera a importância do conhecimento inicial referente à noção médica, como também não se constitui em verdade absoluta para sua compreensão. Particularmente chamo a atenção para a noção psicológica em que o corpo é entendido como imagem corporal, por ser reveladora da sua complexidade psicossocial.

Schilder apud PENNA (1990) esclarece que a noção psicológica é traduzida pela maneira como o corpo se apresenta para nós, noção constituída de estruturas intercambiáveis: a **estrutura fisiológica** - em que se observa a análise mecânica do movimento, constituída basicamente de impressões visuais e táteis-cinestésicas, as quais dão a dimensão da experiência atual como uma ponte entre passado-presente-futuro, tornando-se evidente o controle do ato motor e a maneira como é percebido o corpo; a **estrutura libidinal e sociológica** - em que se observa o fenômeno da ação, ou seja, o sujeito percebe a si mesmo, a maneira como o corpo é vivido e/ou experienciado pelas pessoas, destacando-se os aspectos afetivos e emocionais, cognitivos e eróticos, que são expressos nas tensões corporais e imediatizados e/ou revelados pela linguagem, através de gestos e sons humanos, da mesma forma em que os outros indivíduos os percebem, reciprocamente.

Portanto, em que medida as relações entre corpo, sexo e doença mental se estabelecem?

O corpo, entendido na dimensão total, instrumento de interação, é o *locus* do controle que se exprime através dos sentimentos mais positivos,

no sentido da aceitação, e favorece o conjunto de regras sociais, ao qual está envolvido. Sobre essa argumentação, que se estrutura no espaço corporal, fundamenta-se a relação entre sexualidade e loucura.

O movimento de construção simbólica dessa realidade recai sobre aquilo que é socialmente considerado como estranho e anormal, imoral e patológico, entre outros critérios classificatórios. Assim, a observação extra-grupo reveste-se de um sentimento de não aceitação. A esse posicionamento denomina-se estigma.

O corpo como estigma

OFFMAN (1982) afirma que o estigma é caracterizado pela sociedade, por atributos considerados incomuns e a-naturais, observados e evidenciados nas múltiplas interações psicossociais.

Aponto as características sobre os dados, estabelecidas pelo autor, as quais podem ser “*distintas e evidentes*” e/ou “*não percebíveis*”, permitindo aos indivíduos a construção da sua “*identidade social*”. Noutras palavras, o estigma poder ser entendido como um desvio do padrão de comportamento social.

O critério de inclusão e/ou exclusão passa constantemente por um processo de categorização, em que são observadas as características do

indivíduo, regulando dessa forma seus atributos, portanto, passíveis de uma reclassificação entre a identidade social real e a identidade social virtual.

O termo estigma assume dupla perspectiva no contexto psicosocial: desacreditado/desacreditável. Esse movimento se dá quando o indivíduo reconhece e assume sua característica distintiva e evidente perante o espaço público, considerando-se desacreditado.

Contrapondo-se à movimentação do indivíduo, na perspectiva anterior, a característica distintiva não é evidenciada por não ser imediatamente perceptível.

Certas características são atribuídas como desencadeantes do estigma, observando-se, por ordem de reconhecimento, as deformidades físicas, os problemas relacionados ao caráter da pessoa [homossexualismo, vício, tentativas de suicídio, passagem pela prisão, entre outros] e aspectos de raça, nação e religião.

Concordo que o estabelecimento do estigma é evidenciado sobre o corpo e sua imagem corporal, através das suas características e manifestações mediante o contexto social, incluindo a moralidade. Nessa perspectiva, tanto os atos quanto os atributos foram passíveis do rótulo de “*comportamento desviante*” (GOFFMAN, 1982).

O sexo, enquanto prática, localiza-se na estrutura dos corpos, em consonância com as constituições anátomo-fisiológica e neuro-psicológica. Estando localizado no corpo, o sexo recebe interpretações e influências, apon-

tadas nos mais diferentes estudos. Vislumbrado na perspectiva cartesiana, ou seja, no sentido dicotômico corpo/alma, o sexo é passível de intervenção social, cuja possibilidade de transformá-lo em objeto da normatização é uma evidência.

Na trajetória da compreensão do corpo, enquanto perspectiva na construção histórica do homem, o sexo participa constitutivamente e define-se como uma disciplina à parte: sexualidade. Diferentes contribuições teóricas, ao longo de sua especulação científica, estabelecem discursos variados sobre o sexo, embora seja reconhecidamente claro que dele não se tem um conhecimento totalitário, por apresentar uma ampla e complexa rede de manifestações. Por maiores que sejam os esforços para compreendê-lo, o que se obterá será provavelmente um recorte desta realidade privada do homem, proporcionando a cada uma das tentativas de compreendê-lo, uma abordagem específica.

As manifestações advindas do corpo, quer da sexualidade, quer da loucura, são observadas no duplo sentido pelos indivíduos, traduzidas na postura corporal adotada e mediante os critérios do código social pertinente.

Creio que nas manifestações corporais, o outro busca compreender, lançando mão dos valores adquiridos sobre si e sobre o mundo, elaborando e reelaborando medidas capazes de dar um sentido à atitude observada no outro. Num processo passível de múltiplas interpretações, às vezes, fogem à compreensão do fato ou do fenômeno manifesto. Significa dizer que a inter-

pretação individual e coletiva possibilita o surgimento dos mitos, os quais assumem a expressão da verdade, capazes de atribuir justificativas para a compreensão da atitude, mediante a constatação dos fatos e da realidade.

O caráter individual da percepção que cada um tem de seu corpo, insere-se na tentativa de buscar entendimento por conseguinte compreensão à esta questão. Ao deter-me em dois pontos da sexualidade, por seu aspecto intrínseco em relação à sua elaboração teórica, parto do princípio de que muito se falou e escreveu sobre ela e que todo conhecimento reunido em um só trabalho, se é que isto é possível, resultaria ainda assim em pouco ou quase nada dito, escrito e/ou pesquisado. Porém é preciso compreender melhor, já que todos se acham “*experts*” no assunto, embora pouco saibam ao certo.

O corpo e o preconceito

OSE (1972), em seu estudo sobre a origem dos preconceitos, define-o, funcionalmente, como um “*conjunto de atitudes que provocam, favorecem ou justificam medidas de discriminação*”, revelado mediante a maneira como o comportamento humano é observado, numa atitude próxima ao policiamento. Ao adotar uma postura observacional sobre um comportamento manifesto, este é evidenciado nas expressões emanadas do corpo.

Os estudos sobre os preconceitos ainda não foram devida e/ou suficientemente aprofundados, no sentido de compreender suas causas, por

parte dos cientistas. Por outro lado, o homem comum adota essa estratégia, de acordo com os preconceitos existentes que, por sua vez, decorrem de outros preconceitos. Certamente pode-se afirmar que a origem dos preconceitos está em de diversos fatores e não constitui um fato “*universal*”, embora se reconheça que o preconceito é ampla e suficientemente divulgado, em todas as épocas e culturas, estabelecido mediante processos interacionais e intergrupais, com vistas a atender interesses e garantir um poder que satisfaça as exigências, quer aos níveis pessoal, político e/ou econômico.

Os preconceitos são julgamentos derivados de opiniões, às vezes não exatas e sem nexos, sobre certas “*características físicas, tradições culturais ou crenças de um povo*” (ROSE, 1972). O foco dessa atenção é dirigido para a atitude e para o comportamento manifesto pelo sujeito, sendo-lhe atribuído um valor negativo, julgamento desprovido de um veredicto, predominando uma visão estereotipada de um grupo sobre outro, definindo um padrão comportamental considerado uniforme para as atitudes dos sujeitos deste grupo alvo.

Este julgamento é justificado pelo enquadre estabelecido, uma falsa percepção sobre o sujeito e seu contexto psicossocial, a fim de garantir uma vantagem. Fica claro que tal estratégia revela uma relação de dominação sobre os sujeitos inscritos nesse processo discriminatório, em que se pode detectar uma certa dose de ignorância, mediante um discurso veiculado pela pro-

paganda manipulando esses julgamentos geradores de tensões de cunho político, religioso e/ou racial.

A ignorância não significa necessariamente ausência de conhecimentos, mas, aquisição de conhecimentos oriundos de falsas idéias.

ROSE (1972) afirma que os preconceitos atendem à duas ordens de interesses, ao mesmo tempo, que os justificam, quando entendidos de “*forma racional*”, atendem objetivos diversos, tendo no fator ignorância sua parceria originária, capaz de revelar uma tradição cultural. Na “*forma irracional*”, atendem a uma necessidade psicológica, não desaparecem com o passar dos anos, existindo um aspecto residual, um substrato psicológico como fundante do preconceito.

Algumas teorias psicológicas buscam compreender essa necessidade, entre elas a “*teoria do horror das diferenças*” e a “*teoria da frustração-agressão*”. Na concepção do autor, esta última consagra-se como a melhor, traduzida nas e pelas relações cotidianas dos sujeitos psicossociais e identificada como um “*bode expiatório*”, baseando-se em diversos estudos do comportamento, nos quais “*certas pessoas, impedidas, regular e constantemente, de fazer aquilo que queriam, sentem-se por isso infelizes e experimentam (...) um sentimento de frustração*” e “*uma tendência a querer atacar qualquer objeto ou a tornar qualquer pessoa infeliz*”, manifestando um comportamento agressivo (ROSE, 1972).

Pode-se inferir que essa necessidade psicológica é satisfeita no nível de uma defesa pessoal, como um mecanismo de ajuste para poder lidar com os conflitos decorrentes do processo interacional, ao mesmo tempo que libera energia reprimida por insatisfação.

2. Duas perspectivas sobre a sexualidade

a tentativa de compreender melhor a sexualidade, adoto dois posicionamentos teóricos sobre ela. Um ponto de vista sugere uma compreensão **metafórica**, portanto reprimida, negada, controlada, vigiada e devidamente punida. Noutro extremo, é entendida como uma **hipérbole**, contrapondo-se à repressão e à negação amplamente divulgada por meio da estratégia de interdição das estruturas organizacionais e institucionais da sociedade, evidenciado na ampla penetração da esfera pública como meio de controle na esfera privada. Nessa perspectiva, tenho por base os estudos sobre a sexualidade defendidos por HIGHWATER (1992) e FOUCAULT (1985).

VISÃO MÍTICA - O SEXO COMO METÁFORA

HIGHWATER (1992) evidencia uma crítica opondo-se ao fato de que a sexualidade tenha uma história, embora reconheça a influência das várias mudanças sociais no comportamento sexual. Critica o conceito do homem natural, o qual é susceptível às influências culturais. Considera o sexo objeto de intensa socialização, definido culturalmente por suas práticas e distante de uma base natural.

HIGHWATER (1992) afirma que *“o modo como o corpo tem sido visto e avaliado por várias eras e culturas representa uma história das mensagens sexuais transmitidas pelos mitos sociais e pelos costumes baseados em tais mitos”*. Entende que o corpo apresenta um *“importante simbolismo cultural que tem fortes implicações com a sexualidade”*.

Rastreando o raciocínio desse autor, os mitos que envolvem a sexualidade têm base no comportamento sexual, sob intensa influência dos valores advindos dos mitos da criação, apresentando forte sentido religioso [cosmogonia sagrada].

A história da influência exercida pela mitologia em nossas idéias acerca do corpo prossegue ao longo dos séculos. No início deste século, a introdução de uma *“mitologia social”*, derivada do capitalismo, baseada na auto-satisfação, deu origem, gradativamente, a uma forma de consumismo em que o corpo é ao mesmo tempo máquina e mercadoria.

Estabeleço, com base no autor citado, um breve esclarecimento sobre algumas características sócio-político-econômicas e suas influências institucionais no tocante à formulação da visão mítica a respeito do corpo e suas mensagens sexuais, ou seja, o processo de compreensão social do corpo e da sexualidade. Destaco particularmente as noções elencadas sob a influência da:

a) **Religião** - o corpo sagrado e procriativo - *os mitos da criação*. Nesta compreensão cósmica, envolvendo a terra e o céu (noite/lua e dia/sol), respectivamente identificados como feminino e masculino. Dessa construção mítica é provável que a postura corporal adotada no ato sexual, homem por cima e mulher por baixo, tenha recebido forte influência dessa configuração; - *o mito do pecado*, encarado como um fatalismo mecanicista baseado no fato de que a natureza não é corrupta, evidenciado sob a forte influência dos dogmas eclesiais;

b) **Literatura** - o corpo apaixonado - *o mito do corpo como amante*. A idéia do amor, entendido como uma maneira de conceber o amor e o corpo em unidade coesa e romântica, suprime a relação de patrimônio, valorizando a paixão. Tem como argumentação a contraposição ao regimento matrimonial predominante, com suas características sócio-político-econômicas, sem a anuência dos envolvidos diretamente;

c) **Economia** - o corpo produtivo e erotizado - *o mito do corpo como máquina*. O corpo atende prioristicamente às exigências da produção,

recebendo forte influência cartesiana, no sentido da divisão corpo e alma, tornando-se sua expressão mecanicista, justificada pela mudança paradigmática, sob a ótica da cientificidade; - *o mito do corpo como mercadoria*. Encontra-se na publicidade e no consumismo, consequentemente no lucro, a comercialização do corpo, explicitada amplamente na forma do corpo erótico;

d) Política - o corpo violento - *o mito do corpo como arma*.

Tem na pornografia a sua expressão, originado no mito do consumismo. Torna-se amplamente difundido como uma mercadoria sexual, transforma o corpo masculino em arma, à medida que o estupro adquire a dimensão de um ato político, um atributo masculino com fortes matizes e vanglórias das situações de guerra. Negando-se o direito de cidadania à vítima, pois a lógica é a humilhação, e

e) Psicologia - o corpo comunicante - *o mito do corpo pelo corpo*. O corpo comunica. O corpo é encarado como órgão de expressão responsável pela interação social. Resulta dizer que o sexo adquire a mesma dimensão no processo de comunicação expresso pelo corpo, por ser objeto de intensa sociabilização.

VISÃO HISTÓRICA - O SEXO COMO HIPÉRBOLE

FOUCAULT (1985) afirma que a sexualidade foi imposta pelo puritanismo moderno, nas formas de interdição, inexistência e mutismo, entendida como uma elaboração histórica. Sugere que a hipótese

repressiva foi responsável pelo incitamento ao discurso sobre o sexo, de uma forma progressiva, através da disseminação e implantação daquilo que foi considerado como sexualidade polimorfa. Esse processo se deu na esfera do poder.

O poder institucional não se utiliza da proibição como um fato acabado, mas estabelece (nos discursos sobre sexo) o aspecto da utilidade pública, formando uma rede de observações, tomando como ponto de partida as análises das condutas sexuais, suas determinações e efeitos, nos limites entre o biológico e o econômico e, sobretudo, entre o Estado e o indivíduo. Configurada essa teia de informações sobre o sexo, implanta-se o policiamento, a polícia do sexo. O poder estabelecido tem como base as instituições para realizar esse policiamento, destacando-se as influências advindas da:

a) Religião - A Igreja - via Concílio de Trento, marco do estabelecimento do sacramento da confissão, cujo foco vislumbra a condição sexual da população adulta como mecanismo de garantia da sexualidade com fins procriativos;

b) Pedagogia - Os Colégios [XVIII] - Buscava-se através de uma educação indireta, informar silenciando sobre a sexualidade, o comportamento das crianças e dos adolescentes, utilizando dispositivos institucionais e estratégias discursivas para a sua observação. Garantia-se a manutenção do silêncio sobre sexo (traduzido na própria estrutura arquitetônica dos colégios)

facultando a obtenção dos objetivos propostos: orientar a clientela sobre os riscos de uma conduta sexual inadequada;

c) Ciência - A atenção volta-se para todas as fases do desenvolvimento humano. Nessa nova maneira de obter informações destacam-se: a **medicina**, demonstrando sua preocupação com as “*doenças dos nervos*” e, em seguida, a **psiquiatria**, que investiga o “*lado da extravagância*”, descobrindo no onanismo todo um processo de elaboração teórica. A preocupação com essa prática encontra argumentação em seu caráter não procriativo e, dessa maneira, anexa ao seu domínio todo o conjunto das perversões sexuais;

d) Justiça penal - Considerada pelo autor a “*implantação perversa*”. Arvora-se do poder para incriminar e condenar todas as manifestações corporais consideradas perversão e irregularidade sexual em conjunto com a doença mental. A acumulação de conhecimentos decorrentes das estratégias observacionais da Igreja, Colégios, Medicina, Psiquiatria e Justiça, desde a infância à velhice, estruturou-se permitindo a elaboração de um conjunto de regras para as práticas sexuais.

Ao ilustrar algumas doenças da nosologia psiquiátrica, originadas na argumentação da relação entre sexo e loucura, chamo a atenção para a demência precoce, cuja causa, de base sexual (sífilis), esteve associada por muito tempo ao diagnóstico de esquizofrenia. Útero e hipocôndrio estiveram associados à histeria, neurastenia e hipocondria, entre outras.

Em todas as tentativas de associar sexo à loucura, evidencia-se o aspecto da universalidade, de mesmo porte e alcance que o mito das bruxas e feiticeiras. Há uma tendência para reconhecer a dupla finalidade do sexo, como imprescindível à perpetuação da espécie e fonte de prazer e satisfação.

A visão dicotômica dessa finalidade necessitaria da intervenção do poder, que por sua vez estabelecia limites de aceitação e consideração no envolvimento de ambos, cabendo à Igreja orientar sobre a reprodução nos dogmas da consciência judaico-cristã, como obediência às leis naturais.

Quando se evidenciavam as manifestações de prazer e satisfação, cabia a intervenção e o controle da medicina, a fim de restabelecer a ordem física, moral e social, arvorando-se da capacidade de dividir e determinar as condutas e as práticas sexuais da humanidade, como sadias ou não.

Nessa argumentação sobre a sexualidade é certo que de uma forma ou de outra, quer tenha sido encarada como metáfora ou como hipérbole, esteve presente no processo de interação social dos seus sujeitos psicossociais, de acordo com o interesse, a época e a cultura pertinente.

Não constitui objetivo confrontar os demais estudos existentes. Não se trata de defender este ou aquele ponto de vista, mas sobretudo buscar uma dimensão mais abrangente do tema. Evidentemente que outras considerações teóricas enriqueceriam esta investigação.

Chamo a atenção para o aspecto discursivo da construção dos pensamentos teóricos adotados acerca da sexualidade, utilizando-se duas figu-

ras de linguagem para dar ênfase à argumentação. Observa-se a forte pressão à inferência, o engajamento e a dispersão sobre este assunto, fato ou fenômeno social (MOSCOVICI, 1978).

3. Masturbação, homossexualismo e perversões sexuais

sexualidade, em princípio entendida como comportamento sexual (especificamente as práticas não procriativas), encontra forte argumentação institucional, conforme análise empreendida no tópico anterior, revelando uma preocupação com o homem, enquanto gênero, no sentido de evitar o aspecto repugnante da masturbação.

A questão da masturbação, ato indigno e privado de sujar as mãos, com forte argumentação causal da loucura, com estudos dos maiores expoentes da morfologia psiquiátrica, citados por SZASZ (1978), dentre os quais destaco:

RUSH (1812) dizia que a masturbação, entre outras consequências provoca, “... *epilepsia, hipocondria(...) imbecilidade e morte*”.

Em 1816, ESQUIROL afirmava que “*a masturbação é reconhecida em todos os países como a causa comum de insanidade*” e, em 1893, escreveu que “*pode ser precursora de manias, demência precoce, demência senil, melancolia e suicídio sendo mais severa nos homens que nas mulheres*”.

De 1850 a 1890 surgiram técnicas cirúrgicas, como tratamento ou meios coibitivos da atividade sexual: o cinto de castidade, a circuncisão, a clitoridectomia e a secção dos nervos dorsais penianos.

Em 1899, KRAEPELIN relacionava a masturbação com outras doenças mentais, como “*exibicionismo, fetichismo, masoquismo, sadismo e homossexualidade*”.

Ressalta-se, nessa abordagem, a tentativa pioneira de agrupar e classificar, quanto à etiologia, as doenças mentais do século XX, em suas primeiras décadas.

FREUD não exaltou a masturbação como causa de loucura em seus estudos sobre sexualidade e fundamentação da psicanálise também não a descartou como algo anormal, embora entendesse ser normal, da primeira infância à adolescência.

Nos estudos de FREUD convém assinalar a mudança de atenção do trato das doenças mentais, enfatizando o homem como processo de adoecer e não os quadros nosológicos manifestos, indissociáveis em sua história de vida.

RZEZINSKI (1984), analisando e resumindo as contribuições de Freud, constata que sua maior reflexão se refere à sexualidade destacando várias abordagens:- na realização dos desejos constituída de ataques histéricos, além dos sonhos, o auto-erotismo e o ego; masturbação, vício e neurose obsessiva; zonas erógenas, como hipótese de base orgânica para o recalque; a se-

xualidade na teoria das neuroses; desvios do objeto sexual [aberrações sexuais, perversões sexuais, fetiche, sadismo e masoquismo]; as manifestações da sexualidade infantil [oral, anal e genital]; problema da excitação sexual; a teoria da libido; e diferenciação entre homem e mulher. Seus estudos referem-se à sexualidade buscando, a compreensão dos instintos sexuais, esclarecendo e associando as fases do desenvolvimento infantil [oral - anal - genital]; o narcisismo; a histeria e auto-erotismo; a fundamentação da psicanálise (a transferência), nos estudos sobre neurose em que a base encontra-se na vida sexual; a interpretação dos sonhos como válvula de escape; as “pulsões”, a teoria da libido[energia]; o complexo de Édipo.

Fenichel apud SZASZ (1978) considera a masturbação patológica, sob algumas condições: quando preterida à relação sexual e quando o intervalo e a frequência estão acentuados, embora considere normal em outras fases da vida, como prática alternativa.

Neste capítulo, ao construir o objeto de estudo a ser investigado, adotei enfaticamente as práticas sexuais, freqüentemente relatadas nos serviços psiquiátricos pelos profissionais de enfermagem, estando incluídas a masturbação, o homossexualismo e a relação heterossexual.

Parece haver uma predominância, quanto à frequência, das duas primeiras práticas sexuais, por serem comumente observada no espaço hospitalar face a divisão espacial entre os doentes mentais do sexo masculino e feminino. Nesse sentido, observa-se ainda, sob certa medida, o cumprimento do

Art. 4 do Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1.934, a legislação psiquiátrica do Estado Novo, que estabelece critérios para as instalações psiquiátricas, os doentes mentais devem ser acomodados em “*dependências que permitam (...) completa separação de sexo...*”.

Esse fato institucional por si só sugere a negação da sexualidade heterossexual, visto que as práticas alternativas são notoriamente muito mais passíveis de punição, por serem consideradas desviantes e amorais. Por outro lado são muito menos condenáveis e portanto mais aceitas e, por conseguinte, menos graves do que o relacionamento heterossexual.

O cuidado para manter separados sexualmente seus doentes, mediante o discurso de proteção, conforto e segurança, faz com que sejam conservados sob guarda constante do olhar da equipe de enfermagem, considerando muito mais grave suas manifestações e consequências indesejáveis, a *pre-nhêz*.

MIRANDA (1993) diz que “*há um policiamento enorme do desejo de todos, estes ‘assexuados’ que mentem que não sentem(...) mesmo explodindo discursivamente sobre o tema*” [sexualidade]. Aponta uma clara referência à não instrumentalização dos profissionais de enfermagem, no tocante ao assunto, reveladora da própria dificuldade para manejar sua própria sexualidade.

O breve relato sobre as questões que envolvem a sexualidade humana nas condutas alternativas de satisfação, encontra na psiquiatria a argumentação para a negação da mesma.

ATKINSON (1985) afirma que *“em termos de sobrevivência do indivíduo, o sexo não é uma necessidade essencial, no mesmo sentido em que são os líquidos, a nutrição ou o oxigênio”*.

Noutra percepção, Mann & Katsurains apud ATKINSON (1989) dizem que a sexualidade é marcadamente prioritária na satisfação individual e social, quer seja para *“reprodução, quer como fonte de prazer imediato e contínuo, alívio de tensão, aumento da auto-estima e gregária e esclarecimento contratual entre as partes envolvidas”*.

No ocidente, o sexo é encarado como um evento natural, cuja base instintiva prioriza o aspecto biológico. Dessa forma suas manifestações estão sujeitas à repressão (GIFFIN, 1994).

CHAUÍ (1984), comentando sobre a questão da relação entre a sexualidade e sua repressão, reafirma a tendência ocidental, para compreendê-la como um fato biológico e natural. Nessa perspectiva faculta a *“existência de proibições, punições, permissões e recompensas concernentes a algo que seria natural”*, uma vez que essa hipótese remete à condição anormal, mediante o contexto social ainda impregnado por fortes matizes do período higienista e moralista.

Até este ponto, a historicidade da sexualidade humana, recortada por várias épocas e períodos, tem por objetivo enfatizar e pontuar as considerações relevantes. Faz-se necessário introduzir outro enfoque dado à sexualidade humana, o qual, embora não explícito, permeia todas as discussões sobre ela: refiro-me à construção social dos gêneros.

Esta abordagem, com ênfase na heterossexualidade, diferencia biologicamente, tomando como base a genitália externa, estabelecendo (a partir dessa diferenciação), a hegemonia e a divisão sexual/social do trabalho, demarcando espaços geograficamente estabelecidos nas dimensões do que é privado e do que é público, bem como a quem se destinam.

O estabelecimento desses marcos sociais delega atribuições, níveis de competência e atuação do homem e da mulher, mantendo o aspecto hierárquico entre si, fortalecendo, ou melhor dizendo, reelabora a misogenia.

Esse modelo dualístico determinante faculta a diferenciação dos seus atos e ações, ao homem/ativo e à mulher/passiva, demarcação bio-psico-social, sentida por ambos, interfere controlando a/pela sexualidade, cujo impulso biológico instintivo confere característica de virilidade/masculinidade ao homem, permitindo-lhe maior liberdade para sua satisfação sexual.

Do outro lado, a mulher é caracterizada pela fragilidade / feminilidade, com restrição da liberdade sexual, restando-lhe a condição socialmente aceita, dessa construção ideológica, de esposa/mãe; portanto, controlada, vigiada e punida.

Essa paradoxal situação sugere uma complementaridade na satisfação sexual, construída em bases contraditórias e ao mesmo tempo opostas e excludentes. É sobre o confronto nesse espaço da contradição que a sexualidade é estabelecida, que emerge a localização dos estímulos sexuais refutando o corpo/emoção, visto que a lógica privilegia e valoriza a mente/razão, negando sua totalidade corporal. Essa estratégia é passível de sanções coercitivas e/ou punitivas, por sua localização corpórea e puramente genital, motivo de desvalorização e fragmentação do corpo, enquanto experiência de cada um, gerando sofrimento e insatisfação .

GIFFIN (1994) afirma que a sexualidade é um “*direito inalienável (...) que deve ser prazerosa, comunicativa, criativa, ética e procriativa*”. Nesse mesmo texto, a autora acrescenta que o estudo da sexualidade aponta para as conseqüências negativas da ideologia dualista de ciência, natureza, gênero, etc., que tem dominado amplos cenários culturais. A visão da sexualidade é vista como socialmente construída sobre uma base biológica beneficiada pela consciência corporal e não dominada por uma mente abstraída dos processos vitais.

A apresentação feita das diferentes abordagens sobre a doença mental e a sexualidade humana, tem por objetivo introduzir a questão referente à assistência de enfermagem prestada ao doente mental, no contexto institucional.

4. O confronto entre sexualidade e loucura

RAGA (1993) refere-se à atuação da enfermagem psiquiátrica, incluindo o próprio enfermeiro, como

“...vigiar continuamente o paciente, medicá-lo, mantê-lo amarrado e despido são equivalentes, porque se inscrevem no hospital psiquiátrico como a contrapartida prática à responsabilidade ‘técnica’ e ‘legal’ que a sociedade e a família lhe confere e que é continuamente lembrada pelos dirigentes da instituição.”(p. 88).

A mesma autora, referindo-se ao espaço físico profissional e à atuação do enfermeiro, afirma que

“...a mesma existe como elemento que garante a execução e a unidade do processo total de trabalho (...) que vai desde a coordenação do pessoal auxiliar de enfermagem até o gerenciamento de aspectos genéricos e dispare de ambiente onde o processo ocorre”.(p. 46)

ROLIM (1993), falando da qualidade da assistência de enfermagem, ressalta que depende mais da “*forma*” como a pessoa prestadora a encara, no sentido de confrontá-lo com sua bagagem profissional armazenada em sua história de vida, do que da competência qualitativa do seu treinamento de habilidades técnicas.

Nesse enfoque a característica é o comportamento da pessoa/enfermeiro em sua prática cotidiana, ou seja, sua postura profissional assentada em concepções de doença mental e do assistir em enfermagem psiquiátrica, além das determinações institucionais.

A institucionalização das doenças mentais, em seus primórdios, começaria a delinear-se sob a forma de internamento ou confinamento, seguindo a ordem instituída de afastar os doentes do convívio social, estabelecendo a base organizacional do conhecimento acerca das doenças em geral, incluindo a loucura e a sexualidade. A enfermagem, enquanto prática social, na medida dos limites da sua competência, respeitadas a época e a cultura pertinentes, insere-se como uma aliada no processo de segregação social imposta a esta clientela.

FOUCAULT (1983) afirma ter sido a loucura a herdeira legítima do espaço antes atribuído à lepra. Os leprosários multiplicaram-se por toda Europa, no período considerado alta Idade Média. No final desse período, estes espaços de reclusão tornaram-se sem objetivos específicos, visto que o desaparecimento da lepra era um fato evidente. Convém salientar que o seu desaparecimento se deve ao fato da pura e simples exclusão social, ao invés da eficácia terapêutica adotada.

No final do século XV, as doenças venéreas adentraram esses espaços, antes leprosários, como uma estratégia intermediária à ocupação definitiva que ainda estaria por vir, a loucura. A proliferação dos portadores de doenças venéreas crescia a olhos vistos, assombrando a todos e exigindo uma intervenção como medida, preestabelecida e considerada eficaz, o internamento. Esse posicionamento apontaria um parentesco com as manifestações da loucura.

A admissão dos portadores de doenças venéreas ficava sob a responsabilidade do Hospital Geral, o qual detinha o poder e o controle sobre seus internos, direcionando o critério e local de internamento. Observa-se que a divisão sexual e social do espaço destinado à internação foi adotada como estratégia, para que pudessem receber o tratamento para o seu “*flagelo*” corporal. Os homens eram encaminhados à Bicêtre, enquanto as mulheres à Salpêtrière. Nessa estratégia dispensada às doenças venéreas, também como sua antecessora, esta “*se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de reclusão*” (FOUCAULT, 1983).

A longa convivência nesse espaço segregacional entre doença venérea e loucura, por cento e cinquenta anos, é expressa pela manifestação da rejeição social, entrando em cena o estigma, evidenciado pelo mesmo caráter terapêutico e moral dispensado a ambas. Essa associação institucional e segregacional apresenta um elo comum, merecendo o mesmo tratamento punitivo.

Fazer o corpo redimir-se desse flagelo significava buscar a purificação do mesmo, não podendo ser de outra maneira, senão castigando-o, a fim de livrá-lo desse pecado, enquanto procedimento legitimador (FOUCAULT, 1978).

Assim, sexualidade e loucura situam-se na mesma dimensão simbólica, associadas em seu destino de exclusão, passíveis de compreensão e tratamentos comuns. Nesse contexto se inscreve a visão tradicional, com res-

quícios fortemente presentes na atualidade, a qual revelando a lógica institucional de assistência ao doente mental.

No espaço público, seus beneficiários, antes pacientes/clientes e atualmente usuários (se é que se pode afirmar), compartilham a restituição determinista do espaço privado, numa construção anímica dos sujeitos, em busca de resolutividade. Faz emergir, enquanto instrumento de cognição, comunicação e interação social, o que se chama de discurso, entendido em dois sentidos, que se refletem na prestação da assistência ao doente mental: o discurso do profissional e o discurso institucional psiquiátrica.

O **discurso do profissional**, enquanto responsável direto pela assistência, aponta alguns aspectos relevantes: a) a **formação de recursos humanos**. Sabe-se que o processo formador não instrumentaliza convenientemente no sentido de atender à todas as exigências da clientela e da instituição, requeridas pelo exercício profissional.

Percebe-se também a quase total ausência de política e interesse profissional na busca de estratégias de Capacitação e qualificação; b) como parte indissociável do problema, acrescenta-se a **qualidade da assistência de enfermagem psiquiátrica**, referida freqüentemente como sendo má (FRAGA, 1993; ROLIM, 1993; MIRANDA, 1994 e ROCHA, 1994) sem que haja o vislumbre de mudanças. Esse compromisso provocaria mudanças num movimento crítico/reflexivo, resultando na assistência baseada na qualidade dos serviços prestados (RODRIGUES, 1993); c) a postura profissional, enquanto

compromisso ético, moral e social, no trato das questões pertinentes à enfermagem, refletindo a própria postura do profissional, mediante os movimentos e modificações freqüentes desses valores, decorrentes dos avanços técnico-científicos, com reflexo direto na vida cotidiana dos sujeitos sociais, possibilitando a construção de um relacionamento terapêutico com liberdade de expressão, desprovido de valores e sentimentos negativos; d) a não conscientização de que sua prática profissional se dá pelo caminho das **relações interpessoais**, mediadas pelos aspectos lingüísticos da comunicação, no sentido de buscar, não somente a habilidade instrumental no trato da assistência aos doentes mentais, mas uma possibilidade de reflexão, enquanto elemento capacitado e reconhecido socialmente, sobre si mesmo, adotando uma postura humanizada (RODRIGUES, 1993). Essa postura é por conseguinte renovadora dessa experiência para ambos; e afastando os **fantasmas** da onipresença profissional, projetando um nível de satisfação profissional, com a melhoria da assistência prestada.

O **discurso institucional psiquiátrico**, enquanto provedor e responsável indireto pela assistência, assenta-se em dois aspectos: a) **a lógica do modelo assistencial/institucional** - contexto historicamente revelador dos mais diversificados interesses (religiosos, políticos, econômicos e/ou científicos) detectados na qualidade dos serviços prestados. As influências institucionais mencionadas determinam o modelo a ser seguido por seus pares, num sentido de totalidade, numa relação de dominação hierarquizada, com

predominância ideológica. Nessas instâncias, o discurso emerge revelando o interesse institucional justificado ora pela má qualidade dos serviços prestados ao doente mental (FILIZOLA, 1992), ora no sentido ideológico de busca efetiva do poder, na visão da lógica dominante, auferindo direitos sobre a intervenção na “*construção da loucura*” (SZASZ, 1971); b) **compromisso social** - no sentido de resguardar, controlar, restabelecer “*ad restitunn*” o doente mental e reintegrá-lo no processo de produção, via trabalho. Na perspectiva capitalista confere a instituição e seus profissionais, credibilidade e poderes por assim agir na solução desse impecilho improdutivo, ocioso, oneroso e fatalístico.

Em diferentes épocas, o discurso intervencionista aceito e aliado à possível cumplicidade da sociedade, refere-se como problemática à ordem social e econômica. O discurso institucional psiquiátrico é considerado competente porque está centrado no modelo médico [organicista] pelo qual se organizam práticas assistências públicas. TSU (1991) afirma que,

“...esse discurso serve tanto à consideração de determinantes psicossociais da loucura, como à confecção de uma fachada aparentemente humanística e terapêutica que encobre o fato de que a assistência psiquiátrica pública, cumpre em última instância, uma função reguladora do espaço social”. (p. 49).

Mesmo não sendo o enfoque principal, aponto esses aspectos para uma compreensão crítico-reflexiva da evolução e estruturação da assistência psiquiátrica, a fim de situar e compreender o foco central deste estudo, uma tentativa de aclarar as dificuldades de enfrentamento, no nível interacio-

nal, de dois horizontes estratégicos, ora revelados, ora mascarados, na realidade psicossocial do doente mental.

A construção teórica adotada desde então busca resgatar aspectos relevantes da assistência prestada ao doente mental institucionalizado, cuja situação cotidiana retrata uma dicotomia entre o fazer e o pensar.

Assim sendo, a enfermagem cede elementos teórico-práticos para seu exercício, no âmbito dessa especialidade, possibilitando-lhe melhor definição. Não resta dúvida de que a argumentação de maior ressonância entre estudiosos situa-se na conscientização da ação e intermediação das relações interpessoais, apontada anteriormente, enquanto dimensão no exercício profissional.

DE ROSAS (1987) afirma que o enfoque e a discussão sobre a sexualidade do doente mental passam pela discussão da qualidade da assistência prestada, intermediada pelas relações interpessoais que se inscrevem como mediadoras das atividades profissionais. Estas refletem o modelo da formação acadêmica em que um conjunto de elementos (cognitivos, ideológicos, informativos, icônicos e simbólicos) entram em ação, conjuntamente, movimentando constantemente esse sistema de informações, reelaborando a realidade psicossocial dos elementos envolvidos: o profissional e o doente mental.

