UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM
EUGENIA NA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM –
REBEn, 1932 a 2002

LILIAN DENISE MAI

Ribeirão Preto

2004

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM
EUGENIA NA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM –
REBEn, 1932 a 2002

Lilian Denise Mai

Tese apresentada ao Programa Interunidades de
Doutoramento em Enfermagem das Escolas de
Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de doutor.

Linha de pesquisa: Enfermagem enquanto prática
social/profissional.

Orientadora:

Prof^a Dr^a Emília Luigia Saporiti Angerami.

Ribeirão Preto

2004

Ao **Elemar**, esposo querido e sempre presente, e aos nossos filhos, **Paulo Henrique** e **Flávio Augusto**, amores de nossas vidas.

Aos meus pais, Ivo e Adelia, pelo amor, confiança e apoio nas diferentes etapas de minha vida.

E, aos meus sogros, Oswaldo e Ildecy, pelo carinho, amizade e estímulo constantes.

AGRADECIMENTOS

À Professora Dr^a Emília Angerami, por compartilhar seu conhecimento e vasta experiência no caminho nem sempre fácil da orientação acadêmica.

Às professoras da Banca Examinadora: Dr^a Ana Márcia S. Nakano, Dr^a Maria das Graças B. de Carvalho, Dr^a Maria Helena B. de M. Lopes e Dr^a Maria Lúcia Boarini.

Aos colegas professores do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, cujo apoio concretizou-se em palavras, sugestões e a oportunidade de total dedicação à pesquisa.

Aos professores do curso de pós-graduação e colegas de turma, pelos momentos únicos de reflexão, cooperação e amizade. Em especial, às colegas e amigas Neide e Mariza.

Aos funcionários da Sala Glete de Alcântara, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, e da seção de periódicos da Biblioteca Central, na Universidade Estadual de Maringá, pela atenção e disponibilização dos muitos exemplares da Revista Brasileira de Enfermagem.

À CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela concessão de bolsa de estudos, no âmbito do Programa Institucional para Capacitação de Docentes da Universidade Estadual de Maringá – PICD/UEM.

A todos que, de alguma forma, fizeram-se presentes na elaboração e finalização deste estudo.

Data da Defesa: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Profª Drª Emília Luigia Saporiti Angerami

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª Drª Ana Márcia Spanó Nakano

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª Drª Maria das Graças Bonfim de Carvalho

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª Drª Maria Helena Baena de Moraes Lopes

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª Drª Maria Lúcia Boarini

Julgamento: _____ Assinatura: _____

RESUMO

MAI, L. D. Análise da produção do conhecimento em Eugenia na Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn, 1932 a 2002. 2004. 194 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

O trabalho constitui-se de uma análise sobre o conteúdo de cunho eugenista produzido pela enfermagem brasileira e publicado em periódico nacional – a Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), no período de 1932 a 2002. Considerando-se a dificuldade de encontrar trabalhos científicos da enfermagem sobre a configuração de novas práticas eugenistas, positivas e negativas, associadas aos avanços biogenéticos, intensificados na década de 1990, parte-se do pressuposto de que a enfermagem, desde a sua institucionalização como profissão, vinha incorporando os diferentes contornos da eugenia até o momento atual, quando as transformações em curso ainda não têm sido expressas em sua produção teórica. Trata-se de um estudo qualitativo que, mediante a Análise de Conteúdo, modalidade temática, teve como objetivos: identificar como vem sendo construído o conteúdo eugenista pela enfermagem; investigar bases conceituais de eugenia positiva e negativa que deram sustentação à prática da profissão. De um total de 227 fascículos publicados, analisaram-se 263 textos, compostos majoritariamente em forma de artigo (90,11%), de cunho descritivo (70,72%), produzidos por profissionais enfermeiros (60,89%), do sexo feminino (86,74%) e vinculados a escolas de enfermagem (60,22%). Verifica-se que há uma produção continuada que aborda a preocupação com a saúde e constituição das futuras gerações ao longo do período, destacando-se três ênfases na expressão do termo ‘eugenia’ na REBEn: conceituação e objetivos (1931-1951); conflitos éticos, legais e morais (1954-1976) e eugenia como um tema do início do século XX (1993-2002). Analisam-se três categorias como bases conceituais: “batalha que se impõe para o aperfeiçoamento eugênico do nosso povo”; “a responsabilidade da enfermeira, em função da vida, é direta” e “não há solução para os males sociais fora das leis da Biologia”. Elaboram-se conceitos idealizados de biotipo, sociedade, família e mulher/mãe que, a partir da construção de antinomias e sob bases biológicas, têm orientado ações eugenistas ligadas ao preparo de recursos humanos, educação em saúde e assistência, estabelecendo o que deve ser aperfeiçoado ou limitado em termos de reprodução humana. Pautando-se nos conhecimentos científicos já construídos, os quais vêm sendo gradativamente superados, e, num conceito de eugenia voltado ao controle reprodutivo, conclui-se que a enfermagem não tem sinalizado para as mudanças do conceito de eugenia e suas novas formas de intervenção ligadas às biotecnologias, o que implica na urgente incorporação dos recentes saberes biogenéticos e na reflexão sobre o seu alcance e implicações éticas, legais e morais, de forma a socializar tais avanços e resguardar os direitos humanos fundamentais em todas as atividades desenvolvidas nas áreas do ensino, pesquisa e assistência.

Palavras-chave: I. Eugenia - Enfermagem. II. Biogenética. III. Enfermagem.

ABSTRACT

MAI, L.D. **Analysis of knowledge production about Eugenics in the Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn, 1932 a 2002.** 2004. 194 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

This paper constitutes an analysis about the eugenic content produced by Brazilian nursing which was published in national periodical – Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), during the period of 1932 to 2002. Considering the difficulty of finding nursing scientific papers about the configuration of new eugenic practices, positives and negatives, associated to biogenetic improvements, increased during the nighties decade, we can assume that nursing, since it was established as profession, had incorporated different eugenics outlines until the present moment, when the transformations in course have not been expressed in theoretical production yet. Under a qualitative approach through the Contents Analysis, thematic modality, its objectives were: to identify how eugenic content has been constructed by nursing and to investigate conceptual bases of positive and negative eugenics that gave support to nursing practice. 263 texts were analysed from 227 published magazines, in its majority in the form of article (90,11%), in descriptive form (70,72%), produced by nursing professionals (60,89%), female sex (86,74%) and related to nursing schools (60,22%). It was noticed that there is a continued production in the period that shows the preoccupation with future generations health and constitution, highlighting three emphasis in the expression of 'eugenics' term in REBEn: concept and objectives (1932-51); ethical, legal and moral conflicts (1954-76) and eugenics as an aspect of the first decades of the XX century (1993-2002). Three categories as conceptual bases were analysed: "battle necessary for eugenic improvement of our people"; "nurse responsibility, over life, is direct" and "there isn't a solution for social evils outside Biological laws". Some idealized concepts have been cosntructed around the biotype, society, family and woman/mother which, starting from the construction of antinomies and under biological bases, have guided eugenic actions connected to a human recourses preparation, health education and assistance, establishing what must be improved or limited around human reproduction. Guided by scientific knowledge already constructed, which have been gradually overcome, and through a eugenics concept connected to reproductive control, it is conclude that nursing have not signaled the changes in eugenics concept and its new intervention forms linked to biotechnology, which implies the urgent incorporation of the recent biogenetics knowledge and the reflexion about their extent and ethical, legal and moral implications, to socialize these advancements and to preserve the fundamental human rights in all nursing activities developed by education, investigation and assistance areas.

Keywords: Eugenics - Nursing. Biogenetics. Nursing.

RESUMEN

MAI, L.D. Análisis de la producción Del conocimiento en Eugenesia en la Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn, 1932 a 2002. 2004. 194 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

Este trabajo está constituido por un análisis sobre el contenido relacionado a la Eugenesia producido por la Enfermería Brasileña y publicada en un periódico nacional – la Revista Brasileña de Enfermería (REBEn), durante el periodo de 1932 hasta el 2002. Considerándose las dificultades para encontrar trabajos científicos de Enfermería sobre la configuración de nuevas practicas eugenésicas, positivas y negativas, asociadas a los avances biogenéticos intensificados en la década de 1990, se parte del presupuesto de que la Enfermería, desde su institucionalización como profesión venia incorporando los diferentes contornos de la Eugenesia hasta el momento actual, cuando las transformaciones en curso aún no han sido expresadas en su construcción teórica. Se trata de un estudio cualitativo que, mediante el análisis de contenido, modalidad temática, tuvo como objetivos: Identificar como viene siendo construido el contenido eugenésico por la Enfermería; investigar las bases conceptuales de la Eugenesia positiva y negativa que dieron sustentación a la practica de la profesión. De un total de 227 fascículos publicados se analizaron 263 textos compuestos mayoritariamente por artículos (90,11%), de orden descriptivo (70,72), producidos por profesionales de la Enfermería (60,89%), de sexo femenino (86,74%) y vinculados a las escuelas de Enfermería (60,22%). Se verifica que hay una producción continuada que aborda la preocupación con la salud y la constitución de las futuras generaciones a lo largo del periodo, destacándose tres énfasis en la expresión de termino “Eugenesia” en la REBEn: Conceptuación y objetivos (1931-1951); Conflictos éticos, legales y morales (1954-1976) y Eugenesia como un tema del inicio del siglo XX (1993-2002). Se analizaron tres categorías como bases conceptuales: “ Batalla que se impone para el perfeccionamiento eugenésico de nuestro pueblo”; “La responsabilidad de la Enfermería, en función de la vida, es directa”, y “ No hay solución para los males sociales fuera de las leyes de la Biología”. Se elaboran conceptos ideados de biotipo, sociedad, familia y mujer / madre que, a partir de la construcción de antinomias y sobre bases biológicas, han orientado acciones eugenésicas ligadas a la preparación de recursos humanos, educación en salud y asistencia, estableciendo lo que debe ser perfeccionado o limitado en términos de reproducción humana.

Pautándose en los conocimientos científicos ya construidos, los cuales vienen siendo gradualmente superados, y en un concepto de Eugenesia volcado al control reproductivo, se concluye que la Enfermería no ha expresado los cambios de concepto en la Eugenesia y sus nuevas formas de intervención ligadas a las biotecnologías, lo que implica la urgente incorporación de los recientes conocimientos biogenéticos y la reflexión sobre su alcance y aplicaciones éticas, legales y morales de forma de socializar tales avances y resguardar los derechos humanos fundamentales en todas las actividades desarrolladas en las áreas de la enseñanza, investigación y asistencia.

Palabras clave: Eugenesia-Enfermería. Biotecnología. Enfermería.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição quanto à classificação dos textos selecionados da Revista Brasileira de Enfermagem, no período de 1932 a 2002	68
TABELA 2 - Distribuição quanto à formação profissional dos autores dos textos selecionados da Revista Brasileira de Enfermagem, no período de 1932 a 2002	69
TABELA 3 - Distribuição quanto à titulação dos autores dos textos selecionados da Revista Brasileira de Enfermagem, no período de 1932 a 2002	69
TABELA 4 - Distribuição quanto à instituição de origem dos autores dos textos selecionados da Revista Brasileira de Enfermagem, no período de 1932 a 2002	69
TABELA 5 - Distribuição quanto ao número de autor(es) por texto do total de textos selecionados da Revista Brasileira de Enfermagem, no período de 1932 a 2002	70
TABELA 6 - Distribuição quanto ao número de textos por década do total de textos selecionados da Revista Brasileira de Enfermagem, no período de 1932 a 2002	71

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

M217a	<p>Mai, Lilian Denise</p> <p>Análise da produção do conhecimento em eugenia na Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn, 1932 a 2002 / Lilian Denise Mai. – Ribeirão Preto, SP : [s.n.], 2004. 194 f.</p> <p>Orientadora : Prof^a. Dr^a. Emília Luigia Saporiti Angerami.</p> <p>Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2004.</p> <p>I.Eugenia - Enfermagem. II.Biogenética. III. Enfermagem. I.Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.</p> <p>CDD 21.ed. 363.92 ou 610.73</p>
-------	--

Ms. Cícília Conceição de Maria

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	SISTEMATIZAÇÃO E BASES CONCEITUAIS DA EUGENIA	20
2.2	O MOVIMENTO EUGENISTA NO BRASIL	25
2.3	EUGENIA E ENFERMAGEM NO INÍCIO DO SÉCULO XX	34
2.4	CIÊNCIA CONTEMPORÂNEA, EUGENÉTICA E ENFERMAGEM	40
3	METODOLOGIA	53
3.1	FONTE DE DADOS	54
3.1.1	Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn	56
3.2	COLETA DE DADOS	61
3.3	ANÁLISE DOS DADOS	63
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS TEXTOS SELECIONADOS PARA PESQUISA .	67
4.2	INSERÇÃO DO TERMO EUGENIA E CORRELATOS NA REBEn	71
4.3	CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS	77
4.3.1	“Batalha que se impõe para o aperfeiçoamento eugênico do nosso povo”	77
4.3.1.1	“Recém-nascido de traços perfeitos [...] obra prima da natureza”	78
4.3.1.2	“Uma raça sadia foi sempre o ideal de todos os povos”	90
4.3.1.3	“Casais que se unam [...] bons procriadores de prole sadia”	100
4.3.1.4	“É preciso que a mulher aprenda a ser mãe”	109

4.3.2	“A responsabilidade da enfermeira, em função da vida, é direta”	120
4.3.2.1	“Preparar pessoal qualificado”	120
4.3.2.2	“Ensina princípios de higiene e eugenia”	125
4.3.2.3	“Atingir o fim da perfeita assistência”	138
4.3.3	“Não há solução para os males sociais fora das leis da Biologia”	150
4.3.3.1	“Condicionante genético [...] não opera num vazio [...] fator ambiental”	156
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	167
	REFERÊNCIAS	175
	ANEXOS	193
	ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	194

1 INTRODUÇÃO

Os dias atuais têm sido marcados entre outras coisas pelo crescente interesse no desenvolvimento das ciências bio-médicas, ao ponto de novos conceitos e saberes serem rapidamente introduzidos ao cotidiano das pessoas e de diferentes formas. Da gasolina ao refrigerante entre outros produtos de consumo, os recentes conhecimentos sobre clonagem são utilizados como instrumentos de propaganda simplesmente para dizer que o produto referido não é clonado, mas é o verdadeiro.

Novos temas das ciências bio-médicas têm ocupado grandes espaços na mídia como fecundação in vitro, clonagem, engenharia genética, vacinas de DNA, terapia gênica, sequenciamento genético e alimentos transgênicos. São temas oriundos de pesquisas e avanços científicos progressivos e que justificam-se como ações para proporcionar melhorias ao ser humano, mas que também têm despertado muitos questionamentos éticos e legais em torno de si, repercutindo inclusive sobre alteração ou criação de novas leis para regulamentar seus usos¹.

¹ Mesmo criticada quanto à lentidão em acompanhar os avanços nas diferentes áreas do conhecimento, a legislação brasileira já tem se manifestado frente aos novos avanços, como é o caso da lei nº 8.974, de 06 de janeiro de 1995, que proíbe a clonagem humana e a manipulação genética de células germinais, bem como impede a produção, armazenamento ou manipulação de embriões humanos destinados a servir de material biológico disponível para fins diversos. O conteúdo da referida lei diz que é crime “1. A manipulação genética de células germinais humanas; 2. A intervenção em material genético humano ‘in vivo’, exceto para o tratamento de defeitos genéticos, respeitando-se os princípios éticos tais como o princípio de autonomia e o princípio de beneficência, e com autorização prévia da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio); 3. A produção, armazenamento ou manipulação de embriões humanos destinados a servirem como material biológico disponível; 4. A intervenção ‘in vivo’ em material genético de animais, excetuados os casos em que tais intervenções se constituam em avanços significativos na pesquisa científica e no desenvolvimento tecnológico, respeitando-se princípios éticos, tais como o princípio da responsabilidade e o princípio da prudência, e com aprovação prévia da CTNBio” (NUNES, 1997, p. 3/2). As penas variam de 3 meses a 20 anos de prisão.

Outro tema que desponta na berlinda desses avanços e que volta a circular no convívio social tem sido a eugenia. É possível que a palavra eugenia a princípio desperte a idéia de aperfeiçoamento da raça através da lembrança de alguns cenários sombrios da história mais recente da humanidade, como o nazismo ou as esterilizações em massa praticadas em muitos países ao longo do século XX². Esses fatos são a repercussão coletiva da adoção de determinadas práticas eugênicas no início do século e que em sua maioria não gozam de aprovação pública. Há porém muitas situações quotidianas que são igualmente práticas eugênicas e que são ensinamentos largamente aceitos pela população em geral e pelos profissionais de saúde. Senão vejamos: quando uma mulher não procria com o avançar da idade com receio de que seu filho nasça com Síndrome de Down; quando primos de primeiro grau não são aconselhados ao casamento porque há grandes possibilidades de que seus filhos nasçam com algum tipo de má-formação; quando pais têm a sua frente a decisão de um aborto ante um diagnóstico pré-natal de inviabilidade fetal, entre muitos outros (FROTA-PESSOA, 1994/95).

Essas diferentes situações de âmbito coletivo e individual mostram que a eugenia comporta direcionamentos muito diversos, alguns mais aceitos socialmente que outros. Nosso interesse por esse e outros aspectos da eugenia foi despertado com o início da caminhada de pós-graduação, em 1997, quando conduzimos uma pesquisa objetivando analisar alguns princípios do movimento eugenista brasileiro e investigar a forma como foi proposta a educação eugênica através do Boletim de Eugenia, de 1929 a 1931 (MAI, 1999)³. Em

² Recentemente foi divulgado pela mídia que mais de 60 mil casos de esterilizações forçadas teriam ocorrido na Suécia entre os anos de 1935 a 1976, ao invés dos 13 mil estimados. Essa política de Estado objetivando a 'higiene social' incluía a esterilização de deficientes físicos, mentais e outras pessoas consideradas inferiores, como delinqüentes, prostitutas e ciganos. As denúncias de esterilizações forçadas estendem-se ainda a outros países europeus, como a Suíça, Dinamarca, Finlândia e Noruega sempre voltadas para os mesmos grupos populacionais (ESCÂNDALO..., 1997).

³ A partir de um vocabulário próprio, o ideário eugenista apresentado pelo Boletim de Eugenia (1929-1931) contemplava conceitos como de homem superior, raça superior e família eugênica, apresentando o recurso eugênico como alternativa para alcançar o progresso nacional. Esse recurso baseava-se na multiplicação das famílias eugênicas e na restrição das não eugênicas através da aplicação de medidas positivas e negativas sobre a

seguimento aos estudos, vemo-nos agora diante da oportunidade de aprofundar a investigação desse tema junto à enfermagem brasileira.

Eugenia significa a busca do homem pela melhor compleição física e mental dele próprio e de sua descendência. Já são encontrados registros de práticas eugênicas desde a Antiga Grécia, os quais se referem a um controle rigoroso dos nascimentos, com o estímulo às mulheres robustas para gerarem filhos vigorosos e sadios ao mesmo tempo em que crianças nascidas com imperfeições ou fragilidades eram atiradas do alto do Taygeto (BIZZO, 1994/95). Porém, a tentativa de sistematização da eugenia com base em argumentos científicos ocorreu no final do século XIX, quando em 1883, Francis Galton procurou enunciar a preocupação em torno do bom-nascimento com o termo eugenia, utilizando-se dos conhecimentos de Malthus, Lamarck, Darwin e das idéias circulantes na Inglaterra da época. Galton apud Couto (1994, p. 53) definiu-a, então, como o “estudo dos fatores físicos e mentais socialmente controláveis, que poderiam alterar para pior ou para melhor as qualidades racionais, visando ao bem-estar da espécie”.

Galton utilizou-se da idéia de diferenciação dos seres humanos em raças distintas para determinar um ideal de tipo físico ou raça a ser alcançado pela eugenia. Os conhecimentos incipientes sobre transmissão hereditária indicaram o caminho para a transmissão das características desejadas às gerações seguintes, até que viesse a ser alcançada a purificação da raça humana. Dando voz às preocupações populacionais correntes e diante das precárias condições de vida e de saúde da maioria da população inglesa, o controle reprodutivo sobre as diferentes classes sociais tornou-se a principal forma prática assumida pela eugenia. As classes pobres passaram a ser vistas como ameaça à ordem vigente, devendo a sua procriação ser regulada.

Nesse momento, a eugenia positiva significava a seleção eugênica de bons procriadores para o casamento e o estímulo à sua procriação, com ênfase aos cuidados necessários para o nascimento de crianças perfeitas e sadias física e mentalmente. A eugenia negativa, por outro lado, buscava reduzir o número daqueles indivíduos considerados não eugênicos ou disgênicos, limitando-lhes o casamento e a conseqüente procriação, através de medidas restritivas como a anticoncepção, a esterilização e o aborto.

Sob tais bases conceituais, a eugenia alcançou o status de movimento mundial em torno da boa procriação. A sociedade e a enfermagem brasileiras também sofreram influências de tais idéias nas primeiras décadas do século XX e muitas delas encontram-se expressas tanto no Boletim de Eugenia quanto nos Annaes de Enfermagem, órgão de divulgação da então Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas, publicado inicialmente em 1932. Se por um lado os ideários eugenistas estimularam o desenvolvimento técnico-científico em reprodução humana, por outro, as preocupações no campo biológico justificavam muitas ações no campo social, ações às quais muitas vezes a enfermagem era chamada a desenvolver (LOPES, 1925b).

Especialmente após a II Guerra Mundial, seguiu-se um período de transição, de acautelamento em torno do então modelo de aplicação social da eugenia. A palavra eugenia passou ao desuso, o que não pode ser dito da ideologia eugenista, criada e alicerçada sobre as diferenças entre as raças e as relações de poder entre os povos.

Nos dias atuais, idéias como melhorar determinadas qualidades intelectuais ou ‘programar’ certas características físicas nos futuros filhos têm sido amplamente divulgadas pela mídia. Vivemos no que tem sido definido por muitos como a ‘era da revolução biológica’ e “desde há muito nós temos sido a espécie que cria o seu próprio desenvolvimento. Agora, nós podemos vir a ser a espécie que cria a si própria” (NERI, 1999). Criar a si própria

significa entre muitas outras coisas dar margem às diferentes formas de prática da eugenia, a partir de referenciais teóricos e científicos não mais limitados aos do início do século.

Autores como Frota-Pessoa (1994/95), Castiel (1994) e Schramm (1997) sinalizam para a retomada da terminologia eugenia associada aos avanços em Biogenética. Segundo esses autores, as possibilidades de intervenção sobre a espécie humana, sejam positivas ou negativas, contam hoje com um aparato técnico-científico inigualável até há poucos anos e em um ritmo de desenvolvimento muito acelerado, capaz de colocar o homem frente a difíceis e complexas situações de natureza ética, moral e legal, ao mesmo tempo em que permite eficientes intervenções pré-implantacionais e pré-natais para a eliminação de possíveis danos à futura criança. A intervenção direta sobre um determinado gene causador de doença, a terapia gênica ou o mapeamento de ‘tribos genotípicas’ tornam-se terminologias comuns nos meios bio-genéticos.

Essas transformações refletem-se também sobre o que vem a significar a eugenia positiva e negativa nesse contexto, com sugestões inclusive quanto ao uso mais apropriado do termo eugenética, representando a forma contemporânea da eugenia oriunda desses avanços. A eugenética negativa se ocuparia da prevenção e cura de doenças e malformações consideradas de origem genética e a eugenética positiva buscaria a melhoria ou a criação de certas competências humanas, como a inteligência, memória entre outras.

Já contamos com alguns exemplos polêmicos em torno da eugenia contemporânea, como o debate sobre a experiência da China que em 1994 teria adotado uma lei chamada ‘Lei Eugênica’, sugerindo que pessoas suspeitas de apresentar ‘sérias doenças genéticas’ deveriam submeter-se à esterilização compulsória caso almejassem o casamento (DICKSON, 1998). Autoridades chinesas explicaram que o principal objetivo dessa lei era possibilitar um amplo leque de serviços e cuidados pré e pós-natais, lei que posteriormente foi renomeada para ‘Lei de Cuidados em Saúde Materno-Infantil’, em função da polêmica causada.

Ou, quando o ‘programar’ certas características nos filhos não significa necessariamente uma ação para melhorar algo, como o fato raro ocorrido em maio de 2002, em que um casal de lésbicas norte-americanas, surdas de nascimento, resolveu gerar um bebê igualmente surdo, para o que se utilizou de uma partida de esperma proveniente de um doador também surdo por herança genética. O resultado foi o nascimento de uma criança surda, ou seja, um bebê com um ‘defeito programado de fabricação’, o que Garrafa (2003) classificou como um caso de eugenia negativa ou uma espécie de ‘purificação da raça ao contrário’ que, apesar de comportar inúmeros questionamentos éticos e morais, é um exemplo concreto de que a limitação técnica para a criação de um novo ser, neste caso, foi totalmente superada.

Mesmo que ‘ao contrário’, por isso raro, esse caso é um sinal do processo de ‘genomania’ ou ‘genetização’ vivido pelas sociedades modernas ocidentais⁴, ainda que não haja associação explícita ao termo eugenia (OPITZ, 1997). Em sociedades sempre mais competitivas e desiguais na distribuição de suas riquezas, a intervenção direta sobre o patrimônio genético é no mínimo preocupante diante de dados como os revelados pela pesquisa Data Folha, em 03 de julho de 2000, quando 1.077 paulistanos entrevistados referiram que a qualidade mais desejada é a inteligência, caso a genética pudesse garantir características como essa nas crianças ainda por nascer. Ainda que a genética esteja longe de poder ‘combinar’ os componentes do genoma humano para produzir os ‘seres’ desejados, o médico e advogado norte-americano Phillip Reilly apud Leite (2000b, p. A17) afirma que “a nova eugenia será movida pelos consumidores”, ao que estes certamente já se mostram bastante sensibilizados. O que é benefício para alguns, pode tornar-se problema e exclusão para outros, seja pela falta das aptidões inatas desejadas ou por falta de acesso às tecnologias que hoje têm o poder de alterá-las.

⁴ ‘Genomania’ ou ‘genetização’ é um conceito cultural da biologia, introduzido na medicina e mais recentemente à consciência social da maior parte da civilização ocidental, que reflete uma crescente preocupação com as partes anormais ou potencialmente anormais de nós mesmos e o medo de que isso possa afetar nossa saúde ou qualidade de vida ou a de nossas crianças (OPITZ, 1997).

As motivações para tais e outros comportamentos são as mais diversas, cada qual justificando-as de acordo com o seu caso em particular. No conjunto da sociedade, essas ações e intenções têm configurado distintos momentos históricos em torno da prática da eugenia, os quais encontram sustentação no desenvolvimento técnico-científico, nos ideários profissionais e nos direcionamentos políticos adotados. Em meio às situações de conflitos ‘persistentes e emergentes’, Garrafa (1998, p. 99) refere que:

Se, por um lado, todas estas conquistas trazem na esteira renovadas esperanças de melhoria da qualidade de vida, por outro criam uma série de contradições que necessitam ser analisadas responsavelmente com vistas ao equilíbrio e bem-estar futuro da espécie humana e da própria vida no planeta.

Ante esses fatos, inquieta-nos sobremaneira a dificuldade em encontrar trabalhos científicos publicados por profissionais da enfermagem que abordem temáticas associadas a todos esses avanços e aos atuais contornos assumidos pela eugenia. Garcia (1993) afirma que o estudo da eugenia e sua relação com a enfermagem é um tema ainda não evidenciado em literatura nacional específica da profissão. Abrahão (2000, p. 205) refere que:

as tecnologias genéticas em desenvolvimento tem a capacidade de mudar como pensamos sobre saúde, doença, enfermagem, cuidados de saúde e medicina em geral, e ao contrário do que parece, de forma alguma se restringe a especialistas em genética.

Diante disso, a autora chama especial atenção para o campo da formação de recursos humanos em enfermagem voltada para os novos conceitos da bio-genética.

Opitz (1997) constata que criou-se a necessidade de um incremento e redirecionamento da atual formação profissional em saúde, com destaque a uma nova ‘alfabetização biológica’ que, à exceção dos especialistas, virtualmente ninguém possui, inclusive a maioria dos médicos. O autor afirma que:

a genética não confronta a medicina ou a sociedade com novos desafios éticos, apenas com desafios diferentes, e agora possuímos vastos conhecimentos novos para suplementar nossas tradicionais abordagens ético-filosóficas para lidar com essas importantes questões (OPITZ, 1997, p. 141).

O fato de que hoje não circule amplamente o termo eugenia não significa que seus ideários, preocupações e práticas façam-se ausentes do cotidiano profissional e pessoal dos profissionais da enfermagem. Por isso, essa capacitação atual em genética deve incluir a historicidade desse saber e suas aplicações em torno da eugenia, haja vista os muitos acontecimentos que marcaram o século XX, tanto em relação aos benefícios individuais e coletivos quanto às atrocidades ocorridas contra a dignidade e os direitos humanos universais.

Nesse sentido, o presente estudo representa um esforço continuado de investigação sobre o debate eugênico que explícita ou implicitamente tem se mostrado presente na construção da sociedade brasileira durante o século XX e uma oportunidade para despertar a atenção de nós enfermeiros para determinadas questões e conflitos presentes em nossa prática quotidiana, por vezes não facilmente perceptíveis e que, no conjunto de nossas ações, conduzem a encaminhamentos nem sempre os desejados ou esperados, mas que antes de tudo refletem e acompanham o movimento das transformações sociais em que nos inserimos. Acompanhar o envolvimento da profissão com tal campo do conhecimento poderá incidir luzes sobre diferentes aspectos profissionais ligados ao processo reprodutivo em si e a diferentes interpretações conduzidas pela enfermagem brasileira.

A partir dessas considerações e partindo da premissa de que uma das formas de expressão de um grupo profissional é a sua produção científica, elegemos como objeto da presente pesquisa o conteúdo de cunho eugenista elaborado pela enfermagem brasileira, especificamente na produção do conhecimento.

Propomos como objetivo geral: analisar o conteúdo de cunho eugenista produzido pela enfermagem brasileira e publicado em periódico nacional – a Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), no período de 1932 a 2002. Como objetivos específicos temos: identificar como vem sendo construído o conteúdo eugenista pela enfermagem; investigar bases conceituais de eugenia positiva e negativa que deram sustentação à prática da profissão.

A análise tem como ponto de referência as possibilidades eugenistas de intervenção sobre a reprodução humana e que foram norteadas pelas transformações da ciência ao longo do século XX. São essas transformações que têm direcionado o tom das práticas eugenistas ao longo do século, particularmente com conceitos como raça, hereditariedade e, mais recentemente, gene bom, gene ruim e engenharia genética. Medidas eugênicas positivas ou negativas são propostas e entendidas a partir do sentido que assumem frente a esse desenvolvimento da ciência, criando para a sociedade dilemas éticos, legais e morais próprios a cada época distinta. A enfermagem nacional igualmente interage com esse movimento em torno da prática da eugenia, conforme abordaremos a seguir.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SISTEMATIZAÇÃO E BASES CONCEITUAIS DA EUGENIA

A sistematização da eugenia proposta por Francis Galton, em 1883, constitui-se em uma construção histórico-social pautada nos conhecimentos científicos até então produzidos e na observação minuciosa das condições sociais da sociedade inglesa da época. Gillham (2001, p. 98) aponta para alguns desses saberes e que Galton, como estudioso e cientista, dispunha:

A palavra eugenia foi cunhada por Galton em 1883 no livro intitulado 'Inquiries into Human Faculty and its Development'. Neste livro ele agregou os resultados de seus dois estudos, seus pensamentos em antropometria e estatística, bem como psicometria (outro termo que facultamos a Galton), psicologia, raça e população. Seu objetivo em escrever este livro foi abordar os diversos tópicos mais ou menos conectados com o desenvolvimento da raça, ou, como podemos denominar de questões 'eugênicas'. Em nota de rodapé, Galton definiu sua nova palavra. Eugenia, escreveu ele, trata com 'questões ligadas ao que é denominado em grego, 'eugenes', nomeadamente, bom em sua origem, hereditariamente com qualidades nobres'.

Tendo em vista a constituição da raça humana e mais especificamente do povo britânico, tornava-se preocupante o acelerado crescimento populacional que vinha ocorrendo no final do século XIX, aliado à crescente mistura das raças, às constantes ameaças de doenças e deformidades e às grandes dificuldades e desigualdades sociais (HOBSBAWM, 1979; ENGELS, 1986). Havia um consenso em torno da idéia de degeneração biológica da população inglesa, com o decréscimo de natalidade das classes altas em oposição ao seu aumento crescente junto às classes médias e, principalmente, às mais empobrecidas.

Essa preocupação populacional refletia a influência de pensamentos encontrados já no século XVIII, mais precisamente em 1798 quando Thomas Robert Malthus publicou a sua

teoria no livro 'Essay on the principle of Population'. Baseado no crescente aumento da população da Inglaterra na época da Revolução Industrial, Malthus afirmava que o extraordinário crescimento demográfico do mundo e o aumento mais restrito da sua capacidade alimentícia geraria um problema mundial de sustento. Diante disso, para desestimular a procriação ele recomendava que os governos negassem às populações toda e qualquer assistência, como hospitais e asilos, além de propor a prática da abstinência sexual para diminuir a natalidade através do celibato, do casamento tardio ou do casamento branco, em que os cônjuges viveriam como irmãos (MALTHUS, 1996).