Cada um dos envolvidos remete ao espaço da alteridade sua cota de conteúdos internos e externos, numa tentativa de compreender e adaptar esse processo produtivo das representações sociais, geradas cotidianamente.

A controvérsia entre o pensar e o agir constitui um desafio para o entendimento da sexualidade dos doentes mentais pois, segundo FRAGA (1993); ROLIM (1993); MIRANDA (1994); e ROCHA (1994), pouco ou quase nada alterou-se na preocupação com essa necessidade, tendo prioridade outros interesses profissionais e institucionais.

CAPÍTULO II. REFERENCIAL TEÓRICO:

Teoria das Representações Sociais (T.R.S.)

“Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas - mas que elas vão sempre mudando”.

Guimarães Rosa

1. Considerações Gerais

erge MOSCOVICI (1961), da escola construtivista francesa com seu célebre estudo sistemático, sobre a influência da psicanálise na sociedade parisiense [A Representação Social da Psicanálise], revolucionou o aspecto conceitual da investigação do senso-comun, revitalizando-o, tornando-o importante para a compreensão dos fatos e fenômenos sociais. Preenchendo as lacunas não explicativas para os mesmos, na perspectiva tradicional, ao mesmo tempo em que critica os modelos vigentes tecnocientíficos.

Nessa breve contextualização histórica fundamenta-se a Teoria das Representações Sociais, entendida como ponto de interseção entre as contradições existentes, oriundas da Psicologia Social [indivíduo - influência comportamental / cognitivista] e da Sociologia [fenômenos sócio-simbólicos - perspectiva no determinismo sócio-econômico], enquanto objetos de estudo [atitudes, opiniões, imagens, estereótipos, ideologia e visão de mundo] variáveis conforme o contexto psicossocial.

A apreensão dos objetos estudados por ambas revela-se contraditória e, às vezes, antagônica, no sentido de buscar a compreensão, estabelecendo entre si domínios conceituais na perspectiva estática do homem e do mundo.

Esse trabalho permitiu justamente evidenciar o dinamismo relacional existente entre o homem e seu mundo, elaborando e reelaborando seus significados, numa tentativa de adaptação à lógica dominante.

MOSCOVICI (1961/1967) conceitua as Representações Sociais (doravante utilizarei a sigla R.S. à sua referência) *como "uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos"*. Significa dizer que a sociedade, enquanto sistema político-econômico, produz efeitos estabelecendo um sistema de pensamento sobre si, oriundos da comunicação (na perspectiva de elaboração projetiva, mediada pela lingüística), enquanto informação sobre um corpo de conhecimentos, um assunto, uma pessoa ou um objeto em destaque. Esses efeitos são determinados no plano da interação social: a pressão à inferência, o engajamento e a dispersão da informação).

O termo R.S. designa tanto um conjunto de fenômenos, quanto o conceito que os engloba e a teoria construída para explicá-los (SÁ, 1993).

SPINK (1993) afirma que a psicologia social estuda as R.S. não apenas como conteúdo, mas como um processo [contexto/conteúdo] e, consequentemente revelando a distinção entre forma e abordagem. Sob esse enfoque

o **contexto** [instrumento] é entendido como o “...*aspecto fundamental da pesquisa, seja porque as representações são corpos estruturados pelo habitus e pelos conteúdos históricos que impregnam o imaginário social, seja porque são estruturas estruturantes desse contexto e, como tal, motores da mudança social*”. Quanto ao **conteúdo** [produto] a R.S. “*é valorativa antes de ser conceitual; responde a ordens morais locais, ficando como tal, prenhes de afeto; sendo conhecimentos práticos, estão orientadas para o mundo social, fazendo e dando sentido às praticas sociais*”.

MOSCOVICI (1978) elaborou o desenho de uma representação social demarcando o campo representacional, “*considerando como o modo do sujeito hierarquizar e coordenar os significados e atitudes*”, de acordo com o seu levantamento sistemático de todo o repertório simbólico à respeito do objeto de representação. Dessa forma, constitui-se no espaço da alteridade, composta por uma figura/imagem (aspecto icônico) e um significado (aspecto heurístico-sentido) em que “*toda figura comporta um sentido e em todo sentido uma figura*”.

A representação social, enquanto estrutura, chama a atenção para sua dupla natureza, entendida como interface, existente na mesma realidade psicossocial.

Por sua natureza, a RS apresenta-se como uma construção capaz de transformar algo desconhecido (não-familiar) em conhecido (familiar), revelando a interface, a interdependência da realidade psicossocial, cujos ele-

mentos estruturais e estruturantes são característicos dos seus aspectos conceitual e figurativo.

Entende-se por **construção conceitual** a capacidade de transformar algo desconhecido em conhecido atribuindo-lhe um sentido e por conseguinte, simbolizando-o.

Quanto à **construção figurativa**, o movimento se dá no sentido de transformar algo abstrato, procurando recuperar seu sentido no espaço da concretude, figurando-o e, portanto, tornando-o tangível, quase físico. Essa construção se dá em função do contexto cultural, revelando os meios de inserção do homem, frente às questões que envolvem inquietações, conflitos e diversidades, ao longo do seu *continuum*, enquanto possibilidade de desenvolvimento humano.

O enfoque psicossocial permite a compreensão do homem como “*um mecanismo de cognição e um instrumento de socialização e de comunicação*” (MOÑIVAS, 1994).

As R.S. são construídas a partir de três elementos relacionais: **conteúdo, objeto e sujeito**. Como **conteúdo** são estudadas as questões que envolvem informações, imagens, opiniões e atitudes.

Com relação ao **objeto**, refere-se a um trabalho, um acontecimento e uma pessoa. Finalmente o **sujeito** diz respeito ao indivíduo, à família e ao grupo social. Esse processo constitutivo das R.S. estabelece aspectos

compartilhados em constante movimentação, interação e modificação (GARCIA, 1993).

O aspecto estrutural de construção das R.S. não é estático tendo em seu bojo,

“...o constante movimento pelo qual um objeto torna-se representação supõe a reprodução estilizada do conteúdo representado, através de uma ‘digestão’ que possibilita a experiência sobre o objeto e sua reconstrução a partir da atividade simbólica do sujeito” (GARCIA, 1993:19).

Observa-se que não há distinção entre sujeito e objeto, perante o movimento constante entre os mesmos, promovendo uma interações através das quais ambos se modificam mutuamente.

MOSCOVICI (1978) estabelece proposições teóricas para elaboração de R.S., definindo dois processos provocados pelo efeito conjugado do funcionamento cognitivo e social: ancoragem e objetivação. Antes de descrevê-los é importante enfatizar o que é cognitivo.

A cognição, na concepção de Doise apud MONIVAS (1994) é estabelecida por representações cognitivas de tipos diferentes, entendida como o esforço que o homem faz para compreender a sua realidade, levando-se em conta sua característica psicossocial e a cultura.

A cognição está associada à quatro níveis de explicações: a) as imagens sociais que surgem dos processos intraindividuais em que o indivíduo organiza sua experiência deste envolvimento social; b) as representações sociais surgidas em contextos interindividuais e intrainstitucionais; c) as represen-

tações coletivas que surgem, dependendo da posição social que ocupa o sujeito, nas relações sociais; d) o nível dos valores e crenças compartilhados pelos sujeitos. Nessa perspectiva, a cognição social e as representações sociais podem funcionar como paradigmas “*tipo domínio*”. Um domínio pode ser caracterizado como um tema unificado ou um conjunto de fenômenos e de informações que têm entre si relação até o ponto de apresentar certa unidade (MOÑIVAS, 1994).

Os pensamentos circulantes numa sociedade contemporânea advêm de dois universos, cujos conteúdos aproximam-se da relação de dominação, em que a o sujeito busca, em seus movimentos compartilhados, adaptar-se às exigências sociais, intermediadas pelas constantes informações e pensamentos acerca de algo.

Nesse sentido a sociedade demarca, mediante conteúdos específicos, seu posicionamento entre os universos circulantes, os quais possibilitam a compreensão da realidade psicossocial estabelecida por seus sujeitos, em suas constantes e múltiplas interações.

Esses universos são reconhecidos com base no tipo de informação circulante que os detém, cuja fonte provém do saber formal e do saber informal, sendo o sentido deste valorizado à medida que desmistifica-o como saber anônimo, despolitizado, natural, atemporal e insignificante:

1) **o universo consensual**, entendido como o universo do senso comum, elaborado e reelaborado no dia-a-dia pelas interações estabelecidas

numa probabilidade discursiva sobre algo inquietante [assunto, acontecimento, pessoa ou fato] de interesse e importância para os sujeitos sociais. Assim, a interpretação do senso-comum não carece, tampouco precede uma investigação sistematizada para tornar compreensíveis as questões envolvendo algo inquietante, interessando aos sujeitos sociais o resultado, com repercussão ou não sobre suas vidas.

Daí dizer que a representação social se dá nesse universo consensual, intermediada pela atitude e imagem, expressa por seus sujeitos/membros à medida que “*torna algo estranho em familiar*”, ou seja, o “*veridicto precede o julgamento*” (MOSCOVICI, 1978).

2) **o universo reificado** é entendido como o universo da ciência envolvendo seus pressupostos teóricos e critérios técnico-metodológicos; exige para seu reconhecimento formal a neutralidade, a validade e o rigor.

O resultado obtido sobre algo inquietante desse universo advém das insatisfações e adversidades observadas nos universos consensuais, despertando no investigador o interesse em entendê-las. Esse resultado limita-se aos aspectos da vida acadêmica, na interação entre seus pares.

Afirma MOSCOVICI (1978) que esse universo torna algo familiar em não familiar, ou seja, o veredicto é sempre precedido pelo julgamento da ciência em suas dimensões.

Os dois universos atuam simultaneamente, modificando nossa realidade psicossocial, através do espaço interacional, no tocante aos níveis da informação circulante.

Baseado nesses universos, MOSCOVICI (1978) propõe como fundamentais a uma representação social os processos de ancoragem e objetivação.

2. Os Processos Sociocognitivos:

Ancoragem

Ancorar situa-se ao nível do conceito e categorias. Tem a “função de duplicar uma figura por um sentido” (MOSCOVICI, 1978), ou seja, trazer para categorias as imagens conhecidas. Para WAGNER & ELEJEBARRIETA (1994) a ancoragem funciona através da inserção do objeto de representação num marco de referência conhecido e, portanto, já conhecido e dominado. Prevê também a instrumentalização social do objeto representado.

Nossa memória tem a capacidade de estocar informações adquiridas no dia-a-dia, decorrentes das múltiplas interações sociais, é suficientemente capaz de fazer comparações, analogias e associações ao objeto a ser representado, inscrevendo-o ou não em categorias, resguardada a sua relação quanto à coincidência/divergência.

Esse mecanismo, associado aos dados internos, é chamado de classificação. Após esse processo comparativo-relacional é preciso estabelecer um nome / rótulo, batizá-lo, tomando como referência a classificação / categorização, para efetivar a denominação: fases do processo de Ancoragem.

Objetivação

Objetivar situa-se ao nível do conceito. Tem a “*função de duplicar um sentido por uma figura*” (MOSCOVICI, 1978). Significa dar materialidade a um objeto abstrato.

MOSCOVICI (1978) afirma que uma das faculdades mais obscuras do nosso processo de pensamento e linguagem é a habilidade para materializar uma abstração (seleção e descontextualização). Este poder baseia-se na habilidade mental para combinar uma representação à palavra.

A fragmentação das palavras nem sempre remete a uma realidade concreta, selecionada na busca da união entre o conceito e a imagem (núcleo figurativo), enquanto estrutura imaginária, que reproduz uma estrutura conceitual, de forma visível.

Toda representação social está organizada em torno de um núcleo central e elementos periféricos. O núcleo central de cada R.S. tem uma função **geradora** e outra função **organizadora** dos elementos que compõem as R.S.. O núcleo define a homogeneidade compartilhada pelo grupo, estabe-

lecendo um certo caráter normativo dos significados que contém (WAGNER & ELEJEBARRIETA, 1994).

A seleção, a descontextualização e o núcleo figurativo constituem a primeira fase da objetivação. A segunda fase é estabelecida quando o conceito é verdadeiramente naturalizado (naturalização), conferindo uma realidade plena ao que era abstração. Nessa fase, busca-se a lógica entre o percebido e o reexame do concebido, facilitando novas associações.

As representações sociais partem de dados internos e externos, do real e do pensado, do individual e do coletivo, em que se apresentam como um “*corpus*” organizado de conhecimentos, uma atividade psíquica tornando perceptível e inteligível a realidade física e social. É uma ligação cotidiana de troca e uma maneira de liberar a imaginação.

Pode-se acrescentar que as representações sociais produzem e determinam comportamentos através dos quais **define** a natureza dos estímulos e o significado das respostas.

Excedem a função de elaboração de comportamentos e comunicação interindividual e adotam a **ação** para decifrar, predizer e antecipar os atos dos sujeitos psicossociais, numa perspectiva projetiva dessa mesma realidade.

As representações sociais traduzem conflitos normativos, materiais e sociais, definindo o senso-comum, mediante instrumentos da comunicação interindividual, intraindividual e intrainstitucional.

As representações sociais têm abordagem cognitiva medida pelas dimensões dos espaços psicossocial, simbólico e interacional, os quais buscam o resgate compreensivo, crítico-reflexivo da realidade cotidiana da sociedade contemporânea.

O **espaço psicossocial** visa a: a) resgatar o papel do sujeito como produtor de sistemas simbólicos; b) dar ênfase ao estudo de sistemas simbólicos complexos, e; c) compreender as interações intra e intergrupos e o funcionamento e mudanças da sociedade (SOUZA FILHO, 1989).

O **espaço simbólico** compreende: a) a informação; b) a atitude ou valorização, e; c) o campo de representação ou imagem (MOSCOVICI, 1978).

Finalmente o **espaço interacional**, voltado para a informação circulante, busca compreender: a) a pressão à inferência; b) o engajamento e; c) a dispersão da informação (MOSCOVICI, 1978).

A Teoria das Representações Sociais, segundo Moscovici apud SOUZA FILHO (1993),

“...procura dar conta de um fenômeno, sobretudo urbano, em que o homem manifesta sua capacidade inventiva para assenhorar-se do mundo por meio de conceitos, afirmações e explicações, originadas no dia-a-dia, durante interações sociais, a respeito de qualquer objeto, social ou natural, para torná-lo familiar e garantir comunicação no interior do grupo e, também interagir com outras pessoas e grupos” (p. 109)

**CAPÍTULO III. CONSTRUÇÃO DA INVESTIGAÇÃO:
definindo a postura técnico-metodológica**

“... a metodologia inclui as concepções teóricas da abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do investigador”.

Minayo

Teoria das Representações Sociais (T.R.S.), dada a sua complexidade e ambivalência projetadas no espaço da alteridade, constitui um modo particular de observação sobre um fato, fenômeno, pessoa ou assunto em destaque, a qual amplia as possibilidades metodológicas, com o *“propósito de prever uma descrição das representações sociais, sua estrutura, conteúdo e evolução em diversos campos”* (MOSCOVICI, 1978).

A pluralidade de observação favorecida por seu aspecto metodológico remete à áreas e objetos diversos quanto a sua aplicação:

“...ao campo científico, a área cultural, a área social e institucional, ao domínio da produção, a área biológica, ao campo psicológico, a áreas da educação, ao estudo das redes e atores sociais e, as relações...”
(Jodelet apud MONIVAS, 1994).

Considero de importância relevante para a profissão de enfermagem a adoção dessa amplitude favorecida pelas R.S. Enquanto dimensão e estratégica metodológica, permite compreender melhor a inter-relação entre conteúdo, objeto e sujeito, apontando um conhecimento cujo vínculo afetivo, sob certa medida, é motivador do processo compartilhado por seus sujeitos psicossociais.

Favorece uma reflexão crítica sobre o seu espaço, inserção e prática social, conferindo um valor influenciado pelo saber do senso comum e da ciência, fazendo emergir um conflito que gera inquietação e desequilíbrio, à medida que obriga os envolvidos, a buscarem recuperar o equilíbrio adequado e desejado para garantir-lhes um nível de satisfação compatível com suas angústias, defesas, elaborações simbólicas e apreensão do “*insight*”, ou seja, readaptar-se mediante processos compartilhados através do relacionamento intraindividual, interindividual e interinstitucional.

O exercício da enfermagem está inserido num contexto abrangente. O caráter da profissão, às vezes convergente, múltiplo, heterogêneo, conflitivo, ambivalente, afetivo e valorativo projeta uma infinidade de questionamentos. Esta situação reflete sua singularidade e carrega a preocupação dos seus atores que buscam conhecimentos sobre a profissão, nos diversos níveis de sua atuação social.

Nesse sentido, entendo que a Enfermagem e as Representações Sociais convergem em vários aspectos: ambas são múltiplas e capazes de ser apreendidas sob diversos pontos de vista e nos espaços conflitivos a elaboração simbólica recebe influências do saber formal e informal.

O exercício diário revelado na prática profissional apresenta um elenco de problemas relacionados a fatos, fenômenos ou assuntos relevantes, que exigem do enfermeiro importantes tomadas de decisões.

As respostas dar-se-ão em dois sentidos;- quando podem ser enquadradas dentro dos critérios estabelecidos institucionalmente são consideradas corretamente e dessa forma salvaguardam os múltiplos interesses envolvidos, incluindo o do próprio profissional; - quando a resposta traduz a ausência de um rigor formal e lógico, preconizado pelo modelo científico, pesando muito mais a intuição pessoal, próximo das resoluções cotidianas e privadas de cada um dos sujeitos envolvidos as consequências podem determinar transformações ou novas práticas.

Dentre os vários temas suscitadores de questionamentos, decidi-me por aquele, cuja percepção despertada no exercício profissional, nega a sexualidade do doente mental, caracterizando um fato evidente.

Parto do pressuposto de que o processo de reclusão do doente mental, no contexto institucional, tem dos profissionais enfermeiros uma argumentação sugerida pelo discurso do amparo legal, à medida que os resguardam das agressões, promovendo conforto, proteção e segurança, negando-lhes a sexualidade.

Neste estudo utilizo as instituições de Saúde Mental/Psiquiatria do Município de Ribeirão Preto - SP, como campo de investigação.

LAKATOS (1991), referindo-se à construção/levantamento do problema diz ser uma

“...dificuldade teórica ou prática, no conhecimento de alguma coisa de real importância, para a qual se deve encontrar uma solução”. É importante para sua definição, ainda segundo estas autoras, “especificá-lo

em detalhes precisos e exatos (...) com clareza, concisão e objetividade (...) de forma interrogativa...”(p. 126)

Esses pressupostos, como norteadores de definição da pesquisa, trazem consigo a crítica sobre o rigor da investigação em Representação Social.

Faz-se necessário observar que a crítica se reporta aos métodos qualitativos como um todo, traduzida resumidamente na falta de rigor ou objetividade. SPINK (1993) afirma que a objetividade “*é o elemento de sustentação da atividade científica*”, embora na essência traduza “*o risco intelectual do erro*”, remetendo a “*uma realidade empírica passível de ser decifrada por meio da reflexão e da pesquisa.*” Significa compreender que há uma “*verdade absoluta*”, não transparente.

A discussão sobre a objetividade na pesquisa qualitativa remete à questão da fidedignidade dos dados e à validade como aspectos a serem considerados na pesquisa qualitativa, enquanto compromisso do pesquisador para com o objeto de sua investigação.

Embora não caiba neste trabalho resolver os impasses epistemológicos referentes à pesquisa qualitativa, mas entendo que é uma oportunidade para refletir sobre a questão e firmar um compromisso com o ato de investigação, especialmente quanto a objetividade, o rigor e a fidedignidade.

Identificar as representações sociais dos profissionais enfermeiros apresenta-se como o principal objetivo atingido por esta investigação, em-

bora outros objetivos possam estar embricados neste processo. Tenho em vista as representações sociais do enfermeiro à respeito da sexualidade do doente mental. Focalizo a pesquisa na conduta adotada, entendida como uma projeção e uma estratégia discursiva, frente as situações vividas, relatadas e/ou observadas em que a sexualidade do doente mental constitui um fato evidente no contexto institucional.

Em relação à coleta e ao tratamento dos dados, concordo com SOUZA FILHO (1993) que salienta a importância da formulação adequada da pergunta, a fim de que a resposta seja uma possibilidade em termos de RS. Dessa forma, descarta-se o aspecto dicotômico de causa e efeito, favorecendo uma “*interação*” entre os elementos estudados. Essa pergunta deve ser descontextualizada, a fim de facultar a apreensão do tema em estudo.

Na realização deste estudo utilizei amostras das diferentes populações de enfermeiros(as) das instituições psiquiátricas de Ribeirão Preto¹: 1) Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (vulgo Hospital Santa Teresa) - macro hospital detentor do maior número de pacientes crônicos; 2) Unidade de Internações do Hospital das Clínicas; 3) Unidade de Emergência; 4) Hospital-Dia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, e; 5) O Ambulatório de Saúde Mental do Hospital Espírita Vicente de Paulo.

1. O Instrumento

A Fundamentação Projetiva

doto como procedimento técnico-metodológico um instrumento baseado nos métodos projetivos. O pesquisador nessa perspectiva constrói seu caminho metodológico no momento em que consegue explicitar o processo, visto que a metodologia não se constitui em algo acabado.

Os procedimentos projetivos têm tradição na Psicologia Clínica, na apreensão psicodinâmica da personalidade. Consistem em possibilidades de criar o campo transicional, na tentativa de fazer emergir o que existe de mais verdadeiro para o sujeito.

A terminologia procedimentos projetivos aparece na literatura pertinente em 1939, elaborada por L.K. Frank, a fim de explicar o parentesco entre três provas psicológicas: o teste de **associação de palavras** de Jung (1904), os testes das **manchas de tinta** de Rorschach (1920) e o Teste de **A-percepção Temática** (T.A.T) de Murray (1935). Frank salienta que a associação dessas técnicas permite investigar a personalidade, num processo dinâmico e holístico (ANZIEU, 1970).

¹Oportunamente serão encaminhados à comunidade os resultados obtidos neste estudo por acreditar na possibilidade de uma reflexão-crítica sobre a realidade institucional no trato das questões que en-

ANZIEU (1970), falando sobre os procedimentos projetivos, chama a atenção para a necessidade de utilizar testes variados, a fim de *"detectar a problemática peculiar do sujeito"*, cuja vantagem *"decorre da possibilidade de que um se revele melhor para efeito de se captar certo aspecto que não se revela acessível a outro"*.

Os procedimentos projetivos tendem a revelar os aspectos não revelados a nível consciente e racional, como nos casos de investigação, cujo objeto se encontra revestido por normatizações sociais, podendo ser um assunto ou tema, entendido por seus sujeitos como um tabu.

Os procedimentos projetivos inspiram-se em recursos gráficos, na problemática peculiar a um sujeito, cuja vantagem decorre da possibilidade de utilização e aplicação, facultando a articulação entre desenho, atividade e linguagem. O desenho constitui por si mesmo uma manifestação discursiva; por conseguinte, assume uma forma comunicativa.

Levy apud TRINCA (1989) afirma que

"...o desenho pode ser projeção do autoconceito, uma projeção de atitudes para alguém e ambiente, uma projeção da imagem ideal do eu, um resultado de circunstâncias externas, uma expressão de padrões e hábitos, uma expressão de tonalidade emocional, uma projeção de atitudes do sujeito para com o examinador e a situação, uma expressão das suas atividades para com a vida e a sociedade em geral (...) pode ser uma expressão consciente ou pode incluir símbolos profundamente disfarçados, expressivo de fenômenos inconscientes."(p.3).

A afirmativa acima refere-se ao procedimento de Desenhos-Estórias (D.E.). Todavia, entendo que extrapola a circunscrição do mesmo.

Considerada sua importância e possibilidade de adaptação esse procedimento serviu como fonte original para o processo criativo de elaboração do instrumento de investigação do presente estudo.

O termo projeção, de ampla aplicação em psicologia, "*se deve ao fato dos diversos sentidos da palavra (...) todos cabíveis no caso em questão*" por "*evocarem sua multidimensionalidade, especificidade e fecundidade*" (ANZIEU, 1970).

ANZIEU (1970) afirma que no "*procedimento projetivo o indivíduo fica livre para dizer ou fazer o que quiser, a partir do material apresentado e do tipo de atividade que lhe é proposto*". Por essa peculiaridade, observa-se a sua proximidade às regras do jogo, enquanto uma brincadeira.

No estabelecimento do marco contratual entre pesquisador e pesquisado, a interação assume o aspecto de transicionalidade, defendida por Winnicott (1978).

VAISBERG (1995) diz que as regras desse brincar, enquanto investigação, assumem peculiaridades específicas para cada um dos envolvidos. De um lado o sujeito sabe que está sendo investigado embora desconheça as regras que o outro, o pesquisador conhece. No outro ponto situa-se o pesquisador, quando sugere a brincadeira com proposta projetiva, que significa uma pergunta feita de modo cifrado.

O que se percebe nesse contexto é a criação de um espaço do “*faz de conta*”, no qual as perguntas são transicionalmente formuladas (através da imaginação simbólica) e as respostas são dadas da mesma forma. Significa dizer que a apreensão das R.S. nesse enfoque psicodinâmico facilita o conhecimento do aspecto afetivo inconsciente que se delineia através de detecção das angústias, defesas, elaboração imaginativa e pontos objetivos, bem como o alcance de “*insight*”.

A Inspiração do Instrumento

contribuição principal desse procedimento criativo apoia-se no teste de complemento de diálogos, comumente chamado de Teste de Rosenzweig (1949), em que se associam imagens às frases. Esse teste visa à apreensão da relação agressão-frustração. Desenhado de modo esquemático, sua apresentação gráfica lembra as histórias em quadrinhos das revistas infantis.

Na adaptação do instrumento para este estudo, adoto a roteirização sugerida originalmente, embora eu apresente a fisionomia, os movimentos e as ações dos personagens, explicitamente. Quanto às falas dos personagens, adoto não observo a lateralização proposta. Mantenho o diálogo entre os personagens sem, contudo, priorizar a posição fixa entre eles. Existem cenas que não apresentam diálogos explícitos, todavia sugerem um raciocínio e uma possibilidade dialógica.

Em algumas pranchas, mantive deliberadamente duas condições de manifestação sobre a cena, ou seja, uma comunicação verbal e/ou um raciocínio [pensamento] acerca do que se apresenta.

Justifico essa decisão estratégica por acreditar na maior capacidade oferecida ao sujeito pesquisado, favorecendo maior liberdade de expressão.

Utilizo como fontes de inspiração coadjuvante outras contribuições: o **Desenho-Estória com Tema** de TRINCA (1989) - cada uma das cenas desenhadas diz respeito ao tema sugerido e explicitado com base no dia-a-dia do doente mental e sua relação com o profissional enfermeiro e o contexto institucional; - o **Teste da Figura Humana** de Machover (1949) - os personagens apresentados são figuras humanas em situações de relacionamento interpessoal, contextualizados no espaço institucional, em seu cotidiano, e; - o **Teste de Apercepção Temática** (T.A.T.) de Murray (1935) - os desenhos [pranchas] acromáticos obedecem a um roteiro preestabelecido.

O instrumento foi desenvolvido e executado pelo próprio pesquisador enquanto recurso gráfico e fundamentação teórica. Neste processo de construção inspiro-me em diferentes traços gráficos, expressamente calcados do “*comics*”, por entender que os desenhos adotados (não sistematizados graficamente), reproduzem o drama da vida dos sujeitos psicossociais.

Além disso, significa uma expressão de arte e como tal evoca lembranças e permite o ingresso no universo menos racionalizado. Algo próximo à fantasia.

Sem sobra de dúvida a concretização deste material representa tanto a visão da enfermagem em relação as situações do cotidiano de seu trabalho por eu ser um membro desse grupo, como também representa o resultado da minha interpretação pessoal do tema.

Os desenhos apresentam-se revestidos de singularidades pertinentes, em certa medida, ao universo das revistas em quadrinhos, evocando a descontração sugerida em suas leituras, por seu conteúdo gráfico rico em fantasias e sonhos, possibilitando um mergulho inconsciente e relaxado na tarefa proposta por esta pesquisa.

Adoto o pseudônimo **Ayres**, na forma de rubrica. Utilizo os recursos da informática, via scanner, para a reprodução das pranchas e confecção final da cartilha.

A este instrumento denomino **Técnica de Investigação em Situações Cotidianas - T.S.C.** Sua elaboração, enquanto instrumento de pesquisa, inscreve-se no rol dos procedimentos projetivos, tendência atual de muitos estudos em Representação Social.

Essa perspectiva possibilita questionamentos da ação, da decisão e da reação, descontextualizada, próximo às regras do brincar. O T.S.C. permi-

te investigar situações observadas no cotidiano institucional não restrito ao profissional enfermeiro.

Uma das vantagens que se percebe no T.S.C. e em outros procedimentos projetivos com esta finalidade é a capacidade de favorecer uma investigação ao nível inconsciente. Devido a diminuição das atitudes defensivas afasta a possibilidade de respostas racionais e socialmente corretas. Dito de outra forma, afasta as possibilidades de respostas politicamente corretas, cuja frequência se acentua na proporção inversa à elevação do grau de instrução dos sujeitos psicossociais.

A Construção Gráfica

crescimento que alguns comentários relevantes sobre o processo de elaboração das pranchas e seus respectivos temas.

Os temas são elencados sequencialmente, tal como uma rotina institucional, independentemente do período da jornada de trabalho do profissional enfermeiro:

01. Início da Jornada...	09. A Dança...
02. O Banho 1...	10. O Olhar...
03. A Medicação...	11. O Banho 3...
04. Surpresa...	12. O Grupo...
05. O Banho 2...	13. A Fuga...
06. A Contensão...	14. O Relato das Ocorrências...
07. A Vigília...	15. A Saída...
08. O Cafezinho...	16. Descanso.

Personagens como Profissionais - Os personagens profissionais em geral não se encontram identificados quanto ao nome ou a imagem gráfica, excetuando-se na cena contida na prancha “A Fuga”. Em algumas cenas o profissional aparece explicitamente identificado como “Enfermeira”, tal como nas pranchas “O Banho 1 e A Fuga”. A expressão facial desses personagens não apresenta necessariamente a mesma característica fisionômica .

Os personagens não evocam os símbolos socialmente reconhecidos como próprios da enfermagem, excetuando-se a prancha “A Vigília”. Embora, na prancha “A Medicação”, a seringa possa estar associada à imagem e à prática da enfermagem, a mesma não constitui um instrumento exclusivo, sob o ponto de vista do seu manuseio.

Adoto com maior frequência, na construção das pranchas, cenas em que a figura da enfermeira é evidenciada. Tal fato deve-se à própria realidade dessa categoria profissional, por ser o elemento enfermeiro notoriamente identificado como constitutivo minoritário.

Nas pranchas em cujas cenas aparece o profissional masculino, mantive a sua não identificação quanto ao exercício profissional, podendo ser um enfermeiro ou outro profissional da instituição. O masculino reforça a não associação aos símbolos ligados à enfermagem na proporção que está associado à imagem da enfermeira.

Personagens como Doentes Mentais - Priorizo os desenhos em cujas cenas aparecem personagens do sexo masculino, tendo como argumentação o provável e possível efeito impactante sobre a profissional do sexo feminino.

As pranchas com temas denominados “O Banho 1, 2 e 3” contêm práticas freqüentemente observadas e adotadas pelo doente mental, respeitadas as especificidades psicopatológicas. Revelam também uma certa pista para o que se deseja investigar, através da exposição parcial ou total do corpo. Nesse sentido há um confronto direto com a exposição do corpo, capaz de revelar informações acerca de sua sexualidade, ao mesmo tempo que relembra ao profissional enfermeiro o locus de sua prática, o corpo.

A Aplicação do Instrumento - A cartilha

Dotada de recursos gráficos acromáticos, retrata os personagens em interações, cujas cenas se desenvolvem no cotidiano institucional em que estão inseridos.

Construída numa seqüência, contém 16 páginas correspondentes a igual número de pranchas; uma folha de apresentação; outra contendo as instruções necessárias; e uma outra folha contendo as informações complementares ou dados pessoais (Quadro N. 1).

Informações a serem colhidas por ocasião da aplicação do instrumento	
Dados de Identificação	
Instituição:	_____
Nome/Abreviado:	_____

Sexo:	Fem. ☐	Masc. ☐
Idade:	_____ anos	
Tempo de serviço nesta instituição:	_____	
Tempo de serviço em saúde mental/psiquiatria:	_____	
Graduado em:	_____ Instituição formadora: _____	
Titulação:	_____	

Quadro N. 1 - Informações complementares

Cada página da cartilha mostra uma cena contendo explicitamente ou não um diálogo entre os personagens envolvidos, apresentando imagens capazes de evocar ao investigado um significado. O entrevistado expressou-se complementando o diálogo sugerido, respondendo o quealaria mediante as circunstâncias da cena, e o que imaginaria sobre a mesma. Estas alternativas oferecem mais possibilidades para o investigado expressar-se sobre cada prancha, obedecendo e respeitando sua livre escolha, quer seja verbalizando, quer seja imaginando.

A cartilha é composta de pranchas cujas cenas tendem ao registro seqüencial, sob certa medida cronológico, de uma ou mais situações vividas, imaginadas e/ou relatas no decurso de uma jornada de trabalho.

As respostas foram registradas de várias maneiras: manuscritas na própria cartilha, em folha de papel tipo ofício, obedecendo a seqüência de pranchas sugeridas, e gravadas em fita cassete.

A importância da presença do investigador reside na medida em que amplia as possibilidades de captar as nuances originadas na situação de interação entre os envolvidos que foram registradas pelo pesquisador em folha anexa e ajuntada às respostas delas à cartilha.

2. O Teste Piloto

material de aplicação adotado para coleta de dados, desenvolvido para este estudo, denominado T.S.C., foi aplicado em caráter experimental[teste piloto], a fim de garantir observações acerca da sua capacidade para atender às exigências preestabelecidas para esta investigação assim como sua adequação técnico/científica.

A testagem foi aplicada a três sujeitos que participavam de um Curso sobre Representações Sociais, tendo as técnicas projetivas como procedimento técnico-metodológico para sua apreensão e o enfoque psicodinâmico como referencial teórico. Essa experiência, permitiu à todos os participantes do curso a oportunidade de acompanharem o desenvolvimento do procedimentos, tendo por base as explicações teóricas que os fundamentaram, o processo de criação das pranchas, a coleta e a análise dos resultados obtidos.

A cartilha do T.S.C., com o título “**O dia-dia do profissional enfermeiro**”, foi apresentada inicialmente aos três sujeitos participantes da amostragem. Foi aplicado o instrumento, seguido da discussão coletiva com aos demais participantes do curso.

Ressalto que essa experiência, não muito corriqueira na prática da Pós-Graduação na Enfermagem - EERP/USP, apresenta um aspecto inovador e relevante, no sentido de dar subsídios e propiciar uma avaliação grupal sobre um tema em investigação.

Uma de suas vantagens é que favorece uma discussão crítico-reflexiva sobre o instrumento e sua capacidade de apreensão, por apresentar diversos pontos de vista além do que o pesquisador recebe contribuições significativas para o recurso técnico-metodológico adotado.

Destaco as considerações apontadas para este instrumento: atende as exigências preestabelecidas para o estudo de um tema considerado tabu; revelou o aspecto criativo, original e relevante para esta temática; faculta a apreensão de outros dados, além do recorte definido para o estudo em tela; possibilita a utilização noutras situações encontradas no dia-a-dia do profissional enfermeiro; despertou interesse em geral por sua utilização enquanto estratégia de investigação, utilizando-se técnicas projetivas em Representação Social; permite ser aplicado a outros sujeitos, não somente à clientela definida neste estudo.

Sugestões foram apontadas para a melhoria do instrumento, tais como: a simplificação das instruções para o seu preenchimento; acrescentar legenda para que o entrevistado possa assinalar a situação de sua experiência [vivida, imaginada e/ou relatada]; acrescentar rubrica nas pranchas para garantir a originalidade e a criatividade; manter as fisionomias dos personagens pro-

fissionais identificados em todas as cenas da cartilha, etc. As três sugestões elencadas inicialmente foram consideradas relevantes e devidamente acatadas.

3. O percurso da coleta de dados

coleta dos dados foi realizada nas cinco (05) instituições públicas² que prestam assistência ao doente mental, no município de Ribeirão Preto, totalizando dezessete (17) enfermeiros entrevistados, distribuídos a saber: oito (08) do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (vulgo, Santa Teresa); quatro(04) da Unidade de Internação do Hospital das Clínicas da FMRP; dois (02) do Sanatório Espírita Vicente de Paulo; um (01) da Unidade de Emergência, HC/FMRP: e dois (02) do Hospital-Dia, HC/FMRP.

² Do universo investigado, somente dois (02) dos profissionais enfermeiros são do sexo masculino, enquanto os quinze (15) restantes pertencem ao sexo feminino. O tempo de serviço variou de cinco (05) meses a vinte (20) anos de atuação nessa área específica. Quanto ao tempo utilizado para responder a cartilha do T.S.C., variou de vinte e cinco minutos (25min) a duas horas e vinte cinco minutos (2h25min), sendo a frequência média em torno de cinquenta minutos (50min). Quanto a faixa etária dos profissionais enfermeiros, prevalecem as incluídas na faixa dos 30-40 anos: doze (12), enquanto que na faixa compreendida entre 40-50 anos, somente cinco (05). Esses dados socioantropométricos foram obtidos através das informações complementares, inclusas no instrumento. Esses dados e outros obtidos serão utilizados em estudos posteriores.

Em respeito às orientações técnicas sobre pesquisa no país, resguardou-se a instituição e o profissional através da codificação: cada instituição recebeu uma identificação (I) e, cada sujeito entrevistado foi identificado por (E). À medida que foram realizadas as entrevistas, as letras que identificaram quer a instituição, quer o profissional, receberam em acréscimo um numeral, em algarismo arábico, em ordem crescente.

Do total de sujeitos entrevistados, dois (02) [I3E1;I4E2] responderam à cartilha do T.S.C. como se estivessem sendo submetidos ao T.A.T. (Teste de Apercepção Temática). Foram analisadas de acordo com os demais, que responderam ao estímulo visual do T.S.C., gravada em fita k-7 e a outra escrita na própria cartilha.

A maioria dos entrevistados, quando iniciavam e/ou terminavam o processo de respostas, manifestavam verbalmente uma PREOCUPAÇÃO em ter RESPONDIDO as perguntas das pranchas DE ACORDO, deixando emergir o receio de não ter atendido às exigências, como se esse posicionamento remetesse a uma situação de participação em modelos de entrevistas mais tradicionais.

As instruções fornecidas pelo entrevistador, por ocasião da coleta de dados, junto aos profissionais envolvidos neste estudo, seguiram um roteiro mínimo sobre o objeto de investigação em que foram priorizados os seguintes aspectos:- a importância da colaboração de cada um;- a adoção de um

instrumento diferenciado do usualmente concebido e adotado;- uma pesquisa que utiliza como inspiração instrumentos da Psicologia Clínica como forma de perguntar;- a garantia do sigilo;- a intenção de descobrir as Representações Sociais sobre o corpo do doente mental, objeto da nossa intervenção, no qual realizamos a nossa prática profissional.

A dificuldade foi percebida como uma incerteza quanto às regras desse participar. Este estudo ao ser verbalizada pelos entrevistados, demonstrou quase que constante o desconhecimento da clareza das regras e da temática em investigação. Provocou receio quanto de sua adequação perante o instrumento de coleta, ao mesmo tempo em que conflituava com a intenção de dar respostas satisfatórias. Dessa forma, o instrumento revelou-se, sob certa medida, como uma atividade ansiogênica.

Destacou-se no conjunto das entrevistas, uma tendência para nominar os personagens das cenas contidas nas pranchas, no sentido de resgatar o respeito pelo ser humano, na busca de uma valorização humanística. Uma tentativa de socialização na/e manutenção da sua identidade, mesmo que deteriorada e/ou em processo de deterioração, como um critério mínimo de respeito à sua condição humana.

As entrevistas, por ocasião da sua coleta, foram realizadas no próprio ambiente institucional, dentro do período em que os profissionais enfermeiros exerciam as suas atividades profissionais.

Em duas instituições, houve interferência por solicitações oriundas da demanda própria do serviço. Na primeira instituição, a entrevista se deu na sala de recreação, quando a maioria dos pacientes participavam do grupo operativo, permanecendo em circulação na clínica, além de alguns funcionários, somente os pacientes que se encontravam sem condições de participar dessa atividades.

Na outra instituição, a entrevista realizou-se em ambiente fechado, na sala da chefia de enfermagem. Por ser o entrevistado responsável pela chefia do serviço, verificaram-se algumas interferências, no sentido de garantir o andamento da rotina de trabalho, mesmo com o aviso prévio, nos setores, da ocupação com essa tarefa. Nas demais instituições, as entrevistas foram realizadas em circunstâncias de privacidade.

As entrevistas realizadas com enfermeiros que, por ocasião da coleta, exerciam atividades de chefia e gerenciamento dos serviços de enfermagem, foram consideradas por apresentarem efeito satisfatório nas informações acerca do objeto de investigação.

Vale aqui lembrar que foi necessário submeter o projeto, à apreciação das Comissões de Ética das instituições. Era exigida uma cópia do projeto em questão, porém a cartilha do T.S.C. não foi enviada às instituições, sendo, portanto o critério que garantiu a inclusão e o aproveitamento de todos os profissionais.

O material coletado pelo T.S.C. foi abundante em qualidade e rico em conteúdo, extrapolando as expectativas iniciais. Ao reconhecer essa abrangência necessário se fez priorizar, somente e tão somente, as entrevistas centradas no foco dessa investigação.

Do T.S.C. composto por 16 (dezesseis) pranchas, as quais apresentavam cenas do dia-a-dia de trabalho dos enfermeiros, foram selecionadas 06 (seis), que apresentaram estímulo visual mais insinuante, mais diretivo, ou seja, as que foram determinantes e facilitadoras para a compreensão do entrevistado, tornadas relevantes e adequadas, enquanto foco da sexualidade do doente mental.³ (Quadro N. 2).

Nesse sentido, concordo quando Gibson apud MOSCOVICI (1978), referindo-se à percepção afirma, diz

“A percepção visual não dá muitas vezes a impressão de um saber, mas sim de um conhecimento imediato ou de um contato direto”. (p.112)

√ D.02 - “O Banho 1...” - Sua temática revela o homossexualismo masculino. Os corpos dos personagens apresentam-se em posição anterior, priorizando a cabeça e o tronco.

√ D.04 - “A Surpresa...” - A temática é centrada na fantasia sexual do doente mental, focalizando a face e sua expressão em plano anterior.

√ D.05. “O Banho 2...” - O auto-erotismo[masturbação masculina] revela-se como a temática desta cena. A construção desta prancha apresenta a exposição do corpo masculino em plano posterior.

³As demais pranchas excluídas da presente análise, devidamente respondidas pelos 17 (dezesete) enfermeiros que compõem a rede de atendimento ao doente mental (05 serviços), em Ribeirão Preto, num total de 09 (nove) serão utilizadas, oportunamente, noutros estudos.

√ D.09 - “A Dança...” - A interação física entre o casal é o estímulo desta prancha, focalizando o corpo dos personagens adequadamente vestidos, em plano antero-posterior.

√ D.10 - “O Olhar...” - A temática é o homossexualismo feminino, focalizando o olhar, através da face, cuja construção se apresenta em plano lateral.

√ D.11 - “O Banho 3...” - O erotismo representa a mensagem desta cena. A exposição corporal apresenta-se parcialmente, focalizando o corpo feminino em plano anterior.

Quadro N. 2 - Pranchas selecionadas sobre a sexualidade do doente mental

Das pranchas excluídas, uma se apresenta com as características necessárias para a seleção do estudo da sexualidade do doente mental, denominada “A Fuga...”. Essa prancha apresenta personagens de sexos opostos em situação conforme título atribuído.

A sua exclusão revela que a questão da sexualidade não foi percebida pelo profissional enfermeiro como algo em primeiro plano, sendo preterida como inexpressiva, contrapondo-se ao imediatismo da própria condição de fuga, muito mais temida na concretude da prática diária., algo muito mais próximo à polícia e à justiça.

Por outro lado, ao preterir a sexualidade e ao decidir-se pela posição de policiamento, entendido como busca e apreensão, reforça a estratégia de negação, observada pela priorização dada a essa questão, assim como contém um movimento defensivo desse profissional.

Dito de outra forma, ao redimensionar a estratégia de atuação, quando não há clareza sobre o efeito desejado de intervenção, faz do profissional enfermeiro um especialista. Nesse sentido, tem a garantia da sua prote-

ção, individual e profissional, contra as agressões presumíveis e/ou decorrentes das ameaças que a sexualidade pode representar.

Negar faz parte de uma exigência norteadora, embora não explicitada oficialmente, permeando toda a sua ação e, enquanto exigência *sine qua non* para desempenhar seu papel socialmente aceito.

Pode entrever que essa percepção se caracteriza por fragmentos normativos de instituição total, no caso o hospício, cuja rigidez das regras estabelecidas sobre a sexualidade constitui um valor moral que se aplica em duas direções, concomitantemente, ao doente mental e aos prestadores da assistência a ele (MIRANDA, 1994).

Ainda sobre as pranchas excluídas, observa-se um encaminhamento voltado para as manifestações da sexualidade: a figura do profissional enfermeiro, não sendo, por ora, intenção desta investigação.

Todas as pranchas que compõem a cartilha do T.S.C. apresentam, em certa medida, a sexualidade como foco, inserida quer em situações de intervenção, quer de interação psicossocial desse profissional, cuja compreensão dessa evidência reside no *locus* que é o corpo humano, um todo psicossocial, objeto de sua intervenção e aprendizagem.

Foucault (1983) ao falar sobre o método, enquanto objeto de apreensão de um tipo de saber sobre a sexualidade, chama a atenção para de-

terminantes calcados na prudência, sob certo sentido acatado pelo T.S.C., em busca dessa compreensão, diz

“...analisar a formação de um certo tipo de saber sobre o sexo, não em termos de repressão ou lei, mas em termos de poder. Esse ‘poder’, porém, corre o risco de induzir a vários mal-entendidos. Mal entendidos a respeito de sua identidade, forma e unidade” (p.88).

CAPÍTULO IV - ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO:
em busca da compreensão cotidiana

“Ninguém pode construir em teu lugar as pontes que precisarás passar, para atravessar o rio da vida - ninguém, exceto tu, só tu”.

Nietzsche

profissional enfermeiro aparece sempre como um intruso, com ou sem a consciência sobre a sua posição. Percebida, entendida e cristalizada pela estratégia organizacional da instituição que é por ele aceita, sem uma avaliação crítica sobre essa atribuição, atendendo, dessa forma, aos interesses institucionais, em que o deslocamento da sua atuação amplia-se, atingindo aspectos múltiplos desse contexto (FRAGA, 1993), dando-lhe um pretenso estatuto de onipresença e onipotência.

O profissional enfermeiro aceita essa condição como também a responsabilidade derivada, valorizando-a e assimilando-a enquanto tarefa capaz de efetivar o reconhecimento pelo seu desempenho profissional. Para manter esse estatuto, o mesmo é confrontado com situações de intervenções das mais díspares e múltiplas, além de ser dele exigido um bom desempenho atlético, algo próximo a um fundista ou maratonista.

A exigência da rapidez e da agilidade, freqüentemente solicitada, enquanto critérios norteadores do desempenho qualitativo desse profissional, tem por base um substrato calcado nas regras de um jogo. Essa solicitação ao profissional enfermeiro e seu desempenho atlético são direcionados pela filosofia institucional, em que através do espaço físico-geográfico é-lhe cobrada, enquanto elemento atributivo da qualidade do seu papel.

Por outro lado, essa exigência institucional se contrapõe aos aspectos teóricos e conceituais da sua instrumentalização, gerando uma dicotomia para o profissional, que repercute nas suas relações com seus pares e demais segmentos da sociedade. É uma estratégia que fragmenta o todo da profissão, enquanto conhecimento compartilhado por todos, quase sempre revelando e refletindo em má qualidade da assistência prestada (FRAGA, 1993; ROLIM, 1993; MIRANDA, 1994; e ROCHA, 1994).

O profissional enfermeiro, assoberbado frente à todas e diversas possibilidades de intervenções e múltiplas solicitações, atua como um amortecedor humano dos conflitos subjacentes desse contexto institucional.

Enquanto elemento catalisador do atendimento ao doente mental, torna-se, dentre os demais profissionais, aquele que detém o conhecimento. Torna-se, em tese, o maior conhecedor das múltiplas facetas da realidade institucional que à seu turno, provoca um efeito acentuado e cumulativo sobre si,

ocasionando um maior desgaste físico e emocional sem que saiba como utilizar produtivamente este conhecimento.

Nesse espaço da sua atuação, o profissional enfermeiro desenvolve estratégias de defesa, enquanto condição suportiva para atenuar o sofrimento individual e o impacto dessa problemática nas relações interacionais desse meio.

A consequência maior dessa estratégia é agravada pela falta de condições, disponibilidade, interesse e consciência crítica para resgatar o conhecimento do seu dia-a-dia, atendo-se tão somente às exigências institucionais, enquanto profissional controlador desse espaço, com muitas obrigações e poucos saberes e poderes sobre a realidade desse espaço da sua atuação profissional.

A manutenção dessa condição de tarefeiro, pela instituição de pertença, tende a torná-la cristalizada, não facultando possibilidades capazes de ajudá-lo a compreender essa atuação nem de crescer profissionalmente: dentro e fora da instituição. Associada a essa problemática, falta estímulo individual para desenvolver uma consciência crítica, através da reciclagem, atualização e da produção científica, que poderia revelar aspectos significativos da realidade institucional.

Por sua natureza, pode-se inferir que, através dessa estratégia e estatuto imposto e/ou atribuído ao profissional enfermeiro, a instituição de

assistência psiquiátrica revela-se com o propósito definidor e bloqueador dessa perspectiva e assim garante os interesses institucionais e hegemônicos envolvidos.

O profissional enfermeiro reconhece a temática deste estudo nas pranchas em que a sexualidade do doente mental se apresenta mais ou menos explicitada, através de estímulo visual, numa seqüência de cenas que retratam o cotidiano de sua inserção profissional. Essa estratégia foi adotada a priori para propiciar ao mesmo um ingresso na problemática do seu dia-dia, enquanto conhecimento do senso comum, sem despertar de imediato o foco desta investigação, pois, concordando com SANTOS (1995),

“...o senso comum é transparente e evidente (...) prático e pragmático (...) indisciplinar e imetódico (...) reproduz-se espontaneamente no suceder cotidiano (...) aceita o que existe tal como existe; privilegia a ação que não produz rupturas no real (...) é retórico e metafórico; não ensina, persuade” (p.56).

Essa concepção do senso comum resgata a significação histórica e social na produção da representação sobre a sexualidade. Sendo conhecida de todos, a sua explicitação direta, acarretaria certas dificuldades na sua apreensão, mesmo dentro de um modelo baseado em procedimentos projetivos.

Ao projetar esse questionamento, intencionou-se a busca de um conhecimento amplo e o mais fidedigno possível dessa prática profissional, ou seja, conhecer como é trabalhada a sexualidade pelo profissional enfermeiro no conjunto das muitas outras solicitações determinadoras do seu papel profis-

sional. Está portanto de acordo com SÁ (1993) quando fala da relação para com o objeto de representação,

“...os grupos ou segmentos socioculturais podem variar bastante quanto ao grau e consciência da informação que tenham sobre um dado assunto, quanto a estruturação visualizável, unidade e hierarquização desse conhecimento em um campo de representação, quanto à atitude ou orientação grupal...”(p.27).

Jodelet apud ARAÚJO (1991) explicita como se dá a estruturação e construção de representações pelo grupo de pertença, enquanto fatores determinantes:

“Os grupos constroem suas representações obedecendo a uma escala de valores: se o valor obediência for maior, ele estará de acordo com as normas sociais; se o valor mudança for maior, ele poderá ir contra as normas sociais preestabelecidas” (p.33).

Nessa perspectiva, constata-se que somente era percebida a sexualidade do doente mental, quando o profissional enfermeiro se confrontava com as pranchas mais enfáticas, evidenciando uma valorização do estímulo, por exigir de si uma atitude de obediência às normas institucionais e societárias.

Nesse sentido, Moscovici apud SÁ (1993), referindo-se a sociedade pensante, diz que

“Os indivíduos (...) são pensadores ativos que, mediante inúmeros episódios cotidianos de interação social, produzem e comunicam incessantemente suas

próprias representações e soluções específicas para as questões que se colocam a si.” (p.26).

Ressalto que a nitidez desse objeto de estudo não era estabelecida e clarificada de antemão, estando incluso e ao mesmo tempo encoberto por aspectos mais genéricos do espaço de intervenção do profissional enfermeiro, entendido como o *locus* do seu cuidado, o corpo do outro, orientado para o questionamento pretendido.

Foram portanto, respeitadas as orientações inspiradoras do recurso técnico-metodológico utilizado nesse estudo, com base em técnicas projetivas, aproximando-se da “*técnica encoberta de investigação*” (VAISBERG, 1995).

O instrumento apresentou efeitos satisfatórios, tendo em vista a riqueza do material coletado sobre o foco desta investigação e sobre a intervenção do profissional corroboram a eficácia da estratégia, enquanto recurso técnico-metodológico.

1. Ato de intensão sobre o fato

sexualidade do doente mental é reconhecida pelo profissional enfermeiro, quando diante das pranchas determinadas para este estudo e sobre qualquer uma das manifestações também priorizadas, negando-a.

Afasta-se do foco, enquanto posicionamento terapêutico, circunscrevendo-o a uma área de perigo, portanto inserida no enquadre das transgressões.

Adota o discurso como o elemento mediador e revelador desse distanciamento, conferindo um certo grau de envolvimento, por se tratar de ato legítimo da autoridade que se revela na forma de poder, frente à ilegitimidade do doente mental, no tocante à essa temática.

O profissional enfermeiro desenvolve um ato de intensão sobre o fato, sugerindo uma unidade configurativa na (re)organização, no sentido do discurso expresso:

a) Negação da sexualidade - ato de falar [discurso, interdição, ironia, negação, recriminação e transgressão]; ato de pensar [afastamento, constrangimento, indecisão, medo, rejeição e suspeição]; e ato complementar ou atos mistos [dificuldade, inquisição e omissão];

b) Tendência à aceitação da sexualidade - empatia (prancha n.09).

O artifício adotado tem por finalidade dar ao conjunto de entrevistas uma aparência homogênea, no sentido de facilitar a compreensão da análise interpretativa.

Evidentemente que o reconhecimento das dificuldades é inerente à própria tentativa de polarizar os conteúdos manifestos, por sua ampla abrangência textual, em torno de um eixo norteador que expresse um sentido à esse conjunto.

Reconhece-se que atos e/ou intenções, destacados em um eixo comum, podem ser compreensivelmente deslocados para um outro. É possível situá-los entre eixos distintos ou, ainda, estabelecer um eixo único no sentido da indefinição inerente.

Essa característica, assenta na base ou na “*crença polêmica*”, enquanto um dos domínios de investigação das R.S.. É inserida enquanto guia do pensamento e da atuação individual e coletiva. Sobre essa discussão WAGNER & ELEJABARRIETA (1994), dizem que

“Um mesmo domínio do conhecimento pode pertencer a mais de uma categoria (...) por exemplo, o conhecimento moderno e as teorias acerca da saúde e da enfermidade, é fácil ver que este conhecimento, por uma parte, estará baseado em um fundo social de crenças apoiadas histórica e culturalmente em várias

raízes (...) assim como a doença mental, é portanto um amálgama de crenças simbólicas culturais e elementos de conhecimentos pré-científicos.” (p.826).

A estratégia adotada tem por inspiração para a sua estruturação, o reconhecimento dessa diversidade, sendo que através do processo de análise temática foi possível estabelecer, nesse momento, a configuração dos diálogos.

Esse recurso adota uma ordenação e uma classificação, respeitadas as limitações para estabelecer uma compreensão coesa, haja visto que nesse campo os discursos se apresentam contraditórios, ou seja, apontados por sua “*relação dialética*” (Jodelet apud WAGNER & ELEJABARRIETA, 1994).

Toda essa instabilidade equacional revela a complexidade, a ambivalência e a prolixidade das manifestações discursivas, num certo encaminamento polissêmico e ontológico, nesse grupo pesquisado⁴.

Percebe-se que há, com notoriedade, uma relação de saber frente à temática em seu aspecto mais generalizante; todavia, ao se restringir determinada prática e/ou manifestação da sexualidade, o poder conferido por seu estatuto entra em defesa do espaço institucional, numa relação de saber e poder.

⁴O grupo investigado é definido por todos os profissionais entrevistados, independente da instituição de pertença, priorizando a área de sua atuação, embora reconheça a coexistência das diferenças atitudinais frente à questão.

Entre o saber e o poder existem instâncias de atuação, que são aprioristicamente determinadas e direcionadas para uma compreensão circunscrita na dimensão da informalidade. Estando o saber situado nessa zona de conflito, o profissional enfermeiro recolhe da informação o conteúdo e o sentido das manifestações da sexualidade do doente mental, reforçando sua compreensão, por ser um dado que se explica pela própria percepção da situação, adotando enquanto estratégia uma relação de poder. Sobre essa questão FOUCAULT (1983) afirma:

“Temos antes que admitir que o poder produz saber (...) que poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relação de poder.”(p.30)

Para a análise e a interpretação das pranchas, manteve a sequência ordenativa e estabelecida pelo material coletado.

Nesse sentido foram priorizadas as diferenciações das práticas e manifestações da sexualidade do doente mental, no contexto institucional, constituindo seis situações específicas. Estas oportunizaram a manifestação da sexualidade do doente mental, como já foi dito, foram selecionadas do conjunto de entrevistas do T.S.C., pela compreensão do grupo entrevistado, de alguma forma ligadas à compreensão clássica de que sexualidade significa alguma forma de relação sexual.

Assim, foi oportunizada uma condição reprodutora de sua experiência profissional, com certa concepção lúdica, com vistas a facilitar a compreensão e a reflexão sobre o posicionamento frente a cada uma das situações estabelecidas.

Entretanto, não somente a valorização do material coletado foi determinante, mas também a valorização da construção gráfica frente a essa subdivisão, facultando o ingresso na situação; conseqüentemente, possibilitou ao entrevistado captar a mensagem que referendou a percepção e a interação do grupo pesquisado.

A seqüência para essa compreensão foi estabelecida inicialmente para que cada uma das pranchas fosse analisada à medida que era respondida e devidamente interpretada. Valorizou-se a busca da mensagem que dá compreensão ao conjunto, ou seja, a articulação do texto pelo sujeito, o jogo que ele desenvolveu para se manter nesse instrumento, enquanto reflexo da sua atuação, como sujeito psicossocial, revelando o seu drama pelo fato de estar inserido nesse contexto de sua prática cotidiana.

Estabelecida essa estratégia, as manifestações discursivas, analisadas e interpretadas, foram agrupadas em torno de um eixo norteador, algo próximo à categorização.

Sobre esse prisma foi possível captar o movimento do grupo investigado e sobre cada ponto focalizado dessa temática. Assim, é possível a-

firmar que o profissional enfermeiro adota uma atitude, mediada por suas manifestações discursivas negando a sexualidade do doente mental, por reconhecer essa focalização desde o primeiro estímulo captado por seu sistema sensorial, especialmente pela visão e pela audição, fazendo-o intuir nessa direção.

Ao negar adota em seu discurso uma compreensão valorativa sobre a mesma, decorrente das crenças e valores atribuídos a esse fato.

Ao analisar a cena expressa, no sentido de compreender como se articula esse posicionamento, o referido profissional se orienta mediante uma atitude particularizada para dar sentido à abordagem; porém, ao confrontar com o conjunto de entrevistas, emerge um substrato comum, uma estruturação, tornando-o universalizado frente à problemática investigada.

Sob a égide do poder conferido institucionalmente e ao mesmo tempo recorrendo-se à essa prerrogativa, legitima sua posição hierárquica, enquanto autoridade mediadora e propulsora de resoluções, para atuar frente à aparente ilegitimidade da sexualidade do doente mental.

Não há um consenso ordinário para a adoção de sua conduta. O que há é a evidência para um senso de orientação movido por aspectos ideológicos, de acordo com o grau de comprometimento suscitado pela sua intervenção.

A estruturação das representações sociais nessa situação está relacionada aos comportamentos dos enfermeiros, num certo sentido entendida como uma situação de experimentação, apresentando um “*núcleo e elementos periféricos*” organizadores dessa representação. Sobre essa questão Abric apud WAGNER & ELEJABARRIETA (1994) explica o sentido de ordenação desses termos:

“Núcleo é a parte mais estável, coerente e rígida da representação, já que está fortemente ancorada sobre a memória seletiva do grupo que o elabora, isto é, sobre as condições históricas e sociais do grupo”(...) Os elementos periféricos, além de proteger a estabilidade do núcleo central, tem umas funções adaptativas (...) sendo este muito mais sensível ao contexto (...) conduz a adaptação de grupos e indivíduos a situações específicas e permite integrar as experiências individuais.” (p.837)

Nesse espaço ordenativo para a imanência da representação social nesse grupo, o profissional enfermeiro legitima o seu discurso, reforçando a negação da sexualidade do doente mental, constituindo seu aspecto “*nuclear*” na medida em que orienta a percepção individual e coletiva da situação.

Os “*elementos periféricos*”, que dão suporte à esse núcleo, são percebidos através dos artifícios que sustentam a negação, imediatizados pelo desempenho do seu papel profissional que, até certo ponto revela aspectos de sua indecisão, constrangimento, recriminação e medo, enquanto difículdade concreta e individualizada. Ao confrontar-se com a situação, o seu posicionamento é marcado por atitudes de suspeição, interdição estando relacionada

com um ato de transgressão. Elege atributos capazes de fazer valer a ordem e assim exercer o controle sobre o doente mental, sendo estes último movimento enfaticamente evidenciado nesse estudo.

A constatação dessa evidência faz supor que, as regras norteadoras para sua conduta sejam traduzidas como politicamente adequadas. Definido ao seu posicionamento, reforça o entendimento para uma visão de corpo, inclusive o seu próprio. Nesse sentido, WAGNER & ELEJABARRIETA (1994) dizem que

“...por uma parte, o corpo humano é o ponto de referência dos sentimentos individuais. O prazer e o sofrimento são claramente campos da experiência pessoal. Por outra parte, as normas sociais e as exigências culturais regulam os limites individuais e a classe de experiências que podem ter-se com o próprio corpo, inclusive na vida privada.”(p.825).

Se de um lado esse posicionamento é conferido pelo estatuto de autoridade frente ao doente mental, de outro, esse critério é injusto e nocivo ao próprio cliente e principalmente ao êxito desse profissional, quando se observa que o seu comportamento frente à essa situação também pode ser de hostilidade e ironia, como algo externo. Sobre esse enfoque, o profissional enfermeiro assume uma atitude de negação em que as palavras não representam o seu real posicionamento sobre a questão, mas o ponto de vista frente às normas institucionais e societárias que o norteia.

A omissão literal, enquanto critério adotado para responder o T.S.C., sob determinadas situações expressas na cena, revela um posicionamento estratégico de atuação desse profissional.

As estratégias elencadas são evidenciadas nas pranchas denominadas “O Banho 1...”, “A Surpresa...”, “O Banho 2...”, “O Olhar...” e o “O Banho 3...”, estando excluída desse conjunto, a prancha “A Dança...”, por encerrar, mesmo que de forma incipiente, um posicionamento mais empático à questão (Quadro N. 2 e N. 3). Observo que essa tendência, enquanto aproximação desse profissional, se dá, preferencialmente, em situação de proteção corporal, ou seja, quando não há exposição parcial ou total do corpo dos personagens, estando pois encobertos por peças do vestuário, enquanto recurso de garantia para sua aceitação.

CORPO ↓

PRANCHA	ASSUNTO	TEMA SUBMERGENTE	CONSTRUÇÃO GRÁFICA
N. 02	“O Banho 1...”	<i>Homossexualismo Masculino</i>	• Exposição parcial/Focalizando tronco e cabeça/Plano anterior
N. 04	“A Surpresa...”	<i>Fantasia sexual</i>	Corpo/Face/Focalizando a expressão facial/Plano anterior
N. 05	“O Banho 2...”	<i>Autoerotismo[masturbação]</i>	• Exposição parcial do corpo masculino/plano posterior
N. 09	“A Dança...”	<i>Interação Física</i>	• Focalizando o corpo vesti-

			do/Plano antero-posterior
N. 10	“O Olhar...”	<i>Homossexualismo Fe-minino</i>	• Face/Focalizando o olhar/Plano lateral
N. 11	“O Banho 3...”	<i>Erotismo</i>	• Parcialmente desnudo/Focalizando o corpo feminino/Plano anterior

Quadro N. 3 - Construção Gráfica do Corpo e sua mensagem

Esses artifícios analisados, têm um sentido que direciona os movimentos de adaptação e atuação do profissional enfermeiro que tende a negar a sexualidade do doente mental. Escudado na sua condição de autoridade, hierarquicamente situado no contexto institucional psiquiátrico, corrobora para uma proteção, ou seja, a sua própria sobrevivência nesse espaço conflituoso.

2. O processo de análise

processo de análise⁵ iniciou-se mediante dois critérios, entendidos como gerais: olhar o material coletado descompromissadamente e rever o material coletado tantas e quantas vezes se fizer necessário.

⁵As alternativas contidas em cada prancha do T.S.C., localizadas no canto direito da página, sobre a cena: **Vivida(V)**, **Relatada(R)**, **Imaginada(I)** não foram analisadas enquanto dimensão. O emprego dessa estratégia serve para aliviar a expectativa sobre o instrumento; por conseguinte, amplia as possibilidades de apreensão do objeto investigado, conferindo uma proteção ao entrevistado.

Esses critérios têm por objetivo oportunizar o ingresso nos dados coletados, sem a preocupação inicial de enquadrar no rigor da sistematização, *“ou seja mediante procedimentos menos sistemáticos, procura-se estabelecer um primeiro contato com a realidade psicossocial que se pretende estudar”* (SOUZA FILHO, 1993). Isto possibilita um mergulho sobre eles, conhecendo todo o processo discursivo manifesto e as elaborações simbólicas envolvidas na temática.

A aparente ausência de rigor, enquanto sistematização, é um artifício para atenuar a expectativa do entrevistador e poder afastar dele toda e qualquer tentativa de enquadrar o material coletado sob determinado e determinante foco (VAISBERG, 1995). Dessa maneira, o olhar significa ampliar a possibilidade de compreender e manter sob observação todos os elementos captados pelo instrumento, permitindo maior compreensão dos dados, uma vez que ao se retornar para as manifestações discursivas coletadas, os conteúdos tornam-se evidenciados e esclarecedores do que se deseja investigar, espontaneamente.

Nessa perspectiva, não há a preocupação em estabelecer uma sistematização e uma categorização, embora os elementos se sobressaiam na medida em que o material é manipulado e observado.

O olhar repetitivo sobre os dados tem por finalidade captar o emergir das mensagens suscitadas por cada uma das unidades da entrevista⁶. Nesse sentido, tenciona-se captar os elementos discursivos, os elos que emergem intensamente entre as diversas situações e o estabelecimento do seu vínculo entre o sujeito, o objeto e o contexto. O que os dados revelam? A apreensão prioriza aquilo que salta aos olhos, enquanto elemento significativo, portanto norteador, em cada unidade de entrevista.

Nessa etapa do processo de análise, a imersão nos dados se configura como algo próximo à brincadeira, em que o objeto a ser investigado é olhado como se estivesse codificado tridimensionalmente, próximo à estratégia adotada pela publicação do “olho mágico” (VAISBERG, 1995).

Exercitando esse olhar e reolhar, os dados fluem naturalmente e os elementos significativos vão oferecendo pistas adequadas para sua pre-ordenação, à medida que as unidades de entrevista apresentam sua (in)coerência interna e externa.

Posteriormente, emprenhado pela observação geral de cada entrevista e com alguns elementos cognitivos definidos, inicia-se a fase de aproximação com o rigor formal [sistematização] exigido, enquanto produção cien-

⁶O T.S.C. é composto de dezesseis (16) pranchas que constituem uma única entrevista. A unidade de entrevista significa cada resposta dada pelo sujeito para cada uma das pranchas do T.S.C.

tífica. A sequência apresentada no Quadro N. 3 revela os passos percorridos nesse processo de análise e interpretação.

<p>FASE 1 - Leitura flutuante das pranchas, repetitivamente; interpretação de cada uma das cenas expressas nas pranchas e seu vínculo com a entrevista;</p> <p>FASE 2 - Leitura das unidades de entrevistas e respectivas interpretações para cada uma das pranchas, valorizando aspectos tais como: o que me dizem os dados, o que me toca, o que fica, o que sugere e qual seu efeito sobre o entrevistado;</p> <p>FASE 3 - Leitura flutuante do conjunto, unidade de entrevistas e respectivas interpretações, obtidos nas fases antecessoras. Nesse estudo, a delimitação das 16 pranchas ocorreu nessa etapa[06]. Priorizou-se enquanto critérios: - o mergulhar na tematização; - reavaliação da compreensão e análise anteriores; - releitura do material já obtido, em seus momentos distintos, em separado e confrontados; - avaliação por um juiz.</p> <p>FASE 4 - Releitura das pranchas selecionadas para esse estudo. Das 06 pranchas selecionadas com suas respectivas unidades de entrevista, totalizaram-se 102 unidades. Fez-se um recorte dos diálogos, skandidos com vistas à apreensão de unidades de significados, em que cada uma dessas unidades foi agrupada sob uma temática emergente enquanto critério de seleção e classificação para sua análise, mantida a ordem sequencial, já estabelecida para cada assunto/prancha. Concluída a distribuição das falas, agrupou-se sob temática comum. Paralelamente, o conjunto de falas recortadas e agrupadas sob um eixo comum foi comparado com as interpretações anteriormente dadas às unidades de entrevista.</p>

Quadro N. 3 - Etapas da observação e análise dos dados do T.S.C. sobre a sexualidade do doente mental

De acordo com os procedimentos referidos sobre as seis pranchas eleitas nesse estudo, emergiram dezessete (17) unidades temáticas, as quais apresentam uma orientação para o aspecto valorativo da situação retratada, tomado como o elemento nuclear e significativo, percebido como central do processo discursivo em cada uma das unidades de entrevista .

Essa orientação de valor está direcionada para a sexualidade em seu sentido mais amplo, percebido e entendido como algo de fundo estritamente sexual, mesmo porque a compreensão dessa questão, na sociedade oci-

dental, se dá pela associação das práticas e papéis desempenhados sexualmente, da mesma forma como é compreendida no contexto institucional psiquiátrico.

Estabeleceu-se as seguintes unidades temáticas, por apresentarem coerência no processo comparativo, tais como: **AFASTAMENTO, CONSTRANGIMENTO, DIFICULDADE, DISCURSO** [algo inexpressivo/jargão], **EMPATIA, HOSTILIDADE, INDECISÃO, INQUISIÇÃO, INTERDIÇÃO, IRONIA, MEDO, NEGAÇÃO** [reforçada], **OMISSÃO; RE-CRIMINAÇÃO, REJEIÇÃO, SUSPEIÇÃO e TRANSGRESSÃO.**

A análise que se segue reflete a estratégia adotada para compreender o objeto dessa investigação, contextualizado mediante a reprodução gráfica de situações cotidianas.

Ressalto que não existe clareza nas fronteiras entre o pensar e o falar, mas um direcionamento no sentido dialético entre ambos, construindo um espaço para sua atuação. O acesso a essa compreensão se dá não através das práticas em si. É vislumbrado, sobretudo através de suas manifestações discursivas. Nesse sentido, para compreender essa estratégia, elejo a interpretação, dentre outras opções, para penetrar no universo do grupo investigado.

T.S.C.	
“O Banho 1...”	Prancha N. 2
TEMA SUBJACENTE ↓	
<i>Homossexualismo Masculino</i>	

DISCURSO

“... Sexo natural, os pacientes tem suas necessidades também...”

PENSA I1 E1 (V)

Na aparente compreensão e aceitação dessa situação os conflitos do enfermeiro. A elaboração discursiva, em tom indefinido, mascara o seu próprio posicionamento, sugerindo e facultando aos personagens uma permissividade controlada, no sentido que, nessa situação, os aspectos éticos e legais não serão acionados. Sob essa abordagem, prioriza a instituição, negligenciando o paciente e todo o processo de saúde sexual que poderia ser desenvolvido em benefício deste. Por outro lado, pode-se inferir que através desse discurso, politicamente correto, se esconde a negação da sexualidade, sem a devida clareza quanto ao reconhecimento real e a dimensão dos aspectos envolvidos, enquanto necessidade. É priorizada como algo inferior, permissivo e de pouco compromisso com a questão.

INDECISÃO

- DIFICULDADE

“... Séria a enfermeira...não saberia o que dizer...”

“... Pacientes? ... Funcionários e pacientes?...”

“... Sei de casos acontecidos aqui mesmo...”

“... Não sei, talvez dissesse alguma coisa, tipo não podem fazer isto aqui ou desse meia volta, aguardasse acabar e depois tentar conversar... Não sei...”

“... É muito difícil falar de sexualidade...” I3.E1.(R)

O reconhecimento da dificuldade ao abordar questões envolvendo a sexualidade revela, sob certa medida, uma consciência profissional, no tocante à sua limitação, apontando aspectos não definidos como objeto da intervenção do profissional enfermeiro. Dessa forma, estabelece uma situação conflitiva, em que a dúvida na tomada de atitude gera sentimentos e dificuldades, por estar revestida de indefinição e pouca clareza quanto a maneira adequada de agir. O saber cobrado ao profissional enfermeiro pela instituição de pertença coloca-o numa situação, cuja dimensão (requerida para sua atuação e aceitação), é ampla e abrangente. Por sua vez, envolve uma gama de situações e tomadas de decisões abrangendo aspectos díspares do seu processo de formação e atuação. Assim, o profissional enfermeiro estabelece uma agenda de prioridades para a sua intervenção, deixando de lado os assuntos e situações de

pouca clareza e definição, como forma de proteção e garantia do seu espaço e papel profissional. Esse posicionamento, às vezes não entendido e suficientemente obscuro, outras intuitivo enquanto (percepção desse compromisso), é adotado como modelo inquestionável de intervenção. Tal comportamento frequente é constantemente reforçado e estabelecido pela demanda de suas obrigações atribuídas institucionalmente.