As idéias malthusianas sobre crescimento demográfico influenciaram muitos pesquisadores e cientistas do século XIX e estimularam movimentos de controle da natalidade em diversos países. Um desses movimentos à época de Galton era o Birth Control, que indicava o uso de práticas anticoncepcionais, a esterilização e até mesmo o aborto para o controle populacional, especialmente sobre as classes pobres, consideradas as grandes responsáveis pelo aumento da miséria e da pobreza. Esse movimento denominava-se inicialmente de Neo-Malthusianismo, com pregações bastante radicais quanto ao amor livre, à esterilidade e ao aborto. Sendo muito criticado nos aspectos morais e comportamentais dessas medidas, passou a chamar-se de Birth Control, tendo à frente duas mulheres, Miss Stopes na Inglaterra e Miss Sanger nos Estados Unidos¹.

Ao lado desse interesse demográfico e, sob forte influência dos estudos de seu primo e grande cientista inglês Robert Charles Darwin (1994), que publicava em 1859 as suas

¹ Searle (1979) aponta para a proximidade entre partidários da eugenia e do movimento birth control, como o médico C. Blacker, secretário geral da Sociedade Eugênica da Inglaterra em 1932, e Marie Stopes, defensora do birth control, igualmente membra da Sociedade desde 1912 que, além de argumentos humanitários e sociais, pautava-se também em argumentos eugênicos na defesa da anticoncepção, denominando inclusive a organização por ela criada, em 1921, 'The Society for Constructive Birth Control and Racial Progress'. Com receio de que as classes biologicamente bem-dotadas adotassem o birth control não apenas para espaçar o número de filhos em defesa da saúde da mãe, mas que fugissem de suas responsabilidades raciais como pais, eugenistas procuraram generalizar o uso da anticoncepção para todas as classes sociais para, em contrapartida, reduzir as taxas de natalidade daqueles considerados inaptos biologicamente. Derivaram daí idéias em prol da esterilização compulsória como penalidade para aqueles que tivessem mais filhos do que suas condições econômicas os permitissem e, posteriormente, da esterilização voluntária, na impossibilidade de lei para tal.

conclusões sobre a teoria da seleção na ‘luta pela existência’, Galton acreditava na definição de um tipo padrão de raça humana. Isso era compreensível em um momento em que floresciam teorias sobre a configuração de possíveis raças distintas entre a humanidade, com diferenças e desigualdades ditas ‘naturais’. Os pesquisadores associavam os traços físicos de cada raça a atributos morais para tentar eliminar características indesejáveis, a exemplo das idéias do francês Joseph Arthur de Gobineau que, em 1855, concluiu que a miscigenação causava a decadência dos povos e que os alemães eram uma raça superior às outras (KENSKI, 2003)². O darwinismo social vinha reforçar a interpretação biológica sobre a crescente concorrência universal entre indivíduos, grupos sociais e nações, resultando na idéia de supremacia dos mais fortes e superiores sobre os demais³.

Os estudos genéticos, por sua vez, avançavam para explicar a transmissão hereditária de determinadas características às gerações seguintes, o que permitiria que fossem criadas as condições para alcançar o padrão racial estabelecido como ideal. Nesse ponto, Galton apropriava-se dos conhecimentos de Jean Baptist Lamarck, sobre a variabilidade das espécies, e de Darwin, sobre a pangênese.

Quanto à variabilidade das espécies, Lamarck formulou em 1809 algumas hipóteses sobre as espécies serem um conjunto de indivíduos iguais ou quase iguais, cuja reprodução os perpetuariam semelhantemente, caso as condições do seu meio não se alterassem profundamente. Visto que tais condições alteravam-se constantemente, explicar-se-ia o

² O atual sistema de classificação dos seres vivos foi elaborado em 1758, pelo botânico sueco Carolus Linnaeus. Ele deu à humanidade o nome científico de *Homo sapiens* e a dividiu em quatro subespécies: vermelhos americanos, ‘geniosos, despreocupados e livres’; amarelos asiáticos, ‘severos e ambiciosos’; negros africanos, ‘ardilosos e irrefletidos’ e os brancos europeus, ‘ativos, inteligentes e engenhosos’, abrindo a discussão sobre a existência de raças humanas e o valor de cada uma (KENSKI, 2003).

³ As teorias sociais do darwinismo conheceram seu apogeu de 1870 até a década de 30 do século XX, quando o paradigma evolucionista como um todo recebeu forte crítica em praticamente todas as suas áreas de aplicação, nascendo dessa crítica, por exemplo, o conceito de relativismo cultural com a escola norte-americana culturalista (SCHWARCZ, 1995).

segredo da evolução das espécies, cujas alterações nelas produzidas passariam a ser preservadas através das gerações, já com um caráter de herança⁴ (STEBBINS, 1974).

Sobre a pangênese, Darwin acreditava que as células sexuais seriam as portadoras ou veículos da herança, existindo entidades minúsculas no organismo, chamadas gêmulas, que imigrariam de todos os órgãos do corpo para as células sexuais. Todas as modificações que estes órgãos sofressem acarretariam modificações nas gêmulas produzidas, e estas seriam transportadas pelo sangue e localizar-se-iam nas células sexuais. Dessa forma, todo o organismo ali se achava representado, sendo as modificações ocorridas transmitidas às futuras gerações (BIZZO, 1995).

Essa influência darwiniana, mesmo que lamarckiana em sua origem, traduzia-se no pensamento de Galton através da ênfase dada às influências do meio sobre a constituição racial, ao que deveriam ser introduzidas modificações no corpo e no intelecto dos indivíduos que, segundo a teoria da pangênese, seriam comunicadas aos órgãos reprodutores, os quais passariam para a geração seguinte a informação modificada propiciando o retorno ao padrão racial original.

Ora, diante das condições sociais da época e da idéia de que os indivíduos típicos dos padrões raciais superiores estavam desaparecendo devido principalmente à falta de cuidados reprodutivos, falta de seleção dos reprodutores e cruzamento de membros típicos da raça com membros ‘degenerados’, faziam-se sentir como necessárias e urgentes medidas para apurar novamente a raça humana. Parecia lógico que a qualidade da população da Inglaterra como um todo pudesse ser melhorada reduzindo as taxas reprodutivas daqueles percebidos como menos qualificados e aumentando a propagação daqueles constituintes de um bom ‘stock’,

⁴ Para Lamarck, não eram os órgãos que condicionavam os hábitos e as faculdades vitais, mas ao contrário, os hábitos e a maneira de viver é que condicionavam os órgãos, resultando atrofia pelo desuso ou desenvolvimento anormal pelo uso intensivo. Ele utilizava-se de vários exemplos, como um tipo especial de pés nas aves aquáticas em função da necessidade de flutuação, o pescoço agigantado da girafa para alcançar as árvores cujas folhas lhe serviam de alimento ou o desaparecimento dos membros nas serpentes produzida pela necessidade de rastejar (STEBBINS, 1974).

além de estimular medidas de cunho ambiental para melhorar a qualidade de vida e a saúde reprodutiva daqueles considerados aptos para a reprodução. E tudo sob o amparo de argumentos considerados científicos, o que conferia um caráter de verdade e confiança para quaisquer medidas que pudessem vir a ser necessárias, mesmo as mais duras e restritivas, a exemplo de muitas que já circulavam nos programas de controle da natalidade como a esterilização e o aborto.

Convém destacar que as idéias lamarckianas de transmissão hereditária foram superadas já no final do século XIX, com os estudos de August Weismann (1893) e Thomas Hunt Morgan (1908), a partir da redescoberta das conclusões de Gregor Mendel. Definiam-se então as bases para a chamada ‘Genética Clássica’, com a determinação da existência dos genes e da teoria cromossômica da herança, aceitas ainda hoje. O mendelismo constituiu-se um dos primeiros modelos baseados na impossibilidade de livre modificação das partículas hereditárias, tornando inaceitável qualquer teoria de que características adquiridas durante a vida dos seres humanos devido a melhoramentos das suas condições de vida pudessem ser transmitidas às gerações futuras. Tais fatos levaram o próprio Galton a questionar a teoria pangenética da transmissão hereditária em sua segunda edição do livro ‘Hereditary genius’ em 1892, cuja primeira publicação havia sido em 1869 (BIZZO, 1995).

Em suma, as circunstâncias que deram origem à eugenia nos moldes científicos não eram propriamente novas ou dela exclusivas. Como os “fenômenos da existência humana e da experiência são sempre, ao mesmo tempo e inexoravelmente sociais e biológicos” (ROSE, 1997, p. 19), neste caso, explicavam-se as diferenças sociais enquanto consequência de transmissão hereditária, o que significava revesti-las de um caráter natural que, via de regra, encontrava no fator racial seu mais forte argumento para justificar a existência de homens tidos como superiores (bem sucedidos, inteligentes e bonitos) ou inferiores (mal sucedidos, letárgicos e feios).

Como resultado, a antiga preocupação do homem com a sua descendência passou a ter um nome – eugenia – que nesse momento histórico constituiu-se em uma doutrina ou um conjunto de saberes, concepções e medidas objetivando a melhoria racial e que foi assumindo a forma de um movimento eugenista mundial. Além da Inglaterra, essa noção popularizou-se rapidamente pela Europa e nos Estados Unidos, em consequência do trabalho de homens como Galton e Karl Pearson, que divulgavam a eugenia e justificavam suas conclusões com argumentos tidos como científicos. Durante sua última década de vida, Galton empenhou-se nesse trabalho de divulgação, criando em 1904 a Eugenics Records Office, em London, convertido posteriormente no Eugenics Laboratory em 1907, com atuação de inúmeros e renomados geneticistas até hoje⁵ (GILLHAM, 2001). Muitos outros institutos de eugenia foram criados pelo mundo nessa época e o intercâmbio internacional foi intensificado, movimento ao qual o Brasil não permaneceu alheio.

2.2 O MOVIMENTO EUGENISTA NO BRASIL

As décadas de 1920 e 1930 marcaram o esforço dos brasileiros em torno da eugenia, com a produção de inúmeras campanhas, eventos e obras teóricas sobre o tema⁶. A eugenia congregou muitos dos geneticistas, psiquiatras e médicos mais reconhecidos da época. Um dos principais canais de expressão foi a psiquiatria brasileira através da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), no Rio de Janeiro, a qual tinha como testemunho marcante de suas

⁵ Atualmente esse laboratório é simplesmente conhecido como ‘Laboratório Galton’, fato explicado por Gillham (2001) como sendo devido à subsequente natureza pejorativa do termo eugenia ocorrida no decorrer do século XX.

⁶ Citamos, por exemplo, a fundação da Sociedade Eugênica (SP, em 15.01.1918) e da Liga Brasileira de Higiene Mental (RJ, jan.1923), a realização dos I e II Concursos de Eugenia (SP, dez.1928 e dez.1929, respectivamente), a criação do periódico Boletim de Eugenia (RJ, jan.1929), a realização do I Congresso Brasileiro de Eugenia (RJ, jun.1929) e a fundação da Comissão Central Brasileira de Eugenia (RJ, mar.1931).

atividades os Archivos Brasileiros de Hygiene Mental (ABHM)⁷. Stepan (1985, p. 353)

menciona algumas das esferas alcançadas pelas idéias eugenistas na América Latina:

Lo que he leído sobre literatura eugenésica y genética en Latinoamérica muestra que los movimientos eugenistas fueron, de hecho, bastante extensos en esta región y que modelaron la ciencia, el pensamiento social y las políticas en formas inesperadas. La eugenesia etaba sociada, directa o indirectamente, com um amplo conjunto de congresos y conferencias; con la legislación social del bienestar infantil, salud maternal, enfermedad, y com la ley concerniente a la familia en las décadas de 1920, 1930 y 1940. Esta estimuló algunos de los primeros cursos de genética en la región. Los temas de mejoramiento “eugenésico” permearon debates médico-legales y actividades legislativas conernientes al papel que el Estado desempeña en la regulación del matrimonio. La Organización Panamericana de la Salud y las Conferencias Científicas Panamericanas también suscitaran temas eugenésicos.

Um dos maiores entusiastas da eugenia no Brasil foi o médico Renato Kehl, que por iniciativa e recursos próprios passou a editar o Boletim de Eugenia com o objetivo de despertar a atenção e a discussão de problemas nacionais a partir desse novo referencial teórico. Segundo Kehl (1929e, p. 1):

É necessario, entretanto, que a Eugenia, a exemplo do que se faz em outros paizes, desperte ainda maior interesse, mais sérias preocupações, seja mais cultivada e applicada, porque, indubitavelmente, é a chave magna da regeneração humana.

Prendem-se os seus designios ao estudo e applicação das questões da hereditariedade, descendencia e evolução, bem como as questões relativas às influencias do meio, economicas e sociais; está dentro da sua esphera investigar o papel representado pela educação, costumes, emigração, immigração, mestiçagem, e todos os demais factores que atuam sobre os nossos semelhantes – com o fito não só de derivar novos conhecimentos e de abrir outros campos de investigação, como de estabelecer valiosos ensinamentos e regras praticas para a regeneração contínua da especie⁸.

⁷ Um dos motivos para essa forte ligação entre a eugenia e a psiquiatria nacional era a ênfase dada por esta ao fator hereditário e ao interesse dos psiquiatras pela conexão entre as doenças mentais e a ‘patologia social’, entendidas como responsáveis pela alta incidência de crimes, delinquência, prostituição e alcoolismo (STEPAN, 1985). Indicamos a leitura de Reis (1994) e Maestri (2000) como trabalhos referentes à LBHM.

⁸ É possível perceber uma proximidade conceitual dessa referência de Kehl ao primeiro objetivo da Sociedade Eugênica Francesa, definido a partir das idéias de Adolphe Pinard sobre Puericultura, especialmente a Puericultura Pré-Concepcional. Pinard tornou-se inclusive presidente da referida Sociedade, cujo objetivo a que nos referimos era o “Estudo e aplicação do conhecimento útil para a reprodução, preservação e melhoramento das espécies; em particular, ela (a Sociedade) estuda questões de hereditariedade e seleção e sua aplicação sobre a espécie humana, e questões relativas à influência do ambiente, condição econômica, legislação e costumes sobre a qualidade das sucessivas gerações e seus caracteres físicos, intelectuais e morais” (SCHNEIDER, 1982, p. 276).

A ciência convertia-se em uma ferramenta para a análise social, sendo especialmente bem-vinda uma ciência de melhoramento racial num momento em que as análises raciais alcançavam grande prestígio junto às elites brasileiras. A necessidade de construir uma identidade racial era consenso entre as elites, que facilmente deixavam-se influenciar por valorizações negativas do potencial do povo brasileiro para civilizar-se. As idéias européias racistas centradas sobre as teorias de inferioridade do negro, degeneração do mulato e decadência tropical do povo no caso do Brasil eram muito citadas nos meios científicos e nos textos didáticos, produzidos em sua grande maioria na Europa.

Corroborando uma tentativa de desvencilhar a idéia de degeneração racial brasileira em função do clima local, estabeleceu-se uma identificação inicial entre eugenia e higiene no sentido de que o futuro de grandeza do povo residiria na higiene pública e no saneamento, desviando-se o foco do meio ambiente tropical como causador dessa degeneração. O precário estado de saúde pública no Brasil passava a ser visto como degeneração hereditária da população, o que permitiu aos eugenistas insistir que ‘sanear é eugenizar’:

Diga-se desde logo que Saneamento e Eugenia é uma e mesma coisa. Para o publico, Saneamento é talvez uma palavra mais comprehensivel, mais accessivel. Pois bem, não há motivo algum para ser recusada a palavra Eugenia, tanto mais que esta tem caracter scientifico. Quem quizer chame Saneamento. Quem quizer chame Eugenia. Ao Brasil o que interessa é que a questão caminhe, é que a questão se apresente a todos, é que a questão se vá derramando sobre a collectividade brasileira e se vá infiltrando na consciencia nacional [...] Queiram ou não queiram os retardatarios, queiram ou não queiram os misoneistas, isto é, os conservadores refractarios à evolução do Progresso, os obscurantistas, os scepticos, os intolerantes, os desanimados, os indifferentes, os descrentes, enfim, a Eugenia, a questão eugenica, a questão Saneamento-Eugenia, ou Eugenia-Saneamento, tudo isto vem a dar no mesmo, essa questão é a magna questão nacional (MOURA, 1919, p. 83, 87)

Essa marca inicial do movimento eugenista brasileiro traduzia em grande parte os conhecimentos em genética de que tais articulistas dispunham na época e que revelavam a

demarcada ênfase ainda nas concepções da genética lamarckiana⁹. Tal perspectiva foi igualmente importante e necessária para a maior divulgação das novas e desconhecidas idéias eugenistas no país, a ponto de as elites assumirem como ‘eugênicas’ a higiene, a educação, a alimentação, os exercícios físicos, o combate às doenças e as melhorias em geral.

A eugenia lamarckiana não distinguia claramente a dicotomia ‘natureza e criação’ (nature and nurture¹⁰), de forma que reformas sanitárias eram propostas para melhorar a ‘boa saúde’ hereditária e, em consequência, eram consideradas eugênicas. A genética mendeliana, ao contrário, afirmava que características hereditárias eram fixadas biologicamente em cada indivíduo e não poderiam ser alteradas por influências ambientais.