- INTERDIÇÃO

“... E agora? Nunca presenciei uma cena dessa...”
PENSA

“... João, vem para o outro chuveiro. Não precisa dois tomar banho debaixo do mesmo chuveiro...” 11.E5 (I)

Assume sua inexperiência ao confrontar-se com a realidade expressa na cena, não sabendo como lidar com o fato. Adota um posicionamento de que algo não está certo com os personagens envolvidos, utiliza-se do recurso estabelecido institucionalmente, ou seja, o seu poder para determinar a separação física entre os envolvidos. Ao ordenar o afastamento entre eles, utiliza um recurso capaz de atenuar de imediato o incidente e, dessa forma, protegê-los. Em contrapartida também protege-se, por reconhecer suas limitações na condução do caso e manter o seu papel profissional, enquanto mantenedor das medidas de segurança institucional. A sexualidade figura nesse universo do controle.

“... Nunca pensei que presenciaria uma cena como essa aqui. O que falarei, vejamos! Será que devo interromper? Hummm!...” PENSA

“... Olá! Pessoal, entendo que aqui não é lugar para isso. Recomponham-se. Conversaremos depois...”
FALA 12.E3

NÃO ASSINALOU LEGENDA

Assume sua inabilidade para tratar do assunto sexualidade, no caso homossexualismo, no contexto institucional. Adota a postura de comando, ordenando a interrupção do ato, embora faculte aos envolvidos uma conversa através da qual provavelmente serão lembrados das rotinas e normas, sendo que a satisfação da saúde sexual poderá ser excluída do assunto. Provavelmente, sua percepção quanto a esse assunto passa para a esfera privada, quando em condições de retorno ao seu convívio social. Assim sendo, prevalece a noção do comportamento desviante e os envolvidos deverão respeitar as normas submetendo-se ao rígido controle para reaprender a conviver socialmente. Interpretada como uma transgressão à ordem que não se coaduna com situações conflitantes de permissividade reforça esse compromisso de observação, resguardando o respeito e a aceitação conferida pela própria sociedade.

“... Nossa!! o que eu faço?...” PENSA

“... Vamos terminar o banho e conversar após...” FALA
I2.E4. (I)

A surpresa desencadeada pelo confronto com uma situação de homossexualismo, por ocasião do banho, faz com que o enfermeiro adote uma postura estritamente profissional estabelecendo uma relação de dominação. A força da autoridade dá vazão ao controle da situação, demarcando limites entre a não aceitação desse caso, assim como de todos os que envolvem a sexualidade. Dessa forma, a autoridade busca a proteção da argumentação profissio-

nal para encobrir sua inabilidade, dificuldade e/ou não instrumentalização para lidar com situações cujo foco seja a sexualidade. Permite o término do banho, sem se preocupar em separar os envolvidos, comprometendo-se a ter uma conversa cujo conteúdo evidencie uma possível reafirmação das condições contratuais entre os envolvidos e a instituição. O assunto sexualidade será enfocado de forma direta, embora reconheça a dificuldade para abordá-lo quando não se tem uma constatação de um caso particular. A omissão não é algo proposto, uma vez que, por ocasião da admissão, as orientações direcionam-se para as manifestações da psicopatologia e a reorganização de aspectos da socialização do paciente. Está em segundo plano essa preocupação com os aspectos da sexualidade.

“ O que fazer?... ” Pensaria

“ Vocês estão aqui para se tratar... Pode se ter um relacionamento sexual quando melhorarem e puderem decidir se isso que querem. Aqui, isso não é permitido.”
Falava 14.E1 (R)/(I)

A finalidade a que se presta a instituição [tratar] é adotada como um princípio único que regulamenta a convivência de sua clientela. É lembrada imediatamente para reforçar a informação prévia que o paciente possui de que o controle é uma meta inquestionável. A sexualidade é vista como uma necessidade e mesmo desconhecendo como ofertar esclarecimentos acerca da saúde sexual. No sentido de proteger o paciente, inclusive dessa falta de orientação, argumenta em favor da proteção como meio extensivo para manter o

controle e a segurança institucional. Transferir a possibilidade de uma manifestação da sexualidade para quando os personagens estiverem em condições satisfatórias de saúde, significa lembrá-los de que esse ato atende aos princípios da procriação como resultante de uma experiência pessoal não claramente definida e defendida como um posicionamento maduro. Assim, a sexualidade enquanto busca do prazer, tem que ser direcionada, vigiada e negada, para evitar intercorrências que venham a comprometer a instituição, por atos cometidos por seus pacientes e/ou servidores. Noutras palavras, a interdição caminha em todos os sentidos para salvaguardar a imagem que a sociedade faz do profissional e da instituição.

- NEGAÇÃO

“... E agora, o que faço?...” PENSA

“... Por que vocês estão tomando banho os dois juntos? Você, José, não é desse pavilhão. Enxágüe, troca a roupa e deixa a Maria terminar o banho sozinha...”
I1.E4 (I)

Assume sua inabilidade para tratar o fato. Não reconhece nos personagens o homossexualismo, no caso o masculino. Como defesa, prefere identificá-los como sendo de sexos opostos, de unidades de interação diferenciadas para poder atuar sobre eles, reprovando a aproximação e determinando o rápido afastamento. Dessa forma, o enfermeiro mantém o controle do espaço institucional e o papel que se espera dele enquanto profissional, mesmo que suas limitações sejam evidentes, importando apenas o resultado final da

sua atuação. Com relação ao estímulo visual da prancha, o delineamento das imagens é nítido, não suscitando indefinição quanto às características físicas dos personagens. O aspecto negado é evidente, quer seja o envolvimento homossexual quer o heterossexual, por apresentarem um aspecto considerado atributivo ao gênero masculino, a aparente tendência à transgressão, a constante necessidade de manifestar seu desejo sexual e assim colocar em risco e desequilíbrio a rotina preestabelecida. Essa percepção revela muito do modelo machista, em que a conquista é um feito masculino, análogo às situações de guerra e caça. Assim sendo, essa qualidade voltada para a transgressão é motivo de controle para a manutenção da ordem institucional. Nesse raciocínio, o personagem, considerado feminino é um elemento passivo e desprotegido, constituindo presa fácil para a natureza instintiva do macho. Interessante notar essa reprodução claramente definida dos papéis sexuais e seus respectivos estereótipos culturais nesse contexto. Essa evidência é um motivo constante de preocupação por parte do profissional enfermeiro, por ser a doença mental um elo dissociativo das normas societárias.

“... O que será que está acontecendo no banheiro?...”
PENSA

“... Vou verificar o que está acontecendo no banheiro! estou ouvindo vozes masculina e feminina...” FALA
I5.E1 (V)/(R)

A negação da sexualidade enquanto relacionamento homossexual é evidente. Entretanto, o confronto com essa cena é desviado para a busca

de uma compreensão no sentido da heterossexualidade, por ser motivo e fonte de implicações éticas e morais muito menos graves do que a homossexualidade, pertencentes ao rol dos desvios de caráter. O tom de voz característico de cada sexo aciona o sistema de alerta do profissional enfermeiro, fazendo-o despertar para a investigação que comprove a evidência da sua percepção. A confirmação ou não é um passo posterior, que regula as atividades do seu papel profissional. Para a compreensão dessa suspeita faz-se necessária a utilização de um discurso voltado para os meios de segurança e proteção pessoal e institucional, a fim de garantir o equilíbrio deste contexto.

“... Estão tendo algum contato sexual...” PENSA

“... O que está acontecendo aí?...” 11.E6 (I)

O contato sexual percebido surge como uma imagem indiferente e dissociada da própria condição da necessidade imediata dos personagens envolvidos. Tende a responder pelo viés da ordem institucional, embora considere a manifestação da sexualidade como algo não pertencente aos mesmos. Entendido dessa forma, exige a adoção de uma postura de interpelação, cuja repreensão, um artifício da negação, está sujeita às consequências correccionais. Essa provável permissividade talvez demonstre um mal menor por conter personagens do sexo masculino. Visto que costuma ser encarado como uma necessidade própria da natureza do homem, não aparentando maiores consequência por envolver sexos distintos, embora este ato esteja na mesma dimen-

são da infração. Sendo assim, um certo chamado pode resolver a questão já que o comprometimento não é comparável ao de uma gravidez, embora reconheça que danos éticos e morais possam estar presentes entre os envolvidos. O contato sexual percebido é substitutivo do termo homossexualismo, encerrando uma indefinição dessa manifestação e assim conferindo uma certa proteção, que reforça sua negação e sugere que se trata de algo como desvio e transgressão, portanto, anormal.

INTERDIÇÃO

“... Sabemos de suas necessidades sexuais, mas neste lugar onde outros pacientes e a equipe tivessem acesso não ficaria bem...” I1.E7 (I)

A instituição não deve ser confundida, no tocante à função que representa junto à sociedade. Nesse espaço o reconhecimento das necessidades sexuais dos pacientes configura-se como atitude de compreensão: suas manifestações, porém deverão estar devidamente protegidas, longe da presença de outros integrantes do contexto asilar. Adota uma atitude contraditória, entre benevolente e reguladora da ação observada, como medida capaz de manter a ordem geral. O presenciamento do fato por outros elementos do contexto institucional poderia acarretar comportamentos sexuais diversos, algo como uma insurreição sexual [Sodoma e Gomorra] e o descrédito na autoridade do enfermeiro. A prática sexual [homossexual] é aceita sob certas garantias de pro-

teção, a fim de não influenciar outros comportamentos nesse espaço institucional.

“... Sei que está difícil para vocês entenderem o que foi orientado, mas, penso que poderiam tentar se controlar...” S.R.I. I2.E1 (I)

O enquadre oferecido pela instituição para os comportamentos dos pacientes passa pelo critério do controle comportamental, devidamente normatizado, exercido pelo profissional enfermeiro. Pode-se ampliar a situação de enquadramento, requerendo certo domínio sobre aspectos diversos da instituição, sejam organizacionais, estruturais ou humanos, incluindo, em determinadas circunstâncias, o próprio paciente como integrante dessa rede de controle sobre o comportamento de seus integrantes e vice-versa.

“... Carlos e João parece que está muito difícil para vocês entenderem as orientações já feitas. Peço que terminem seus banhos individualmente e posteriormente conversaremos novamente...” I2.E2 (I) S.R.I.

A manifestação da sexualidade, através da relação homossexual, não é percebida pelo profissional como uma necessidade indicativa de um aspecto sadio do indivíduo psicossocial, ou seja, a evidência da saúde sexual como uma atividade do corpo que suscita prazer e bem estar. A conduta considerada adequada baseia-se nas normas institucionais, sugere o afastamento dos envolvidos para o término da higiene corporal, advertindo-os de que estão

agindo em desacordo. Trata-se de um instrumento de contenção verbal, fundamentado na sua histórica catalogação no rol dos desvios e perversões, enquanto indicativos etiológicos e/ou agravamento da doença mental. Esse argumento recoloca a responsabilidade dos seus atos em seus próprios ombros e autoriza a intervenção profissional com o intuito de salvaguardar os interesses éticos e morais. Por outro lado, a interferência profissional reforça e faz lembrar a quem pertence o poder decisório sobre seus corpos e suas expectativas de sexualidade nesse contexto.

- TRANSGRESSÃO

“... Eles não deveriam estar nus aqui...” PENSA

“... Eu pediria a vocês por favor que colocassem as suas roupas...”

11.E3 (R - I)

Nem sempre os banheiros são individuais e a aproximação física entre os personagens revela uma situação de homossexualismo. O enfermeiro não sabe o que fazer. Nega a situação. Pune-os mandando vestir-se e assim mantém o controle sobre os corpos e o espaço institucional. A adoção desse procedimento contrasta com situações corriqueiras nas instituições psiquiátricas, quando pacientes desnudos percorrem enfermarias, corredores e pátios, sem que sejam reprimidos, como nesta cena do T.S.C. Esse movimento revela que o profissional enfermeiro percebe a manifestação da sexualidade e a considera anormal e/ou desviante; é, portanto uma transgressão.

- SUSPEIÇÃO

“... Hora de supervisionar o banho...” PENSA

“... O que estão fazendo? não devem ter esse tipo de atitude aqui, não vai fazer-lhes bem...” I1.E8 (R)

A atividade organizacional, incluindo a supervisão do espaço institucional, comumente exigida e cobrada do profissional enfermeiro, cuja aceitação e assimilação reforça a compreensão do seu papel profissional, é amplamente aceita e assimilada, por ser, entre tantas, uma exigência da instituição, influenciada no modelo médico. Enquanto disponível no contexto institucional, em tempo integral, e tendo contato freqüente com o paciente, essa atividade acaba sofrendo redução, dentre todas as implicações, que a torna um procedimento, prevalecendo o aspecto estritamente fiscalizador da condução do tratamento e das normas institucionais. Dentro dessa perspectiva, as manifestações da sexualidade não são toleradas, pois fogem às implicações éticas e morais da instituição, cabendo também sanções ao profissional enfermeiro por sua tolerância. Muitas vezes, é entendida como uma desqualificação profissional, ao invés de recolocar a responsabilidade no paciente. Há um disfarce para o reconhecimento da ocorrência de manifestações da sexualidade, por ocasião da higiene. A aproximação entre sexo e água revela algo como sujeira e pureza/limpeza. O despertar para a supervisão talvez seja reforçado pela aproximação evidente de corpos desnudos, desprotegidos de sua máscara de contenção física e moral. Sob essa perspectiva surge uma incongruência, uma vez aceita-

se que os doentes mentais transitem despidos, até mesmo por não disporem de roupas suficientes e outros aspectos que comprometem o seu vestuário, sem levar em conta alguns comprometimentos psicopatológicos. Supervisionar o banho embora não se diga, funciona como uma estratégia para controlar a sexualidade. A não clareza desse aspecto institucional do seu papel profissional faz com que ele busque uma argumentação que, a priori, confere uma justificativa para si, em nome do direto conferido institucionalmente, para poder invadir a privacidade de sua clientela, a fim de manter o equilíbrio indispensável para a recuperação dos doentes. Nesse caso, como mostra a prancha, o entrevistado entra na cena como uma terceira pessoa, no sentido da consciência ética e moral dos personagens infratores, algo imaterial, próximo à onipotência e à onipresença. Essa intromissão chama os envolvidos à realidade da objetivação da instituição e da sociedade. Assumir essa consciência da instituição e da sociedade constitui um árduo exercício a ser desenvolvido. Por um lado, o profissional enfermeiro reconhece suas limitações, mas também o prazer emanado das manifestações de sexualidade, independentemente do enquadre e categorização do papel e comportamento sexual. Reconhecer e negar essa situação faz com que o enfermeiro adote uma estratégia imediata, para atender à situação da melhor forma, incluindo os efeitos da sua própria dificuldade no manejo dessa questão e sua condição emocional, por ocasião da intervenção. Pode ser motivo de duplo sofrimento, evocando experiências constrangedoras e ansiogênicas, que não foram devidamente trabalhadas. Nessas circunstân-

cias, seu posicionamento vai depender do efeito gerado internamente, traduzido em conflito que, por sua vez, será exteriorizado com o ímpeto e o desejo da busca dessa mesma satisfação e/ou negação. A agressividade no manuseio da questão pode ser a arma ideal para o confronto, uma vez que está ancorada e legitimada pelo papel que lhe é atribuído socialmente. Tal intervenção parece caracterizada como intromissão que não agrada o próprio profissional enfermeiro, por situar-se na mesma linha de risco quanto às suas manifestações, deixando-o desarmado para o exercício do seu papel profissional.

“... O que está acontecendo aqui? Por favor, preciso falar com os dois, vistam-se e vamos para o consultório...”
I5.E2 (R) S.R.I.

A negação da sexualidade enquanto relacionamento homossexual é evidente. A confirmação ou não é um passo posterior, que regula as atividades do seu papel profissional. Para a compreensão dessa suspeita, utiliza um discurso voltado para os meios de segurança e proteção pessoal e institucional, a fim de garantir o equilíbrio deste contexto. O termo consultório encerra várias definições e implicações, entre elas está uma reavaliação do quadro nosológico de cada um dos envolvidos, com a finalidade de encontrar ressonância terapêutica, via hierarquia institucional, no sentido de que a sexualidade é percebida como uma transgressão, com forte associação com a doença. O encaminhamento ao consultório funciona como um castigo visto que nesse espaço, a entrevista iguala-se aos aspectos confessionais, estando pois os envolvidos ameaçados de mais um enquadre nosológico, na perspectiva dos desvios e per-

versões. Os envolvidos serão chamados a reconhecer, sob a influência e a anuência da autoridade profissional que sancionará o veredicto sem oportunidade de defesa, revelando uma estratégia amparada na norma (lei) não passível de recursos. Com relação à essa questão, cabe aos envolvidos submeterem-se as emanções desse poder, através das orientações de controle e manutenção da condição de vigilância e observação, enquanto elementos constitutivos da sua realidade. Seus efeitos revelam-se através de contenções verbais, físicas e químicas ou ainda a associação de uma ou mais dessas técnicas.

TRANSGRESSÃO

“... A situação do quadro acima requer que se tome algumas providências, como chamar os funcionários envolvidos para uma conversa, ou dependendo, se for reincidência, advertência, etc. ...” 11.E2 S.R.V/S.R.I.

A redefinição dos personagens demonstra uma clara afirmação de que o doente mental não tem direito à sua própria sexualidade, tampouco é capaz de despertar manifestações no outro, incluindo o próprio profissional enfermeiro. Essa necessidade é atribuída à pessoas consideradas sadias e normais. Sugere uma tentativa de afastar e purificar o doente mental, por já ter sido castigado sendo doente mental, e assim protegê-lo de mais um enquadre por seus padrões de comportamentos, algo próximo aos desvios e perversões sexuais. Dessa forma, reforça a negação da sexualidade do doente mental. Ao estabelecer, através da mudança do estímulo visual, o papel desses personagens, reforça uma percepção voltada a uma associação entre sexualidade e

transgressão, definida com sendo de funcionários, desvalorizando-os perante a instituição (podendo estar incluso o próprio enfermeiro), e assim poder atuar, sem culpa, responsabilizando-os e incriminando-os perante a instituição.

T.S.C.	
“A Surpresa...”	Prancha N. 4
TEMA SUBMERGENTE ↓	
<i>Fantasia Sexual</i>	

TRANSGRESSÃO

“... Eu estava tomando banho no chuveiro dos pacientes (se enrola no lençol rapidamente)...” Funcionária I1.E1.....(V)

Há uma evidente confusão na resposta dada pelo enfermeiro. Há uma tentativa de afastar a situação, enquanto espaço da sua intervenção, redefinindo os papéis sociais dos personagens e assim transferir à outrem a responsabilidade da tomada de decisão sobre este aspecto transgressivo. O aspecto conflitivo e ambíguo revela uma dificuldade na abordagem da sexualidade, em que a homossexualidade masculina, constitui-se no foco da intervenção do enfermeiro. Dessa forma, acentua-se a negação da sexualidade do doente mental, por não ser objeto claro e definido de sua intervenção, enquanto um procedimento estabelecido para o desempenho do papel profissional, o qual prioriza aspectos técnico-metodológicos, claramente demarcados e reconhecidos. Essa questão situa-se no plano do estereótipo da figura do profissional enfermeiro, com forte influência de sua formação histórico-social. O distanciamento pode revelar ainda uma tentativa inconsciente de buscar a neutralização dos efeitos

sobre a imagem do enfermeiro, melhorando-a, através do reconhecimento do seu papel profissional intra e extragrupo.

EMPATIA

“... Estou muito triste, porque estou com saudades de minha mulher, é muito difícil ficar aqui, preciso ir para casa, por favor me deixe ir embora...” Paciente (acrescentado) FALA

“... Senhor José o que está acontecendo, parece estar muito triste, gostaria de conversar um pouco? ...” FALA/ENF.

“... parece estar muito triste, vou tentar saber o que está acontecendo...” (acrescentado) PENSA/ENF.

“... eu entendo que é muito difícil, mas, o senhor precisa se tratar. E o senhor já pensou que a saudade faz sofrer, mas é sinal que o senhor está melhor, quando o senhor chegou aqui referia que não queria mais viver, que já estava cansado, que nada mais lhe interessava ...” (acrescentado) FALA I1.E2 (V)

Os termos empregados [saudade/está melhor] revelam algum grau de ambivalência. A saudade é percebida como um aspecto positivo para o paciente, em resposta ao tratamento, reforçado pelo discurso profissional, com ênfase na sua habilidade técnica. Constrói toda uma estrutura dialógica entre os personagens para abordar o assunto da sexualidade, como sinal de melhora e saúde. Reconhece o grau de dificuldade a que é submetido o doente mental por ocasião do seu tratamento hospitalocêntrico. Atuação do profissional é adequada e revela compreensão para a situação, oferecendo ajuda e levando o paciente perceber os avanços significativos obtidos com tratamento. Nesse

sentido, cogita-se uma adequação terapêutica, intermediada pelo reconhecimento e posicionamento atitudinal, tendo por base as relações interpessoais, com vistas a um entendimento da necessidade traduzida pela manifestação da sexualidade. A valorização dessa enfoque faz com que essa percepção aponte para uma atuação mais reflexiva, compreensiva e humanista, realçando o todo, enquanto indivíduo psicossocial, redimensionado-o em sua fragmentação, concebida como locus de sua praxis. Dessa forma, há uma tentativa de resgate da singularidade desse sujeito psicossocial frente à hegemonia psicoterápica, freqüentemente adotada, no contexto hospitalocêntrico.

“... Você está triste porque? Posso ajudá-lo ? Vou ver com seu médico, uma alta-licença para que você possa namorar uns dias ...” FALA.

“... Como é difícil ficar longe das pessoas à quem queremos bem...” PENSA 11.E3 (R-I)

Transfere a outro profissional, hierarquicamente reconhecido como responsável direto pelo diagnóstico, a resolução do caso. Utiliza-se desse artifício como um instrumento de testagem da capacidade do paciente de aceitar sua condição de segregação terapêutica, embora reconheça o grau de afetividade, principalmente na situação em que o mesmo se encontra inserido. Para adaptar-se ao ciclo social interno é preciso compreender os valores sociais externos. Ao adotar uma estratégia de ida e vinda entre esses dois universos, faculta ao paciente, um aprendizado, demarcado por significações peculiares que a seu turno revelam a diferenciação, portanto, muito mais facilmente

captável. Nega o assunto no contexto institucional. Revela, através da utilização do termo “namorar”, um conhecimento contemporâneo desse vocabulário, cuja acepção original difere da conotação utilizada enquanto referência à manifestação da sexualidade, sendo esse entendida como contato sexual; portanto, um significado ampliado por essa terminologia.

“... Você gostaria de falar alguma coisa a respeito desses pensamentos?...” I1.E7 (I)

A interrogação revela uma predisposição para provável ajuda dando margens a uma negação sobre o que realmente constitui o foco da cena, entendida como algo que está afligindo o paciente. Ao mesmo tempo, ao perguntar desloca esse foco, estabelecendo uma linha de decisão desvaloriza o sentimento expresso pelo mesmo, uma vez que sua percepção foi deslocada da sua necessidade.

INQUISIÇÃO

“... Mário, o que está acontecendo? Por que você está chorando? Senta aqui, vamos conversar!...” FALA

*“... Por que será que ele está chorando?...” PENSA
I1.E4*

A expressão facial do personagem é percebida como um choro. Como, em seu exercício profissional, não tem uma resposta satisfatória para essa condição, mas é preciso resolver os problemas do paciente, um bom caminho e o mais freqüentemente adotado é um interrogatório, numa atitude voltada para atender uma necessidade real do paciente(?) Aliviar a ansiedade e/ou

curiosidade do profissional enfermeiro? Compreender essa situação é buscar os porquês para estabelecer algum esclarecimento dessa mensagem indefinida que a seu turno é algo que incomoda. Agindo assim, desvia-se do foco central da cena, negando-a. Ao buscar uma forma de proteção para o objeto da própria cena esbarra-se com a sua dificuldade para lidar com emoções. Revela uma dificuldade no exercício profissional com questões que envolvem sexualidade e choro, em seu aspecto relacional, indicando uma tendência para reconhecer a sexualidade como doença.

*“... O que está acontecendo por que está chorando?
Quer me dizer o que houve?” I1.E5 (I)*

A seqüência de perguntas tem a finalidade de afastar toda e qualquer possibilidade de ajuda, mesmo procurando informação sobre o motivo de aflição do paciente. Sua expressão de espanto, enquanto elemento surpresa, é bidirecional. Para o profissional é um choro sem motivo aparente, mesmo que haja uma informação clara sobre o fato que, no entanto, é algo proibido e não trabalhado no contexto institucional. O paciente sabe que seus desejos são algo sem importância para o conjunto de procedimentos que é obrigado a suportar no contexto institucional. Ao chorar, como foi interpretado, está agindo como qualquer um, entre tantos que assim o fazem, sem sequer receber, atenção mais efetiva, com o propósito de aliviar o seu sofrimento, por qualquer que seja o motivo. O questionamento tem, para ele, simplesmente o sentido de cumprimento de uma rotina. A percepção manifestada pelo enfermeiro das

condutas dos pacientes, não passa de uma atribuição controladora do desempenho profissional.

“... O que está acontecendo? Por que você está chorando?...” I1.E6 (I)

Nega a informação e compreende a cena como uma situação de desconforto, sob a ótica da condição de perda e geradora de dor, mesmo que a cena tente sugerir um contexto de surpresa. Procedendo assim, evidencia uma tendência associativa entre sexualidade e dor, pesando sobre esta algo indicativo de que, na doença, essa manifestação é um sintoma freqüente. A parceria com a sexualidade é transmutada em situação de conflito, algo próximo à agressão física e psicológica.

“... João você não quer conversar um pouco?...”
FALA

“... Porque será que ele está tão aflito?...” PENSA
I2.E2. (V)

A predisposição para conversar com o paciente é estabelecida mediante uma noção quantitativa de sua disponibilidade para ouvi-lo. Essa medida não pode afetar as demais atividades desse profissional. Ouvir o paciente um pouco parece funcionar como uma habilidade para determinar quais meios são reveladores da importância e do significado desse assunto. Dessa forma, estabelece uma demarcação, não configurando prioridade para sua intervenção terapêutica. Situando-se no universo da informalidade, que por si só revela aspectos de distanciamento e desvalorização, é algo do controle da pri-

vacidade, contrastando com a função da instituição. Esse distanciamento, é observado e revelado na medida em que se adota a acomodação do doente mental em enfermaria geral. Um procedimento institucionalizado no que diz respeito à essa acomodação. Essa, têm por finalidade, não só a racionalização do espaço e da assistência, mas, engendrar um plano encoberto com o auxílio dos demais internos para garantir o fortalecimento da rede observacional instalada, sorrateira e paulatinamente, sobre si próprios, no tocante aos seus comportamentos e sobretudo, nas condições compartilhadas por todos. Nesse sentido, pressupõe-se que a sexualidade do doente mental recebe uma atenção , não valorizada positivamente mas, sob aspectos negativos sendo necessário desenvolver estratégias para redobrar a atenção sobre eles.

DISCURSO

“... Este seu pensamento e desejo é normal não precisa ter vergonha do que sente, precisa apenas ter controle nos impulsos...” I1.E8 (V)

Controlar os impulsos através de conselho ao paciente situa-se ao nível da repressão, ou seja, uma contensão verbal, mesmo transparecendo um certo entendimento dessas necessidades na fala do profissional. Todavia, no espaço em que se encontra inserido não é facultada a liberdade integral de suas manifestações. Controlar os impulsos situa-se na dimensão da irracionalidade, por seu caráter instintivo, devendo ser reforçada a necessidade constante de autocontrole, enquanto exercício contínuo e indispensável, com o propósito

de reprimir o desejo sexualizado. A falta do autocontrole pode ser revelada como desencadeadora ou indicativa de agravo do quadro atual da saúde, com probabilidade de agressividade requerendo uma tomada de providências.

“... É ‘normal’ que pense em sexo... É saudável...”
I4.E1 (R)/(I)⁷

O reconhecimento da necessidade sexual como normalidade confronta-se com o entendimento de que sua manifestação seja um fato normal e natural, mas, devido às precauções que aparecem como pano de fundo (em função do seu efeito procriativo, considerado saudável), fica reticente. Por outro lado, há também algo de inexpressivo nessa afirmativa, próxima aos jargões adotados nos processos de interação social, reforçados e/ou criados pela mídia. Nessa perspectiva, por trás dessa, encontra-se a negação da sexualidade do doente mental, entendida como um discurso indefinido, desfocado do sujeito que diante do profissional enfermeiro revela sua necessidade. Considerar o sexo como atividade saudável parece transmutar sua compreensão para o sentido antagônico, ou seja, associado à doença, portanto. Não é, portanto um direito do paciente.

• INTERDIÇÃO

⁷**OBS:** Não é possível saber se isto é fala ou pensamento, a entrevistada não especifica, embora sugira que se trate de um pensamento.

“... Um paciente com a sexualidade muito acentuada, como mostra a situação acima, é necessário que se converse com o mesmo, desviando a sua atenção para outros assuntos...” | 4.E2 (I) S.R.V. S.R.I.

Desviar a atenção significa reconhecer e negar a sexualidade. Ao mesmo tempo, revestido do papel profissional, assume a responsabilidade pelo controle institucional e assim mantém a ordem. Há uma certa complacência, funcionando muito mais como descarga de sua consciência, para fazer do doente mental o único responsável por sua condição desviante. Essa reafirmação da condição desviante contém substratos de conhecimentos arcaicos sobre a etiologia das doenças mentais, amplamente difundidos, social e culturalmente, em que predominam as manifestações prazerosas da sexualidade com desvios da natureza. Nessas manifestações, está incluída a homossexualidade, por ser entendida como causadora de degenerescência da personalidade e do caráter humano, portanto, desencadeador de doenças mentais.

NEGAÇÃO

“... Vou perguntar-lhe porque está apavorado e chorando e se está com algum sintoma que está deixando neste estado...” PENSA

“... Ele parece em pânico. Parece estar alucinando ou delirando com algo muito ruim para ele...” FALA
I5.E1.....(V)/(R) ⁸

⁸**OBS:** Embora faça distinção entre fala e pensamento, a entrevista responde às duas possibilidades como sendo uma única, ou seja, um pensamento sobre.

Ao questionar sobre os motivos da manifestação de sentimentos angustiantes, o profissional enfermeiro pode estar buscando elementos que o ajudem a situar-se e agir de acordo com certos critérios considerados terapêuticos. Dessa forma, alivia sua própria angústia gerada pelo confronto de uma situação da qual não tem conhecimento; bem como fortalecer as suas defesas. Essa estratégia, seja através da relação de dominação ou de uma postura compreensiva, visa o exercício do seu papel profissional. Suas reflexões e deduções sobre o estado do paciente tanto da psicopatologia, como da sexualidade conforme mostra a cena, não demonstra seu valor terapêutico. O que está mais evidente é o interesse em domar a situação e dessa forma, mediante o discurso de proteção, conforto e segurança, obter a co-participação do doente mental e negar assim, essa problemática.

- OMISSÃO

S.R.V. S.R.I.

I2.E1 NÃO ASSINALOU LEGENDA

O silêncio traduzido na omissão, deliberada ou não, por parte do entrevistado, retrata a dificuldade para compreender as questões que envolvem a sexualidade, enquanto espaço legítimo da intervenção do profissional enfermeiro. Essa legitimidade é-lhe conferida pelo cuidar, ou seja, pelo manuseio do corpo do outro, envolvendo aspectos e dimensões bio-psico-sociais. A obscuridade desse espaço de intervenção, no sentido de ajuda terapêutica, afasta a

possibilidade de atuação desse profissional, por apresentar um substrato em seu processo de formação, enquanto legado constitutivo do reconhecimento social da profissão, como algo próximo à marginalização. A permissividade e a autoridade atribuída ao profissional para manipular os corpos parece torná-lo susceptível, podendo incorrer em situações de desequilíbrio, em que a sexualidade constitui elemento precipitador. Há nas entrelinhas do processo formador uma constante preocupação com a sexualidade, porém dificilmente o tema é tratado com a devida profundidade e seriedade. Quando no exercício da profissão estabelece os limites de aceitação e controle, referendado pela autoridade conferida socialmente ao seu papel.

S.R.V.

S.R.I.

15.E2.....NÃO ASSINALOU A LEGENDA

O estímulo visual dessa cena não desperta no entrevistado uma resposta, dentro do modelo solicitado, por ser revelador da sua percepção e compreensão do tema. Adota um posicionamento de recusa, por motivos próprios, não explicitados. Deixa entrever uma possibilidade para uma inferência, no sentido de que o referido estímulo provoca um afastamento do seu foco, numa atitude defensiva que, a seu turno, provoca efeitos ansiogênicos, por reconhecer no tema questões conflitivas. Dessa forma, a ausência de respostas indica uma aparente omissão, um leve esquecimento e/ou obscura compreensão sobre esse estímulo, preferindo negá-lo, como forma de fugir dessa focalização. Essa negação revela uma tentativa de auto-proteção, encerrando uma

inabilidade e uma dificuldade quanto à essa temática, sem perda da valorização do seu papel profissional. Por outro lado, esse afastamento pode indicar uma pré-catalogação, em que a intervenção situa-se no rol das intervenções proibidas e de difícil aceitação e reconhecimento, enquanto campo para a sua atuação. Isto não impede que o confronto com essas situações seja uma possibilidade, não muito rara, no desempenho do exercício profissional, uma outra faceta pode estar embutida nesse afastamento, ou seja, o entrevistado pode achar uma incongruência ao invadir o pensamento do personagem, situando-se no mesmo nível da negação. Não atribuir respostas para essa prancha pode significar ausência de instrumentalização valorativa no sentido do espaço corporal. A situação proporcionada pela fantasia dos quadrinhos, enquanto recurso de elaboração imaginativa, pode ter sido compreendida pelo entrevistado como uma dentre as manifestações psicopatológicas, cuja intervenção do enfermeiro se traduza em uma dificuldade para acessar essas informações e à partir delas estabelecer uma conduta terapêutica.

IRONIA

“... Pôxa! cada uma que vemos aqui!...” PENSA

“... Não sou quem você pensa. Acho que é coisa do seu pensamento ou algo parecido. Sou apenas uma amiga do Marcelo, que também se trata aqui...” FALA
I2.E3.....(I)

A não compreensão da mensagem expressa na prancha faz com que as respostas sejam atribuídas a uma profissional do sexo feminino. O en-

trevistado nega a situação e se recusa a aceitar que seja objeto do desejo de um paciente psiquiátrico, transferindo a um outro elemento a manifestação desse desejo. Reforça o papel profissional que deve ser inconfundível, por estar acima de qualquer situação vexatória, especialmente se houver conotação sexual. O termo “amiga” pode ser entendido como um sinônimo de paquera. Ocorre uma transferência para e, em nome de uma terceira pessoa, facilitar o desenvolvimento estrutural da entrevista. Essa atitude revela uma ironia, um certo criticismo para com o estímulo sugerido. Considera estranho o ingresso nas elaborações mentais do personagem, esquecendo-se de que essa possibilidade é facultada pela utilização gráfica, enquanto elemento de inspiração para esse recurso técnico-metodológico. Nesse sentido, essa manifestação, traduzida pela necessidade do doente mental, situa-se ao nível da psicopatologia, sendo este um critério de classificação nosológica, indicativo de agravo da saúde.

MEDO

“... Como é difícil saber o que o paciente está pensando, às vezes a gente é agredida sem saber o motivo; e em certos momentos não sabe quando e como poderá ajudá-lo...” PENSE 12.E4 (V) S.R.V.

A doença mental, em suas complexas variáveis e polimorfias situações, exige do profissional enfermeiro constante flexibilidade e habilidade para desenvolver seu papel profissional. A dificuldade para demarcar o espaço e a linha de sua atuação faz com que o mesmo se sinta freqüentemente ameaçado quanto à qualidade do seu desempenho diferindo de outras especialida-

des dessa prática profissional. Esse objeto contraditório e às vezes desconhecido, provoca intenso desgaste emocional e sofrimento influenciando na sua atuação sendo preciso adotar estratégias de defesa para suportá-lo. Esse desgaste tem direcionamentos convergentes sobre o profissional, oriundos do comportamento do paciente com suas especificidades, além da própria condição que a instituição proporciona, como espaço gerador de intenso desgaste e sofrimento. Por outro lado, os profissionais se sentem inseguros nesse espaço por suspeitar e associar a doença mental com a agressividade. Este sentimento existe tendo por base que a agressividade pode ser uma manifestação psicopatológica freqüente, como se a qualquer momento o paciente pudesse irromper-se uma crise de agressividade tendo como alvo imediato o enfermeiro. Nesse sentido, a sexualidade do doente mental está associada à agressão, incluindo abuso sexual. Esta zona de alteridade provoca medos e incertezas. O profissional que tenta adotar estratégias calcadas em atitudes defensivas. Com esse movimento, desvaloriza a singularidade desse sujeito psicossocial que se encontra temporariamente em crise e/ou com comprometimento afetivo e emocional.

DIFICULDADE

Após olhar atentamente: *“... Surpresa e susto...”*

“... É muito difícil o confronto com o corpo...”

“... Será que vou assinalar tudo? Vivido e relatado?...”

“... Impressionante, você [referindo-se ao entrevistador] parece ter reproduzido muito bem o nosso comportamento, quando estamos trabalhando...”

“... Sabe estou indignada em não ter sido aprovada no mestrado...” I3.E1

O afastamento do foco estimulado pela prancha revela aspectos da dificuldade para abordar a temática no contexto institucional. A atitude requerida enquanto posicionamento compatível com seu papel profissional mesmo não dispondo do instrumental suficientemente é capaz de facultar-lhe uma intervenção adequada junto ao corpo do outro. A dificuldade manifestada ou não, pode estar associada à inabilidade e à inexperiência em aceitar o corpo do doente mental como portador de uma dimensão sexual, por ser coisificado, histórica e institucionalmente. Como tal não pode ter necessidades próprias de corpos saudáveis e normais, incluindo a possibilidade de ser despertado por um desejo. A descoberta dessa possibilidade pode ser entendida como uma surpresa e um desafio para o seu exercício profissional, com importância difícil de reconhecer e enfrentar, portanto, uma zona conflitiva e geradora de ansiedades e sofrimento, estando sua atuação à mercê de situações que fogem ao seu controle.

---OBANHO 2,

T.S.C.	
“O Banho 2	Prancha N. 5
TEMA SUBMERGENTE ↓	
<i>Auto Erotismo</i>	
<i>[Masturbação]</i>	

TRANSGRESSÃO

“... Que “pinto” grande... ” I1.E1 (R)

A visão fálica enquanto dimensão da sexualidade, é percebida pelo entrevistado, ao ser confrontado com a nudez do personagem, em situação de auto-erotismo, indica uma tendência para realização do impulso. Por outro lado essa percepção fragmentária do corpo do personagem traduz uma dificuldade para aceitar sua própria sexualidade. A construção gráfica oportuniza um ingresso no terreno do desejo e da transgressão, sem que esta fantasia seja percebida por terceiros. A visão fálica não compartilhada, por não estar explicitada graficamente, situa-se em área exclusiva, estabelecida e vivenciada por sua imaginação. É uma forma viável para a realização dos seus desejos sem o risco de incorrer em situações vexatórias, por ocasião do exercício profissional. Noutras palavras, essa fantasia não corre o risco de ser percebida por terceiros e, assim sendo, torna-se improvável seu enquadre, enquanto delito, nas implicações éticas e morais referendadas pelas normas institucionais, es-

tando salvaguardado seu desempenho profissional. Nesse caso a transgressão aparece como um ato compartilhado, em que o profissional enfermeiro, tem por objeto o corpo do doente mental. Nessa perspectiva, o confronto com a compreensão dessa manifestação da sexualidade revela sua condição singular, situando-o na mesma linha de conflito, convergindo para uma mesma necessidade, em que situados em posições opostas, apresentam diferenças em seus papéis sociais.

“... Você tem condições de se cuidar sozinha, eu estarei aqui para ajudar caso precise...”.

“... Se orientar sempre ela se tornará mais independente...” I2.E1 (V)⁹

A posição assumida pela profissional, ao manifestar a disponibilidade para ajudar, parece mais uma atitude defensiva para o confronto dessa situação. O papel do profissional em desempenho mobiliza suas defesas e mesmo assim consegue dizer que a paciente pode desenvolver o auto-cuidado dentro de uma proposta de orientação. Todavia a paciente não solicita sua intervenção para a realização da sua satisfação sexual. Tal confusão, provocada pela percepção da entrevistada sobre a prancha, indica a negação do tema em questão, redefinido o sexo do personagem. O gênero (em se tratando do doen-

⁹**OBS:** A entrevistada vê na cena relativa ao Banho2 uma figura feminina. Responde a entrevista com esta visão. Ao responder, pergunta-me se as figuras eram de homem ou de mulher. Respondi-lhe que haviam indícios físicos que caracterizavam o sexo dos personagens. Mirou a prancha e disse: *“...pensei que era uma mulher...”*

te mental) faz diferença para o profissional enfermeiro, mesmo tendo que tratar a todos indistintamente no contexto institucional. A negação reforça a idéia de que os doentes mentais são seres assexuados (na percepção do referido profissional), enquanto elementos de sua instrumentalização acadêmica. Passa a idéia, mais ou menos mágica, de que a orientação por si mesma é capaz de facultar a auto-ajuda, como se a decisão do doente mental fosse algo frequentemente aceito no contexto institucional e, ainda, capaz de ser introjetado com um breve e desmotivado estímulo externo.

DISCURSO

“... Desculpe se eu entrei sem bater, vim saber se está tudo bem...”

“... É uma necessidade que o paciente sente...”

“... Se quiser podemos conversar sobre suas dificuldades ou necessidades, mais tarde. Estou aqui para tentar ajudar...” I1.E2 (acrescentado) (I)

Ao adentrar um recinto privado, tal como um banheiro, o enfermeiro revela em graus variados curiosidade e controle sobre esse espaço. A curiosidade é disfarçada pelo discurso profissional, referendado pelo institucional, como uma “desculpa esfarrapada” em que o controle constitui o real objetivo. Os instrumentos observacionais baseiam-se no ato de vigiar, fiscalizar, supervisionar e, mediante essa mesma estratégia poderá adotar as medidas disciplinares que julgar cabíveis. O deslocamento temporal sugerido como uma possibilidade de ajuda situa-se no mesmo nível do distanciamento. Esse

distanciamento espaço-temporal reduz toda e qualquer possibilidade de envolvimento com essa temática, traduzida na própria dificuldade para reconhecer como legítimo esse espaço de atuação terapêutica, perante as necessidades do doente mental, no tocante à sexualidade.

“... Bom dia, após o banho farei o seu curativo...”

“... é bom que os pacientes masturbem-se durante o banho, principalmente em chuveiro individual para ter um pouco mais de privacidade...” I1.E3 (R-I)

Reconhece a masturbação enquanto prática da satisfação sexual no contexto institucional psiquiátrico, mediante alguns aparatos que garantam a proteção do paciente e dos demais elementos desse contexto, incluindo o próprio profissional enfermeiro. Por outro lado, a associação da sexualidade com ferida, ambas colocados no mesmo nível da sujidade, algo imundo, próximo ao lixo humano, confere um entrelaçamento entre loucura, sexualidade e doença como anomalias do espírito em que o corpo precisa ser purificado. Nessa perspectiva persiste a influência judaico-cristã e do modelo higienista e moral com que foram tratadas a loucura e a sexualidade, durante certos períodos de sua historicidade, cada um circunscrito ao seu tempo e importância, os quais tem ainda profundos reflexos na sociedade atual.

AFASTAMENTO

“... Na situação do banho mostrado acima, o enfermeiro deve encarar com naturalidade, se ela ocorreu, a fim de não estimular a sexualidade do paciente nesta situação...” 14.E2 (V) S.R.V. S.R.I.

O policiamento, enquanto estratégia de observação, adotado pelo profissional enfermeiro recai inicialmente sobre a sua própria corporalidade e sexualidade. Sua consciência corporal busca atingir um equilíbrio de seu desejo sexual, a fim de obter a sublimação necessária para poder atuar manipulando o corpo daqueles que se constituirão objeto de sua intervenção. Por outro lado, essa aparente e subestimada vulnerabilidade deve ser policiada constantemente, como um meio de exercitar seu controle corporal, mediante as manifestações de prazer principalmente as relativas à sexualidade. Essa estratégia é inculcada no processo de instrumentalização e cristalizada no decorrer do exercício profissional como adequada. Sob a égide da ética e da moral higienista, afasta do profissional enfermeiro a expressão de sentimentos afetivos, por contrapor-se ao posicionamento que deverá assumir perante às situações conflitivas e ansiogênicas. Esse movimento, constantemente lembrado, enquanto atributivo do controle corporal, é freqüentemente reforçado em duas direções: reforçado explicitamente sobre o corpo, por ocasião da realização de determinados procedimentos, em que a intervenção deverá ser precisa e tecnicamente executada; ao ser explicitado e exigido como comportamento adequado do profissional em face da realização de procedimentos técnicos implicitamente determinantes em momentos determinados e variados. Na adoção desse distanciamento evidencia o reconhecimento desse foco. Tratado, embora com

certa permissividade, numa situação de higienização corporal, estabelece um vínculo entre a sexualidade e a impureza, sujidade corporal, numa clara alusão aos tratamentos tendo a água importância e reconhecimento terapêutico. A associação histórica da purificação do corpo das pessoas pela água é uma tentativa de redimir as faltas cometidas, culpas e pecados. Dessa forma, faculta uma oportunidade para aproximar-se do sagrado e da normalidade, enquanto exercício de reconhecimento da *mea culpa* e da dignidade da consciência judaico-cristã. Noutro extremo, a situação pode ser estimulante para o enfermeiro, independente do biótipo do doente mental sexualizado visto que esse movimento oportuniza a realização de algum desejo. O profissional ainda pode atuar sobre a questão, adotando comportamentos e discursos que negam, reprimem e não estimulam a sexualidade. Os dois movimentos revelam que o profissional enfermeiro não sabe lidar com a sexualidade, numa abordagem terapêutica, com vistas à saúde sexual do doente mental; por isso adota o discurso racional, com o apoio das normas societárias.

“... Tinha que ser agora! Depois eu volto...” I1.E4 (I)

Foge do confronto e a situação de sexualidade manifesta-se como algo inconveniente, revelando, nesse afastamento, uma inabilidade para tratar dessa questão, adotando a fuga da cena e sua possível omissão na atuação, como meios de proteger-se desse confronto. A sexualidade que deve ser manifesta e satisfeita em condições de segurança e proteção, ou seja, na intimidade e cautelosamente praticada, deixa de sê-lo quando em um banheiro de

uma instituição psiquiátrica, também um espaço da intervenção dos profissionais que ali atuam.

“... Oh! Desculpe, Volto outra hora! ...”

“...Que situação desagradável!...” PENSA 11.E6 (I)

O entrevistado adota o afastamento físico do foco do seu conflito, reconhece que a sexualidade é inerente à psicopatologia, protegendo-se. Nega a situação, protelando uma conduta terapêutica satisfatória para o caso, se é que de fato há essa intenção, parece muito mais o cumprimento de uma rotina de inspeção do espaço físico, passível de confrontos com situações como essa. Quando ocorrem, não diz nada, tem de suportar. Ao afastar-se reforça a idéia de que essa manifestação situa-se extra domínio de sua atuação e, que melhor seria, não ter que passar por este constrangimento.

“... José! seria bom que você fechasse a porta na hora do banho...”

“... Vou encostar a porta...” PENSA 12.E2 (R)

O isolamento sugerido para que o paciente realize sua higiene funciona como uma proteção para o profissional e não para o paciente que, a seu turno, parece não se importar com a falta de privacidade assim como pode estar necessitando de orientações. Esse fato revela um aspecto para o qual o profissional enfermeiro não recebe orientação explícita relativa a assuntos que envolvem a sexualidade, ou seja, a saúde sexual do paciente. A inabilidade verificada, em muitos momentos na presente pesquisa, não encontra preceden-

tes em outras áreas do conhecimento em enfermagem, pois cabe ao enfermeiro o manuseio do corpo que se manifesta em determinadas situações. Não sabendo como lidar com a situação, acaba se distanciando do problema e, dessa forma, nega qualquer confronto com possíveis eventos que tenham esse foco.

“... Essa enfermeira me incomoda, ela está sempre na mesma posição, sempre de mãos presas para trás...”

“... Mas é assim mesmo que nós somos...”

“... É verdadeira esta imagem que as pessoas têm da gente...”

“... Acho que fecharia a porta... Voltaria depois...”

“... Por que você fez o paciente na ponta dos pés?...”

“... Um pensamento pequeno enquanto que a fala...”

“... Sim, vou lhe contar o que aconteceu um dia desses, num dos meus plantões, não faz muito tempo, não. Um rapaz, um adolescente de mais ou menos 16 anos, estava sentado lá nas cadeiras aguardando atendimento. Ali onde você estava sentado. Pois bem, ele estava se masturbando na frente de todos que passavam pelo corredor. Cheguei pra ele e pedi que não fizesse aquilo, pois o lugar não era adequado, etc. e tal. Consegui convencer para não fazer aquilo. Não tive problema, ele fechou a calça e interrompeu a masturbação e ficou tranquilo aguardando o atendimento...”

“... É muito difícil lidar com a sexualidade... Nesse caso eu dei sorte, pois ele guardou e acatou a minha orientação...” I3.E1 (V)/(R)

A dificuldade para trabalhar com as manifestações da sexualidade no contexto institucional acarreta situações conflitivas, em que a indecisão é traduzida e reconhecida pela carência de instrumentalização adequada para sua intervenção, nessa área. O reconhecimento da sua frequência aponta para

adoção de estratégias em que o afastamento passa a ser uma conduta aceita como favorável ou até menos danosa. Esse fato é percebido pelo enfermeiro, podendo ser entendido como uma forma generalizada de entender essa dificuldade. A evocação de lembranças passadas, suscitadas pelo estímulo visual presente, reafirma a intensidade da dificuldade. Mesmo tendo experienciado esse confronto [masturbação], sua compreensão sobre o foco é pautada pela lógica institucional quanto ao seu funcionamento, estando associada a aspectos intuitivos, exigindo bom senso. A tomada desta decisão está ancorada em pressupostos, abstratos e intersubjetivos, porém com características inerentes à sua formação psicossocial e sua própria visão de mundo. A dificuldade para intervir nessas situações pode chocar-se com a sua percepção e interpretação da sexualidade. Essa aparente ambivalência revela aspectos fragmentários e multifatoriais, não percebidos pelo profissional enfermeiro como características indicativas da singularidade do sujeito psicossocial. Assim, estão afastadas as possibilidades de construção de qualquer roteiro de procedimento, enquanto conduta linear tal como outros procedimentos técnicos-científicos classicamente definidos como objeto da intervenção de enfermagem. Essa temática é revestida de alteridade, pois apresenta controvérsia de interesses, interfere na abordagem terapêutica em que a clareza da sua intervenção não é reconhecida pelos demais componentes dessa categoria profissional como uma atividade legítima desse profissional. A manipulação do corpo do outro facultava uma oportunidade para atuar, ajudando-o na manutenção da saúde sexual, no senti-

do da orientação e transmissão de informações necessárias, consoante cada caso manifesto, não há o ranço de enveredar por orientações de cunho ético moralista, cujo efeito poderia ser incontornável.

“... Nessa situação não sei o que falar...” I4.E1
(R)/(I) S.R.V.

O confronto com o auto-erotismo é uma situação que desperta sentimentos de insegurança no profissional enfermeiro do sexo feminino. Pode-se inferir que esse sentimento torna-se não aceitável, por não ser frequentemente reconhecida a atividade de prazer como característica do papel feminino. Embora se saiba que esse prazer se encontra em proporções significativas, se comparada à prática masculina. O embaraço frente à exposição desta situação constrange o profissional, para quem o contato com o corpo do sexo oposto é estabelecido mediante regras definidas para o envolvimento emocional. Somente quando em situações de desempenho profissional a ameaça desse confronto encontra-se protegida por procedimentos e conhecimentos técnicos que inviabilizam a sua não intercorrência.

INTERDIÇÃO

“... Pedro vamos logo com esse banho, tem bastante gente prá usar o chuveiro...” FALA

“...Na hora do banho é sempre a mesma coisa. Fica se exibindo. Ele ainda não está bem...” PENSA I1.E5
(V)

A manifestação latente da sexualidade é encarada como uma conduta exibicionista, provavelmente inserida na sintomatologia de alguma psicopatologia e, como tal, pode receber tratamento diferenciado, dependendo da instrumentalização do profissional. Comumente, o exibicionismo é tido como uma atitude de pouca vergonha, de procedimento inadequado e que demanda severas intervenções, no sentido de ajudar o paciente a se controlar. Assim, com uma visão moralista e higiênica, garante-se a segurança necessária para a melhoria do seu nível de convivência social, adotando uma posição autoritária, enquanto atitude de repressão e controle dessa perversão.

“... Vamos mais depressa com esse banho pois o café já está sendo servido e se não ir logo, poderá ficar sem o desjejum...”

“...Nossa!!!...” PENSE I2.E3 (R)

O tom autoritário e determinista é dirigido ao paciente revela o despreparo para lidar com situações em que a sexualidade se manifesta. Adota a postura de superioridade, ameaçando-o, visto que seu poder determina o tempo de que deverá dispor para cumprir algumas etapas da rotina, contrapondo-se ao tempo e às necessidades do paciente. O controle sobre o paciente foi determinante para que o profissional enfermeiro confrontasse com a exposição da atividade sexual dele, mesmo estando em um ambiente protegido, no caso, um banheiro. A conduta adotada revela conhecimento sobre essa manifestação da sexualidade bem como um posicionamento definido para esse caso ou para toda essa situação. Dessa forma, é percebido como algo de pouco ou nenhum

valor, desde que, não interfira na rotina preestabelecida pela enfermagem, encerra uma compreensão de que este fato é próprio do homem devido a sua natureza insaciável no tocante as manifestações e práticas da sexualidade.

REJEIÇÃO

“... Tudo bem com você? Se precisar de ajuda é só chamar...” FALA

“... Eu não gosto que as pessoas me vejam tomando banho e deve ser difícil para o paciente esta invasão de privacidade...” PENSA 12.E4 NÃO ASSINALOU
LEGENDA

Na tentativa de estimular uma relação de independência, o profissional informa, de maneira cifrada, que aquela situação exige um certo distanciamento, por não ter aptidões para desenvolver uma abordagem compreensiva e orientacional, bem como evitar um confronto com o corpo do outro, já que não assimila essa aproximação de seu próprio corpo. O banho, caracterizado como um ato de higiene, é concebido a priori como assexuado. Dependendo do seu manuseio corporal, incluindo as zonas erógenas, provoca, em escala ascendente, desejo e busca de satisfação da sexualidade; portanto uma condição rejeitada em que o profissional enfermeiro reconhece como zona de risco. Reconhece também que sua atuação, pode ser interpretada como uma violência, um desrespeito por invadir a privacidade do doente mental. Noutras palavras, há o reconhecimento do papel profissional como invasor do espaço, sob a alegação de proteção e da autoridade no contexto institucional.

CONSTRANGIMENTO

“... Tentaria deixá-lo mais a vontade, que estaria ali para ajudá-lo...”

“... Paciente ficou constrangido com a presença da enfermeira...” I1.E7 (I)

A evidência da não instrumentalização para intervir na situação fará adotar uma certa compreensão, mais no sentido da benevolência, em vez de propriamente uma orientação terapêutica. O embaraço e o constrangimento manifestados no diálogo revelam sua própria condição diante do fato, embora Por outro lado, a construção gramatical que dá força ao diálogo aponta para uma situação de afastamento, cujo constrangimento, por ser partícipe é evidenciado e temido. A noção tempo-espço, traduzida na conjugação dos verbos em suas orações, possibilita antever que esse assunto requer cautela, por ser desconsiderado enquanto espaço legítimo de atuação.

“... Estamos aqui para orientá-lo e ajudá-lo, se sentir-se envergonhado posso sair...” FALA

“... Sentiu-se envergonhado...” PENSA I1.E8 (V)

A situação apresentada revela, nas atitudes adotadas pelo profissional enfermeiro, uma posição de confronto pessoal e profissional, em que a tomada de decisão situa-se no nível das incertezas; consequentemente, revela seu constrangimento e inabilidade para tratar o assunto, mesmo que, sutilmente, manifeste uma predisposição favorável a uma atitude terapêutica.

- RECRIMINAÇÃO

“... Desculpe-me ter entrado sem bater. Espero não ter deixado o Sr. constrangido. Se estava precisando de algo posso pedir a um colega masculino que venha atendê-lo...” FALA

“... Não devia ter entrado sem bater e perguntar se poderia...” PENSA I5.E1 (R)

A reprodução da divisão social e sexual nos processos produtivos da sociedade também é aplicada na instituição psiquiátrica, determinando espaços físicos para os pacientes e de atuação para o profissional enfermeiro, privilegiando a questão do gênero. Essa estratégia visa a garantir a interdição da sexualidade, enquanto ato heterossexual, deixando transparecer que outras manifestações tais como o auto-erotismo e a homossexualidade são aceitos, por denotarem menores riscos éticos e morais do que os derivados da heterossexualidade. A visão dicotômica dessa compreensão revela aspectos do processo de dominação que se estabelece sobre o doente mental ao mesmo tempo que, em nome de uma tradição, utiliza-se como tentativa de reconhecimento e privilégio, aspectos desse mesmo processo de formação, o qual muitas vezes foge à compreensão do próprio profissional enfermeiro.

- AFASTAMENTO

“... Desculpe-me Sr. x, quando for banhar-se tranque a porta. Estarei aqui fora. Caso precise de ajuda, chame alto que um funcionário homem vem ajudá-lo...” I5.E2
(V) S.R.I

O corpo deve ser desnudado em recinto fechado, longe de outros olhares. O auto-erotismo dessa cena é disfarçado com o reforço de alguns cui-

dados, o que deverão ser obedecidos, tendo como garantia o auxílio de um funcionário do mesmo sexo. Cuidar de pacientes do mesmo sexo confirma a dificuldade em aceitar a sexualidade do corpo do outro, incluindo a sua própria. Dessa forma, ao adotar o afastamento como estratégia, poupa-o de situações desagradáveis e assim mantém sua proteção, delegando a outro membro da equipe o envolvimento com o problema. Com essa mudança de posição, transfere o seu poder interinamente como controlador do espaço institucional, por se tratar de uma intervenção ilegítima e dissonante com o seu papel profissional.

T.S.C.	
“A Dança...”	Prancha N. 9
TEMA SUBMERGENTE ↓	
<i>Interação Física</i>	

DISCURSO

“... Dançar faz bem para a alma...” 14.E1 (V)/(I)

Citação tipo chavão. Mantém a impessoalidade sobre o assunto que envolve os personagens, a sexualidade. Mantendo sua indefinição e sua percepção, transfere o confronto com o tema a terceiros. Dessa forma, sua opinião se mantém protegida. Por outro lado, assume o gosto pela dança enquanto atividade de lazer e assim alivia as tensões e angústias advindas do próprio processo de viver. É um deslocamento para uma atividade extra instituição, portanto um tanto quanto trivial e simplista. Aos indivíduos inseridos socialmente que porventura não demonstrem apreço pela atividade de dançar seriam sintomáticos ou portadores de algum distúrbio mental? Sabe-se que muitas pessoas não apreciam a dança e nem por isso demonstram comportamentos de desagregação mental. Por outro lado, a associação dos termos alma e dança faz evocar lembranças, de uma consciência primitiva, em que a dança, numa situação ritualística, aproxima o espírito da sua condição sublime, liber-

tando do corpo, através dos humores, a sua condição de inferioridade perante a natureza.

“... Estas atividades de dança são boas porque aproxima as pessoas e facilita o relacionamento e estimula a questão da diversão e recreação para os doentes...”
I5.E1 (V)/(R)

Reconhecer na dança seus efeitos como alternativa psicoterápica, significa priorizar o reaprendizado social, em que o lazer e a diversão são atividades valorizadas, com o propósito de melhorar a condição de movimentação corporal. A possibilidade de troca afetiva, até mesmo de valorização da sexualidade, sequer é percebida e entendida como um acontecimento provável entre os personagens. Dessa forma, o que se percebe é a existência de uma linha de observação disfarçada, sob o pretexto da melhoria da condição geral do paciente, a fim de controlar sua sexualidade. Mesmo não dita a preocupação com essa questão reforça a constatação de que não poderia ser de outra forma, a não ser negando, mesmo estando presente uma preocupação e uma significativa rede de observação, tudo para evitar aproximações afetivas e intensas, que comprometeriam a instituição. Ao adotar essa estratégia o profissional enfermeiro define sua participação, intermediada pelo discurso formal, portanto institucional, como um artifício para disfarçar sua percepção sobre o tema em questão.

- AFASTAMENTO

“... Que bom estão aproveitando o tratamento...” I1.E1
(V)

A dança está relacionada à possibilidade de uma manifestação da sexualidade, pela aproximação corporal dos personagens. É entendida como um atributo favorável à saúde, uma melhoria qualitativa desse processo vital. A sexualidade do doente mental apresenta uma falsa compreensão, mesmo que a informação técnico-científica desmistifique que a doença mental seja manifestada diuturnamente, está pois circunscrita a episódios de crise e ruptura da realidade, com variáveis na categoria tempo-espço.

“... Dançar relaxa, é muito bom...” I1.E3 (V-R.I)

Atribuir efeitos benéficos à dança funciona como uma atividade de pouca importância, no sentido de manter uma vigilância mais acurada sobre os mesmos. Essa atividade relaxa e a percepção a aproximação se dá pelo fato de que, sem a mesma, não seria obtido o prazer desse lazer. Mesmo que haja insinuação e manifestação da sexualidade nessa esfera recreacional, essa prática não acarretaria maiores consequências, uma vez que o espaço de sua realização é protegido pela presença de profissionais. Nesse faz de conta os estímulos decorrentes seriam benéficos e pouco comprometedores para o papel institucional.

“... Que bom! os pacientes já estão até dançando. Sinal de melhora...” I1.E5 (I)

Compreende a situação como uma conduta favorável, é expressa pela valorização dos aspectos sadios dos pacientes, sendo priorizados os princípios de socialização e o tratamento estabelecido. Este último é o responsável pela melhora do estado social e não os efeitos recreacionais e liberalizantes de energia que a atividade de dança é capaz de propiciar. O lado recreacional é entendido como uma atividade sem muito significado para o tratamento geral do paciente, sendo os personagens da cena assexuados e infantilizados, a ponto de não creditar-lhes possível manifestação de sexualidade. Será que o sinal de melhora é observado sob o prisma orgânico, como a melhoria das funções psicomotoras indispensáveis para concatenar os passos da dança ou sob o prisma psicossocial como uma necessidade da pessoa do doente mental? A não percepção da necessidade do contato físico se deve ao fato do controle que é exercido sobre eles, ao dançarem, atendem simplesmente a uma condição de aproximação inócua e sem malícia.

“... Dançar é muito bom. Adoro!...” I1.E6 (I)

Assume o gosto pela dança, ignorando a mensagem revelada pelos personagens em cena, deixando prevalecer a sua necessidade de lazer e prazer. Elege a dança como algo positivo para si e, conseqüentemente, extensivo a todos os que manifestam essa tendência. Priorizada essa argumentação para o atendimento dessas necessidades, no contexto institucional, não revela nenhuma conotação pejorativa.

“... Eles conseguiram se comunicar através da dança...”
I2.E1 (V)

A percepção favorável da comunicação extra-verbal, ou seja, a comunicação revelada pela expressão corporal dos personagens faz com que o profissional perceba que a aproximação, incluindo a sexualidade, seja um aspecto saudável para ambos. O efeito provocado pela dança (na percepção do profissional enfermeiro) surge como algo estranho e não muito freqüente no contexto institucional, visto que o seu modelo e parâmetro para sua intervenção é voltado unicamente para aspectos da doença. Enquanto critério para sua inserção profissional na instituição, diferencia-se à medida que a comparação com melhoria do estado de saúde se afasta da definição de doença. Talvez resida nessa percepção a dificuldade para reconhecer aspectos saudáveis do doente mental, no caso a interação obtida através da dança. O ato de dançar por si só não caracteriza critério classificatório entre condição de saúde e/ou doença ou, ainda, entre normalidade e/ou anormalidade, como parece sugerir a interpretação dada pela entrevistada. O gosto ou não pela dança é uma vontade e uma decisão pessoal, extensivos a qualquer indivíduo em seu grupo social, sem que com isso sofra comparações nos parâmetros elencados acima.

“... Como é bom ver a parte saudável dos doentes...”
I2.E2 (V)

Reconhece que a doença mental não é continuamente manifesta em todas as horas e dias, sendo que aspectos positivos são indicativos e reveladores dessa condição. Quando oportunizados, por ocasião de uma atividade

recreacional, compreende-se que houve uma valorização das partes saudáveis do mesmo, incluindo a percepção sobre provável manifestação afetiva da sexualidade que, a seu turno, também é valorizada positivamente enquanto fator indicativo de saúde. Essa observação não mostra como o profissional enfermeiro atua frente às condições positivas e favoráveis de saúde, ao invés de aspectos patológicos e/ou mórbidos da doença. Não especifica também qual seria o distanciamento esperado para atuar em áreas em que ausência da doença seja um fato evidente, incluindo a sexualidade.

“... Eu gosto muito de ver os pacientes dançando, em muitas situações é um bom sinal de saúde...” 12.E4
NÃO ASSINALOU LEGENDA

Insinuou que há situações em que a recreação é satisfatória enquanto que noutras essa qualidade é transformada em preocupação, cuja eminência da ordem se encontra ameaçada pela manifestação da sexualidade, traduzida na aproximação corporal facultado pelo ato de dançar. O profissional enfermeiro parece estar circunscrito a si mesmo, enclausurado, como um todo absoluto, cuja verdade unidirecional isola-o da multiplicidade do seu espaço de atuação. Essa condição é aceita e desempenhada em sentido de conformismo, carente de críticas ou uma proposta de ação sobre essa realidade. O aval para a aceitação do seu gosto é tido como algo próximo a uma conduta terapêutica, enquanto critério de validade da melhoria e/ou agravamento de saúde do doente mental. Essa posição egocêntrica e onipotente prejudica a percepção do todo que é o sujeito psicossocial, objeto de sua intervenção. Ao fragmentar

esse objeto, afasta o reconhecimento da interrelação entre o seu meio e seus pares. Essa estratégia é segregacional, no sentido da privação da liberdade a que é submetida essa clientela. Tal interiorização segregacional tem sentido unidirecional e reducionista, gera conflitos relativos à sua identidade de sua categoria. Esse paradoxo constitui um desafio a ser questionado, enquanto estratégia para crescimento profissional.

- NEGAÇÃO

“... eles parecem tão animados com a dança foi uma boa terapia...” I1.E7 (I)

A animação é entendida como um aspecto positivo e recreacional, sem implicação passível de sanções disciplinares, mesmo porque o espaço em que se dá o evento é considerado protegido e sob a responsabilidade de outro profissional da instituição.

- IRONIA

“... Como estão se divertindo. Que bonito! Ontem mesmo falavam que a vida era chata, que precisavam de mais atividades recreacionais neste serviço. Como dançam solto, ficam sempre tão contidos durante o grupo operativo...” I5.E2 (V)

A dança não é valorizada terapêuticamente, por sua finalidade recreacional, freqüentemente estabelecido por indivíduos em seu grupo social. Nesse sentido, a dança assume a dimensão de atividade sem propósito. Por outro lado, reconhece o grau de liberdade obtida com os movimentos da dan-

ça, em oposição à participação na psicoterapia de grupo. A comparação entre a dança e o grupo revela um paradoxo que só pode ser justificado através do eixo comum, enquanto atividades grupais, em que o grau pode estar afetada pela significância que cada evento assume diante das expectativas do doente mental? Essa reflexão também aponta para uma abordagem mais oculta, porém não menos verdadeira, ou seja, o juízo de valor hierárquico atribuído a cada uma das atividades não percebidas, por seus sujeitos, inscritos como responsáveis por desperdiçarem a oportunidade de readaptação social. O grau de participação do profissional, paralela à atividade de dança se faz de maneira irônica, em que mais uma vez, elege um modelo de atuação e o defende como sua verdade. Assim sendo, mantém a atitude unidirecional do seu papel social.

SUSPEIÇÃO

“... não me parece uma conduta terapêutica, mas, como não sei o que está acontecendo... primeiro vou saber da situação...” I1.E2 (I)

A não clareza da situação, por encontrar elementos e aspectos sugestivos de um relacionamento não terapêutico, faz com que tente buscar uma solução via investigação da própria situação, por entender que o menor esboço de um envolvimento sexualizado o fato poderá ser considerado uma agravante. Enquanto rastreia a informação para efetivar a confirmação das suas suspeitas, adota um posicionamento que, de certa forma, protege o desempenho do seu papel profissional e institucional.

“... Como será a relação entre eles?...” I1.E8 (I)

No espaço recreacional possibilitado pela Terapia Ocupacional, o sujeito dessa entrevista consegue perceber o desenrolar da cena como algo suspeito entre os personagens. A preocupação para descobrir qual o tipo de relacionamento que está ocorrendo revela, mesmo sob a proteção de outro terapeuta, que o profissional enfermeiro não consegue desvencilhar-se da sua condição de regulador da conduta e do espaço do doente mental.

- IRONIA

“... Esses dois sozinhos de novo... Onde está o pessoal da T.O.?...”

“... Oi! Curtindo uma musiquinha? Cadê o pessoal?...”

(acrescentado) I1.E4 (I)

Critica e responsabiliza os profissionais cuja guarda foi deslocada temporariamente para que desenvolvessem atividades recreacionais junto aos pacientes. Faz pouco caso da atuação e estratégia de trabalho desses profissionais. Há uma suspeita de algo ilícito com os personagens da cena, devendo ser mantidos sob certa vigilância, tendo no discurso de proteção o controle sobre eles e assim, garantir o desempenho do seu papel profissional, enquanto guardião da ordem institucional, dirigindo-se aos personagens com certo desdém e ironia, mesmo estando sob a responsabilidade terapêutica de outro profissional. A percepção da condição de liberdade facultada por essa atividade recreacional dá o limite do perigo que, no entender desse profissional, não po-

de ser permitido. O profissional enfermeiro precisa conferir essa probabilidade intuída, adentrando o espaço de atuação de outro profissional, considerado propiciador de vulnerabilidade ao doente mental.

TRANSGRESSÃO

“... Talvez, precisarei prevenir esses dois quanto à possíveis intercorrências...” I2.E3 (V)

Reconhece nessa situação a possibilidade de problemas relacionados à sexualidade. Exige de si um posicionamento policaiesco para tomar a decisão favorável que venha efetivamente coibir a transgressão da ordem e do equilíbrio do espaço institucional do qual é o mantenedor fiel. Adota a argumentação da prevenção, como pano de fundo para disfarçar seu papel de regulador do espaço institucional e, assim, desempenha o papel socialmente instituído para esse fim. A prevenção parece trilhar o caminho da advertência, em que serão evocados os limites da inscrição enquanto, doente mental, justificativa fundamental ao tão propalado discurso de obediência ao tratamento.

AFASTAMENTO

“... Ainda ontem chorei de saudades...”

“... A mesma atitude da enfermeira...”

“... Não tenho vivência dessa situação. Lembro apenas de uma vez, era uma festa junina no H.D., eu ainda fazia o curso de especialização...”

“... Geralmente eles dançam só, meio sem jeito...”

“... Aqui eu só posso imaginar...” I3.E.1 (I)

Ao explicitar sua in experiência profissional com a utilização da música como atividade recreacional e finalidade terapêutica, busca comparação com uma única experiência vivenciada anteriormente. Esse movimento de ancorar a experiência atual com registros anteriores faz perceber o aspecto físico, ou seja, o comprometimento locomotor do doente mental, em atividade de dança, como um fato genérico à todos. Clara alusão aos efeitos psicofarmacológicos que os doentes mentais (em regime hospitalocêntrico e uso contínuo de determinados psicofármacos), apresentam como consequência do processo de cronificação, sendo este, entre outros dos fatores, que com maior frequência interfere nessa atividade, no sentido de restringir a liberdade de expressão corporal. Nessa perspectiva, desconhece o efeito de outras abordagens psicodinâmicas, aspecto que revela a limitação da atuação profissional, como algo restrito à concretude e à materialidade do corpo do doente mental.

“... É necessário que haja um momento onde se possa juntar homens e mulheres, como por exemplo no pátio, T.O., ginástica, pois é importante avaliar o comportamento dos pacientes, e devemos observar. As atividades são importantes...” I4.E2 (V)

Ocorre percepção e compreensão da necessidade aglutinadora entre os sexos opostos, mesmo que em situações e atividades controladas e protegidas com adequação de recursos psicodinâmicos. Todavia esse entendimento não se dá no sentido da valorização da cidadania, como uma tentativa de melhorar o processo de (re)socialização. Dessa forma atenua os efeitos pro-

vocados pela segregação estabelecida pela divisão sexual entre os portadores da doença mental em contexto hospitalocêntrico, mas entende como uma possibilidade para avaliar as manifestações corporais, principalmente os comportamentos derivados da manifestação da sexualidade e da doença. Sob esse enfoque, ocorre uma prevalência de cunho investigativo análogo à abordagem adotada pela justiça, em que as atividades são priorizadas como estratégias para essa apreensão.