A partir da década de 1930, percebe-se uma mudança de enfoque das medidas de reforma sanitária para uma maior radicalização de medidas eugênicas restritivas sobre a procriação como limitação dos casamentos indesejados, esterilização e segregação dos doentes mentais, práticas neomalthusianas de controle da natalidade e aborto. Stepan (1985) explica tal redirecionamento em função da ruptura teórica entre essa biologia de base lamarckiana para outra fundamentada na genética mendeliana, cada vez mais presente nos círculos científicos e já apontada em 1929, através do Boletim de Eugenia:

A ‘hereditariedade por influencia’ é, portanto, um modo de hereditariedade inexistente. [...] Ora, assim sendo, é doloroso e contristador verificar-se que essa abusão, morta pela sciencia da hereditariedade, ainda agora venha medrar sadia e robusta na mentalidade culta de muitos contemporaneos da Genetica, essa filha espiritual de Mendel, sob cujo zimbório o homem

⁹ Por tradição cultural, os cientistas brasileiros vinham aprendendo muito com os cientistas da França, de onde explicar-se-ia também essa postura fortemente lamarckiana frente à eugenia (STEPAN, 1985). Os cientistas franceses acreditavam que a melhoria da qualidade da população poderia não apenas permitir o nascimento e a sobrevivência de um maior número de crianças, aumentando as taxas de nascimento que estavam em preocupante declínio na França ao final do século XIX, como também passar às gerações subsequentes gerações as qualidades superiores adquiridas. Por outro lado, doenças consideradas ‘hereditárias’, como alcoolismo, doenças venéreas e tuberculose, aliadas a uma nutrição pobre e inadequada e precárias condições de vida, poderiam igualmente ter consequências negativas transmitidas às futuras gerações, merecendo sérias políticas públicas de enfrentamento. Essa associação entre influência ambiental e hereditariedade não era marcante em países como os Estados Unidos e a Inglaterra, onde circulavam teorias mendelianas de genética que estimulavam medidas eugenistas mais duras como a promulgação de leis de esterilização.

¹⁰ A expressão ‘nature and nurture’ foi cunhada por Francis Galton, em um pequeno livro chamado ‘English Men of Science: Their Nature and Nurture’ (London: Macmillan, 206 pp): “Natureza é tudo o que o homem traz consigo mesmo ao mundo; criação é toda influência de fora que o afeta após o nascimento” (GILLHAM, 2001, p. 98).

procura hoje se abrigar, na esperança de aniquilar e destruir todos os seus instintos inferiores, para que o reino da paz e da ventura desça sobre a terra (GENÉTICA..., 1929, p. 4).

Reis (2003) aponta ainda três outros acontecimentos que poderiam estar na base dessa radicalização, pelo menos no interior da LBHM. O primeiro era a realização do I Congresso Brasileiro de Eugenia, em julho de 1929, que teria propiciado a divulgação pública das idéias eugenistas e conseqüentemente também das medidas mais duras defendidas por alguns de seus membros, entre os quais destacava-se Renato Kehl¹¹. Outro fato dizia respeito à conjuntura política dos anos 30, com um novo modelo de Estado de feição crescentemente intervencionista e anti-liberal, mais propenso a ações ordenadoras e racionalizadoras da sociedade. E, por último, o entusiasmo crescente dos brasileiros pelo modelo eugênico alemão no tocante à “lei alemã dos doentes transmissores de taras”, de 1933, a qual colocava qualquer indivíduo com probabilidades de transmitir alguma tara aos seus descendentes sob a mira de um tribunal de saúde hereditário, podendo ser esterilizado mesmo contra a sua vontade¹².

Ora, se a eliminação de enfermidades endêmicas, a higiene em geral e o exercício físico não poderiam afetar o plasma germinal, devia-se levar a cabo uma eugenia baseada entre outras coisas na esterilização de degenerados e criminosos, no controle governamental sobre a reprodução e nos exames pré-nupciais obrigatórios. Isso fez com que Renato Kehl

¹¹ Esse Congresso representou uma das manifestações públicas mais importantes do movimento eugenista brasileiro, tendo sido analisados temas como matrimônio e eugenia, educação eugênica, proteção da nacionalidade, tipos raciais, importância de arquivos genealógicos, imigração japonesa, campanhas anti-venéreas e proteção à criança e à maternidade.

¹² Essa atitude não significava necessariamente apoio explícito ao regime político alemão, mas diante da ascensão e responsabilização de psiquiatras e antropólogos alemães em oficialmente assumir o controle da política de higiene racial da Alemanha, os eugenistas brasileiros vislumbravam suas próprias pretensões em assumir ‘cientificamente’ os rumos da saúde nacional. Tal entusiasmo, de fato, ultrapassava os limites estritos da lei e sua ‘validade científica’, para apoiar uma proposta política de Estado Liberal, o que não significava necessariamente um Estado democrático, daí a confluência possível de um regime democrático com medidas eugenistas de natureza autoritária. Além disso, leis de esterilização já eram admitidas legalmente em diversos países de molde político liberal, como os Estados Unidos da América (desde 1907), Suíça, Suécia e Canadá. Esse vislumbamento pela influência dos geneticistas alemães diminuiu consideravelmente a partir de 1940, pois não havia mais como sustentar que o sistema de horror nazista fosse desconhecido, especialmente de médicos bem informados como os da época. (REIS, 2003)

procurasse então diferenciar a confusão inicial entre higiene e eugenia, delimitando as ações desses dois campos através da diferença conceitual entre ‘eugenia’ e ‘eugenismo’:

A Eugenia é a sciencia do aperfeiçoamento physico, psychico e mental do genero humano, tendo em conta as disposições hereditarias da ‘semente’ e as medidas que a beneficiem atravez das gerações. O Eugenismo corresponde ao culto e à pratica da acção eugenica no sentido amplificado, sem limite claro e explicito, visando proteger e favorecer o individuo em relação a si proprio e ao meio que o cerca [...] Eugenismo é educação, é saneamento, é hygiene, é esporte, é legislação, é tudo que, beneficiando o homem, reverte directa ou indirectamente em beneficio de sua prole (KEHL, 1929b, p. 1).

Do ponto de vista prático, a eugenia constituía uma ‘verdadeira arte ou hominicultura’, que se propunha a “aperfeiçoar as qualidades e reduzir ao mínimo as imperfeições humanas, eis em síntese, o ideal eugênico” (KEHL, 1929e, p. 1). Ora, cultivar os bons espécimes segundo as regras da hereditariedade, agora devidamente aceitas como mendelianas, implicava em que o único recurso para o melhoramento genético da humanidade seria o ‘recurso eugênico’, que consistia na “multiplicação das familias eugenicas e na restricção paulatina e progressiva das não eugenicas” (KEHL, 1929a, p. 1). Pôr em prática esse ‘recurso eugênico’ implicava em desenvolver ações de eugenia positiva e eugenia negativa, ampliadas para medidas igualmente positivas e negativas dentro do que Kehl classificava como eugenismo.

A eugenia positiva tinha como objetivos centrais propiciar a seleção eugênica na orientação aos casamentos e estimular a procriação dos casais considerados eugenicamente aptos para tal. A seleção matrimonial destinar-se-ia à seleção de boas linhagens hereditárias a fim de preferencialmente alcançar o ‘tipo eugênico’, tido como uma “synthese feliz de qualidades superiores de temperamento e de inteligencia” (VIANNA, 1930, p. 3). Considerava-se que esses indivíduos eugênicos concentravam-se principalmente nas altas camadas dirigentes e classes superiores de qualquer sociedade, cuja pequena minoria de algumas centenas ou de alguns milhares de indivíduos poderiam dizer mais da capacidade de um povo do que os vários milhões das suas classes populares. Por isso estimulava-se a

procriação desses elementos, com grande ênfase às ações desenvolvidas no campo pré-concepcional, como a realização de exames pré-nupciais e o estudo das genealogias dos futuros pretendentes ao casamento.

Pode-se dizer que muitas das demais ações positivas em prol do bom nascimento poderiam ser classificadas dentro do eugenismo. Seriam medidas potencializadores para viabilizar o nascimento de crianças saudáveis e perfeitas, como educação eugênica, saneamento básico, cuidados com nutrição e atividade física, assistência pré-natal e ao parto, controle e tratamento de doenças entre outras, as quais gozavam de grande aceitação social e propiciaram grande impulso a políticas e serviços de assistência em saúde reprodutiva, saúde da infância e saúde mental.

Esses saberes em torno da eugenia eram uma construção coletiva, da qual todos apropriavam-se. Exemplifique-se o caso do Partido Socialista Radical do Maranhão que em seu manifesto de 1932 propunha a organização de um plano de alimentação e eugenia para racionalmente cultivar e defender o tipo humano brasileiro até o alcance do status legal da eugenia, com a promulgação do Artigo 138 da Constituição Brasileira, em 16 de julho de 1934, que determinava à União, Estados e Municípios estimular a educação eugênica, ao lado de medidas legislativo-administrativas tendentes a restringir a mortalidade e morbidade infantis e de higiene social para impedir a propagação de doenças transmissíveis (VILHENA, 1993).

A eugenia negativa visava o segundo aspecto do ideal eugênico, ou seja, diminuir o número daqueles considerados seres não-eugênicos ou disgênicos e incluía basicamente a limitação ao seu casamento e/ou a limitação a sua procriação. Defendia um maior controle governamental sobre os casamentos e sobre a reprodução através da exigência de exames pré-nupciais e da realização de estudos genéticos, visando detectar possíveis danos e doenças que pudessem ser transmitidos às futuras gerações a serem evitados no ato reprodutivo.

Conhecimentos científicos indicavam a limitação à procriação, por exemplo, em casos de avançada idade materna ou de consangüinidade do casal, ainda hoje válidos. O aborto eugênico era defendido em situações reais ou hipotéticas de risco de mal-formação fetal.

Discutia-se pela segregação e esterilização de doentes mentais e outros degenerados com vistas a anular da massa da população certas linhas de descendência que espalhavam moléstias mentais e defeitos da mesma natureza. Fora esses casos de doença mental, medidas anti-concepcionais e de esterilização faziam parte ainda da propaganda contra a má procriação em geral, alcançando também outros elementos sociais. É o que destaca a citação abaixo quando chama a atenção para o controle populacional sobre determinadas classes sociais composta prioritariamente de negros, mulatos e mestiços, considerados por muitos eugenistas como raças inferiores:

Tomando por base o recenseamento de 1872, em que foram computados 8.419.672 habitantes livres e 1.510.896 escravos, calculava-se existiam então 1.954.452 indivíduos de proveniência legitimamente africana, 386.955 de “raça americana” e 3.801.782 de mulatos e mestiços. Póde-se bem imaginar o valor ethnico, o valor eugenico, o valor social e economico da população brasileira resultante de tal mistura heterogenea e heterochromica. Tendo em vista a differença de densidade das tres camadas sociais, - uma levissima, de brancos, outra leve, de typos medios, e uma terceira macissa, de inferiorizados, não poderei deixar de opinar, favoravelmente, pela propaganda da limitação da natalidade no nosso paiz, sobretudo entre os individuos componentes da ultima camada (KEHL, 1929d, p. 1).

Essa ‘terceira camada macissa de inferiorizados’ representava as classes mais empobrecidas da população e que geralmente não praticavam qualquer controle de natalidade, apresentando famílias numerosas e muitos problemas de ordem físico-psíquica e sanitária, incluindo-se alcoolismo, doenças venéreas e tuberculose. A lógica do pensamento observada, neste caso, era de que tais elementos, frutos da miscigenação, eram os próprios responsáveis pelas mazelas e misérias sociais vividas por eles, daí o seu controle populacional como alternativa possível para a resolução desses males. Esquecia-se Kehl, no entanto, que essas condições de vida, de composição familiar e de doença eram antes o resultado das condições

sociais, culturais e econômicas do país do que a causa destas, lógica que necessariamente conduziria a outras formas de pensamento e interpretações sociais.

Além do controle reprodutivo com vistas a organizar a constituição do povo brasileiro, as limitações estendiam-se ainda a outras áreas sociais, como o controle das políticas migratórias que vinham sendo desenvolvidas no país. Buscando atender ao apelo de que o Brasil precisava de gente, porém “gente boa, eugenicamente boa” (KEHL, 1929d, p. 2), esse controle priorizava o estímulo à entrada no país de imigrantes europeus e a limitação da entrada de asiáticos, japoneses, negros ou qualquer elemento pertencente a raças consideradas inferiores ou muito diferentes da cultura ocidental, controle esse que não foi capaz de influir sobre as difíceis condições vivenciadas pelos imigrantes nos anos subsequentes.

No campo do eugenismo, as medidas negativas centralizavam-se em torno do estancamento e controle das chamadas fontes de degeneração, como o alcoolismo e as doenças venéreas, cujas conseqüências funestas sobre a descendência poderiam ser desastrosas.

Se por um lado várias medidas negativas eram aceitas e apoiadas, outras mais radicais como o controle da natalidade, a segregação e esterilização dos inaptos e o aborto eugênico geravam grande discussão e polêmica, tornando-se alvo de fortes oposições de determinados setores sociais, especialmente a Igreja e alguns grupos médicos mais conservadores. Esses segmentos preferiam posicionar-se em favor de uma maior orientação classista em prol da família ao invés de aprovar teses neomalthusianistas de controle populacional organizadas em torno da idéia da ‘maternidade consciente’. Essa atitude generalizada em prol da natalidade justificava-se por questões morais, religiosas e pelo temor circulante de despovoamento do território brasileiro em função do estado de enfermidade da população e sua baixa taxa de reprodução, que impediriam ao país lograr ser a nação forte e poderosa que todos sonhavam.

Em meio a debates mais ou menos acirrados, os ideários eugenistas alcançaram e influenciaram diferentes segmentos sociais e profissionais do início do século XX e buscaram abarcar inúmeras questões da época. Tais ideários assumiram as marcas presentes e possíveis àquele momento histórico, ou seja, tendências genéticas lamarckianas ou mendelianas, medidas positivas ou negativas sobre a reprodução humana, tudo em prol do nascimento de crianças fortes, saudáveis e perfeitas física e mentalmente. A longo prazo, o Brasil seria uma nação nessas mesmas condições por contar com grande número desses elementos. A repercussão de tais pensamentos sobre a estruturação da enfermagem nacional na época também pode ser notada, conforme veremos a seguir.

2.3 EUGENIA E ENFERMAGEM NO INÍCIO DO SÉCULO XX

A relação do movimento eugenista com a enfermagem brasileira já tem início com os interlocutores desse movimento atuantes no interior da Liga Brasileira de Hygiene Mental que, por diversas vezes, referiam-se ao trabalho a ser desenvolvido por profissionais de enfermagem no tocante à eugenia. Textos dos Archivos Brasileiros de Hygiene Mental (ABHM) relatam a atenção dada por médicos higienistas e eugenistas da Liga ao trabalho da enfermagem¹³ (LOPES, 1925b; REUNIÃO..., 1930; CALDAS, 1932).

No período compreendido entre o final do século XIX e o início do século XX, o processo de organização da assistência psiquiátrica intensificou-se em várias capitais e cidades brasileiras como Rio de Janeiro, Porto Alegre, Salvador, São Paulo e Barbacena, sob

¹³ Uma das preocupações dos médicos da LBHM era, por exemplo, quanto à necessidade de um manual para enfermeiros de psicopatas em língua portuguesa, pois não seria justo obrigar enfermeiros e enfermeiras a aprender idiomas estrangeiros para se aperfeiçoarem na profissão, uma vez que os manuais existentes não eram na língua nacional. Em reunião da Liga, em 15 de abril de 1929, dizia-se que “quanto à enfermagem geral, já possuímos bons manuais: verifica-se a lacuna, unicamente, quanto à parte especial da assistência aos casos de neuro-psiquiatria” (REUNIÃO..., 1930, p. 189) e, nesse sentido, participaram na confecção do referido manual diversos membros da Liga, como Porto-Carrero, Heitor Carilho, Faustino Esposel, Juliano Moreira, Pedro Pernambuco Filho, Oscar Ramos e Juana Lopes, entre outros.

a direção dos psiquiatras (KIRSCHBAUN, 1997). Além da falta de recursos financeiros para manutenção dos hospitais, a carência da força de trabalho em enfermagem fez com que esses psiquiatras envidassem esforços na organização e criação de escolas preparatórias para agentes de enfermagem, de onde resultou entre outras a Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto, anexa à Colônia de Alienados de Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro¹⁴.

Sentiam os médicos da época que era difícil o exercício da medicina sem um profissional de enfermagem com educação sistematizada, ainda que esta fosse com lacunas e limitada à assistência no âmbito psiquiátrico (PONTES, 1971). O trabalho da enfermagem ligava-se a todas as atividades realizadas pelos médicos nos hospitais, ambulatórios e Programas de Higiene Mental, com especial atenção à assistência domiciliar, conforme podemos verificar na citação abaixo encontrada nos ABHM:

[...] Além disso, está funcionando com apreciáveis resultados o serviço externo de visitas domiciliares das Monitoras de Higiene Mental. Essas obreiras sociais, que são enfermeiras diplomadas com aprovações distintas pela Escola de Enfermeiras ‘Alfredo Pinto’, anexa à Colônia de Alienados, têm os seguintes encargos principais: 1) observar e assistir, sob a orientação do alienista e do assistente, os doentes que estão em tratamento ambulatorio; 2) observar o meio doméstico e social em que ocorreu cada caso, apresentando aos médicos relatório verbal ou escrito a respeito; 3) difundir as noções mais práticas da higiene mental e da eugenia entre as pessoas das famílias dos doentes; 4) continuar no Pavilhão de Profilaxia Mental a assistência dos doentes que haja sido necessário hospitalizar (A CONTRIBUIÇÃO..., 1925, p. 198).

Lopes (1925b, p. 157), em conferência realizada na Faculdade de Medicina de Porto Alegre em 18 de abril de 1925, fez importante alusão ao trabalho das enfermeiras diplomadas pela Escola Alfredo Pinto, consideradas incansáveis monitoras de higiene mental:

Sua função externa de visitadoras, no caso em lide, deve preencher-se não somente com o fazer sindicâncias sobre as condições do meio social, em que vive o doente que “pode” ser tratado sem hospitalização para ver se “deve”

¹⁴ Em 27 de setembro de 1890, pelo Decreto 791, era criada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras ligada ao Hospício Nacional de Alienados. Nos anos 20 houve a reestruturação dessa escola, com a sua divisão em três seções: uma mista, uma feminina e outra masculina. Somente as duas primeiras entraram em funcionamento, tendo sido a seção mista mantida no Hospício Nacional, enquanto que a feminina foi transferida para uma nova sede, na recém inaugurada Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro, passando em 1921 a denominar-se Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto, em homenagem a Alfredo Pinto, então Ministro da Justiça e Negócios Interiores (PONTES, 1971; KIRSCHBAUN, 1997).

ele ser tratado sem hospitalização, como com o observar “in loco” se o tratamento prescrito está sendo seguido à risca. De tudo o que observarem farão as monitoras um relatório verbal ou escrito aos médicos do Consultório Neuro-Psiquiátrico Central. Incumbe, ademais, às monitoras de higiene mental usarem, paralelamente às tarefas referidas, de outro meio de ação importante, que é o de difundir as noções mais práticas de higiene mental e de eugenia entre as pessoas das famílias dos doentes e outras que verifiquem capazes de aproveitar tais conhecimentos. Sempre que não se trate de analfabetos, tal propaganda deve ser exercida pela distribuição de folhetos contendo conselhos práticos e gravuras expressivas dos mais frisantes efeitos da degeneração¹⁵.

Mas essa relação da enfermagem com a eugenia não se restringia apenas ao campo da psiquiatria em particular. A enfermagem nacional configurava-se ligada também às circunstâncias da década de 1920 que favoreciam uma urgente reforma sanitária, necessária frente às precárias condições de vida da população e às frequentes epidemias. Em 1920 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), cuja responsabilidade era encaminhar a remodelação dos serviços sanitários, o que indicava o compromisso do Estado em zelar pelo bem-estar sanitário da população, que por sua vez deveria atender aos apelos de mudança de hábitos mediante a educação em saúde. Sob a direção do cientista e sanitarista Carlos Chagas, o DNSP viabilizou a contratação de enfermeiras norte-americanas através da Fundação Rockefeller para organizar o seu serviço de enfermagem e formar profissionais de enfermagem para atuar em saúde pública, especialmente como agentes de educação em saúde.

Em 19 de fevereiro de 1923 era criada no Rio de Janeiro a Escola de Enfermagem Anna Nery, organizada a partir do modelo anglo-americano de ‘alto padrão’ e sob a égide da Enfermagem Moderna, cujas origens vinculavam-se à Florence Nightingale (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001). Em 15 de junho de 1931, foi aprovado o Decreto

¹⁵ A apresentação de ‘gravuras dos mais frisantes efeitos da degeneração’ era um instrumento muito indicado pelos eugenistas da época para evidenciar os efeitos negativos sobre a reprodução humana pelo não seguimento de todas as ‘verdades científicas’ por eles propagadas. Por outro lado, corpos física e mentalmente perfeitos davam testemunho da obediência a esses preceitos e representavam o ideal eugênico a alcançar, utilizando-se como estímulo nesse sentido, por exemplo, a realização de Concursos de Eugenia. O documentário ‘Arquitetura da Destruição’, de Peter Cohen, apresenta o uso comum de tais estratégias durante o regime nazista na Alemanha. Em outro documentário do mesmo autor, ‘Homo Sapiens 1900’, são mostradas cenas e imagens inéditas do início do século XX: “[...] uma espécie de feira promovida nos Estados Unidos nos anos 20: numa

n.20.109 que regulou o exercício da enfermagem no Brasil, fixou as condições para a equiparação das escolas de enfermagem e oficializou a Escola de Enfermeiras Anna Nery como a escola oficial padrão (FRAENKEL, 1997).

Segundo Pontes (1971, p. 204), “no país, havia então duas escolas oficiais para a formação de enfermeiros. Onde já podemos lobrigar a discrepância: a Alfredo Pinto – Escola somente ‘de direito’ enquanto a Escola Ana Neri, não só ‘de direito’, como ‘de facto’”¹⁶. Essas duas escolas foram contemporâneas e representaram alguns dos primeiros esforços para a formação e estruturação da enfermagem brasileira no início do século XX. A primeira, ligada diretamente à LBHM, considerada pela intelectualidade da época o maior canal de expressão da eugenia no Brasil e, a segunda, ligada às esferas governamentais e representando a institucionalização da profissão no país.

Mesmo com origens e direcionamentos distintos, os profissionais envolvidos nessas duas instituições de ensino compartilhavam semelhantes preocupações e expectativas, sem desconhecer as atividades e idéias uns dos outros. Exemplificando, encontramos nota publicada nos ABHM sobre a vinda de enfermeiras norte-americanas ao Brasil e algumas das atividades por elas desenvolvidas:

Certamente, em nosso meio, estas idéias (sobre serviço social) estão longe de ser desconhecidas pelos técnicos de Higiene Social, entre os quais me ocorrem os nomes dos Drs. Prof. Carlos Chagas, J.P.Fontenelle e Carlos Sá, que já têm versado o assunto com proficiência. Na prática as especialistas que em boa hora o D.N. de Saúde Pública contratou nos Estados Unidos, já tem instruído um núcleo de visitadoras, que se consagram às suas funções com verdadeiro devotamento. Aqui mesmo no Ambulatório Rivadávia Correa, já se tem feito sentir a ação do ‘serviço social’ da Saúde Pública. Eu apenas desejaria a intensificação e ampliação de tão nobre cruzada (LOPES, 1925a, p. 118-119).

cidade do interior, os moradores olham com atenção fotos de pessoas deformadas ou retardadas, dispostas sob uma legenda que anuncia que elas constituem um fardo à sociedade.” (BOSCOV, 2000, p. 144).

¹⁶ Apesar de contar com um corpo docente dos mais doutos da época, composto em sua maioria de psiquiatras, a Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto não era reconhecida dentro dos padrões exigidos para uma escola de Enfermagem. Pontes (1971) aponta dois aspectos destoantes aos padrões exigidos: por 53 anos a Escola Alfredo Pinto esteve sob a direção de médicos e não de enfermeiras como exigia a lei e seus campos de estágio limitavam-se tão somente ao Hospício Nacional e à Colônia de Alienados e Alienadas, não incluindo outros hospitais e campos de estágio, enquanto que a Escola de Enfermagem Anna Nery atendia estes e outros requisitos para o funcionamento e reconhecimento legal.

Já faziam-se ver nessa época referências sobre a incipiente profissão da Assistente Social, especialmente sobre suas ações e história ainda nos Estados Unidos. Mas, neste caso, as visitadoras eram enfermeiras formadas pelas duas escolas em questão e que, no caso daquelas formadas pela Escola Alfredo Pinto tinham dentre muitas de suas funções a de difundir noções de Eugenia.

Por outro lado, a revista *Annaes de Enfermagem* iniciada em 1932 como órgão oficial de divulgação da Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, associação nascida a partir da Escola de Enfermagem Anna Nery, também apresenta ao longo da década de 1930 uma importante preocupação da enfermagem ali representada com relação à prática da eugenia. Em seu primeiro número, Lobo (1932, p. 6) destaca que a enfermeira é a “educadora dos lares, a aperfeiçoadora da raça, quando em seu nobre mister de visitar quotidianamente as casas pobres que estão aos seus cuidados, ensina princípios de higiene e eugenia”.

Restringindo-se ao período de 1932 a 1938, Garcia (1993, p. 196) compara os discursos produzidos pelas enfermeiras nos *Annaes de Enfermagem* com aqueles produzidos pelos intelectuais do movimento eugênico no Brasil e observa que entre eles há “uma estreita, perfeita e harmônica vinculação, presente, em especial, na concepção de que os ‘males sociais’ tinham origem nos indivíduos ‘desviantes’ sendo, portanto, imperativo obter deles uma conduta mais racional, higiênica e moralizada”. Alguns pontos convergentes entre esses dois grupos eram: a ciência eugênica teria um papel fundamental para o progresso do Brasil, condenado ao atraso caso os ‘males sociais’ não fossem higienizados; medidas controladoras sobre a saúde e sobre o corpo dos indivíduos das classes mais pobres deveriam ser instituídas, especialmente, para prevenir a multiplicação dos tarados e degenerados e a idéia de classe pobre como classe perigosa, sendo os seus representantes os causadores da degenerescência da raça. A autora destaca ainda que apesar da defesa teórica feita pelas enfermeiras em prol

das ações eugênicas restritivas (esterilização, exame pré-nupcial, controle dos casamentos entre outras), a sua atuação prática se limitava a ações de educação sanitária.

Rocha (1985) também destaca o aspecto eugenista enfatizado pela enfermagem junto aos serviços de puericultura no estado de São Paulo, durante as primeiras décadas do século XX. A puericultura desde as suas origens pautou-se sobre o alvo da constituição perfeita, da conservação e do melhoramento da raça humana, encontrando na definição de Pinard a que melhor se ajustava à mentalidade eugênica. A partir dessa definição, Martagão-Gesteira apud Rocha (1985, p. 17) propôs a Puericultura como sendo:

a parte da ciência médica que se ocupa em cultivar a vida e a saúde das crianças, esforçando-se por que cheguem ao mundo sadias e fortes e se desenvolvam normalmente e bem, sobre todos os aspectos, amparadas contra os múltiplos perigos que as ameaçam, resultantes de fatores biológicos, ambientais e sociais.

Esses perigos ameaçadores à criança desde a sua formação seriam genéticos, congênitos, obstétricos, alimentares, infectuosos e neuróticos; a luta contra esses perigos constituía-se o objeto da puericultura, cujo alvo final era a criança perfeita e robusta, bem desenvolvida sob todos os aspectos, buscando o ideal de perfeição da criatura humana. A enfermagem apropriou-se desses saberes em sua prática profissional e por conseguinte do ideal eugênico neles embutido.

A Enfermagem brasileira, sendo contemporânea ao movimento eugenista mundial e brasileiro, vivenciou e expressou idéias e ações em prol da eugenia da população a partir do modelo eugênico possível àquele período. Pautando-se sobre as bases teóricas lançadas por Galton, a eugenia era um referencial teórico que orientava inúmeras ações em saúde e ao mesmo tempo conduzia um processo de ‘naturalização do social’. Segundo Boarini (2003, p. 15):

ao tentar resolver problemas de natureza coletiva, através da higiene do corpo ou da eugeniização da raça, ainda que esses problemas sejam inerentes à saúde, tais como as epidemias e as endemias, as propostas higienistas e eugenistas escamoteavam contradições postas pela organização social do

trabalho. Ao não considerarem a saúde como expressão das condições sociais de existência, mas única e exclusivamente como responsabilidade do indivíduo, naturalizavam-se os antagonismos, os conflitos e as diferenças estabelecidas pelas relações sociais.

Esse modelo eugênico, até então configurado, já não é tão explícito na atualidade. Esterilizações em massa, limitação das liberdades individuais ou idéias de superioridade racial não são mais facilmente aceitas, o que não significa que estejam ausentes da sociedade. Conceitos novos como manipulação genética, clonagem, genes bons, genes ruins, tecnologias bio-genéticas entre outros, apontam para novos elementos nas discussões sobre eugenia, capazes de prover a intervenção direta sobre a carga germinal de um indivíduo, buscando alcançar um ideal de saúde física e mental, preferencialmente um ideal superior, de máxima capacidade das características inatas ou evitar o aparecimento de determinadas doenças genéticas, até então impossíveis de controle por intervenção externa ao indivíduo. Lançando o olhar para essa atualidade, procuramos a seguir pontuar algumas idéias e preocupações ligadas à eugenia de nosso tempo e que se colocam à frente também da enfermagem enquanto profissão socialmente reconhecida e participante da equipe multiprofissional de saúde.

2.4 CIÊNCIA CONTEMPORÂNEA, EUGENÉTICA E ENFERMAGEM

A utilização do termo eugenia nos atuais meios científicos ou populares não é freqüente. Pode-se explicar o fato em função de que as idéias eugênicas estejam fora do nosso tempo, daí a sua ausência (COHEN apud CANCINO, 1999). Ou, conforme Bowler apud Bizzo (1994/95, p. 34) que, ao perguntar-se sobre o abandono simultâneo e repentino por vastas camadas sociais em diversos países da aplicação social de um conjunto de teorias vistas como científicas, sugere que o resultado dessa aplicação provou conduzir a cenários sombrios,

como o nazista, e isso teria feito os cientistas e intelectuais se acautelarem ante as propostas eugênicas.

Para Frota-Pessoa (1994/95, p. 39):

certos políticos e cientistas propuseram e executaram medidas prepotentes e discriminatórias sob o nome de eugenia, de modo que essa palavra tornou-se hedionda para muita gente. No entanto, ela refere-se, apenas, a medidas que tendem a melhorar o patrimônio genético da humanidade, o que é uma tarefa benéfica e admirável quando feita com total respeito aos direitos humanos e com base em conhecimentos científicos seguros. Atacar a verdadeira eugenia em nada contribui para a luta contra os ditadores e racistas: ao contrário, a enfraquece, pois desvia a discussão.

Mas, a história e seus terríveis exemplos¹⁷ teriam eliminado as idéias eugênicas ou apenas transformado a forma como vieram a ser expressas? Referindo-se a programas eugênicos na Alemanha, Inglaterra e Estados Unidos, Mazumdar (2002, p. 51) afirma que houve uma mudança no enfoque e na terminologia utilizada em textos científicos produzidos após a guerra:

A ideologia eugênica centrou-se sobre a doença mental (na Alemanha, sobre a psicose) e fracasso social, associados a uma política de esterilização para a proteção da sociedade. Estes definiram o movimento desde o seu início até algum tempo depois da II Guerra Mundial, quando a eugenia deu lugar a genética médica. Os ataques sobre a eugenia ocorridos na década de 1930 debilitaram a confiança no simples Mendelismo, mas na prática não houve reforma. Como recentemente escreveu Daniel Kevles, esterilizações persistiram nos USA até a década de 1970. Em retrospectiva, a genética médica desenvolveu-se a partir do movimento eugênico. Onde um declinou, o outro teve espaço nos textos didáticos.

Essa transformação teria levado a British Eugenics Education Society, por exemplo, a mudar a denominação do programa ‘the Pauper Pedigree Project’ para ‘Birth Control for the Poor’, sugerindo uma redefinição de metas e uma nova retórica social, porém com as mesmas intenções de controle populacional. Se os temores eugenistas do pós-guerra tornaram-se motivo para o acautelamento na difusão da eugenia, isso não foi suficiente para inibir

¹⁷ Dentre os acontecimentos que marcaram o século XX, muitos comprometeram diretamente o conceito de direitos humanos como o racismo, fascismo, incessantes guerras e fabulosos gastos em armamentos. Tanta a amplitude dessa violação de direitos que já em 1948, após o término da II Guerra Mundial, a luta e defesa pelas

programas de esterilização em massa e de limitação da natalidade que foram fortemente incrementados nesse período, motivados por preocupações neomalthusianistas em relação às populações.

No caso do Brasil, o uso da terminologia eugenia era freqüente até a década de 1940 ligada às preocupações de controle populacional, as quais não extinguiram-se apesar do declínio no uso do termo. Ao contrário, a discussão em torno da regulação dos nascimentos intensificou-se na década de 60 motivada por investimentos norte-americanos e encontrando eco entre as elites conservadoras (OLIVEIRA, 1992). Estas viam o crescimento das camadas pobres da população como ameaça concreta pondo em risco a própria ordem social vigente, argumento decisivo para que as idéias controlistas da natalidade tomassem vulto no seio da classe dominante brasileira:

Não podendo se valer dos argumentos de ordem econômica para justificar sua implantação no Brasil, os programas buscaram assegurar sua efetivação invocando razões biológicas, como a paridade e as gestações de alto risco afetando a saúde das mulheres; razões sociais, como a desproporção entre o número de filhos e os recursos das famílias mais pobres; e razões sanitárias, entre elas o controle do aborto provocado. Foi respaldada nesses argumentos que a classe dominante brasileira assumiu a implementação do controle da natalidade, através de fundações privadas apoiadas pelo governo, com recursos nacionais e internacionais¹⁸ (OLIVEIRA, 1992, p. 156).