T.S.C.	
“O Olhar...”	Prancha N. 10
TEMA SUBMERGENTE ↓	
<i>Homossexualismo Feminino</i>	

AFASTAMENTO

“... Adorei seus cabelos...” Paciente

“... Posso pedir a tia para fazer o mesmo no seu...”
Paciente I1.E8 (I)

A manifestação de contentamento pela melhoria de sua aparência pessoal faz com que se sinta confiante e otimista, permitindo-se colaborar para a melhoria da aparência física dos demais, mesmo que para tanto seja necessário solicitá-lo pessoalmente, dessa forma sinalizar para os profissionais sua provável melhoria, pois sabe que esse sinal é evidente para obtenção de saídas em finais de semanas ou outros. A higiene constitui uma preocupação frequentemente enfatizada na atuação profissional, sugerindo certa priorização das questões físicas, portanto mais visíveis e de fácil resolução. Recebe atenção maior do profissional enfermeiro. Nesse caso, a ênfase dada contradiz e nega a real intenção sugerida na cena pela interação entre as personagens. Por outro lado, a focalização do cabelo, em vez do estímulo oferecido pela prancha, deriva um aspecto da expressão facial e pode estar ligada à associação entre sexualidade e cabelos. Os cabelos são considerados atrativos para uma aproxi-

mação afetiva: despertam atração que, por sua vez, desperta desejo e erotismo, consequentemente manifestações de sexualidade. Por trás dessa abordagem é percebido um discurso higienista e um substrato de intensão. O discurso institucional que veicula normas sobre cabelos não está ligado à sexualidade de forma direta. Esse discurso, enquanto adequação de sua postura profissional é frequentemente lembrado, implicitamente associado à sexualidade. Como atitude e imagem, o profissional enfermeiro deve manter seus cabelos presos e arrumados como algo asséptico, para garantir condições satisfatórias de segurança, conforto e proteção, no tocante à prevenção e quebra da cadeia de disseminação dos microrganismos patogênicos, por ocasião da manipulação do corpo do outro. Dessa forma, o discurso sobre a sexualidade dos profissionais enfermeiros, não é explícito, porém é estabelecido através de sua negação, situando-o no nível da neutralidade, ou seja, como seres assexuados. A manutenção dessa condição no espaço institucional é uma questão tratada sob o rigor da ética e da moral cristalizados desde o processo de formação, enquanto critério de adequação profissional. Em nome desses valores, o profissional enfermeiro depara com situações conflitivas, sendo que questões decorrentes de práticas e manifestações de sexualidade em seu exercício profissional não são tratadas com o devido conhecimento. Também trata-se de seu desempenho profissional, enquanto atitude terapêutica. O despertar para a conscientização sobre uma atuação adequada no tocante à educação sexual do seu cliente constitui uma fonte de aprendizado para seu autoconhecimento. Ao elevar a condi-

ção de atuação terapêutica, afasta a noção de proibido comumente dada ao assunto.

“... Como você é boa...” PCT.

“... Fico agradecida com os elogios, mas, me incomoda muito as pessoas ficarem me abraçando e me beijando à todo momento...” ENF. I2.E1 (V)

Aceita o reconhecimento de uma de suas qualidades, como boa profissional, porém recusa as demonstrações afetivas desencadeadas pelo toque corporal. Revela uma dificuldade em manusear o seu próprio corpo e assim os dos demais; e quando permitido, somente e exclusivamente, no exercício do papel profissional. A cena apresenta três personagens, que demonstram, através do olhar, uma mensagem, funcionando como estímulo para o desenvolvimento de um diálogo, em que somente uma personagem, considerada doente mental, fala, e há menção da atuação do profissional enfermeiro. Dada essa explicação, o diálogo apresenta-se com uma alteração da percepção da situação estabelecida, ou seja, o elogio é feito a um outro personagem feminino, também considerado doente mental, e não ao profissional enfermeiro. A percepção do elogio foi enviesada para a figura do profissional enfermeiro que aparece entre os dois personagens citados. Essa mudança de estratégia dialógica permite negar o foco da mensagem que esse estímulo provoca. Embora percebendo o toque entre os personagens, assume a sua rejeição da atitude, que incomodou tanto, sendo necessário verbalizar graficamente como uma forma veemente de negar a condição de toda e qualquer aproximação afetiva entre

peessoas do mesmo sexo, no caso mulheres. Há uma patente e contundente negação da homossexualidade. Essa atitude pode configurar uma estratégia adotada no contexto institucional, como um processo de (re)socialização do doente mental, em que freqüentemente são lembrados alguns comportamentos desviantes da regra social, independentes do contexto. Nesse sentido, há uma aproximação da homossexualidade com a noção de desvio que, a seu turno, também deve ser negada.

Fala e escreve:

“... Cadê a percepção disso? A satisfação e o sorriso?...”

“... Não houve participação para esse retorno. Que pena!...”

“... A cara das pacientes está muito boa... E ela não percebe?...”

I3.E1¹⁰ NÃO ASSINALOU LEGENDA

A participação do entrevistado se dá através de sucessivas críticas ao comportamento do personagem apresentado como profissional enfermeiro. Compreende e aceita o estímulo visual sugerido, enquanto percepção da condição homossexual das personagens. Reconhece que o sentimento expresso na cena não foi percebido pelo profissional envolvido. Por não estabelecer uma relação dialógica entre os personagens e pela percepção pessoal so-

bre o profissional retratado na prancha, apresenta todos os estereótipos inerentes ao seu discurso e atuação profissional. Dessa forma, afasta-se do foco dessa questão.

- DISCURSO

“... Você é linda...” Paciente 1

“... Você também...” Paciente 2 (acrescentado)

“... Estão se gostando talvez carência...” I1.E1 (V)

A percepção da temática central, enquanto manifestação da sexualidade, faz o entrevistado adotar movimentos que lhe facultem o ingresso e para poder participar dessa discussão. Inicialmente afasta-se do foco, introduzindo um terceiro elemento no diálogo, para estabelecer uma relação dialógica, em tríade. Assim, reforçar seu sistema de defesas para ficar em condições de atender ao estímulo provocado pela prancha. A construção apresentada contém o aspecto segregacional dos seus portadores, revelando que o vínculo que se estabelece é reforçado pela freqüente e contínua aproximação entre si. O estabelecimento dessa aproximação se dá entre seus pares respeitada a divisão sexual que lhe é imposta ao paciente por ocasião do seu ingresso nesse espaço institucional. A opção é oportunizada pela identificação de certas ca-

¹⁰**OBS:** Esta foi a única prancha em que a entrevistada responde conforme ao estímulo recomendado para este procedimento [T.S.C.]. Mesmo assim, responde-o em forma de um comentário, priorizando a imagem e a postura adotada pela enfermeira diante da cena que se desenrola à sua frente.

racterísticas comuns e/ou incomuns entre si. A ausência de outros estímulos de ordem social favorece a formação do vínculo homossexual que não se dá somente pelo sentimento de carência afetiva, mas, principalmente, pela falta de opção, restando uma única possibilidade, enquanto condição de aproximação. Essa estratégia é, sob certa medida, valorizada pela própria arquitetura institucional, pela disposição do espaço físico e pela distribuição/separação das pessoas e pela ação dos controladores desse espaço, sendo o profissional enfermeiro elemento imprescindível desse contexto.

“... À partir de agora seremos amigas...” PCT.

“... O bom relacionamento amenizará a situação tão difícil de estar internada...” ENF. I2.E2 (V)

A valorização positiva de aspectos solidários da interação entre pacientes é uma conduta permitida, aceita e estimulada. A aproximação é valorizada e reconhecida como melhoria do estado geral dos pacientes sendo percebido somente nesta dimensão e nada mais do que isso pois toda e qualquer manifestação que extrapole esse entendimento deve ser coibida. A aproximação nesse espaço segregacional só pode ser autorizada, enquanto o limite é a amizade. Assim, nega a sexualidade, por compreender que a aproximação é um risco em evidência.

- NEGAÇÃO

“... Devemos observar bem o aspecto do olhar, pois através da comunicação não verbal, se pode avaliar e observar bem o paciente...” 14.E2 (I) S.R.V. / S.R.I.

O olhar deve ser observado, perquerido e analisado como algo revelador da condição desviante, capaz de trazer à luz as verdades ocultas sobre determinadas condições e situações em que a manifestação da sexualidade estaria reproduzida. Com essa estratégia, o profissional enfermeiro acessa essas informações e identifica a real condição até então disfarçada. A busca da confirmação desviante reproduzida pelo olhar revela uma valorização da estratégia de controle da ordem, incluindo os corpos portadores de olhos que devem ser, atentamente, observados. A associação com o modelo médico é uma evidência inquestionável, revelando, através de um discurso, sua inabilidade e dificuldade com o tema. Tem ainda a agravante de desconhecer estratégias alternativas para enriquecer sua prática profissional, cujas contribuições de recursos psicodinâmicos ampliariam sua visão reducionista e unidirecional. Esse modelo lembra a busca de evidências que indiquem a aproximação da loucura com a prática de feitiçaria pelas bruxas. A marca da transgressão é percebida pela observação bem feita através do olhar. Nesse sentido, a manifestação da sexualidade, enquanto estímulo, é negado. A percepção de que através do olhar se pode determinar diversas condições e situações afetivas (e ainda as respectivas diferenciações que são reproduzidas pela alteração do estado de ânimo) também é um estratégia para pensar que a doença é a regra

geral estabelecida nesse contexto. Assim, a associação da sexualidade com a doença recebe fortes conotações.

“... Seu cabelo ficou bonito!...” PCT.

“... Você também quer arrumar o seu, Sra. x?...” ENF.
I5.E2...(V)

Manter a aparência física dos pacientes em condições aceitáveis consiste é uma preocupação da enfermagem, sendo uma atividade frequentemente estimulada pelo enfermeiro, com boa aceitação pelos pacientes, visto que funciona como valorização e melhoria das suas imagens. Todavia, essa atividade exige um certo esforço para estabelecer um cronograma e a programação, dada a escassez de recursos que possibilitem sua realização, de acordo com a necessidade de cada paciente. A falta de recursos humanos e materiais é uma realidade em muitas instituições psiquiátricas do país. O cabelo, focalizado como algo proibido, realçando e indicando beleza, revela um aspecto significativo e relevante da sexualidade, influenciando-a enquanto elemento atrativo, e preferencialmente adotado como ponto de partida para este diálogo. O esvoaçar do mesmo confere um ar “sexy” e de liberdade revelando toda a intencionalidade manifesta pelo estímulo visual proposto que, a seu turno, é negado.

NEGAÇÃO

“... Olhe, uma paciente nova, vamos conversar com ela ? Funcionária

“... Vamos, parece estar muito triste, preocupada, talvez ajude...” I1.E2 (I)

Ao atribuir à cena um encontro entre pacientes que acabam de chegar à instituição, desloca a sua percepção para um ponto em que é capaz de trabalhar, dentro do seu código de compromisso profissional. Dessa forma, nega a possibilidade de uma manifestação afetiva de conotação homossexual, parecendo sugerir que o profissional enfermeiro só percebe o contato como algo profissional. Ele se prende ao seu papel profissional, revelando essa condição priorística, não sendo capaz de reconhecer o que foge a este enquadre. O contato, enquanto vínculo, deve ser descontextualizado de significados de sexualidade, por motivos que ferem o seu entendimento, enquanto modelo de atuação.

*“... Quem é esse moço bonito. Você é casado? ...”
Paciente*

*“... Maria, ele é o novo médico do pavilhão...” I1.E4
(V)*

A aproximação entre mulheres, como uma demonstração afetiva no contexto institucional, não é percebida como algo condenável e sujeito ao controle. A percepção da cena é desviada para algo que sugere uma atenção maior, algo cuja transgressão comprometeria a instituição frente a sociedade. Redefinindo os sexos dos personagens caracteriza uma aproximação heterossexual e redimensiona o seu espaço para atuação, pois nesses termos possibi-

ta o desenvolvimento de um controle sobre a situação. Noutras palavras, nega a homossexualidade feminina, por não aceitá-la enquanto prática da satisfação da sexualidade. Por outro lado, essa condição, mesmo inscrita no signo da transgressão, não compromete a instituição, embora o enfermeiro pessoalmente a negue e profissionalmente a rejeite. A interdição de qualquer uma das manifestações de sexualidade, apontada nesse caso, revela-as de forma incisiva, como algo proibido e fora do alcance dos doentes mentais. Os termos *casado*, *moço bonito* e *médico* significam atributos fora do alcance de um envolvimento sexual, uma vez que há um entendimento geral de que o profissional é assexuado e as suas preferências e condição sexual são da ordem da esfera privada. Confere um grau de hierarquização e autoridade como critério impeditivo da aceitação da condição homo e/ou heterossexual, dentro do contexto institucional. O adjetivo “*novo*”, como característica física de um indivíduo, só pode ser para algum profissional, no caso, eleito como médico, revelando um estereótipo de que o doente mental é velho e feio. A doença mental está associada aos aspectos físicos de decrepitude e nunca de jovialidade e beleza, qualidades visíveis somente para aqueles que receberam um certo privilégio da vida (no caso, os médicos, que, além de belos, detêm o poder sobre tudo e todos).

“... Temos uma surpresa prá você...” Paciente

“... E eu percebi quando cheguei que vocês estavam
aprontando alguma coisa...” I1.E5 (R)

Entende a situação como algo em desordem, anormal, pronto para ser controlado, mediante averiguação freqüente e comportamentos. A repressão é lançada sobre os doentes mentais como uma forma de co-participação, pois freqüentemente são lembrados de que a função do profissional é mantê-los sob vigilância contínua, a fim de garantir proteção e segurança, enquanto medidas para seu próprio conforto, mesmo que a obtenção dessa meta seja um fato duvidoso e de pouco alcance dentro da realidade da instituição psiquiátrica. A surpresa é algo desagradável nesse contexto interpretado como uma coisa de aspecto negativo e gerador de conflito, podendo ser uma simples desobediência a um ato de maior gravidade. A desconfiança é sempre uma companheira ideal para se manter alerta nesse espaço de loucura.

“... Preciso te contar uma coisa incrível...” Paciente

“... Olha a fofoca!...” I1.E6 (I)

O lado vigilante, portanto controlador, das informações circulantes no espaço institucional confere ao profissional enfermeiro uma postura de guardião manifestado sobre os demais pelo aspecto autoritário, enquanto instrumento de domínio e poder. Chama a atenção para que se evite tal fato, cada um dos envolvidos é objeto de sua sujeição, mediante suas recriminações em nome da ordem. A sexualidade por ser reconhecida como algo incrível, fora do normal, tendendo a ser coisificada, materializada, desprovida da relação objeto/sujeito inseridas num contexto em que a visão recusada da materialidade possa ela sofrer a intervenção pertinente a cada variação dessa manifestação. A singularidade do sujeito é mascarada pela subestimação, enquanto objeto que tende a ser punido. Quando não grave, será situado na dimensão do insignificante, de pouca importância e total descrédito, desconsiderado em for-

ma de manifestação discursiva informal. Abordar a questão da sexualidade sob essa perspectiva significa dar, sob certa medida, o tom da vulgaridade, enquanto estratégia que possibilita uma abordagem informal, descontextualizada e amena para o próprio profissional, sem comprometê-lo. Nessa lógica estabelecida a negação se dá mediante atos de intervenção desse próprio enfermeiro.

“... Acho que estou gamada por esse cara...” PCT.

“... Cuidado! Pense em se cuidar. Depois você refletirá melhor sobre isso...” ENF. I2.E3 (I)

Elege um dos personagens como sendo do sexo masculino para desenvolver um diálogo e revelar um interesse afetivo. Nessa circunstância, reforça a não aceitação do envolvimento homossexual podendo ser transferido para o futuro, afastando de imediato qualquer ameaça à ordem dentro do contexto institucional. O aspecto aconselhativo mascara o verdadeiro sentido de proibição, por ser um envolvimento heterossexual e com prováveis implicações. Por outro lado, parece não dar muita importância a essa manifestação de desejo e afetividade, por se configurar como uma característica psicopatológica, ou ainda por desvalorização peculiar com que é tratado o doente mental. Ao adotar essa estratégia, o profissional enfermeiro sai de cena, afasta-se, mas nela se insere redefinindo os papéis sexuais dos personagens assim garantindo a possibilidade de uma intervenção, por negar o estímulo sugerido pela cena.

DISCURSO

“... Oi tudo bem com você ?...” Profissional

“... Qualquer maneira de amar vale a pena ...” I1.E3
(R)

A afirmação não parece verdadeira, sugere uma outra leitura em que a negação da homossexualidade feminina é percebida e ao mesmo tempo negada pelo profissional. A observação baseia-se no sentido de que se estão assim é melhor do que ficar importunando, portanto podendo despreocupar-se delas visto que a gravidade não é uma consequência severa. A compreensão de que essa situação é temporária e talvez a única possibilidade de satisfação sexual como algo sem importância e aceito para doentes mentais. Entendida dentro dessa ótica, a atitude será a de não conferir importância ao fato, uma vez que o mesmo se reveste de conflito e rejeição, quando confrontado com essa questão. Além disso, é um assunto que não lhe diz respeito enquanto profissional, embora que sua incidência e/ou ocorrência se dê às claras. Admitir esse posicionamento revela tanto uma permissividade como descompromisso com a saúde sexual dos personagens envolvidos. Uma falsa compreensão sobre a questão pode ser percebida no primeiro olhar, porém essa compreensão encobre a falta de instrumentalização adequada para o seu manuseio. É um artifício adotado pelo profissional enfermeiro como forma de corresponder às expectativas da instituição e sobretudo para defender-se dessa zona de conflito.

HOSTILIDADE

“... Não gosto desta pessoa...” Paciente

“... Ficaria quieta, observaria outras reações...” I1.E7
(I)

A negação nesta afirmativa encontra-se carregada de sentimentos negativos, tais como hostilidade e rancor, contrapondo-se à suavidade entre os personagens, que a cena reproduz. Seria uma tentativa de extrapolação desses sentimentos à figura do entrevistador? O fato de não gostar não se configura como uma atitude terapêutica que deve ser exercitada pelo enfermeiro. Provavelmente, muitos sentimentos negativos lhes são evocados mediante determinadas situações por ser polimorfa a atuação na Enfermagem. Todavia, nesse

caso, a verbalização gráfica desse sentimento revestiu-se de tamanha intensidade, que foi necessário exteriorizá-lo revelando toda a carga de hostilidade. Esse sentimento manifesto pode ser entendido sob diversos pontos de vista. Não gostar pode estar ligado à mensagem expressa na cena que, sob certa medida, desencadeou o confronto pessoal com o estímulo, no sentido da comparação de sua imagem corporal, despertando profundas diferenciações, cujo significado lhe causa sofrimento e angústia. Essa elaboração dá a entender que a beleza física dos personagens, elencados como doentes mentais, não pode ser aceita nessa condição. A doença mental não apresenta nenhum parentesco com a beleza plástica, embora revele, através da arte uma valorização da cultura conferindo uma certa beleza plástica. Isso ao nível da arte. Na prática essa verdade é diferenciada, pois se aproxima do feio, do horror e da mesmice desprovida de qualquer atrativo, incluindo as próprias expectativas de atuação, realização e satisfação profissional. A loucura tem ligação com anormalidade, hostilidade, auto e heteroagressividade, delírios, alucinações, desvios sexuais, entre outras diferenciações. Não podendo ser retratada priorizando aspectos saudáveis e emblemáticos de uma visão de normalidade. Sob o despertar da cena, esta revela, através desse confronto, a sua inabilidade e dificuldade para abordar a questão da homossexualidade, principalmente a feminina, por sentir-se ameaçada por um certo enquadre que comprometeria sua imagem profissional. Emitir opinião à esse respeito só no sentido de negar a priori e investigar os comportamentos, para posteriormente, exercer adequadamente o papel profissional.

INTERDIÇÃO

“... Eu quero namorar você...” PCT.

“... Quando vocês estiverem melhor, poderão estar decidindo este namoro...” ENF I2.E4 (V)

Não há referência explícita quanto ao sexo dos envolvidos, sugerindo uma indiferença entre ser hetero ou homossexual. Este é um direito conquistado por pessoas sadias. Dessa forma, qualquer tentativa por parte do doente mental pode ser interpretada como uma manifestação psicopatológica e a conduta deve ser a da não estimulação e transferir essa decisão e responsabilidade para o término do tratamento, quando só então a pessoa poderá decidir sobre a questão. Assim sendo, não interessa esclarecer aspectos da saúde sexual e sim manter o controle sobre os pacientes, para evitar um confronto com as normas e regras institucionais. O significado do termo namorar pode ser entendido, dentro do contexto lingüístico contemporâneo, como um contato sexual. Dessa forma, é atualizado pela entrevistada, no sentido da percepção proporcionada pelo estímulo, enquanto manifestação da sexualidade.

SUSPEIÇÃO

“... Eu gosto muito dela...” PCT.

“... Que afinidade que vocês tem!...” ENF.

14.E1 NÃO ASSINALOU LEGENDA.

O entrevistado percebe o relacionamento entre os personagens como uma demonstração de cordialidade e afeição. Entendido como uma possibilidade capaz de favorecer uma relação de ajuda, na medida em que é perfeitamente aceitável e não comprometera da ordem institucional. A valorização dessa atitude é encarada como ponto favorável para obtenção dos interesses envolvidos. Apesar dessa compreensão, observa-se uma certa preocupação com a qualidade e a intensidade dessa aproximação afetiva requerendo uma atenção a fim de evitar problemas futuros.

TRANSGRESSÃO

“... Você está muito bonita hoje. Podemos conversar...”
PCT.

“... Parece que está acontecendo uma aproximação destes dois pacientes que estava de isolamento...”
ENF. I5.E1 (V)/(R)

A compreensão da cena é estabelecida como uma diferenciação entre os personagens, definidos como de sexos opostos. Percebe uma aproximação física, mas só é consentida se for entre sexos opostos e numa situação isolada e protegida. Ao referir-se ao isolamento, este fato soa como se ambos estivessem sob castigo, por alguma razão. O olhar atento do profissional enfermeiro, revelado por suas suspeitas, deixa claro o seu papel cristalizado de mantenedor da ordem institucional e vigilante da conduta dos pacientes, com forte resquício do modelo moralista e higienista. Observar, suspeitar e investigar situam-se como funções preponderantes para o desempenho do papel profissional. Dessa forma, sobressai o total domínio sobre os corpos, no sentido de mantê-los sob vigília, a fim de fazê-los entender que além da doença mental há um substrato amoral e desviante, que deve a qualquer custo ser proibido e punido, sob o discurso da proteção e segurança.

T.S.C.	
“O Banho...3	Prancha N. 11
TEMA SUBMERGENTE ↓	
<i>Erotismo</i>	

CONSTRANGIMENTO

“... *Que corpo bonito...*” PENSA

“... *Desculpe-me pela situação já estou saindo eu não sabia que você estava aí...*” FALA I1.E1 (V)

O elemento surpresa revelado pela visão contemplativa da beleza física do personagem desestrutura o profissional enfermeiro, enquanto revela a sua condição pessoal, na argumentação desencadeante do diálogo desprovida de suporte terapêutico e de uma tranquilidade ao confrontar com o corpo desnudo dessa personagem. A surpresa pode estar associada à beleza plástica do personagem, não frequentemente observada na clientela portadora de doença mental. Novamente percebe-se uma tendência para aproximar a doença mental a aspectos revelados pela decrepitude corporal de seus internos, não é frequente o confronto com o corpo jovem em que mediante este acontecimento, o profissional enfermeiro adota o constrangimento como uma atitude defensiva e assume uma parcela da transgressão, ao observar e descobrir-se surpreendido pela beleza do corpo parcialmente desnudo.

“... *Que menina bonita ! ...*” PENSA

“... *Desculpe...*” FALA/Profissional I1.E2.....(I)

Reconhece e se surpreende com a beleza física da paciente. Adota uma postura cordial e gentil, ao mesmo tempo desculpando-se pela invasão

de sua privacidade, revelando uma insegurança no trato da questão, por não saber o que fazer com seus sentimentos e desejos. Isto é inadmissível e, ao reconhecer, configura desrespeito ao entendimento do seu papel profissional. Para proteger-se adota a negação como uma estratégia de subsistência e assim mantém o seu papel de vigilante da ordem institucional.

“... O que será que ela quer?...” PENSA

“... O que foi Neuza? Toma seu banho que depois conversaremos ...” FALA I1.E4 (I)

Percebe a insinuação e provocação da paciente. Todavia, arma-se buscando sua proteção através de perguntas, em que ao mesmo tempo dão o tom de autoridade que lhe é peculiar, para assim fugir do foco da situação. Mantém-se dentro dos limites do seu papel profissional, ordenando a continuação da higiene corporal, ao mesmo tempo em que agenda uma conversa posterior. Valoriza-se, protege-se e nega as implicações e sensações oriundas da sexualidade. Entende que a personagem quer algo, alguma coisa além do que é dito, ou seja, há uma intencionalidade na solicitação feita, fazendo com que o profissional enfermeiro perceba a diferença entre esta e outras solicitações freqüentemente presentes. Essa intencionalidade revela a sexualidade e/ou a busca de sua satisfação, identificada pelo profissional enfermeiro, que reforça sua condição de autoridade institucionalmente mantenedora da ordem. A identificação e percepção sobre esse enfoque é resultante também das suas experiências pessoais, muitas vezes incluídas nas situações do contexto institucional, sem que advenham do seu processo de instrumentalização. Essa instabilidade é que torna o exercício da profissional enfermagem uma prática de caráter aleatório. A problemática se inscreve em seu exercício profissional e a adequação da conduta tenderá sempre a sofrer influências diversas, pois depende do ponto de vista de cada um, frente à situação, estando incluídos os juízos de valores, ideologias, crenças, tabus, preconceitos e estigma. Com toda essa sobrecarga influenciando a tomada de decisões, o profissional enfermeiro não per-

cebe ser esse um campo legítimo para sua atuação, por não ter sido, no seu processo de formação, orientado para esse foco. A sexualidade esteve sempre interdita, sem a sua verbalização e proibição. Dada a áura da abstração para uma manifestação concreta e bidirecional, situa-a no rol da criminalização profissional. Retornando ao diálogo da prancha, o entrevistado coloca-se no passado quando o estímulo é presente. Essa característica tem a ver com a dificuldade para se situar nesse contexto e desenvolver terapeuticamente o seu papel. Por outro lado, revela um hábito da linguagem coloquial, em que regras semânticas são desrespeitadas, para dar fluidez ao discurso. Pode ser indicativo da existência de fragmentos passados, no tocante à negação da sexualidade desencadeada no processo de formação, entendendo como a docilização dos corpos e sua condição de seres assexuados.

“... Nossa que corpo!...” PENSA

“... Oh! desculpe não sabia que tinha alguém aí dentro...” FALA I1.E6 (I)

Reconhece a beleza escultural desse corpo expresso graficamente. Verbaliza uma desculpa como meio de situar-se ao nível profissional, em detrimento dessa identificação, com provável despertar e interesse pelo objeto desse desejo imediato. É uma tentativa de mascarar o conflito despertado e assim garantir o desenvolvimento do seu papel profissional. A situação apresentada nesse diálogo revela a surpresa do profissional enfermeiro, descoberta mediante esta zona de conflito e traduzida como erotismo corporal. Ele não sabe o que fazer. Reconhece, nega e foge do problema. Estes movimentos revelam sua preocupação em se manter dentro do papel profissional, sem atinar para a solicitação feita pelo personagem, o que significa ter percebido, através de um simples chamado, toda a carga de intencionalidade envolvida, no tocante à sexualidade. Portanto, o enfermeiro percebe a manifestação da sexualidade do doente mental, porém utiliza-se de uma estratégia que transforma um comportamento, identificado por ele próprio como inaceitável, em aceitável,

para poder atuar. Nessa perspectiva, esse espaço redimensionado é considerado normal, atendendo às exigências cristalizadas para sua atuação profissional. Valorizam-se aspectos da sua instrumentalização direcionada para o patológico em detrimento da saúde, enquanto garantia da qualidade de vida desses sujeitos psicossociais. Noutras palavras, o profissional enfermeiro, quando em situação de conflito e impossibilitado de transferir a outrem a tomada de decisão, cria uma zona de neutralidade, saindo da linha de frente do problema para escudar-se, no sentido de autoproteção, reintegrar-se ao contexto da problemática exercendo seu papel profissional. Esse movimento é muito mais favorável no sentido da proteção do que do objeto da sua intervenção. Dependendo da circunstância, a qualidade da atuação pode estar severamente comprometida com a exigência que o assunto demanda.

“... Que falha a minha, só queria ajudar...” PENSA

“... Desculpe, entrei sem bater, espero que não leve a mal, só queria ver se está tudo bem...” 11.E8 (I)

Com tantos pedidos de desculpas pela invasão do espaço privado, no caso um banheiro de uma instituição psiquiátrica, nem sempre individualizado e provido de portas, o profissional se vê em situação de dificuldade. De um lado, está o provável despertar de um desejo ao olhar um corpo jovem, bonito e erótico. De outro, é evidente, o embaraço por se perceber e se surpreender situado nessa zona de conflito, cujo confronto é estabelecido por seus papéis sociais. Mesmo estando sob sua guarda, exigindo continuamente seu controle, a possibilidade de confrontar com fatos dessa natureza revela aspectos de sua curiosidade pessoal, além da inabilidade em tratar a questão ao nível profissional, embora adote a argumentação do seu papel profissional como mediador de assuntos como esse.

“... Entrei em hora errada...” PENSA

“... Desculpe! Por favor termine o banho e vá ao refeitório pois o café já vai ser servido...” FALA 12.E3 (V)

Adentrar em recinto privado, como um banheiro, mesmo em instituições psiquiátricas, às vezes sem porta, faz parte da atuação desenvolvida pelo profissional enfermeiro, como uma estratégia para fiscalizar a conduta do paciente e garantir o equilíbrio do ambiente geral. Esse fato é desempenhado em certas circunstâncias, quando há evidências e necessidade de investigação de manifestações da sexualidade. O confronto propiciado pela invasão desse espaço do paciente sugere a premeditação dessa intenção, revestida de poder, reforçando o seu papel fiscalizador, determinando a rotina a ser seguida. Clara percepção do estímulo sugerido e negação do mesmo.

“... Acho que eu dei um fora, poderia ter chamado antes de abrir a porta...” PENSA

*“... Desculpe eu ter entrado no banheiro. É que eu ouvi um barulho e abri a porta pra ver se está tudo bem...”
FALA 12.E4 (R)*

Recrimina-se por não ter adotado medidas de segurança para sua proteção pessoal, que evitariam o confronto constrangedor com essa situação, por não dispor de recursos instrumentais para lidar com ela temática. Por outro lado, o pretexto verbalizado e a solicitação de desculpas pela invasão desse espaço podem representar uma certa curiosidade do profissional. Assim sendo houve uma intenção que, a seu turno, pode ser justificada com o argumento da observação.

TRANSGRESSÃO

“... Esta paciente deve estar com necessidade de namorar...” PENSA

“... Preciso fazer um exame físico em você para verificar se as suas lesões de pele melhoraram após a medicação...” FALA I1.E3 (R)

Reconhece uma insinuação de cunho erótico, portanto percebe uma manifestação da sexualidade. Atualizado o termo namorar, que significa transar, o profissional deixa transparecer sua inabilidade para com o tema, adotando como estratégia de intervenção um procedimento de investigação, fortemente calcado no modelo médico de intervenção. A adoção desse procedimento tem algumas implicações que se revelam de forma paradoxal, ou seja, como e por que fazer um exame físico por ocasião de um banho. O apelo da cena fez despertar o seu desejo e sua sexualidade, cuja satisfação teria que ser camuflada com um falso procedimento. A sexualidade, enquanto elemento de transgressão da ordem, precisa ser recolocada na situação de desvio. A associação da sexualidade à doença deixa marcas evidentes na superfície corporal; é preciso buscar essa distinção, enquanto característica da perversão. Relacionando-a à impureza do corpo, em analogia a alguma doença pestilenta, aproxima-se da sujidade: as feridas. Uma solução de continuidade é relacionada e percebida através da envaginação característica da genitália feminina. Essa estratégia visa a busca da classificação da sexualidade como doença, situando-a como desvio sexual. Visão higienista situada no sentido inverso, em que a busca de evidências está na direção oposta, por se encontrarem no próprio corpo do profissional enfermeiro e não do personagem objeto do seu desejo.

“... É uma paciente jovem... isso acontece mesmo...”

“... A gente fica sabendo de casos...”

“... Certa vez um vigilante estava alisando uma paciente. O acompanhante do paciente ao lado, estava quase cochilando mas, percebeu a intenção do vigilante. Ficou atento e viu... Veio chamar a gente. Não aconteceu nada com a paciente... Também não aconteceu nada com o vigilante, mas a gente pediu substituição...”

“... Semana passada eu estava lá no lanche, era o meu horário, lá na esquina, quando vieram me chamar. Veja bem, tinha um paciente lá em cima do telhado. Tinha médico, residente e eu tive que subir no telhado...”

“... Ela dizia que ninguém gostava dela. Subi com cuidado apoiada no parapeito. Pedi que ela olhasse nos meus olhos. Foi difícil até que ela olhou nos meus olhos e disse-lhe que não poderia cuidar dela ali no telhado. E, se eu estava lá é porque eu gostava dela. Sabe, ela era uma paciente conversiva. Consegui descer e no chão ela fez uma crise conversiva, pra chamar a atenção, tipo crise convulsiva...”

“... Era uma paciente jovem...” I3.E1. (R)/(I)

O entrevistado adota duas situações vivenciadas em sua prática profissional, para manifestar sua opinião sobre o problema. No primeiro caso a manifestação da sexualidade é considerada transgressora, ao nível da heterossexualidade, especificamente como assédio sexual, demarcando os papéis dos personagens relatados dentro do modelo ocidental em que o homem é ativo e a mulher passiva, portanto a vítima do desejo do homem. O envolvimento é estabelecido pela transgressão ética, moral e disciplinar praticada por um funcionário que, a seu ver, não sofreu nenhuma punição significativa. Enquanto manifestação da sexualidade, nega as consequências desencadeadas pela estimulação provocada por ocasião do assédio a doente mental, que se encontrava dormindo e/ou sob efeitos medicamentosos. Ora, garantir que nada aconteceu é adotar uma postura mecanicista, cartesiana, de causa e efeito, privilegiando somente o aspecto físico da questão, negando todos os aspectos psicológicos desencadeantes dessa estimulação. Reduzir as consequências desse assédio à mera corporalidade significa eleger como prioridade espacial, enquanto local de sua prática profissional, referendando o modelo pautado na divisão entre corpo e mente. Nesse sentido, os efeitos psicológicos desencadeados não seriam evidenciados, tampouco despertariam uma preocupação uma vez que foi dirigido para uma portadora da doença mental, psicologicamente em deseque-

lívrio. Sendo louca e não estando apenas em crise, não teria uma percepção dessa conseqüência, uma vez que a denúncia desse fato provavelmente seria confrontada com alguns aspectos de determinadas manifestações psicopatológicas, o que certamente redundaria na dificuldade para estabelecer os limites entre verdade e fantasia, mesmo contando com um testemunho. A dificuldade de aceitação incorreria no desprestígio profissional, por estar valorizando aspectos sintomatológicos e reforçando distúrbios da senso-percepção, com o objetivo de incriminar determinados profissionais. No segundo caso, não há uma evidência explícita da sexualidade, mas um desabafo e uma denúncia de que ao enfermeiro são relegadas tarefas de difícil realização, como por exemplo resgatar pacientes em cima do telhado. Nesse sentido, as questões decorrentes da manifestação da sexualidade situam-se no mesmo grau de dificuldade dessa atividade, tendo o profissional enfermeiro que dar resolutividade, não importando o grau de instrumentalização de que o mesmo disponha para a execução desse compromisso, importando o resultado final, traduzido na manutenção da ordem do espaço institucional.