Além dos fatos históricos em si e de algumas mudanças de nomenclatura, a própria ciência vem contribuindo para o declínio das idéias eugenistas naquele formato inicial. A começar pela desconstrução do conceito de raça pela ciência, conforme apontam os resultados de uma pesquisa genética publicados em dezembro de 2002: uma equipe de sete pesquisadores dos Estados Unidos, França e Rússia comparou 377 partes do DNA de 1.056 pessoas de 52 populações e chegou à conclusão de que 93 a 95% da diferença genética entre

liberdades individuais e públicas culminou com a edição da Declaração dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU), com seus sucessivos e conseqüentes alargamentos de direitos ao longo do século.

¹⁸ O debate sobre as políticas natalistas que se estendeu por todos os segmentos da sociedade nem sempre ocorreu de forma harmônica. A mais forte oposição partiu da Igreja Católica, que atribuiu a solução dos problemas populacionais a um desenvolvimento econômico-social mais justo equitativo e não simplesmente à 'desnatalização' dos casais (OLIVEIRA, 1992).

os humanos é encontrada nos indivíduos de um mesmo grupo, sendo a diversidade entre as populações responsável por 3 a 5%¹⁹ (KENSKI, 2003). O estudo mostrou que não existem genes exclusivos de uma população, podendo o genoma de um africano ser mais semelhante ao de um norueguês do que ao de alguém de sua cidade.

Essas conclusões derrubariam qualquer sustentação de superioridade eugênica por parte de algum tipo físico humano constituinte de alguma determinada ‘raça’, o que não descarta a possibilidade de condução da humanidade a novos cenários sombrios de caráter eugenista, pautados sobre os conhecimentos advindos do uso da alta tecnologia bio-genética, conforme aponta Castiel (1994). Ante as desigualdades sociais em curso e a crise do setor saúde, o autor alerta para a possibilidade de um mapeamento de ‘tribos genotípicas’, um novo padrão ideológico discriminatório, visto que com as tecnologias possíveis passa-se a dispor de um potente instrumento de tipagem populacional²⁰. Essa nova realidade científica pode dar margem a desdobramentos importantes em diversos domínios, inclusive como a identificação de ‘desprioridades’ ou ‘inações’ de saúde justificadas tecnicamente:

Diante da lógica subjacente às respectivas argumentações, propiciada pela ciência “molecular”, não é despropositado cogitar-se em concepções operatórias “científicas” e modos de intervenção decorrentes como justificativa para projetos de disfarçada índole eugênica. Isto se torna especialmente candente em função dos indícios de um clima social onde não parece tão absurda a eliminação de contingentes populacionais ameaçadores, facilmente perceptíveis no cotidiano assustadiço dos nossos centros urbanos (CASTIEL, 1994, p. 297)²¹.

¹⁹ Apesar da diversidade entre as populações ser pequena e representar de 3 a 5% visíveis no genoma, ela existe e alguns podem chamá-la de raça, outros não. Essa diferença étnica é utilizada na medicina para favorecer o diagnóstico de algumas doenças como a hemocromatose, uma desordem na metabolização de ferro mais comum entre suecos e quase inexistente entre chineses ou indianos (KENSKI, 2003).

²⁰ A técnica de PCR viabiliza o acesso a cópias de DNA para verificar a constituição de duas diferentes características do genoma humano, através do VNTR (*Variable Number of Tandem Repeats*) e do HLA (alelo vinculado ao complexo de histocompatibilidade). O VNTR refere-se à verificação de seqüências variáveis de bases ligadas de forma peculiar, denominadas *tandem*, presentes no genoma humano, e que variam entre indivíduos e grupos. Isto permite sua utilização, por exemplo, como procedimento identificatório em práticas forenses e criminais. O sistema chamado HLA, relativo aos gens do sistema imune, também permite estabelecer procedimentos de identificação para grupos étnicos, de acordo com a frequência do número de alelos, como no caso dos franceses caucasianos que apresentam 19% para um alelo HLA, ao passo que os japoneses, 0,2%. Em termos de validade, o HLA tem maior especificidade, enquanto o VNTR é mais sensível para a identificação genotípica de populações (CASTIEL, 1994; RABINOW, 1993).

²¹ É conveniente lembrar que, segundo um recente artigo publicado no jornal Folha de São Paulo, mais da metade dos franceses pode ser considerada ‘racista’ ou ao menos ‘atraída pelo racismo’, segundo pesquisa realizada a pedido de órgãos vinculados ao governo francês, enquanto que apenas 33% dos franceses são

Hoje, diante da explosão da nova genética e das mais recentes técnicas neurocientíficas, o determinismo neurogenético tem procurado explicar tudo pelas propriedades do cérebro ou pelos gens²², da violência urbana à orientação sexual:

uma pessoa é homossexual porque tem ‘cérebro gay’ – produto, por sua vez, de ‘gene gay’; uma mulher fica deprimida porque tem ‘genes para depressão’; há violência nas ruas porque as pessoas têm genes ‘criminosos’ ou ‘violentos’; indivíduos embriagam-se porque têm genes ‘favoráveis’ ao alcoolismo; e vai por aí (ROSE, 1997, p. 18).

Esse reducionismo tem conduzido o homem ao risco de querer explicar fenômenos mais complexos através dos seus elementos constituintes fundamentais, sejam eles células, genes ou partículas elementares, limitando a capacidade de entender as atividades coordenadoras do sistema como um todo. “Tudo é biologia, e a sociedade mesma não passa de um organismo” – essa frase foi dita pelo narrador do filme ‘Homo Sapiens 1900’, de Peter Cohen, acerca da utopia nazista de criar um novo homem através da ciência e ela não parece tão inadequada aos dias de hoje frente ao marcante processo de ‘geneticização’ ou ‘genomia’ que a sociedade tem experimentado (SILVA, 1999).

Opitz (1997, p. 134) utiliza o termo ‘eugenicização’ como um subconceito da geneticização, referindo-se às:

respostas políticas e institucionais das sociedades que buscam a implementação de meios para lidar concretamente com temores genéticos reais ou percebidos – e para tornar esses meios disponíveis para os segmentos liberais de sociedades ou para sociedades inteiras. Ou seja, a eugenicização é a geneticização institucionalizada. A implicação benevolente dessa formulação é a natureza voluntária da interação especialista-população e a forma involuntária é condenada quase universal e acertadamente como ‘crimes eugênicos’ contra a humanidade.

O autor refere-se claramente à implicação benevolente da eugenicização que é a natureza voluntária da interação especialista-população e à forma involuntária que é condenada como

considerados anti-racistas. Essa tendência não se limita apenas à França, que é considerada o segundo país mais racista da União Européia, depois da Bélgica (AMARAL, 1998).

crime eugênico contra a humanidade. Os novos saberes em genética colocam à nossa frente novos caminhos para a prática da eugenia, que pode dar-se via interação especialista-população mediante a aplicação do princípio universal da responsabilidade²³ (GARRAFA, 1999) ou via crime eugênico contra a humanidade.

Poucos autores ligados à enfermagem brasileira têm discutido sobre essas novas tecnologias e seu alcance sobre a sociedade, dos quais destacamos os trabalhos de Abrahão (2000) e Abrahão et al (2000), mesmo que neles não haja menção nominal à eugenia. Esses trabalhos apontam para a importância da incorporação dessas tecnologias na prática profissional da enfermagem, com especial atenção ao conceito de interação genético-ambiental na gênese de anomalias, isto é, a existência de um fator genético predisponente associado a um ambiental desencadeante, e ainda alertam quanto às lacunas na formação profissional sobre os novos conceitos em aconselhamento genético. Os autores chamam a atenção para o fato de que:

Os benefícios potenciais dessas tecnologias são muitos, no entanto, conceitos éticos e morais não devem ser esquecidos, sendo de suma importância que os profissionais de saúde estejam enfrontados nesses avanços para que possam participar na sua discussão e aplicação. Existe agora uma oportunidade para ajudar a determinar se estas novas tecnologias serão enfrentadas pela população e mesmo pelos profissionais de saúde com compreensão e conhecimento insuficientes, gerando medo, ansiedade e indecisão, ou com conhecimento e compreensão adequados, abrindo espaço para novas escolhas e decisões bem respaldadas. Nós, enfermeiras precisamos nos posicionar e nos preparar (ABRAHÃO, 2000, p. 206).

Mudar conceitos sobre saúde, doença, cuidados de saúde e a própria enfermagem, além de criar novas formas discriminatórias de mapeamento de ‘tribos genotípicas’, certamente são novíssimas questões colocadas à frente dos profissionais em saúde em função

²² O alicerce conceitual da moderna medicina científica mantém-se ainda sob o chamado ‘modelo biomédico’, resultado do paradigma cartesiano da biologia e da forte influência do determinismo genético (CAPRA, 1982).

²³ Essa responsabilidade deve dar-se através do controle, não com base na limitação ou negação, mas atuando afirmativamente, positivamente. Sua essência é a liberdade, porém, com compromisso e responsabilidade, especialmente ante os temas emergentes nas últimas décadas, em que inclui-se o “tema da saúde reprodutiva, que passa por diversos capítulos que vão desde a fecundação assistida propriamente dita, passando por assuntos como a seleção de descarte de embriões, a eugenia (escolha de sexo e determinadas características físicas do

dos avanços técnico-científicos. Castiel (1994) alerta que fenômenos de complexificação e fragmentação dos processos sociais e biológicos demandam hoje novos rumos teórico-metodológicos e éticos para sua abordagem. Se por um lado é essencial enfrentar os dramáticos desafios de nossa realidade decorrentes das profundas desigualdades sociais responsáveis pela miséria e doença de grandes parcelas de nossa população, por outro, não se sustenta nem é aceitável omitir-se diante das repercussões e desdobramentos carreados pela Biotecnologia, Engenharia Genética e disciplinas correlatas: “independente de nossa capacidade de lidar com tantas e avassaladoras transformações, seus aspectos industriais, econômicos, científicos e éticos (entre outros), estão invadindo progressivamente nosso objeto de estudos e campo de práticas” (CASTIEL, 1994, p. 299).

Frente a tudo isso, adequações precisam ser feitas como a redefinição do que vem a ser “prioridade” em atenção à saúde, conceito desgastado em sua significação e função operativa diante das atuais circunstâncias, bem como a redefinição de um novo perfil de ‘epidemiologista/sanitarista’, cuja formação passe a lhe disponibilizar novos instrumentos que atendam abordagens multi, inter e transdisciplinares a partir da ‘ótica da complexidade’ (CASTIEL, 1994).

De forma ampla, discute-se o acréscimo do termo Molecular ao conceito de Saúde Pública (CASTIEL, 1994). Buscando formas de pensar os avanços da Biologia Molecular no interior da Saúde Pública, a chamada ‘Saúde Pública Molecular’ preocupar-se-ia em como as práticas sociais poderão ou não incorporar os conhecimentos e técnicas ensejados pela Genética Molecular. Poderíamos acrescentar, talvez em outras palavras, como as práticas sociais portadoras de gens defeituosos poderão ser ou não incorporadas pela Saúde Pública Molecular, ou melhor, pelos órgãos diretivos da sociedade.

futuro bebê), as ‘mães de aluguel’, etc.” (GARRAFA, 1999). Essa discussão em tom de alerta foi conduzida durante o 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem e 10º Congresso Panamericano de Enfermeria, em 1999.

Vejamos alguns exemplos dessas novas possibilidades em Saúde Pública Molecular²⁴: são técnicas como o PCR²⁵ (Polymerase Chain Reaction) que tornam possível o mapeamento geográfico de hospedeiros humanos, reservatórios e vetores (como nos casos de *Mycobacterium tuberculosis*, *Toxoplasma gondii* ou no estudo da SIDA) ou a detecção de grande número de doenças parasitárias ou crônico-degenerativas; amplia-se o conhecimento sobre muitas doenças genéticas, sendo possível a testagem preditiva para determinar portadores de gens defeituosos, através de marcadores específicos; mediante terapêuticas da linha germinal (germ-line therapy), cogitam-se “vacinações genéticas” nas futuras crianças para evitar enfermidades crônicas não-transmissíveis, como câncer, doenças coronarianas entre outras; estudos sobre a expressão dos gens permitem cada vez mais o entendimento da regulação gênica e do papel de tal herança epigenética nos processos de desenvolvimento e produção de muitas doenças, como diversos tipos de cânceres da infância, contribuindo em muito para investigações epidemiológicas referentes à oncogênese em seus diferentes aspectos²⁶.

Caio e colaboradores (2001) referem-se ao termo ‘Genética Comunitária’ para definir a nova disciplina oriunda da interface entre a medicina, a genética e a comunidade, um conceito delineado a partir de sucessivas reuniões da Organização Mundial de Saúde (OMS). Baseado nessa conceituação, um programa a ser implantado em uma população com fins

²⁴ Essas e outras técnicas da Biologia Molecular podem ser aplicadas sobre danos e doenças com diferentes níveis de impacto epidemiológico em diferentes países e que, uma vez definidas e difundidas, poderiam ser melhor demarcadas e trabalhadas pela Saúde Pública. Isso confirmaria o fato de que a Saúde Pública encontra-se comprometida em muito com a dimensão genética, merecendo o complemento do adjetivo ‘Molecular’ (CASTIEL, 1994).

²⁵ A PCR é apontada, segundo Castiel (1994, p. 288), como “um dos exemplos mais revolucionários na Genética”. Essa técnica da ‘Reação em Cadeia da Polimerase’ foi concebida pelo bioquímico Kary Mullis, em meados de década de oitenta, pela qual ganhou o Prêmio Nobel de Química em 1993. Trata-se da ampliação de um processo natural mediado pela enzima Polimerase, que replica as fitas complementares de seqüências específicas de DNA nas células, de modo a facilitar e viabilizar o estudo e a análise dos gens. Um de seus usos é a detecção de infecções virais e bacterianas nas quais os microorganismos não costumam apresentar-se em quantidades suficientes para o diagnóstico nas amostras patológicas.

²⁶ Segundo Simpson e Cabellero (2000, p. 92), as alterações moleculares, específicas de células tumorais, podem ser exploradas para a detecção e o tratamento do câncer: “estudos recentes analisam a possibilidade de uma abordagem de classificação sistemática dos tumores baseada no perfil de expressão gênica utilizando-se ‘micro-

educacionais e de assessoria reprodutiva a respeito de determinada doença genética deveria levar em consideração não apenas os seus aspectos genético-epidemiológicos e populacionais, mas também os seus aspectos sócio-econômicos, psicológicos e culturais, valorizando a interação entre o portador de determinada hereditária e sua comunidade. No Brasil, a ‘genética comunitária’ vem despertando o interesse dos geneticistas, como é o caso de um programa comunitário de aconselhamento genético para hemoglobinopatias hereditárias²⁷, de caráter opcional que, mesmo em meio a muitas dificuldades, vem sendo desenvolvido por mais de quinze anos na Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP (RAMALHO; SILVA, 2000).

Se por um lado a eugenia é uma prática coletiva de aplicação desses conhecimentos, não mais almejando uma determinada ‘raça’ mas possivelmente ‘tribos genotípicas’, por outro lado a nova eugenia é e pode ser cada vez mais praticada seguindo-se preceitos individuais, possibilidade que tem despertado muita atenção e receio dos cientistas²⁸. A tentativa de incorporar as novas tecnologias ao próprio conceito de eugenia, conforme as citações a seguir, denota que o caminho de intervenção sobre a reprodução humana tem se alterado e pode agora dar-se diretamente sobre um ou mais genes específicos, ficando a decisão de tal intervenção a cargo do próprio indivíduo.

arrays’. Os resultados preliminares desses trabalhos indicam que é possível a classificação dos tumores baseada no monitoramento da expressão de milhares de genes simultaneamente”.

²⁷ Segundo os autores, entre as desordens hereditárias no Brasil, as hemoglobinopatias são uma área preferencial para programas de genética comunitária por três razões: elas são as mais comuns dessas doenças no país, são relevantes para a saúde e já contam com programas de ‘screening’ genético. O ‘screening’ genético diz respeito à identificação de indivíduos afetados para quem a intervenção médica pode auxiliar (nos casos do ‘screening’ fetal – Síndrome de Down - e neonatal – fenilcetonúria) ou de indivíduos com risco de transmissão de doenças genéticas (fibrose cística, talassemia, entre outras).