INTERDIÇÃO

“... Ela é bonita...” PENSA

“... Maria, é melhor você colocar sua roupa, dessa maneira você fica se expondo, se mostrando...” FALA
I1.E5 (R)

A exposição corporal da personagem é percebida e valorizada, à medida que sugere o despertar de sentimentos favoráveis que, a seu turno, não são aceitos pelo profissional, por serem contraditórios à finalidade do seu papel profissional e institucional. Disfarça seu incômodo perante a sexualidade expressa nessa situação, adotando o discurso moralizante, ordenativo e autoritário, para coibir a atitude da paciente e assim garantir o controle da situação (sua e da paciente). Outro ponto que pode ser considerado diz respeito à idéia

de que a doença mental não se associa ao belo, por ser muito mais pertinente à ausência de plasticidade, aproximando-se do que é feio, sujo e imundo. Essa é uma tendência fortemente cristalizada. Sob essa perspectiva, esse confronto desperta uma aproximação e semelhança entre o doente mental e o profissional enfermeiro, com uma agravante, despertando também desejo e tensão, por sua diferenciação sexual. Esse desejo, enquanto reconhecimento erótico da situação, não se enquadra nas exigências do papel profissional, porém é verdadeiro e disfarçado enquanto verbalização desse sentimento. Esse confronto com um personagem jovem, revela algo de novo e inusitado, que provoca modificações no seu comportamento. Esse movimento acarreta efeitos ansiogênicos. O desejo do profissional, a presença do corpo jovem e erótico, a busca do (auto)controle; o compromisso social desperta uma tomada de consciência da realidade institucional em movimento de completa ruptura, elegendo a autoridade para realizar a interdição, por perceber e se situar na condição transgressora e bidirecional. Há portanto, o estabelecimento de uma ameaça, uma situação de confronto e guerra, a necessidade de estratégias para vencer essa resistência. Usa autoridade para determinar o conflito, imputando uma acusação ao vencido, ou objeto de desvalorização social; nessa focalização, a sexualidade do doente mental. Agindo dessa forma, aproxima a doença mental e a sexualidade da condição dos desvios do comportamento e do caráter. O tratamento e ou as regras para sua coibição são pautados na autoridade inquestionável, por seu senso higienista e moral. A atuação do enfermeiro torna-se uma ameaça com clara evidencia da concretização desse castigo. O castigo é a proibição, com relação às satisfações de suas necessidades sexuais nesse contexto, o qual se pune, protegido pelo poder da autoridade estabelecendo uma ordem para esta situação desencadeante de conflito e desequilíbrio pessoal e institucional.

“... Esta paciente está muito sexualizada...” PENSA

“... Marta, vista sua roupa, pois aqui trabalhando entre homens e mulheres, e, lá fora você fica mostrando seu

corpo de qualquer forma. Acha que as pessoas achariam isso normal?...” FALA I2.E1 (V)

A exposição corporal da personagem incomoda, quando não determinada pelas necessidades profissionais. Nega a sexualidade e a exposição do corpo. Na realidade, o corpo erótico percebido é um corpo jovem, com todo seu esplendor, forma e vigor físico, não muito frequentes entre as pacientes internadas em instituições psiquiátricas. A punição vem sob a ordem de vestir-se à medida que busca a confirmação da própria paciente, na tentativa de responsabilizá-la pela sua condição de conduta anormal. Dessa forma, a intervenção só pode ser considerada como proibitiva, portanto castigada por algum dos critérios elencados e adotados como meio da aplicação do castigo e da repressão. O entrevistado põe do lado de fora a personagem para poder atuar, pois considera o espaço exterior muito maior e ainda dispõe da intervenção de outros personagens, garantindo-lhe proteção e socorro. O espaço da sexualidade é considerado pequeno e reduzido, na visão do enfermeiro, por ser opressor e ansiogênico, quando focalizado nessas circunstâncias, de confronto entre o papel profissional e social, irradiando a sensação constante da proibição na relação entre sujeito e objeto. No momento em que exterioriza a problemática trazida pela manifestação da sexualidade, a cumplicidade inicial de terceiros atuaria como sua defesa que, progressivamente, se desfaz em outro movimento, revelando a todos os presentes a sua interdição no contexto institucional, sendo todos, inclusive ele próprio, considerados transgressores da ordem e passíveis das sanções disciplinares pertinentes. O modelo pede vigilância e punição. Interessante notar que a percepção do exibicionismo da personagem, quando em situação de banho, é utilizada para reforçar e recolocar o peso da interdição que a sociedade impõe aos portadores da doença mental, no sentido da criminalização de sua sintomatologia, incluindo as manifestações da sexualidade. A invasão de privacidade é cometida pelo profissional enfermeiro enquanto mantenedor da ordem do espaço institucional. Ao personagem saindo

do banho e no interior do banheiro ficaria muito difícil aplicar contensão corporal. Dessa forma, afasta toda carga de sexualidade da situação e revela a dificuldade em estabelecer sua autoridade, se sobre o doente mental e/ou um profissional (confunde-os em seu discurso) tendo como estratégia negar a mensagem suscitada pelo estímulo visual da cena.

“... Justo hoje que não tem mulheres no plantão...”

H/PENSA

“... Cláudia, você está dentro de um hospital não deveria tomar banho e sair sem roupa pelo hospital...”

FALA I2.E2 (I)

Freqüentemente se adota, em instituições psiquiátricas, a divisão de pacientes não por aspectos do comprometimento psicopatológico, mas efetivamente pela questão relacionada ao gênero, critério discriminatório e reprodutor do contexto de divisão sexual do trabalho. A instituição psiquiátrica reproduz o modelo de divisão em seu processo produtivo entre seus pacientes. A enfermagem por sua vez, adota o modelo com algumas características diferenciais, por ser predominantemente feminina. É comum encontrar profissionais cuidando de pacientes do mesmo sexo. Em determinadas circunstâncias essa ordem é alterada, em função da escassez de recursos humanos disponíveis para manter esta divisão, persistindo uma tendência para solicitar, sempre que possível, a presença de um profissional da equipe de enfermagem do mesmo sexo para prestar cuidados ao paciente, especialmente quando exige exposição parcial e/ou total da área corporal. Esta situação de controle e disciplina dos corpos é expressiva e contém resquícios do processo de construção da sua profissão enquanto prática social. Assim, esses fragmentos são evidentes em muitas situações da prática profissional, que funcionam como reguladores do afastamento e distanciamento que o profissional deve ter incluindo o seu próprio corpo. Inicia em si mesmo a negação dessa aproximação, por confrontar-se com os princípios éticos, legais e morais da profissão.

“... O que fazer?...” PENSA

“... Você está precisando de alguma coisa? Coloque sua roupa...” FALA 14.E1 (I)

Ao assumir sua inabilidade para atuar perante à situação de exposição parcial do corpo, adota como estratégia o papel conferido pelo poder institucional para questionar o fato, sem demonstrar preocupação com a devolução das explicações exigidas no próprio diálogo. Dessa forma, a posição assumida de controle do corpo, visa à manutenção da interdição da sexualidade, em direção e sentidos opostos. Por outro lado, o profissional enfermeiro tem que negar qualquer situação conflitiva, entendida como desvio, enviezada pelos parâmetros da normalidade, e aceitá-la como um fato natural. O enfermeiro não tem a clara consciência desses movimentos estando pois cristalizado no seu modo de atuação, mascarando seus reais sentimentos e elaborações simbólicas, pois não atende aos interesses institucionais e profissionais. Nesse sentido, a atuação profissional é entendida como mera realizadora de procedimentos e técnicas, não sendo permitido desperdiçar tempo com banalidades. O enfermeiro percebe e entende que a personagem necessita de alguma coisa que pode significar a satisfação da sua sexualidade, porém afasta-se, negando adotando, através da sua autoridade, a proibição desse questionamento.

DISCURSO

“... Ela ficou inibida com minha presença...” PENSA

“... Não precisa ficar inibida, você precisa de ajuda? quer que eu saia, você se sentirá melhor?...” FALA 11.E7 (V)

A postura corporal da personagem é de desinibição e erotização, de forma alguma se apresenta em acordo com a resposta dada. Revela inabilidade para o trato das questões em que a sexualidade é o foco da intervenção. A multiplicidade de perguntas que se seguem reforça a idéia anterior, conside-

rando o aspecto conflitivo e defensivo. Adota o recurso utilizado pelo modelo formador e mais conservador, ou seja, a investigação que tem sido eficaz para a obtenção da confirmação da hipótese preestabelecida e a conduta pertinente. Dentro desse modelo, cujas influências na prática do exercício profissional do enfermeiro são evidentes, não poderia deixar de adotar este mesmo recurso diagnóstico, sendo acrescida da influência do modelo higienista, que mantém resquícios do seu aspecto inquisitivo, em busca dos desvios do comportamento. Incluem aí os atributos de fundo sexual. Também se revela como uma estratégia que atende às exigências de normatização do espaço asilar.

“... Devemos encarar essa situação com normalidade e se somos solicitados, estimular o paciente a fazer sua própria higiene, quando ele tiver condição, caso contrário devemos ajudá-lo...” I4.E2 (V) S.R.V. S.R.I.

O profissional é obrigado a utilizar algum envoltório como proteção para sua atuação e poder dizer que é normal algo que provoca conflito em si mesmo e no espaço em que está inserido, enquanto problemática. Nesse sentido, a sexualidade do doente mental é também necessidade do profissional enfermeiro se envolver em uma proteção para falar sobre ela, encarando o é anormal como normal e vice-versa, adotando a negação e se reintroduzindo perante à problemática, para buscar uma certa resolutividade.

AFASTAMENTO

“... Desculpe-me, Sra. w, não se esqueça de fechar a porta ao entrar no banho. Se precisar de ajuda, as funcionárias estarão aqui fora, virão ajudá-la...” I5.E2 (I) S.R.I.

Lembrar os limites da privacidade significa lembrar as normas e os regulamentos institucionais que devem ser obedecidos. Supõe-se que estas orientações já foram repassadas. Mesmo adentrando no banheiro, o profissio-

nal enfermeiro evita o confronto com o corpo desnudo, sugerindo que o mesmo percebe a sexualidade da personagem e teme pela sua própria sexualidade, dispondo de um artifício para solicitar a ajuda à profissionais do sexo igual ao da paciente. Sua autoridade é inibida diante desse tipo de confronto com a sexualidade do paciente, adotando uma proteção cuja estratégia inclui a delegação de atividades a terceiros. Por não ser muito claro, acaba por deixar transparecer que o seu papel profissional foi mantido e sem conflitos, entretanto, desloca o foco dessa autoridade para um ocupacional da equipe de enfermagem do mesmo sexo.

CONSIDERAÇÕES:

tendências para uma reflexão crítica

“O objetivo do conhecimento não é descobrir o segredo do mundo numa palavra mestra. É dialogar com o mistério do mundo”.

Edgar Morin

1. No cotidiano do profissional enfermeiro - o discurso

material coletado pelo T.S.C., no contexto institucional selecionado para este estudo, apresenta aspectos ambivalentes, contraditórios, complexos e polissêmicos, constituindo o seu espaço ideativo e interativo enquanto discurso desse grupo analisado. Não poderia ser de outra forma, pois segundo PERUSSI (1995), o cotidiano

“...é o mundo da rotina, em que a repetição das atividades do dia-dia permite a recriação permanente da vida social. A rotina é basicamente expressa, na consciência dos indivíduos, como uma consciência prática, ou seja, a vida cotidiana engaja, constantemente, a capacidade reflexiva dos indivíduos.”(p.103)

A capacidade reflexiva dos indivíduos engendrada na vida cotidiana, é assim entendida por Giddens apud PERRUSI (1995):

“...a reflexão somente opera, em parte, no nível discursivo: o que os agentes sabem sobre o que fazem e por que o fazem - sua competência enquanto agentes - depende da consciência prática, a qual é tudo aquilo que os atores conhecem de forma tácita, tudo aquilo que sabem fazer na vida social sem que, no entanto, possam exprimi-lo diretamente de forma discursiva.”(p.103)

Partindo dessas reflexões as manifestações dialógicas captadas por este instrumento revelam a natureza dessa dimensão e, nesse sentido, são entendidas como discursos, levando-se em consideração sua relação objetual imediatizada por meio da sua relação de troca contínua com o seu contexto, enquanto produtor de elaborações simbólicas. Nessa perspectiva, *“o discurso incorpora, na sua definição, as determinações sociais e textuais”* que, a seu turno inscreve-se em sua prática (PERRUSI, 1995).

Os dados coletados por este instrumento técnico-metodológico, no que se refere ao conjunto do raciocínio manifesto pelos entrevistados, revelaram, no tocante ao encadeamento sobre o estímulo propiciado pela prancha, a capacidade reflexiva desse grupo, na medida em que retorna ao entrevistador.

Nesse sentido, pode-se perceber que sobre esse tema há uma *dispersão da informação*, mesmo que estes dados sejam *“simultaneamente insuficientes e superabundantes”* (MOSCOVICI, 1978).

A compreensão individualizada por cada sujeito psicossocial envolvido neste estudo prioriza e revela o que MOSCOVICI (1978) chamou “*de zonas de interesses e de comportamentos.*”

A estratégia de situar-se perante às situações cotidianas, envolvendo a sexualidade, depende do seu interesse pessoal e envolvimento sobre essa questão que, a seu turno, lança um certo grau de dificuldade para resgatar a sua disseminação ou distribuição pelos critérios do enfoque qualitativo.

Significa dizer que, “*diante de certos problemas, todo indivíduo é inculto*” (MOSCOVICI, 1978). Assim, o conhecimento sobre determinado assunto pode ser mascarado diante da predisposição do sujeito para atender as solicitações do estímulo propiciado. A condição de inculto, neste estudo, não atende de forma literal à dimensão do termo, uma vez que todos os entrevistados são detentores de formação acadêmica. O sentido de inculto foi deslocado da sua significação original para uma condição de extremo e oposição ao convencionalmente aceito. Revela a capacidade do sujeito psicossocial para se adequar às transformações decorrentes da multiplicidade de informações disseminadas em suas múltiplas interações sociais, para as quais são solicitados, à dar respostas.

Nesse sentido, o profissional enfermeiro assume a condição de inculto, por encerrar estratégias de adequação ao contexto institucional, no tocante à tomadas de decisões.

O profissional enfermeiro, torna-se inculto é imperativo, enquanto estratégia de adequação, por apresentar a força capaz de revelar o saber e o poder sobre o assunto.

Ao adotar essa estratégia e nela situado, cada um utiliza seu modo particular para se posicionar sobre a questão, no caso a sexualidade do doente mental, por se tornar um fato aparente. Por conseguinte, circunscreve a negação na imprecisão dos sinônimos atribuídos.

Lançado no espaço da sua atuação esse profissional nega, pois somente dessa forma é-lhe possível compartilhar esse assunto e assim indicar o grau de *focalização* sobre o mesmo, em que

“...a distância e o grau de implicação em relação ao objeto social, variam, necessariamente (...) como tal a interação social (...) implicada ou empenhada na substância e nos efeitos de seus próprios juízos e opiniões” (MOSCOVICI, 1978:252).

Partindo dessa premissa, o envolvimento satisfatório e/ou insatisfatório, agradável e/ou desagradável desse profissional aponta para a maneira como compreende *“o sentido, o conteúdo e os atributos positivos ou negativos”* (MOSCOVICI, 1978) da situação que se lhe apresenta.

Manifestadas por ele mesmo, enquanto esforço individual para se manter frente à adequação do seu papel social, indica pistas de como compreende o ato em si e, quase indistintamente, como intenciona tratar a questão da sexualidade do doente mental.

Ao se decidir frente a essa questão, o seu posicionamento, enquanto comportamento, revela sua opinião e juízo de valor, direcionando a condução desse papel profissional, perceptível na fragmentação e na evidência das suas manifestações discursivas, tendendo para uma certa neutralidade individual e coletiva sobre toda e qualquer manifestação da sexualidade do doente mental.

2. No cotidiano do profissional enfermeiro - o ver

Esse critério é analisado independente dos conteúdos do diálogo e a visão ou a contemplação da cena pelo profissional enfermeiro que imediatiza sua elaboração simbólica. Trata-se do primeiro impacto que a mesma determina sobre o profissional. Este impacto provocado pela cena que retorna refletido ao mesmo, interfere no seu posicionamento profissional.

O confronto, nessa espécie de contrato inicial de sua ação-reação, se traduz em zona de alteridade cujo conflito emergente não pode ser totalmente e/ou claramente extravasado, somente e através do único acesso possibilitado, ou seja, o desempenho do seu papel profissional.

Há um misto de verdade e mentira, alguma espécie de jogo em que a ação primordial é a neutralização dos sentimentos desencadeados, configurando sobre si o aspecto relacional entre sujeito e objeto.

Mediante o processamento situacional de adequação, o profissional enfermeiro adota diferentes estratégias de auto-afirmação, evidenciando-se a ambivalência entre o seu pensar e o seu agir.

Sob esses aspectos norteadores, os conteúdos de ambas as instâncias, principalmente os mentais, por assim dizer simplisticamente, apresentam-se como um espaço privado, portanto protegido. A compreensão dos fatos não compromete a pessoa do profissional enfermeiro, quando julgado pela percepção do outro, mesmo que o outro seja o doente mental.

Por outro lado, ao verbalizar sua opinião sobre a cena, em processo interativo, utiliza adequação mediatizada por sua manifestação discursiva, encobrindo o real efeito provocado sobre si. Ao argumentar, em seu nível de atuação, há um reconhecimento de que através da comunicação verbal esses sentimentos não devem ser expressados, pois o tornam vulnerável, com riscos de comprometer o seu desempenho profissional. (Quadro N. 4).

DISCURSO ↓

TEMA EMERGENTE	TEMA SUBMERGENTE	PERCEPÇÃO DA CENA	ESTRUTURAÇÃO DO DISCURSO
		Desagradável	Discurso, indecisão [dificuldade, interdição,

“O Banho 1...”	Homossexualismo masculino	Doença[desvio e transgressão]	negação], interdição [transgressão/suspeição], transgressão
“A Surpresa...”	Fantasia Sexual	Desagradável • tendência à tolerância Doença[desvio e agressão]	Transgressão, inquisição, discurso[interdição], negação[omissão], ironia, medo, dificuldade e empatia
“O Banho 2...”	Auto-erotismo	Desagradável Doença [agressão, desvio e transgressão]	Transgressão, discurso, afastamento, interdição, rejeição, constrangimento[recreinação/afastamento]
“A Dança...”	Homossexualismo Feminino	Desagradável Doença[desvio e transgressão] • tendência para aspectos saudáveis	Discurso[negação e ironia], suspeição[ironia], transgressão e afastamento
“O Olhar...”	Interação Física	Desagradável Doença[desvio e transgressão]	Afastamento[discurso e negação], discurso, hostilidade, interdição, suspeição e transgressão
“O Banho 3...”	Erotismo	Desagradável • tendência agradável Doença	Constrangimento, transgressão, interdição, discurso e afastamento

Quadro N. 4 - A negação da sexualidade do doente mental

Kosik apud PERRUSI (1995), ao circunscrever o cotidiano na intersubjetividade ordenativa do mundo, enquanto realidade, diz:

“A realidade se apresenta aos homens ‘como o campo em que se exercita a sua atividade prático-sensível’(...) o indivíduo ‘em situação’ cria suas próprias representações das coisas e elabora todo um

sistema correlativo de noções que capta e fixa o aspecto fenomênico da realidade”. (p.103)

O profissional enfermeiro, não fugindo à regra, do conjunto da sociedade, é solicitado continuamente, à emitir informações sobre algo que se apresente como interesse. Isso decorre da necessidade adaptativa perante a proliferação de conteúdos e mensagens produzidas pela comunicação exercida em sua interação social, quer no interior da instituição de pertença, quer na situação intra e extra grupo social.

Da mesma forma que são compartilhadas socialmente, esse profissional se orienta em sua prática, adotando no contexto a condição de “*apto a dar respostas*”, construído, através de “*um código comum e estável obrigando os participantes a um diálogo, a uma troca de idéias*” (MOSCOVICI, 1978).

Nesta investigação, o código comum é a negação da sexualidade do doente mental, tendo por finalidade a sua pressão para a inferência como um meio que permite ao sujeito psicossocial, no momento das suas elaborações mentais, estabelecer sua compreensão sobre a maneira de inferir a questão.

Nesse sentido o discurso desse grupo é estrategicamente montado sobre duas possibilidades da enunciação negativa. A compreensão da sexualidade do doente mental se destingue através dos “*dois tipos de negação (...) uma chamada ‘polêmica’, a outra ‘discritiva’*” (MAINGUENEAU, 1993).

MAINGUENEAU (1993), discorrendo sobre essas duas possibilidades da negação mostra que, elas se diferenciam através da sua análise polifônica, mas apresentam uma aparente semelhança. A negação descritiva “*descreve um estado de coisa; seu enunciado pode ser parafraseado com o auxílio de um enunciado positivo (...) que serve para falar do mundo*”. A negação polêmica tem um funcionamento diferente da anterior, pois “*contesta, opõe-se a uma asserção anterior, explícita ou não (...) trata-se de um verdadeiro ato de negação, de refutação do enunciado positivo correspondente*”. Os exemplos que se seguem representam esses dois enfoques enunciativos, respectivamente:

“Não precisa dois tomar banho debaixo do mesmo chuveiro” I1.E5

“É ‘normal’ que pense em sexo” I4.E1

O profissional enfermeiro utiliza-se de atos enunciativos, demonstrando que os desvios derivados da sua inflexão também revelam a seletividade por que passam os assuntos de interesse aparentemente evidentes para si e para o grupo.

A tendência à homogeneidade, no que diz respeito à regra maior, ou seja, à negação da sexualidade do doente mental, decorre da concepção que cada um tem sobre a questão. Essa concepção inclui sua forma pessoal de encarar a sexualidade, bem como a forma como esse assunto é abordado no con-

texto institucional. Seu discurso apoia-se nas diretrizes que regem seu papel profissional e, por ser este um perfil do seu estatuto, detém o reconhecimento enquanto prática social.

Cabe ao enfermeiro adotar comportamentos e diálogos mediados pela dimensão da interdição, da transgressão e do afastamento, somente para efeitos ilustrativos, enquanto movimento universalizado perante a sexualidade. Mesmo quando negado, o assunto merece destaque, sendo metafórico e ou hiperbólico de acordo com as circunstâncias que se apresentam, enquanto palco da sua atuação profissional.

Pode ser aplicado ao profissional enfermeiro a afirmação de PERRUSI (1995) de que *“todo indivíduo na sua vida cotidiana sofre diversas pressões para assumir posições práticas e normativas sobre os mais diversos assuntos”*. Nesse sentido, a sexualidade do doente mental encontra-se inserida na categoria *“diversos”*, enquanto objeto constitutivo de intervenção do profissional enfermeiro, mas o termo *“diversos”* apresenta-se claramente vislumbrado pela sua concretude, enquanto objeto do seu agir, ou seja, o corpo do doente mental.

Essa categoria temática exige do enfermeiro um posicionamento que lhe é conferido pelo símbolo da sua autoridade, e que revela componentes defensivos, tornando ilegítima a manifestação da sexualidade do doente mental.

Seu posicionamento encera, ao mesmo tempo, decisões do seu livre arbítrio, considerando-se enquanto informal, por seu caráter reservado, particularizado e ao mesmo tempo compartilhado por todos, nas etapas específicas de vida de cada um, estando de acordo com a disposição e a preferência para sua satisfação, nesse campo de interesse de todos os sujeitos psicossociais.

3. No caleidoscópio teórico da compreensão psicossocial: a negação da sexualidade do doente mental

preciso tentar entender, buscar a compreensão dos artifícios adotados pelo enfermeiro para direcionar sua intervenção frente à sexualidade do doente mental.

A constatação da negação da sexualidade tornada evidente, por si só não se justifica. Foi preciso seguir um outro direcionamento, em que alguns questionamentos parecem significativos para estruturação desse raciocí-

nio, e através dele, tornar-se possível captar esse novo sentido que se apresenta.

Em que medida e o que se esconde por trás dessa negação? O que realmente esse grupo investigado pensa sobre e porquê não explicita abertamente suas intenções? Essas foram as questões levantadas, orientadoras para esta nova observação, enquanto desdobramento da confirmação da hipótese inicial. O objetivo era compreender precisamente o significado ou aquele mais representativo desse universo, por sua aproximação num sentido mais homogêneo, ou seja, enquanto unidade codificada no discurso de negação da sexualidade do doente mental.

Constituiu-se numa tarefa intrigante e interessante de garimpagem, voltada para a busca de um termo e/ou um vocabulário, priorizado no conjunto das entrevistas, aqueles que embora diluídos revelassem, mais favoravelmente, alguma motivação e interesse desse profissional sobre essa temática.

Esse grupo não deveria simplesmente negar por negar essa temática. Algo poderia ser observado no silêncio das muitas palavras que estruturam o seu discurso, uma imprecisão informativa permitindo a combinação de jogos de esconde-esconde, com a precisão da verbalização, entre seus integrantes no intuito de manifestar um saber sobre o foco dessa investigação. Foi uma busca no sentido de compreender “*as dimensões da realidade*

social que está associada à produção de uma representação social” (MOSCOVICI, 1978).

Procurou-se um vocábulo que desse a dimensão da consciência desse grupo investigado, uma imprecisão fluente que, a seu turno, pudesse ser análoga a um signo, ou seja, um signo lingüístico, pois não sendo o enfoque, o assunto implica em interação social, intermediada pela comunicação entre seus sujeitos psicossociais. Não era minha pretensão objetivar essa intenção na esfera da lingüística, mas no sentido de tentar descobrir e elucidar a apreensão do mesmo.

MOSCOVICI (1978) diz que *“um signo lingüístico é motivado por uma palavra, quando esta evoca as partes que o compõem e outras que lhe são associadas”*. É portanto esta a atitude orientadora de sentido, cuja finalidade se reveste de praticidade, enquanto entendimento da cotidianidade desses sujeitos psicossociais.

Ao analisar, repetitivamente, observou-se a constatação do que pelo viés da imprecisão, o profissional enfermeiro adota um discurso escamoteado sobre o foco dessa intervenção, cujas estratégias, repetitivamente citadas, negam a sexualidade do doente mental. O rastreamento dessa intensão aponta para uma situação paradoxal e deveras intrigante sob o ponto de vista da sua compreensão.

PERRUSI (1995) afirma que

“...as informações sobre determinado objeto social (...) têm por base uma experiência social primária com o dito objeto, ou seja, essa experiência determinaria um modelo básico de apreensão que permitiria uma validade pré-reflexiva em torno dele”.(p.145)

Adotando essa compreensão, a experiência desse grupo com o objeto investigado se evidencia através de estratégias de negação, confirmado, evidenciando a consciência individual e coletiva dos mesmos nessa certeza.

Todavia, o que não se sabe, é o que e o porque dessa negação, além das manifestações discursivas manifestas, uma vez que a *“noção de negação é ambígua”* (MAINGUENEAU, 1993).

VALA (1993), tecendo considerações sobre a circulação de informação considera que *“não é sempre claramente definida, e na maioria dos casos ambígua, imprecisa”*. Esse enunciado encerra a particularidade com que se reveste esse momento do estudo, exigindo que, para entender o que se insinuava por trás dessa constatação era preciso investigar. Foi preciso desarticular seus discursos, decompondo-os, para deixar emergir o termo e/ou vocábulo empregado em seu interior, enquanto indicativo de um ato de intensão sobre esse extrato mais profundo do discurso.

Enquanto argumento *ad judicium* estabelecido por esse profissional, este procedimento revela a sexualidade do doente mental. Permite situá-la a nível mais encoberto, mais enraizado nas manifestações discursivas, portanto mais profundo, por circunscrever na alçada de um saber ainda não

problematizado, embora tenha transposto o processo de “*redução*”, “*acentuação*” e “*assimilação*”, enquanto critérios indispensáveis a circulação de uma dada mensagem, conforme comentário de VALA (1995) quando analisada sob a ótica de ALLPORT e POSTMAN.

O critério adotado passa pela dimensão da quantificação, na busca da garimpagem do vocabulário unificador do pensamento desse grupo pesquisado, levando em consideração a frequência. Constata-se que o vocábulo mais evidente segue o mesmo direcionamento dado pelo conjunto de entrevistadas. Sob certo enfoque, ousa transpor a sua condição de proibição, interdição e revela-se, perante essa mesma questão investigada, como uma mensagem ocultada pela imposição das normas societárias.

A revelação a posteriori desse argumento, enquanto estratégia não revelada, é no mínimo inusitada. Observa-se que há uma forte tendência para a utilização de determinados vocábulos cujos significados têm uma direção. Em sua comunicação, o profissional enfermeiro, frente à questão da sexualidade apresenta silenciosamente, uma preocupação, um anseio e uma necessidade de “*conversar*”, “*falar*”, “*comunicar*”, “*pedir*”, “*perguntar*”, “*saber*” sobre sexualidade do doente mental, extrapolando a circunscrição do mesmo. (Quadro N. 5)

A constatação dessa evidência confronta-se com a posição assumida textualmente, pelo conjunto de suas manifestações discursivas, revelando

uma situação paradoxal, ambivalente e complexa. Sob esse movimento paradoxal, tal fato pode ser entendido como decorrência da própria diferenciação cognitiva e comportamental entre seus sujeitos, no interior desse grupo investigado.

Ao assumir a legitimidade do seu discurso profissional, estabelece fronteiras de mediação refletidas no seu próprio processo dialógico. Dessa forma, atende a duas exigências. A mais concreta por ser diretamente influenciadora de sua *praxis*, enquanto critério de dominação sobre o grupo objeto de sua atuação profissional.

Por outro lado, permite se reconhecer, enquanto investimento afetivo favorável, na possibilidade de uma atuação profissional. Nesse sentido, embora não sendo oportuna, a sua manifestação por questões institucionais e normatizadoras, aparece como uma intenção de caráter permissivo, diluído ou fragmentado no interior e sob o seu discurso.

“conversar”	I3E1;I2E4;I4E2;I1E2;I1E4;I2E2;	“orientar”	I2E1	“perguntar-lhe”	I5E1
“conversaremos”	I2E3	“falar”	I1E7;I5E2,I4E1	“chamar”	I2E4
“converse”	I4E2	“falavam”	I5E2	“pedir”	I5E1;I1E8
“foi orientado”	I2E1	“vou ver”[falar/conversar]	I1E3	“chame”	I5E2
“orientações”	I2E2	“vou saber”	I1E2	“se comunicar”	I2E1
“orientá-lo”	I1E8	“me dizer” [falar]	I1E5	“prevenir”[fa-	I2E3

/conversar]

lar/conversar]

Quadro N. 5 - Listagem dos vocábulos expressos pelo enfermeiro com intensão à comunicação

Os vocábulos detectados reforçam a intenção na direção de atos da própria comunicação, privilegiando a verbalização sobre essa questão. Tem a finalidade evocar esclarecimentos que franqueiem ao profissional enfermeiro falar, conversar e saber algo mais sobre essa negação consensual. Dessa forma, poderá, compreender a proibição e transformar a problemática, abstraída do corpo do outro, em objeto legítimo de sua intervenção profissional.

A intenção comunicativa adota o mesmo modelo empregado no processo de negação, ou seja, faz do ocultamento dessa intencionalidade, para no decorrer do seu discurso permitir que, se olhe e chame a atenção para as dicas que se encontram cifradas no seu interior, em busca do redimensionamento desse espaço de intervenção, tido como de fato e não de direito.

A informação emanada da cena faz com que o enfermeiro possa confrontar-se com sua experiência pessoal, mas a decisão está situada ao nível social, interacional revelando um sentido de economia, que a seu turno “*circunscreve toda informação necessária*” (MOSCOVICI, 1978). Por isso encontra-se presente nesse contexto.

Para essa informação é preciso selecionar e descontextualizar diante das múltiplas significações que o ato em si encerra, tanto quer individual como coletivamente. Há uma confluência de contribuições advindas das

diferentes áreas do conhecimento sobre esse fato. São conhecimentos originados nos universos onde articula a sua prática, provenientes das ciências e do senso comum referentes às práticas e manifestações da sexualidade.

É preciso organizar, dar um sentido de economia, o poder que lhe é exigido sobre esse saber, comunicado a priori por sua manifestação discursiva. Há portanto, uma evidência da estruturação desse discurso. Uma estrutura elementar, monossilábica e reproduzida graficamente, mas que não atende por si só aos apelos das determinantes psicossociais; é preciso torná-lo convincente enquanto elemento de dominação. Ao torná-lo convincente extrapola a significação originária, inserindo na capacidade individual de manifestação discursiva desse profissional.

Respaldado pela lógica situacional, responde ao estímulo conferindo um sentido e um significado para a cena. Dessa forma, interage com o outro, escamoteando fragmentos do processo de redução elaborado anteriormente sobre esse objeto.

Não importa o conjunto de possibilidades capazes, enquanto estratégias, para poder se situar perante ao exposto. O que importa é a particularização definida pelo problema evidenciado, à medida que reduz esse todo, sobretudo aos aspectos que urge do seu posicionamento.

Ao priorizar, em qual aspecto atuar? Necessário se faz percorrer o caminho de volta para, assim, poder recuperar, do conjunto de possibilidades

desse todo restante, desprezado para selecionar e descontextualizar o objeto da sua intervenção, a estruturação do seu discurso final, estando inclusas entre outras, contribuições decorrentes da ideologia, visão de mundo, crenças, valores, preconceitos, estigmas e mitos.

Dessa forma, exerce sua capacidade discursiva para definir o espaço da sua intervenção, legitimando seu poder no confronto com a ilegitimidade da sexualidade do doente mental.

A apreensão da fragmentação, tomada no campo do signo lingüístico revela a intensão de esclarecer as dificuldades e limitações no enfrentamento cotidiano dessa questão.

No vislumbrar dessa perspectiva, há sem nenhum constrangimento e sob essa mesma percepção, um direcionamento para o próprio instrumento utilizado, embora permitindo falar sobre a sexualidade do doente mental, podendo decidir-se entre duas instâncias, pensar e falar, situando-se no espaço em que a ação orienta a sua prática. Sobre esse foco também é preciso “*conversar*”, “*falar*”, “*saber*”, “*perguntar*”, “*pedir*”, “*prevenir*”, “*comunicar*”, “*orientar*”, todos elencados como atos de enunciação estando em busca da legitimação de sua atuação.

PERRUSI (1995) falando do processo de significação da doença em seu estudo sobre as imagens da loucura, diz que

“...o processo de significação (...) envolve indivíduos e coletividades em situações históricas determinadas, em que as diversas representações sociais [nesse caso, a sexualidade do doente mental] surgidas dessa experiência comum, não estão numa hierarquia que vai da mais falsa a mais verdadeira.” (p.148).

Nesse sentido, o profissional enfermeiro percebe a dramática da cena. À esse confronto, exige dele uma compreensão e uma estratégia para poder se situar nessa dimensão que, a seu turno, adota três movimentos diferenciados e interligados, estabelecendo uma configuração única.

Essa unidade, revelada pela fragmentação, apresenta uma orientação de valor, a qual intermedia a sua participação em situação de confronto, estimulada neste estudo, pela presença de situações reproduzidas graficamente, compondo uma cena do seu cotidiano. Os movimentos foram observados e compreendidos com uma certa lógica ordenativa, tendendo a uma hierarquização.

Inicialmente, o profissional enfermeiro percebe a temática enquanto sexualidade, emite um juízo de valor constatado pelo seu primeiro olhar sobre esta mesma situação, a qual se revela, freqüentemente, como uma situação de impacto e/ou de surpresa, facultada por esse confronto. Nessa momento prevalecem as elaborações mentais sobre o fato. O julgamento empreendido define a orientação e a atuação nessa situação, ou seja, percebida e assimilada como algo agradável e/ou desagradável.

Em seguida, de acordo com essa percepção derivada desse contato inicial, define-se pela negação da sexualidade do doente mental. Emite um discurso que tenta equilibrar os conteúdos elaborados nas instâncias do pensar e do falar. Nessa fase, prioriza a verbalização, possibilitando uma qualificação sobre a mesma. Atribui qualidades que reforçam a sua intenção de negar a sexualidade do doente mental.

Noutras palavras o reconhecimento desse tema transporta-o para a esfera da ilegitimidade que o fato confere, por ser um conteúdo latente, em face dos desdobramentos históricos e sociais, cuja influência é marcadamente presente na prática atual.

À essa ilegitimidade da sexualidade do doente mental é percebida e comparada, intenta um enquadre como sinal de doença, agressão, desvio, transgressão, nas cenas das pranchas utilizadas. Incipientemente diluída na mensagem totalitária, observa-se uma tendência para reconhecer a sexualidade como um sinal de saúde.

Finalmente, partindo da premissa elaborada, tende a efetuar uma classificação e seleção, como forma de avaliar a conduta do doente mental, que será confrontada com critérios elegidos. Nesse sentido, percebe que a cena apresenta particularidades sobre diversas formas de manifestação e satisfação da sexualidade. Ao reconhecer que este será o foco específico da sua intervenção, o profissional enfermeiro revela o conflito situado nessas instâncias, pre-

valecendo nessa fase as elaborações simbólicas sobre o fato da questão.

Noutras palavras, ele atribui ao fato um posicionamento verbal, revelado por um discurso [inexpressivo/jargão] através do qual nega a sexualidade do doente mental e, concomitantemente, elabora de fato o texto do seu posicionamento principalmente, sobre a redução dessa manifestação evidenciada pela cena.

Atua e demonstra o reconhecimento desse espaço de intervenção, posicionando-se através de meios e recursos que qualificam esse foco, atribuindo uma significação, compreendida como adjetivação da negação, sendo realçada pelos atos de: indecisão, interdição, transgressão, negação[reforçada], suspeição, dificuldade, medo, afastamento, hostilidade, ironia, recriminação, entre outros, e; em determinadas condições do contexto psicoterapêutico, empatia. A adoção dessa atitude pode comportar mais de uma inserção nessa ordem de classificação ou, ainda, a conjugação de um ou mais valores para uma mesma cena.