²⁸ Alguns desses receios e que são ações essencialmente de caráter eugenista encontram-se nomeados no rol de temas a serem analisados pela recente Comissão de Ética em Genética Clínica e Molecular, uma câmara técnica criada pelo Conselho Federal de Medicina em 2000 para discutir questões ou consultas relativas à prática médica envolvendo a genética: “Entre os temas que deverão ser analisados pela Comissão, alguns foram destacados em virtude de seus conflitos éticos latentes, tais como testes preditivos, responsabilidade para realização do aconselhamento genético, diagnóstico pré-natal, diagnóstico pré-implantacional e seleção sexual pré-concepção, abortamento terapêutico, programas de triagem neonatal e populacional, métodos de identificação humana, normalização dos laboratórios de Genética, acesso e uso do genoma humano, criação de bancos de células e DNA, terapia genética, clonagem terapêutica e utilização de produtos médicos derivados de plantas e animais transgênicos” (A RECÉM-CRIADA..., 2000, p. 168).

Utilizando-se de medidas que tendem a melhorar o patrimônio genético da humanidade, Frota-Pessoa (1994/95, p. 40) afirma que “a eugenia pretende reduzir a frequência de genes ruins e aumentar a de genes favoráveis nas gerações futuras”.

Garver e Garver (1994, p. 149) afirmam que:

O termo ‘eugenia’ foi inicialmente utilizado em 1883 por Francis Galton, que o descreveu como “o estudo dos fatores sob o controle social que podem melhorar ou piorar as qualidades raciais das futuras gerações, tanto física como mentalmente”. Uma definição mais recente poderia ser “a ciência que se ocupa de todas as influências que melhoram as qualidades inatas da raça humana, particularmente através do controle de fatores hereditários.

Schramm (1997, p. 204) aponta inclusive para o uso mais apropriado do termo ‘eugenética’, referindo que:

‘Eugenia’ é um termo genérico do século XIX, que indica a ciência que estuda as condições mais propícias à reprodução e melhoramento da espécie humana; **‘eugenética’ representa a forma contemporânea da eugenia, uma tecnociência nascida nos anos 70, do encontro entre genética, biologia molecular e engenharia genética**²⁹ (grifo nosso).

Duas formas de intervenção desse “saber-fazer biotecnocientífico resultante da junção entre o conhecimento racional da biologia molecular e o saber operacional da engenharia genética” (SCHRAMM, 1997, p. 206) têm sido citadas como possíveis hoje: a eugenética negativa, que se ocuparia da prevenção e cura de doenças e malformações consideradas de origem genética, com ações de caráter restritivo e que têm sido aceitas sem grandes questionamentos morais e a eugenética positiva, socialmente mais polêmica e que buscaria a melhoria ou a criação de competências humanas como inteligência, memória, criatividade artística, traços do caráter e várias outras características psicofísicas, no sentido de potencializá-las nos diversos contextos do convívio social.

²⁹ O conceito e as possibilidades da eugenia/eugenética confundem-se com o próprio conceito de Engenharia Genética, descrita por Martinez apud Franco (1996, p. 18) como a “totalidade das técnicas dirigidas a alterar ou modificar o caudal hereditário de alguma espécie, seja com o fim de superar enfermidades de origem genética (terapia genética) seja com o objetivo de produzir modificações ou transformações com finalidade experimental, isto é, de conseguir um indivíduo com características até então inexistentes na espécie (manipulação genética)”.

De forma velada ou mesmo desconhecida, principalmente em seus aspectos históricos, a eugenia ou o sonho eugênico apresenta-se rotineiramente aos profissionais, como aponta Correia apud Bioética... (1994, p. 116):

Em relação à fase nascente, mesmo no nosso país, já se concretiza o sonho eugênico, por exemplo, embutido em certos diagnósticos pré-natais, ora em nome da chamada procriação qualitativa ora, em nome do chamado direito de se ter uma criança sadia etc. E, assim, tenta-se justificar o ‘aborto terapêutico’, o ‘aborto eugênico’, o ‘aborto seletivo’, a ‘eutanásia fetal’....³⁰.

Novas tecnologias estendem essa possibilidade, sobretudo desde os anos 70, a exemplo da fertilização in vitro, diagnóstico citogenético pré-natal e embriogênese. A utilização do tecido fetal para fins terapêuticos em transplantes e enxertos também gera polêmicas frente à reserva crescente de embriões fecundados e não implantados, cujas propriedades são adequadas para a sua utilização em caso de transplantes. Segundo Costa (1994, p. 54):

Como o abortamento espontâneo é imprevisível na sua ocorrência, produzindo, além do mais células de baixa qualidade (pois, em geral, o aborto espontâneo ocorre com fetos com doenças citogenéticas), é fácil entender que será o abortamento provocado o grande fornecedor de matéria prima para as situações acima arroladas³¹.

Em muitas situações, não se trata simplesmente de um direito de escolha ou decisão do indivíduo ou casal, diante dos quais o enfermeiro apenas desempenhe sua função de aconselhamento genético. Devemos atentar para o alerta de Minahim e colaboradores (2000, p. 81), durante o Seminário ‘Saúde e Direitos Reprodutivos no Brasil: impacto da Conferência

³⁰ Autores como Fonseca e Egry (1994) e Costa (1994) têm discutido sobre o aborto em literatura da Enfermagem.

³¹ O Código Sumério, considerado o mais antigo código de normas médicas conhecido, há mais de vinte séculos já condenava o aborto, assim como Hipócrates há quatro séculos antes de Cristo. A Rússia liberou o aborto em 1920, criminalizando-o novamente em 1936 e legalizando-o com restrições em 1954. No Japão, o aborto eugênico foi liberado em 1936 e, na China, foi incentivado como medida política para conter a explosão demográfica. Na Alemanha, em 1933, a Corte Eugenésica convocou os médicos para destruir os fetos alegadamente em risco de ‘defeito hereditário’, estendendo em 1935 o aborto compulsório às judias grávidas. No Brasil, o Código Penal de 1940 já legalizava o aborto para os casos de salvar a vida da gestante ou para evitar o nascimento de uma criança gerada através de um estupro.

do Cairo nas políticas públicas’, realizado em Salvador nos dias 28 a 30 de outubro de 1998, de que:

No Brasil, a garantia de direitos sociais é fundamental para a vigência dos direitos sexuais e reprodutivos. A liberdade individual acontece num contexto de relações de poder, discriminação e desigualdades, portanto, depende de condições sociais, econômicas e culturais. Um estado de carência não pode facultar liberdade de escolha. [...] Desse modo, os direitos reprodutivos e sexuais não podem estar separados de outras dimensões sociais e, muito menos, das relações de poder.

Conforme Guimarães (2001), a proximidade entre a eugenia e a genética está hoje mais bem equipada do que esteve no nazismo, já que agora há um mercado globalizado para os ideais de melhoria do patrimônio genético humano, ao passo que o caminho dessa utilização não parece estar claramente traçado. A antiga antinomia entre o que é de ordem privada – direitos individuais – e o que é de ordem pública – obrigações sociais – indica que o debate ficará sob responsabilidade da sociedade.

E é a sociedade que deve regular-se frente a todos esses avanços, na medida do possível evitando legislação, segundo opinião de Pena apud Leite (2000a), geneticista da UFMG. Para o autor, qualquer legislação na área da ciência pode tornar-se rapidamente obsoleta, ou mesmo nociva, porque ao contrário da ciência, a legislação avança lentamente demais. A sociedade está sendo confrontada com a árdua tarefa de formular uma ética que possa servir de roteiro à utilização desse descomunal arsenal de conhecimento aportado pela ciência contemporânea e a Bioética tem se mostrado como uma tentativa de compor esse instrumento regulador³².

Apropriar-se desse saber e do conhecimento da eugenia, em particular, parece ser uma boa alternativa para participar desse debate de uma maneira consciente e responsável,

³² O movimento pela Bioética foi estabelecido nos anos 70 nos Estados Unidos, na década de 80 na Europa, no início de 90 na Ásia e somente em meados da década de 90 nos países em desenvolvimento, como o Brasil, onde em 1995 foi constituída a Sociedade Brasileira de Bioética (BIOÉTICA..., 2002). Autores como Garrafa (1999) e Barchifontaine (1996) têm se feito presentes em recentes Congressos Brasileiros de Enfermagem, os quais reúnem profissionais da área de todo o país, chamando a atenção para o tema geral Bioética e algumas de suas temáticas.

enquanto cidadão e profissional de saúde comprometido com a sua clientela. Saber, por exemplo, que fatos eugênicos passados não são fatos dissociados da atual eugenia, mas que esta representa o resultado do desenvolvimento científico e humano que incluiu também os avanços e os erros do passado, pode certamente auxiliar os profissionais envolvidos a olhar suas práticas com maior criticidade e clareza histórica, a ponto de não simplesmente repetir erros e equívocos muitas vezes por eles próprios condenados.

Considerando-se a configuração de novas práticas eugenistas, positivas e negativas, associadas aos avanços biogenéticos intensificados na década de 1990, e a dificuldade de encontrar trabalhos científicos da enfermagem sobre essa temática, parte-se do pressuposto de que a enfermagem, desde a sua institucionalização como profissão, vinha incorporando os diferentes contornos da eugenia até o momento atual, quando as transformações em curso ainda não têm sido expressas em sua produção teórica.

Frente a isso, perguntamos: houveram mudanças nas ações, posturas ou interpretações da enfermagem ligadas à prática da eugenia ao longo do século XX? Se houveram, quais foram?

Percorrer a história de como a enfermagem brasileira interagiu com as questões eugênicas, pode tornar-se importante contribuição para a compreensão das mudanças por que esta tem passado ao longo do período, dos principais enfoques que vêm sendo dados ao tema e de algumas perspectivas presentes e futuras que se colocam diante da profissão.

Especificaremos, a seguir, o caminho metodológico percorrido para a operacionalização da presente pesquisa.

3 METODOLOGIA

Caracterizamos a presente investigação como uma pesquisa qualitativa, a qual, segundo Minayo e Sanches (1993, p. 247), adequa-se a “aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente”.

Para os referidos autores, um verdadeiro modelo qualitativo descreve, compreende e explica, buscando atingir três dimensões básicas: a simbólica (contempla os significados dos sujeitos), a histórica (privilegia o tempo consolidado do espaço real e analítico) e a concreta (refere-se às estruturas e aos atores sociais em relação). O trabalho de investigação e análise possui duas funções, que na prática podem ou não dissociar-se: uma função heurística, em que a análise enriquece a tentativa exploratória e aumenta a propensão à descoberta e uma função de administração da prova, quando questões ou afirmações provisórias servindo de diretrizes poderão ser verificadas no sentido de uma confirmação ou de uma infirmação.

O material primordial de investigação é a palavra, a qual expressa a fala cotidiana das relações afetivas e técnicas ou dos discursos intelectuais, burocráticos e políticos. Para além de um sistema lingüístico, os discursos podem ser reveladores das condições de produção em que foram elaborados. Essa abordagem considera o sujeito produtor do discurso como estando situado num determinado espaço social que, por sua vez, determina o próprio discurso. Segundo Bardin (1977, p. 214), “o emissor e o receptor do discurso correspondem a ‘lugares’ determinados na estrutura de uma formação social”, o que pressupõe a relação entre uma formação ideológica determinante e suas formações discursivas.

3.1 FONTE DE DADOS

Como subsídios para a delimitação da pesquisa e sua posterior análise, foi imprescindível a investigação bibliográfica de fontes primárias, tais como os Archivos Brasileiros de Hygiene Mental (1925, 1929-34, 1939) e o Boletim de Eugenia (1929-1931), entre outras obras e artigos referentes aos movimentos higienista e eugenista no Brasil, produzidas ao longo do século XX, dentro e fora da área médica, com o propósito de compreender como se configuraram as idéias e as práticas em torno da eugenia e qual foi a interação desenvolvida pelos profissionais envolvidos nesses movimentos com a enfermagem.

A fonte documental utilizada para a coleta de dados foi a Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), no período de 1932 a 2002. Ao longo de sua história, a enfermagem brasileira tem dedicado especial atenção à produção do conhecimento, tendo já constituído um vasto número de fontes que podem estar sujeitas aos procedimentos de análise qualitativa. A escolha pela REBEn deveu-se ao fato de que ela é uma das mais importantes produções teóricas da enfermagem brasileira, reconhecida nacional e internacionalmente, e porque a referida obra teve início em 1932, com publicação quase ininterrupta até hoje. Sua data de início coincide com a época em que configurava-se um quadro geral explícito em torno da eugenia, advindo daí a escolha do período a ser analisado, compreendido entre os anos de 1932 a 2002, o qual culmina com o momento atual e nossas inquietações sobre o tema.

A periodicidade da revista, mesmo que irregular¹, foi praticamente contínua ao longo do período, com exceção dos anos de 1939, 1940, 1942, 1943, 1944 e 1945, quando não

¹Segundo informações da secretaria da própria revista, o fascículo de número 16 que corresponderia aos anos de 1939 e 1940 não teria sido editado, havendo uma lacuna dessa numeração. Esse dado é contraditório às indicações contidas no interior da revista, que fazem menção ao referido número, como no caso de Resende (1962) ou da solicitação de compra de revistas anunciada em fevereiro de 1962, em que enfermeira interessada em completar a sua coleção, compraria de quem quisesse vender, entre outros, o número 16 de Anais de Enfermagem. Foram ainda publicados dois números especiais, um sobre o Programa Saúde da Família, em 2000, e um Índice Cumulativo de 1996 a 2000, em 2002, os quais não foram computados na amostra de pesquisa, que restringiu-se aos números regulares da REBEn.

houve qualquer publicação. Somam-se 227 fascículos pesquisados, cuja distribuição por ano encontra-se no quadro a seguir:

Quadro 1 – Distribuição da Revista Brasileira de Enfermagem conforme ano e fascículo(s), no período de 1932 a 2002.

ANO	FASCÍCULO	ANO	FASCÍCULO	ANO	FASCÍCULO
1932	1	1956	1, 2, 3, 4	1980	1, 2, 3, 4
1933	2	1957	1, 2, 3, 4	1981	1, 2, 3/4
1934	3, 4, 5	1958	1, 2, 3, 4	1982	1, 2, 3/4
1935	6, 7	1959	1, 2, 3, 4	1983	1, 2, 3/4
1936	8	1960	1, 2, 3, 4	1984	1, 2, 3/4
1937	9, 10, 11	1961	1, 2, 3, 4, 5, 6	1985	1, 2, 3/4
1938	12, 13/14, 15	1962	1, 2, 3, 4, 5, 6	1986	1, 2/3
1939	---	1963	1, 2, 3, 4, 5, 6	1987	1, 2/3, 4
1940	---	1964	1/2, 3/4, 5, 6	1988	1, 2, 3/4
1941	17	1965	1, 2/3, 4, 5	1989	1/2/3/4
1942	---	1966	1, 2/3, 4, 5/6	1990	1/2/3/4
1943	---	1967	1, 2/3, 4, 5/6	1991	1, 2/3, 4
1944	---	1968	1/2/3, 4, 5, 6	1992	1, 2/3, 4
1945	---	1969	1/2/3, 4/5/6	1993	1, 2, 3/4
1946	18, 19, 20, 21	1970	1/2, 3/4/5/6	1994	1, 2, 3, 4
1947	22, 23	1971	1/2, 3/4, 5, 6	1995	1, 2, 3, 4
1948	1, 2, 3, 4	1972	1/2, 3, 4, 5	1996	1, 2, 3, 4
1949	1, 2, 3, 4	1973	1/2, 3, 4/5, 6	1997	1, 2, 3, 4
1950	1, 2, 3, 4	1974	1, 2, 3, 4	1998	1, 2, 3, 4
1951	1, 2, 3, 4	1975	1, 2, 3, 4	1999	1, 2, 3, 4
1952	1, 2, 3, 4	1976	1, 2, 3, 4	2000	1, 2, 3, 4
1953	1, 2, 3, 4	1977	1, 2, 3, 4	2001	1, 2, 3, 4
1954	1, 2, 3, 4	1978	1, 2, 3, 4	2002	1, 2, 3, 4, 5, 6
1955	1, 2, 3, 4	1979	1, 2, 3, 4		

A seleção dos artigos ou textos da revista a serem analisados (utilizaremos a terminologia ‘texto’ ora em diante) seguiu alguns critérios de classificação, por nós estabelecidos como sendo:

1. Ter sido publicado na REBEn no período de 1932 a 2002, na forma de artigo (ensaio, revisão, pesquisa), página de estudante, conferência, resumo de tese/dissertação, narrativa

e documentário, formas essas representativas da produção do conhecimento em enfermagem, independente da formação profissional do autor;

2. Apresentar, em seu interior, referência nominal ao termo ‘eugenia’, que se traduz como a preocupação com a saúde e constituição das futuras gerações, ou trazer essa idéia de forma explícita ou implícita, tanto em um sentido positivo quanto negativo.

A seguir, apresentamos uma caracterização da REBEn, enquanto fonte documental eleita para a coleta de dados.