Com relação ao que se acaba de observar, PERRUSI (1995) salienta que

“...a primeira coisa notável que aparece, nos discursos analisados[Estudo sobre as imagens da loucura] é um sentido de defesa (...) que inicialmente, servem para arrumar o pensamento a resposta mais abalizada.” (p.153)

Ancorado na estratégia desse movimento defensivo, o profissional enfermeiro apresenta, quando em julgamento no todo de sua fala, a ênfase relacional entre contexto, sujeito e objeto, cujo discurso revela:

- a sua inabilidade com a temática;
- a dificuldade para atuar nesse campo, por desconhecer a legitimidade do mesmo, e;
- a ambigüidade, enquanto conflito desencadeado pela sua exposição diante da cena e o que se espera dele enquanto profissional e, internamente com sua visão de mundo.

Sob certa medida, a maneira como é encarada a questão determina o seu envolvimento frente a mesma, direciona sua atuação, revelada por um posicionamento e um comportamento que podem ser situados entre atitude discursiva, quer de caráter repressivo, não repressivo e/ou defensivo, enquanto critério de exercício de sua autoridade.

Frente a adoção desse comportamento e posicionamento, o profissional enfermeiro estabelece um vínculo com a ideologia dominante do contexto institucional, elaborando a estratégia do seu discurso e da sua atuação. TSU (1991), falando sobre a ideologia dominante afirma, que a mesma

“...vende uma determinada imagem da realidade como verdadeira para conseguir a manutenção de privilégios de classe. Essa imagem deve ser internalizada

por todos como universal (...) a disseminação da ideologia se faz, evidentemente através de práticas sociais”.(p.48)

O modelo de atuação desse profissional baseia-se, frequentemente, na visão tecnicista, o qual estabelece os meios de atendimento para o doente mental, portanto hegemônico, com raras intervenções num sentido de uma assistência compreensiva ou, ainda, com um enfoque mais humanista.

No âmbito geral desta análise, evidenciam-se fortes indicações de que o profissional enfermeiro tem consciência da realidade paradigmática que norteia a sua prática, por estar inserido num modelo hegemônico e totalitário, compreendendo que o modelo ideal de paradigma é uma conquista longínqua.

Embora reconheça que o modelo atual seja opressor e gerador de intenso sofrimento para esse profissional, pouco ou quase nada tem sido feito para a sua melhoria.

O profissional enfermeiro se apresenta, independentemente da instituição de pertença, negando a sexualidade do doente mental.

Sobre esse foco emite um posicionamento estruturado por seu discurso, revelando a percepção e a compreensão sobre o corpo. Ao situá-lo espacialmente adota, independentemente e às vezes concomitantemente, um entendimento de que esse corpo é fragmentado, resultante da doença mental e da sexualidade.

Esse movimento implica em conceber o corpo do doente mental em categorias, que servem de sustentação para definir o seu posicionamento. Através de artifícios que melhoram a sua compreensão e orientam a sua atuação, frequentemente estabelecidas como o corpo x doença mental e ainda, o corpo x sexualidade, inscrevendo-a como doença.

A estratégia apresenta uma reordenação de sua percepção sobre o corpo e a sexualidade, construindo uma base com substratos míticos, da qual deriva dois direcionamentos que, sob certa medida, revelam a decisão por um dos posicionamentos em que as possibilidades de enfrentamento revelam um fundo de preconceito ou estigma.

Esse reforço sobre o corpo do paciente serve para definir a ação sobre o fato, dar um sentido de orientação na busca da adequação profissional.

Estruturação do corpo do doente mental

Sobre o corpo a pressão para o preconceito - a sexualidade como discurso

este estudo observei evidências do preconceito revelado através das manifestações discursivas sobre essa questão, pelo profissional enfermeiro, uma vez que os *“discursos e intervenções, à medida em que apresentam como científicas, adquirem um grande poder de convencimento”* TSU (1991).

ROSE (1972) afirma que *“quase sempre o preconceito arrasta medidas de discriminação que consistem em infligir a certas pessoas um tra-*

tamento diferenciado”. Explica ainda que o termo preconceito designa “*um conjunto de atitudes que provocam, favorecem ou justificam medidas de discriminação (...) constituem um modo de comportamento observável*”.

Diz também, que “*o preconceito tem, pelo contrário, uma influência nefasta em quase todos aspectos*” (ROSE, 1972). Esse mesmo autor, examinando as diferentes causas de preconceitos, elenca, entre outras, uma que se observa nesse grupo, quando nega a sexualidade do doente mental, ou seja, a causa determinada como “*a vantagem pessoal*” à medida que “*o preconceito pode servir de desculpa ou de razão para a exploração econômica e para a dominação política*”.

Nesse sentido, o que se faz evidente é o emprego da dominação do corpo do doente mental, mediante um discurso econômico, numa atitude policialesca. Esse mesmo autor, falando sobre as estratégias dessa dominação diz, que

“...o papel de policial poderá ser confiado a um grupo, que será encarregado de manter pela força os outros grupos no seu lugar. Em troca este terá a satisfação de se considerar superior, mesmo que ele próprio seja explorado. Este modelo poderá ser aplicado com uma ‘naturalidade’ perfeita, de forma a não atrair atenções” (p.178).

Nesse sentido, o preconceito se evidencia diretamente sobre a sexualidade do doente mental, como um mascaramento ou uma negação maior, ilegítima ao mesmo, por ser essa constatação, reproduzida neste contexto

institucional e profissional, representando o fragmento que a sociedade em geral tem sobre o mesmo.

ROSE (1972), analisando os malefícios dos preconceitos, observa, “*quando o preconceito faz parte integrante da cultura de um povo, é fácil transportá-la de um grupo para outro*”, corroborando a atuação profissional, enquanto integrante dessa mesma cultura.

O corpo, traduzido na imagem corporal do doente mental, frequentemente observada no contexto institucional, é percebido como um corpo desprovido de beleza e vigor físico, sendo portanto um indicativo de que sobre os aspectos físicos dessa clientela reside o preconceito por não reconhecer, no contexto institucional, o corpo jovem.

A doença mental e a sexualidade dessa clientela apresentam-se duplamente identificadas. Os reflexos da sociedade que as referendam fazem da atuação desse profissional agente de sua reprodução, quer no sentido da dominação, quer do policiamento que é exercido pelo mesmo, enquanto controlador do espaço institucional.

Por ocasião da intervenção da assistência de enfermagem ao doente mental, localizada sob/sobre o corpo do mesmo, atua sobre as estruturas que compõem a imagem corporal, “a fisiológica, a libidinal e a sociológica, intercambiáveis” (Schilder apud PENNA, 1990).

Por esse sentido a prioridade no atendimento está direcionada para o aspecto fisiológico, no sentido amplo da atuação profissional, estando alertado sobre os perigos dessa estrutura, afastando-se, quando confrontado com as zonas erógenas, especialmente a genitália.

Sugere que a intervenção deva ser exercida pelo profissional do mesmo sexo que o do doente mental, não sendo de bom tom a inversão, nesse campo. Mas, ao intervir na estrutura fisiológica, sob cuidado, o profissional tem também à sua frente, a circunscrição da estrutura libidinal, embora não dita e não ensinada como atuar frente as questões sobre essa esfera. Resta adotar o afastamento e a negação da mesma.

Pode-se inferir que a fragmentação corporal começa sob essa perspectiva. É preciso reforçar a estrutura fisiológica, com procedimentos técnicos sistematizados, em que o controle da prevenção, da promoção e da manutenção da saúde, são elencados dentro do modelo organicista. A controvérsia se dá pelo obscurecimento das duas outras estruturas que complementam a noção de imagem corporal, como se as mesmas se estruturassem em dimensões diferentes.

Outro fator interessante diz respeito ao silêncio sobre a base fisiológica em que repousa a estrutura libidinal (com suas zonas erógenas e genitálias), manipulada sob a precisão técnica, sob o disfarce do isolamento do

contato direto com a pele, através de luvas, instrumentos e procedimentos outros.

Por outro lado, a estrutura sociológica não é percebida, tampouco valorizada, enquanto unidade responsável pela interação psicossocial, afastada da perspectiva corporal, sendo entendida como algo fragmentado, distanciado do corpo, aproximando-se da concepção dos valores e das crenças socialmente determinantes das relações intra, inter e extragrupos.

Sobre o corpo a pressão para o estigma - a sexualidade como desvio

offman apud DE CAMPOS (1988), analisando o estigma diz, que

“...a sociedade caracteriza as pessoas através de atributos considerados comuns aos membros de uma determinada categoria (...) um indivíduo é encaixado numa categoria através de certos aspectos percebidos, o que permite estabelecer ‘sua identidade social’”. (p.43)

Nesse sentido o estigma apresenta como característica uma evidência sobre o corpo do outro, sendo portanto considerado diferente, passível

de reclassificação, à medida que pode ser visto como “*um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem*”(GOFFMAN, 1988).

Sobre essa base o indivíduo pode apresentar uma identidade desfocada da sua “*identidade social real*”, passando a existir socialmente pelo reconhecimento de sua “*identidade social virtual*”. Nessa nova categorização o indivíduo se torna desacreditado, haja visto que “*sua característica distintiva é conhecida e imediatamente evidente*” (GOFFMAN, 1988).

Partindo dessa constatação, a negação da sexualidade do doente mental se coaduna com a noção de *desvio*, por ser indicativo de estigma, em que as “*deformidades físicas e os problemas relacionados ao caráter da pessoa*” dão sustentação para essa manifestação, a qual revela uma informação: “*assim como o signo que a transmite, é reflexiva e corporificada*”, sendo observada nas manifestações discursivas dos enfermeiros pesquisados.

À medida que os signos podem ser acessados freqüente e regularmente, transformam-se em “*símbolos*”, ou seja, são identificados como “*símbolos de status*”, em que o privilégio de uns pode ser contraposto a símbolos de estigmas de outros, revelados pela evidente “*discrepância da identidade social*” (GOFFMAN, 1988).

A atuação do profissional enfermeiro perante as manifestações da sexualidade do doente mental, enfocada nas pranchas selecionadas, apresenta-se revestida do papel social, pois seu reconhecimento se dá no campo

profissional, achando-se o compromisso identificado na sua relação institucional, à medida que a sua atitude de concepção controladora da “*informação e da identidade pessoal*” do doente mental, é tratada como *desvio*.(Quadro n. 4)

Enquanto *desvios*, a sua manipulação se dá através da interdição e da proibição, por “*ser considerada como algo que pertence fundamentalmente à vida pública*” e, ainda, “*todo problema da manipulação do estigma é influenciado pelo fato de conhecermos, ou não, pessoalmente o indivíduo estigmatizado*” GOFFMAN (1988).

Sobre o corpo a pressão para o mito - a sexualidade como agressão e transgressão

AMPBELL (1990), quando fala da origem do mito, diz:

“O material do mito é o material da nossa vida, do nosso corpo, do nosso ambiente; e uma mitologia viva, vital, lida com tudo isso nos termos que se mostram mais adequados à natureza do conhecimento da época”(p. 7).

Essa reflexão recoloca o indivíduo contemporâneo no centro da orientação e elaboração mítica, mesmo que desprovido de determinadas circunstâncias, quando comparado à sua condição primeva, tendo por base a sociedade pensante, estruturada entre seus dois universos [reificado/consensual]

no sentido de dar orientação ao próprio, enquanto integrante desse sistema compartilhado de informações circulantes sobre um objeto, assunto, pessoa e/ou acontecimento que lhe diz respeito.

Dessa forma, a relação estrutural entre o contexto e o seu conteúdo, priorizada pela interrelação entre sujeito e objeto, reconstroi a sua capacidade de participação na sociedade.

Sobre essa questão, CAMPBELL (1990) diz que *“a primeira experiência de qualquer indivíduo é a do corpo de mãe”*, uma vez que essa experiência transporta-o para a compreensão de universo, por encerrar a sensação de prazer, cujo significado é modelado pelo conjunto de informações que, a seu turno, imprime sua marca valorativa, inscreve-se como a principal função da mitologia, ou seja *“entrar em harmonia e sintonia com o universo”*, transportada e compreendida para *“a relação do indivíduo com a terra e todo o universo”*. Essa estratégia tem por finalidade, manter o indivíduo nessa *“participacion mystique”* da sociedade (CAMPBELL, 1990).

HIGWATER (1992), afirma que

“...a mitologia, na acepção mais ampla e afirmativa do vocábulo, constitui o meio pelo qual toda e qualquer sociedade reage às questões fundamentais acerca da nossa origem, vida e destino....” (p. 17).

Tomado por base para esse estudo, significa dizer, na concepção desses autores, que a negação da sexualidade do doente mental se assenta so-

bre uma base mítica, elaborada e compartilhada socialmente, reproduzida no contexto institucional, sobre o corpo do mesmo, ou seja, “*o modo como concebemos o corpo*”, quer o do doente mental, quer o do próprio profissional.

Nesse sentido, citando HIGWATTER (1992), cabe lembrar que

“O que dá forma à sexualidade são os fatores sociais. Longe de ser a força mais natural da nossa vida, é de fato a mais susceptível às influências culturais (...) não pretende negar a importância da biologia, pois a fisiologia e a morfologia do organismo é que estabelecem, evidentemente, as pré-condições da sexualidade humana. A biologia, no entanto, não cria os padrões da nossa vida sexual; simplesmente condiciona e limita aquilo que é provável e aquilo que é possível” (p.15).

Sob essa perspectiva a base da compreensão do corpo e da sexualidade aponta para as manifestações e práticas sexuais, de acordo com as normas societárias vigentes, enquanto momento histórico e social desse sujeito psicossocial, pois “*a nossa história de nossa concepção de corpo humano é, portanto, a história dos sistemas de valores realmente fundamentais de cada sociedade.*” HIGWATER (1992).

No que se refere aos mitos, os quais se “*apresentam por descrições factuais*” HAGWATER (1992), o presente estudo revela alguns sentidos, na medida da sua pressão à intuição, enquanto estrutura de participação mítica, dentre os quais destaco:

1. **O mito da onipresença e onipotência**, à medida que a estratégia da observação busca o controle do espaço institucional, em que o exercício da autoridade se dá mediante um discurso polissêmico, conflituoso e ambivalente.

A manutenção do controle institucional sobre a sexualidade do doente mental necessita da arregimentação dos funcionários e dos próprios doentes mentais, enquanto estratégia observacional.

Uma rede de observação é estruturada silenciosamente, sem a devida consciência, para que cada um dos elementos envolvidos contribuam, exercendo, mediante graus diferenciados, a sua cota de participação, a fim de consolidar as normas e rotinas institucionais.

Seria pretensioso atribuir a um único profissional essa qualidade tão abrangente, em que à tudo vê, e à tudo pode resolver no sentido de dar proteção, conforto e segurança.

Essa virtual qualidade, conferida ao profissional enfermeiro, faz dele um elemento ansiogênico, tendo que desempenhar um papel social com esforço físico, lembrando a condição exigida no espaço público, à medida que *“cada músculo do corpo humano está impulsionado para a ação, e a pessoa só se sente plenamente viva quando está em ação”* CAMPBELL (1990). Inicialmente um atributo masculino, posteriormente, uma condição indispensável para a inserção tanto do homem quanto da mulher nos meios de produção. As

regras básicas que norteiam essa concepção, apresentam fragmentos que lembram a invenção dos jogos na sociedade. Nesse sentido, pode-se inferir que a noção de jogo serve tanto para atender aos objetivos institucionais e sociais, como também garantir sua defesa pessoal, frente à condição responsável da sua identificação profissional. Levando-se em conta a forma como se encontra estrategicamente articulada na sociedade, perfeitamente observável na divisão social e sexual dos meios de trabalho e produção, reproduzindo este modelo no interior das instituições contemporâneas.

HIGWATER (1992), falando do *“corpo como máquina”* em *“os mitos pelos quais vivemos”*, diz que *“a ciência objetiva, impessoal, na realidade não passa disso - uma forma de mitologia, um sistema de crenças ou um paradigma que é verdadeiro sem ser a expressão da verdade absoluta”*. Observa-se expressiva influência cartesiana na construção desse modelo mecanicista, dualista, abraçada pela consciência judaico-cristã e posteriormente transferida à ciência.

Esse raciocínio, oferece indícios do que pode ter norteado a construção do mito da onipresença e onipotência, freqüentemente evocado e atribuído ao profissional enfermeiro. Mesmo distanciado da sua origem, enquanto prática social, o profissional enfermeiro busca o efetivo afastamento dessa origem e suas implicações.

Por um lado evidencia-se a masculinização do corpo humano enquanto noção mítica de corpo como máquina e, por outro, apresenta-se em relevo o aspecto social e histórico da inserção da mulher no espaço público. A identificação da construção social da profissão com a condição de adequação pública da mulher revela uma tentativa normatizadora dos seus comportamentos, inclusive os advindos da sexualidade, no espaço institucional.

2. O mito da sexualidade como agressão, observado nas entrevistas, é evidenciado pela construção mítica, elencada por HIGWATER (1992), do *“corpo como arma”*.

HIGWATER (1992), comentando sobre a compreensão equivocada de Aristóteles sobre a teoria da catarse, afirma que os pesquisadores atuais apontam o seu equívoco, uma vez que o indivíduo

“ao presenciar ou participar de uma atividade violenta - real ou fictícia - tende a exercitar o comportamento violento e a estabelecer uma associação entre sexo e agressão”. (p. 53)

Frente à manifestação da sexualidade do doente mental, o profissional enfermeiro se posiciona atribuindo um valor negativo, o qual, por sua vez, relaciona-se à noção de doença enquanto agente de agressão. Trata-se de agressão às normas e rotinas institucionais, porém inócua e insípida no sentido da não permitir as manifestações sexuais em seu contexto.

Através da doença mental, o seu portador é freqüentemente reconhecido como agente capaz de auto e/ou heteroagressão. Essa imagem amplamente difundida na sociedade, real ou fictícia, pouco importa, é uma orientação que seus integrantes a percebem como atributo da doença mental.

Estando o indivíduo sob o domínio da instituição psiquiátrica, a associação no tocante à sexualidade e agressão é um passo seguinte.

Essa visão cartesiana reproduz-se na percepção mítica *do “corpo como arma”* HIGWATER (1992). Prosseguindo, o autor afirma que a valorização do erotismo, reforçada na *“mitologia do corpo masculino como arma”*, tem por base uma nova concepção de guerra, em que a frustração e a humilhação sofridas pelos homens são metas a serem conquistadas, via estupro. A veiculação dessa guerra interna e sexual tem na pornografia sua transformação em mercadoria sexual.

Nesse sentido, o instrumento utilizado para coleta dos dados do presente estudo pode, de alguma maneira, ter influenciado o grupo investigado, incidindo sobre a construção gráfica do T.S.C. a veiculação de conteúdos considerados pornográficos, freqüentemente observáveis na mídia. E, talvez, por essa condição, pode ter sido percebida cultural e socialmente como imoralidade, influenciando a percepção do grupo. Sobre esse ponto FISHER (1993), ao analisar a sexualidade, afirma

“...na era dos prazeres desiguais”, (referindo-se à sociedade ocidental atual, em que existe) “uma grande dose de sexualidade nos anúncios, na televisão, nas canções, em filmes e livros. Na verdade, precisamos de mais educação para o sexo (...). Apesar das aparências de uma overdose de erotismo no mundo cultural, o que vejo é uma tremenda mostra de puritanismo”. (p.34).

Dentre essas inferências há uma tendência concludente de que a sexualidade do doente mental é uma agressão, um ato ilegítimo, não aceito por parte do profissional enfermeiro, por encerrar em seu rótulo atribuído socialmente de doente.

3. O mito da purificação - considero como o mais importante aspecto observado nas entrevistadas por estar relacionado à atuação profissional sobre o corpo do agente de sua ação. O corpo do doente mental é objeto de aproximação com o conceito judaico-cristão de pecado, mesmo ausente de manifestações de sexualidade. O corpo freqüentemente entendido na sociedade dessa forma, dirige-se à realização da satisfação sexual, portanto uma visão reducionista do que seja a sexualidade.

A este, reúne-se uma série de contribuições advindas de concepções míticas as quais norteiam o campo desse conhecimento. Têm influência originária, sob certo sentido, nos mitos da criação, também entendidos como mitos religiosos, na luta entre o bem e o mal.

Durante o exercício profissional, o enfermeiro trava uma luta silenciosa e efetivamente para se afastar da sua condição considerada profana,

em busca da conquista do sagrado. A concepção de profano reflete a experiência que a profissão engendrou, enquanto construção histórica e social, em suas diferentes épocas e momentos sociais. Ao esquecer o seu legado primevo parece negar seu surgimento histórico.

Ao aproximar-se de outras áreas do conhecimento, intenta tornar-se higiênico, ou mais puro, afastando do corpo e das manifestações da sexualidade aquele vínculo que o incomoda, adotando até uma atitude pudícia. Intenta romper, desse modo, um legado de preconceito e estigma sobre seu papel profissional, enquanto prática e imagem estruturada socialmente.

Essa imagem pública do profissional enfermeiro, freqüentemente veiculada pela mídia, revela o locus da sua praxis, o corpo do outro. Nesse sentido, a sexualidade do doente mental representa um perigo, dada a aproximação desse vínculo gerador de descrédito social, em sua constituição histórica.

Porém, ao tentar estabelecer as bases míticas para esta condição, observa-se a influência da concepção do *“corpo como mercadoria”*, revista por HIGWATER (1992). Sob essa compreensão, os efeitos da publicidade e do consumismo determinaram nova base mítica sobre o corpo humano.

A comercialização do corpo, via *“comercialização do desejo”*, enquanto prática econômica, disseminada pela pornografia, reacende a *“velha tradição da prostituição à conveniência e à sensibilidade da burguesia”*. É desse vínculo à prostituição que o profissional enfermeiro tenta se afastar, em

busca daquele extrato de sacralidade, conferida pelos mitos de criação, de aspectos divinos os quais povoam sua posição de poder e autoridade, na sua relação como o mundo.

Nesse sentido, *“o mito simboliza, o divino, à partir da realidade que expressa, para a consciência humana, a transcendência num momento mágico”* (CESAR, 1988).

Resgatar a consciência divina para o profissional enfermeiro, significa a negação da sexualidade do doente mental, por estar associada ao vínculo que se recusa a aceitar.

É preciso ir mais além, remontar ao tempo e refazer esse vínculo, em busca de um feito heróico. Mesmo assim, o risco desse resgate pode estar no substrato dos mitos sobre o corpo da mulher, em especial aquele que a responsabiliza pelo pecado, o mito de Eva, a transgressora da bondade divina.

HIGWATER (1992), falando do mito do *“corpo como pecado”* diz que

“Por volta do século VI a.C., deu-se aquilo que Joseph Campbell chamou de ‘a Grande Inversão’, quando a visão prevalente do mundo da afirmação para a negação da vida, da expectativa de recompensa, do conforto e da inocência para a aceitação do castigo, do desconforto e da culpa (...) impôs uma concepção de destino que acabaria simbolizada pelo Pecado Original, o qual fez da dor e do castigo elementos inelutáveis da vida do Ocidente”. (p.96).

Sobre essa base mítica, ELIADE (1994) afirma:

“É através da experiência do sagrado no encontro com uma realidade transumana, que nasce a idéia de

que alguma coisa existe realmente, de que existem valores absolutos, capazes de guiar o homem e de conferir uma significação à existência humana. É através da experiência do sagrado, portanto, que despontam as idéias de realidade, verdade e significação, que serão ulteriormente elaboradas e sistematizadas pelas especulações metafísicas”. (p.123-4).

Rastreando sobre esse raciocínio, ousou afirmar que o profissional enfermeiro intenta essa aproximação, enquanto atributo transcendental da sua condição laborativa e melhoria da sua identidade social. A concretude do seu dia-a-dia o faz confrontar-se com uma realidade que vem se confirmando na prática, uma tendência e uma pressão à reordenação gradativa do espaço de atuação no contexto institucional.

Guimelli & Jacobi apud WAGNER & ELEJEBARRIETA (1994) referindo-se as novas práticas da enfermagem portuguesa e as transformações de suas representações sociais, reconhecem como:

“...o clássico, de execução das prescrições médicas; e o próprio, caracterizado por uma definição de funções próprias com autonomia (...) uma prática nova, bastante recente, porém vem se impondo de forma progressiva”. (p.839)

Reconheço a ambição e a limitação pessoal, ao tentar estruturar a discussão sobre a sexualidade do doente mental, no contexto institucional, segundo visão do profissional enfermeiro a qual sua representação social da questão. Entendo que alguns pontos obscuros foram pouco clareados, entretanto servirão como ponto de partida para serem repensados, analisados, discu-

tidos e criticados por todos aqueles que intentem resgatar, via pesquisa, o conhecimento cotidiano da profissão **ENFERMAGEM**.

PERCEPÇÃO DA SEXUALIDADE DO DOENTE MENTAL

The objective of this research was to identify the Social Representations of Nursing professionals expressed in situations in which the sexuality of mental sick person makes up a visible fact, in psychiatric assistance institutions. The technical-methodological resourage was built up from contributions of projective procedures, called Investigation Technique in Daily Situations - I.T.D.S.. The instrument was composed by sixteen boards containing graphic reproductions of aily action of this professional from which it was selected only six boards to analyze the mental sick person's sexuality. Seventeen nurses who work in psychiatric hospital in Ribeirão Preto composed the sample. Through their discursive manifestation we can know their Social Representations showing that they denies the mental sick person's sexuality, restraining it as a deviation, misbehavior and a disease (among others), while it constitutes, in fact, a real illicit act. Doing this, they assume a position of distance, either reprehensive or non-reprehensive and/or defensive. This position reveals an adopted strategy about this knowledge and power, in which it fulfills the determinations of this professional code and then, meets the institucional and social expectations.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDER, F.; SELESNICK, S.T. **História da psiquiatria:** uma avaliação do pensamento e da prática desde os tempos primitivos até o presente. São Paulo, Ibrasa, 1980, 574 p.

ANZIEU, D. **Os métodos projetivos.** Rio de Janeiro, Campus, 1984. 295p.

ARAÚJO, L.D.S. **Querer/poder amamentar.** uma questão de representação? Florianópolis, 1991, 141p. Dissertação (Mestrado), - Ciências da Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

ATKINSON, L.D.; MURRAY, M.E. **Fundamentos de enfermagem:** introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1989. 618p.

BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada.** Trad. Frei João José Pereira de Castro. São Paulo, Ave Maria, 1993.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade.** Rio de Janeiro, Graal, 1978. 464p.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo.** Rio de Janeiro, Graal, 1984. 187p.

CAMPBELL, J. **As transformações do mito através do tempo**. São Paulo, Cultrix, 1990. 246p.

CASIRER, E. **Linguagem e mito**. São Paulo, Perspectiva, 1985. 117p.

CESAR, C.M. Mito em Vicente Ferreira da Silva. In: MORAIS, R. (org.) **As razões do mito**. Campinas, Papirus, 1988. 121p.

CHAUÍ, M. **Participando do debate sobre mulher e violência**. Perspectivas Antropológicas da Mulher. Rio de Janeiro, ZAHAR, 1984. 467p.

_____. **Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida**. São Paulo, Brasiliense, 1985. 234p.

DE CAMPOS, L.C.S. **O estigma na adaptação de aparelho de amplificação sonora individual em adultos**. São Paulo, 1990, 218p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

ELIADE, M. **Mito e realidade**. São Paulo, Perspectiva, 1994. 179p.

FRAGA, M.N.O. **A prática de enfermagem psiquiátrica**: subordinação e resistência. São Paulo, Cortez, 1993. 158p.

FILIZOLA, C.L.A. **O papel do enfermeiro psiquiatra**: oprimido e opressor. São Paulo, 1990, 149 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

FISHER, H. et al. Sexo Milenar. In: **Reflexões para o futuro**. São Paulo, Abril, 1993. 239p.

FORTUANDO, J.A. **Test proyectivo de Karen Machover** - la figura humana. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973. 63p.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo, Perspectiva, 1972. 545p.

_____. **História da sexualidade** - A vontade de saber. Rio de Janeiro, Graal, 1985. 125p.

_____. **História da sexualidade** - o uso dos prazeres. Rio de Janeiro, Graal, 1984. 223p.

_____. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões.** Petrópolis, Vozes, 1983. 277p.

GARCIA, R.W.D. **Representações sociais da comida no meio urbano:** um estudo no centro da cidade de São Paulo. São Paulo, 1993, 218p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. Rio de Janeiro, **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, p. 146-156, 1994. Suplemento 1.

GOFFMAN, E. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro, Zahar, 1982. 151p.

HIGHWATER, J. **Mito e sexualidade.** São Paulo, Saraiva, 1992. 200p.

HUMEREZ, D.C. **Enfermagem e loucura:** uma visão do conceito de loucura e do ser louco no cotidiano da instituição manicomial e os reflexos na prática de enfermagem. São Paulo, 1988, 182p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

JOVCHELOVITH, S.; GUARESCHI, P. (org.) **Textos em representações sociais.** Petrópolis, Vozes, 1994. 324p.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia científica**. São Paulo, Atlas, 1992. 249p.

MAINGUENEAU, D. **Novas tendências em análise do discurso**. Campinas, Pontes, 1993. 198p.

MIRANDA, C.L. **O parentesco imaginário**. Rio de Janeiro, Cortez, 1994. 172 p.

MOÑIVAS, A. Epistemologia y representaciones sociales: concepto y teoría. Madrid. **Rev. de Psicol.Gerale y Aplic.**, v. 47 n. 4, p. 405, 1994.

MOSCOVICI, S.A. **Representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro, Zahar, 1978. 291p.

PENNA, L. Imagem corporal: uma revisão seletiva da literatura. **Psicologia**, USP, São Paulo, v.1. n.2, p. 167-174, 1990.

PERRUSI, A. **Imagens da loucura**: representação social da doença mental na psiquiatria. São Paulo, Cortez; Recife, Editora da Universidade Federal de Pernambuco, 1995. 240p.

ROCHA, R.M. **Enfermagem psiquiátrica: que papel é este?** Rio de Janeiro, Instituto Franco Basaglia/Te Cora, 1994. 129p.

RODRIGUES, A.R.F. **Relações interpessoais enfermeiro-paciente: análise teórica e prática com vistas à humanização da assistência em saúde mental.** São Paulo, 1993, 187p. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

ROLIM, M.A. **As representações sociais acerca do doente mental atendido em urgências psiquiátricas.** São Paulo, 1993, 137p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

ROSE, M.A. et al. **A origem dos preconceitos.** São Paulo, Perspectiva, 1972. p.161-192

RZEZINSKI, P.C. **Sigmund Freud - Resumo das Obras Completas.** São Paulo, Atheneu, 1984. 284p.

- SÁ, C.P. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M.J. **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo, Brasiliense, 1993. p.19-45
- SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as ciências**. Porto, Afrontamento, 1995. 55p.
- SPINK, M.J. (org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo, Brasiliense, 1993. 331p.
- SOUZA FILHO, E.A.; MANAIÇA, C.A. Desenhos sobre ecologia entre crianças: uma análise psicossocial. In: ENCONTRO DE CIÊNCIAS AMBIENTAIS, 1, COPP-UFRG. **Anais**, Porto Alegre, 1994.
- SZASZ, T.S. **A fabricação da loucura**: um estudo comparativo entre a iniquição e o movimento de saúde mental. Rio de Janeiro, Zahar, 1978. 408p.
- TOSI, S.M.V.D. **Imagem corporal de toxicômanos e esquizofrênicos**. São Paulo, 1993, 349p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

TRINCA, W. **Investigação clínica da personalidade**: o desenho livre como estímulo de percepção temática. Belo Horizonte, Interlivros, 1976. 159p.

_____. O procedimento de Desenhos de Família com Estórias (DF-E) na investigação da personalidade de crianças e adolescentes. São Paulo, **Bol. de Psicologia**, v.39, n.90/91, 1989. p. 45-54

TSU, T.M.J.A.; TOFOLO, V. Concepções etiológicas de pacientes psiquiátricos sobre doença mental. **Rev. de Psicologia** - USP, v.1, n. 2, p. 155-166, 1990.

TSU, T.M.J.A.; BORGES, T.W. Vício e loucura: estudo de representações sociais e escolares sobre doença mental através do uso do procedimento de desenhos-estórias com tema. São Paulo, **Bol. de Psicologia**, v.41, n. 94/95, p. 47-55, 1991.

_____. Uma mistura de gentes: representações de servidoras psiquiátricas sobre sexualidade no Hospital Psiquiátrico. In: CONGRESSO DE PSICOLOGIA DO CRP, 2. **Anais**, São Paulo, 1992.

TSU, T.M.J.A. et al. Genialidade e loucura: representações sociais de trabalhadores de televisão sobre doença mental. In: CONGRESSO DE PSICOLOGIA DO CRP, 2. **Anais**. São Paulo, 1992.

TSU, T.M.J.A. Representações de trabalhadores de saúde mental sobre clientela portadora de deficiências e seu papel profissional do uso de técnicas psicodinâmicas. In: CONGRESSO DE PSICOLOGIA DO CRP, 2. **Anais**. São Paulo, 1992.

_____. Estudo de representações de colegas sobre doença mental através do uso do procedimento de desenhos-estórias com tema. In: CONGRESSO DE PSICOLOGIA DO CRP, 2. **Anais**. São Paulo, 1992.

TUNDIS, S.A.; COSTA, N.R. (org.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1992. 288p.

VAISBERG, T.M.J.A. O uso de procedimentos projetivos nas pesquisas de representações sociais: projeção e transicionalidade. São Paulo, **Bol. de Psicologia** 1995 / no prelo.

VALA, J.; MONTEIRO, M.B. **Psicologia Social**. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1993. 479p.

WAGNER, W.; ELEJABARRIETA, F. Representações Sociais. In: **Psicologia Social**. Madrid, Mc Grall Hill, 1994. 487p.

WINNICOTT, D.W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro, Imago, 1975. 203p.

_____. **Objetos e fenômenos transicionais**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1978. 352p.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E CIÊNCIAS HUMANAS

FRANCISCO ARNOLDO NUNES DE MIRANDA

RIBEIRÃO PRETO

1995

T.S.C.- Informações complementares

Dados de Identificação

Instituição: _____	
Nome/Abreviado: _____	Sexo:
MASC.()	FEM.()
Idade: _____ anos	
Tempo de serviço nesta instituição: _____	
Tempo de serviço em saúde mental/psiquiatria: _____	
Tempo/Graduação: _____ Instituição formadora:	

Titulação: _____	

**TÉCNICA DE INVESTIGAÇÃO EM SITUAÇÕES COTIDIANAS
(T.S.C.)**

*“O desenho torna-se modo de possu-
ir as coisas / O desenho torna-se mo-
do de absorver as coisas / O desenho
torna-se modo de viver a coisa...”*

Carlos Drumond de Andrade

APRESENTAÇÃO

Neste momento de intensa modificação sócio-político-cultural no Brasil, em que situações cotidianas são modificadas, constantemente, pela influência excessiva de informações circulantes e incidem, refletindo na interação dos seus sujeitos psicossociais, em seu espaço social e institucional, exigindo uma constante modificação como parte integrante desse contexto dinâmico. Para compreender essas modificações, busca-se a pesquisa, maneira entendida como capaz de dar resposta embasada numa reflexão crítica, mediante pressupostos teóricos, tendo como origem inquietações decorrentes do senso comum. Não há evidência do esgotamento de conhecimento sobre um fato, fenômeno, assunto ou pessoa, por entender que numa dada situação investigada, o obtido é sempre um recorte da complexidade que envolve esta a realidade.

O DIA-DIA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO

INSTRUÇÕES

Caro(a) colega enfermeiro(a)

Você pode perceber que a estratégia adotada enquanto procedimento técnico-metodológico nesta pesquisa difere do convencional.

Utilizo como instrumento de coleta de dados uma **cartilha contendo 16 cenas**, que retratam o cotidiano do trabalho do profissional enfermeiro, em um contexto institucional. Essa cartilha possibilita uma maneira descontraída e informal de investigação do trabalho do enfermeiro.

Seguindo as **instruções abaixo**, você terá mais facilidade para atender aos apelos da pesquisa:

1. Preencha os dados de identificação.

2. Abra a cartilha e observe atentamente a primeira cena apresentada. Preencha os espaços indicados. Se necessário, utilize todo o espaço desta folha com o que julgar pertinente. No canto direito da página assinale uma das três alternativas: **Vivida(V), Relatada(R), Imaginada(I)**.

3. Proceda dessa maneira com cada uma das cenas seguintes apresentadas.

Agradeço sua valiosa contribuição e aproveito a oportunidade em reiterar o compromisso de devolver os resultados da mesma, como uma contribuição teórica, crítica e reflexiva.

--

V ()

R ()

I (...)

V ()

R ()

I (...)

V ()

R ()

I (...)

OBANHO 2,

R ()

I (...)

...A CONTENSÃO...

Atyres
9/5

V ()

R ()

I (...)

... VIGÍLIA ...

V ()

R ()

I (...)

V ()

R ()

I (...)

V ()

R ()

I (...)

Ayres
9/5

V ()

R ()

I (...)

V ()

R ()

I (...)

V ()

R ()

I (...)

V ()

R ()

I (...)

V ()

R ()

I (...)

V ()

R ()

I (...)

... DESCANSO

()

R ()

I (...)