3.1.1 Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn

Vários autores têm se utilizado da REBEn como fonte de pesquisa, como Resende (1962), Alcântara (1962), Rocha et al (1984), Santos et al² (1998) e Mancia; Ramos (2002). Temos ainda um número da REBEn especialmente publicado sobre os seus 70 anos de existência, em maio/junho de 2002, incluindo muitos dados sobre sua história, temáticas abordadas e informações sobre algumas das principais idealizadoras e defensoras da revista. Em vista dessa amplitude de informações já disponíveis e da importância de que se faça uma caracterização da revista, mesmo que breve, optamos por destacar alguns aspectos a partir de uma varredura por nós realizada em seu interior

Com seu início em maio de 1932, denominava-se então Annaes de Enfermagem, o órgão oficial de divulgação das enfermeiras diplomadas brasileiras, tendo seu nome alterado para Revista Brasileira de Enfermagem em 1956, o qual permanece até hoje. Para Oliveira (1984, p. 1), com o aprofundamento crítico dos estudos publicados na REBEn, “ensaia-se, até mesmo, o que se poderia chamar de uma iniciante sociologia do conhecimento da enfermagem”.

² Santos e colaboradores (1998) apontam 8 estudos realizados, alguns sendo matéria de teses e dissertações.

Desde seu início, vemos o interesse e a determinação de, além de manter sua circulação a nível nacional, também manter abertos os canais com outros países e o intercâmbio com outras revistas. Um número excedente de exemplares sempre foi publicado para tais fins, como no caso de 1951 para suprir um total de 21 assinaturas no exterior, em países como a Argentina, Estados Unidos da América, Uruguai, Chile, Canadá, Costa Rica, México e Peru (PINHEIRO, 1952).

Em visita ao Brasil, de 09 a 29 de julho de 1964, a diretora da Divisão de Serviço de Enfermagem do Comitê Internacional de Enfermeiras (ICN), Frances S. Beck, afirmou que a revista era um liame importante entre a ABEn e seus membros e que era seu desejo que mais e mais viesse a ser um liame também com o ICN (Notícias, 1964). Carvalho (1969) afirmou que a REBEn servia de traço de união cultural entre a ABEn e organizações nacionais e internacionais, através de intercâmbio com bibliotecas e outras revistas do país e do estrangeiro, contribuindo assim para o maior prestígio e alcance da classe que representava.

Até o ano de 1977, a REBEn vinha sendo expedida para todos os órgãos internacionais de enfermagem e associações nacionais filiadas à FEPAEn, fazia-se intercâmbio com o “American Journal of Nursing” e a coleção de 1976 juntamente com os números editados em 1977 haviam sido enviados ao “International Nursing Index”, para fins de catalogação (CASTRO, 1977). Hoje, ela é uma revista devidamente indexada e continua procurando adequar-se aos critérios de avaliação internacional para periódicos de enfermagem, buscando sempre melhor qualificação e maior contribuição para os Programas de Pós-Graduação em Enfermagem no Brasil.

Muitas e diferentes são as alusões e definições dadas à REBEn ao longo de sua trajetória, citada por alguns como uma trajetória muitas vezes acidentada em função das dificuldades enfrentadas (NOTA..., 1948; PINHEIRO, 1955). De “uma revista de caráter eclético”(BERNARDES, 1938, p. 46) a “uma das raras fontes de informações sobre a

profissão redigidas em língua portuguesa” (PINHEIRO, 1951, p. 280). Da “expressão mais constante da responsabilidade que os enfermeiros assumiram de, pela associação de classe, contribuir para o progresso da profissão” (RESENDE, 1963, p. 137) a “um meio único de comunicação de conhecimentos e idéias, ao alcance de todos os membros da Associação” (CARVALHO, 1969, p. 209). Entre muitas outras, talvez possamos sintetizar essas definições como sendo a REBEn o “veículo ideológico e cultural da profissão” da enfermagem brasileira (ONOFRE et al, 1987, p. 229).

Considerada de valor inestimável à causa da enfermagem nacional, foi sempre orientada pela convicção de que deveria refletir o desenvolvimento da profissão, sendo citada no conjunto do seu aparato global, ao lado dos temas Associação de Classe (ABEn), Sessões Estaduais e Distritais, Sindicatos de Enfermeiros, Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, CEPEn e Congresso Brasileiro de Enfermagem (RIBEIRO, 1980). Segundo Oliveira (1984, p. 1), “estudada, analisada, criticada, aplaudida e reclamada a Reben tem se constituído como uma das mais importantes fontes de conhecimento na enfermagem”.

Sua presença nas bibliotecas de escolas de enfermagem é reivindicada como imprescindível para atualizar os conhecimentos sobre as últimas conquistas do saber humano (SCHRAMM, 1965). Em estudo sobre a utilização da REBEn como recurso bibliográfico no ensino, recomenda-se que “formar no aluno o hábito de consultar sistematicamente a REBEn deveria ser parte dos objetivos de todas as disciplinas ministradas no curso de enfermagem, para que o mesmo pudesse, além de adquirir conhecimentos técnicos, aprender a valorizar e conhecer a enfermagem do seu país” (BURINI, 1976, p. 135). No entanto, sua ausência das bibliotecas na grande maioria das escolas é marcante, correspondendo no ano de 1977 a 73% das Escolas de Graduação, 82% das Escolas de Técnico de Enfermagem e 90% das Escolas de Auxiliar de Enfermagem (CARVALHO, 1977), dados que provavelmente pouco tenham se alterado até hoje.

Um dos públicos da revista sempre configurou-se pelos estudantes, para os quais diversas atividades foram e continuam sendo implementadas, como os concursos das Semanas de Enfermagem, relatos de pesquisa, divulgação de eventos acadêmicos ou assinaturas da revista para alunos como premiação em determinadas situações. Desde seu início, a REBEn conta com a sessão denominada “Página do Estudante”, porém, trata-se ainda hoje de um espaço pouco utilizado por essa clientela (MANCIA, 2000).

Dentre os objetivos da revista, alguns já mencionados, destacam-se divulgar informações e troca de idéias, oferecer sugestões aos poderes públicos e estabelecer diretrizes para a organização e o funcionamento de escolas de enfermagem, estimular o espírito de pesquisa, contribuir para o aperfeiçoamento cultural e profissional da classe, constituir documentário e arquivo histórico, servir de traço de união cultural entre ABEn e organizações nacionais e internacionais, prover o intercâmbio com bibliotecas e outras revistas do país e do estrangeiro, divulgar artigos de interesse da classe e matérias pedagógicas de alto valor educativo, discutir temas como educação e legislação da enfermagem, contribuir para a afirmação do poder e ideologia da profissão, validar a terminologia profissional utilizada e tornar visível o estado da arte na área do conhecimento da enfermagem brasileira.

A solicitação por artigos e notícias é uma constante, especialmente nas primeiras cinco décadas, conforme vemos na citação: “Reiteramos o pedido tantas vezes feito às nossas enfermeiras, de enviarem colaboração, quer seja de artigos profissionais, quer seja de notícias que interessam à profissão. A falta dessa colaboração tem sido a causa mais freqüente de atraso na publicação” (NOVA..., 1953, p. 5). Não fosse a publicação dos trabalhos nos Congressos Brasileiros de Enfermagem, “talvez não houvesse matéria prima suficiente para completar dois números anuais” (CARVALHO, 1969, p. 209), situação que perdurou praticamente até a década de 1980.

Em 1998, com um fluxo de dez trabalhos mês, a sua publicação já não mais dependia da produção apresentada nos congressos, condição que permitia a opção por publicar, a partir de 1999, apenas alguns dos trabalhos neles premiados (EDITORIAL, 1998). Mancia (2002) refere que hoje a revista defronta-se com um quantitativo superior à capacidade de publicação, o que pode ser constatado pelo volume de trabalhos recebidos em 2002, num total de 239, simbolizando um aumento substancial nos últimos dois anos. Os autores colaboradores da revista sempre foram e continuam sendo predominantemente enfermeiras, docentes e representantes de todas as regiões do país.

A principal dificuldade enfrentada por seus idealizadores ao longo desses 70 anos foi o déficit financeiro, enfrentado de diferentes maneiras, através de doações, patrocínios de anúncios, festas, convênios e as anuidades das assinaturas, muitas vezes inferiores aos custos de editoração e postagem de um número produzido e enviado até seu destinatário. Porém, o desejo em mantê-la em circulação e ativa junto à profissão tem superado tais dificuldades, cuja esperança e otimismo vemos na expressão: “Somos otimistas e achamos que, com mais um impulso, e algum esforço das enfermeiras brasileiras conseguiremos tornar Anais de Enfermagem (hoje Revista Brasileira de Enfermagem) uma revista prestigiada e economicamente independente” (PINHEIRO, 1952, p. 137). Salvo a questão econômica, que sempre é motivo de preocupação, trata-se hoje sem dúvida de uma revista reconhecida e prestigiada nos meios científicos e acadêmicos, dentro e fora da enfermagem.

Mudanças mais recentes continuam a ocorrer, a fim de responder às demandas oriundas do crescimento da enfermagem, tanto a nível de graduação, quanto de pós-graduação, tais como: sugestão de citação de autores nacionais e auto-citações, com o propósito de dar maior visibilidade às pesquisas brasileiras; aperfeiçoamento do processo de comunicação via Internet que agilizou a avaliação dos artigos; reunião de textos e resumos que abordem temas da mesma área em números temáticos, facilitando o trabalho de revisão

bibliográfica e a introdução das normas de Vancouver³ a partir de 2003, no sentido de melhor qualificar internacionalmente a revista (MANCIA, 2002).

Com uma tiragem atual de 800 exemplares, a REBEn encontra-se avaliada como um periódico de circulação internacional da área de enfermagem, com nível C, conforme classificação da Qualis - Capes, dados de 2001. A revista está indexada nos seguintes bancos de dados: Medline/International Nursing Index, Literatura Latinoamericana em Ciências da Saúde (LILACS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Ulrich's International Periodicals Directory.

3.2 COLETA DE DADOS

Uma vez selecionados os textos, a etapa seguinte constou da leitura minuciosa de cada texto em particular e da aplicação de um instrumento de coleta de dados (Anexo A), unicamente elaborado para este fim. O referido instrumento contemplou as seguintes informações:

1. **Identificação do texto:** ano, volume/ano, fascículo, páginas, título e classificação do texto quanto a artigo (ensaio, revisão, pesquisa), página de estudante, conferência, resumo de tese/dissertação, narrativa e documentário.
2. **Perfil do(s) autor(es):** nome, sexo, formação profissional (enfermeiro, médico, assistente social, outros, não especificado), titulação (estudante de graduação, estudante de pós-graduação, graduação, especialização, mestrado, doutorado, pós-doutorado, livre-docência, não especificado), origem do(s) autor(es) (de escolas, de instituições de saúde a

³ Um pequeno grupo de editores de revistas médicas reuniu-se informalmente em Vancouver, British Columbia, em 1978, para estabelecer orientações quanto ao formato de manuscritos submetidos às suas revistas. O grupo tornou-se conhecido como 'Vancouver Group' e, posteriormente, veio a constituir o ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors), com indicações de normas de formato e referências bibliográficas generalizadas para publicações na área biomédica (INTERNATIONAL..., 2004).

nível hospitalar, de instituições de saúde a nível de saúde pública, não especificado), função exercida.

3. **Caracterização do texto:** tema central, objetivo(s), desenho metodológico. Quanto ao objetivo, quando explícito no texto, foi transcrito para o instrumento de coleta e, quando ausente, foi construído conforme indicações e a análise do próprio texto. O desenho metodológico foi definido a partir de Rocha et al (1984) e Cervo e Bervian (1996), sendo classificado o seu conteúdo em:
 - a) Experimental: caracteriza-se por manipular diretamente as variáveis relacionadas com o objeto de estudo, proporcionando o estudo da relação entre causas e efeitos de um determinado fenômeno. Esse tipo de pesquisa pretende dizer de que modo ou por que causas o fenômeno é produzido, fazendo-se uso de aparelhos e de instrumentos que a técnica moderna coloca ao alcance do pesquisador ou de procedimentos apropriados e capazes de tornar perceptíveis as relações existentes entre as variáveis envolvidas no objeto de estudo.
 - b) Descritivo: a pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los. Comporta relatos de experiência, descrição de situações, constatação de fatos, pesquisa de opinião e estudo de caso.
 - c) Analítico: envolve a explicação de fatos, desde explicações superficiais, a-históricas, restritas à aparência dos fenômenos (analítico-ideológico) ou explicações que buscam as raízes dos problemas e suas articulações com a sociedade global, em momentos históricos específicos (analítico-crítico).
 - d) Analítico-descritivo: apresenta características de conteúdo descritivo, ao mesmo tempo em que procura articular algumas explicações sobre os fatos ou dados apresentados.
4. **Citações que expressem idéias de eugenia positiva:** entende-se por eugenia positiva o esforço em prol do nascimento de indivíduos física e mentalmente perfeitos e sadios,

expresso em idéias como seleção de bons procriadores para o casamento e estímulo à sua procriação, cuidados necessários para o nascimento de indivíduos nesse perfil (cuidados individuais, assistência, serviços de saúde) e melhoria ou criação de certas competências humanas ou características psico-físicas, como inteligência, memória, força física entre outras.

5. **Citações que expressem idéias de eugenia negativa:** entende-se por eugenia negativa o esforço para a limitação do nascimento de indivíduos que não se apresentem física e mentalmente perfeitos e sadios, expresso em idéias como medidas restritivas de não procriação (limitação ao casamento, limitação à procriação, esterilização, aborto) e prevenção e cura de doenças e malformações consideradas de origem genética.

6. Observações do pesquisador

O período de coleta dos dados compreendeu os meses de novembro de 2002 a maio de 2003, incluindo a busca dos exemplares da revista, a sua leitura e a aplicação do respectivo instrumento.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Visto que propusemo-nos a analisar uma fonte documental, optamos pela Análise de Conteúdo (AC), modalidade temática, como caminho metodológico. Bardin (1977, p. 42) define AC como sendo:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Segundo Rodrigues e Leopardi (1999), o emprego da AC tem se ampliado significativamente em diferentes campos e circunstâncias de pesquisa, especialmente em trabalhos que envolvem avaliações e interpretações de dados e seus resultados com base em elementos textuais de um contexto discursivo. Bardin (1977) afirma que a AC pode ser aplicável com maior ou menor facilidade a todas as formas de comunicação.

Assim, os procedimentos para a AC emergem de uma situação contextual, de algum texto ou mensagem, escrito ou oral, sendo estruturados de maneira a organizar os dados coletados através de determinadas etapas. Esses dados precisam ser construídos de forma que permitam estabelecer a relação do que se encontra no domínio subjetivo e no domínio social, revelando então determinadas práticas coletivas. A “presença” ou a “ausência” de uma dada característica de conteúdo ou um conjunto de características em um determinado fragmento de mensagem é que passa a ser tomado em consideração, e não apenas a sua frequência. Como resultado do tratamento dessa mensagem, tem-se o seu conteúdo estruturalmente organizado, ou seja, um caminho aberto para a interpretação da realidade.

De acordo com Bardin (1977) e Minayo (1996), as etapas da AC são:

1. A pré-análise: ocorre a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação de hipóteses e objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final;
2. Exploração do material: é a administração sistemática das decisões tomadas na fase anterior, composta basicamente por operações de codificação, desconto ou enumeração;
3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: é transformar resultados brutos em resultados significativos e válidos, propondo inferências e adiantando interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

O analista é aquele que assume dupla tarefa nesse esforço investigativo: “compreender o sentido da comunicação, mas também e principalmente desviar o olhar para uma outra

significação, uma outra mensagem entrevista através ou ao lado da mensagem primeira” (BARDIN, 1977, p. 41).

Lüdke e André (1986), referindo-se à análise documental, apresentam os mesmos procedimentos da Análise de Conteúdo, ou seja, classificação, codificação e categorização dos conceitos, cuja intenção é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou de recepção na comunicação. O interesse não reside apenas na descrição dos conteúdos, mas no que estes nos poderão ensinar após serem tratados em relação a outras coisas.

A análise temática é uma técnica dentro da AC que possibilita a busca pelos significados manifestos e latentes do material qualitativo. De acordo com Bardin (1977, p. 105), o tema é “a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

A análise temática pressupõe que se construam ‘unidades de registro’ a partir dos textos, que são unidades de significação a codificar e correspondem ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a posterior categorização. Ou seja, quais os elementos do texto a ter em conta? Em nosso caso, as unidades de registro constituíram-se de frases ou parágrafos recortados a partir de uma leitura vertical de cada texto, obedecendo a classificação em eugenia positiva e eugenia negativa:

1. Eugenia positiva: referências textuais direcionadas, explícita ou implicitamente, a proporcionar e potencializar o nascimento de crianças fortes e sadias; referência à herança genética/hereditária com sentido positivo sobre as futuras gerações.
2. Eugenia negativa: referências textuais que, explícita ou implicitamente, interpunham entraves e dificuldades ao nascimento de crianças fortes e sadias ou medidas restritivas ligadas à reprodução humana; referência à herança genética/hereditária com sentido negativo sobre as futuras gerações.

Uma vez delimitadas as unidades de registro dos textos, partiu-se para um processo de inúmeras leituras e releituras das mesmas, posteriormente diferenciadas e agrupadas em algumas unidades temáticas (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Esse procedimento permitiu encaminhar o processo de categorização que, segundo Bardin (1977, p. 117), constitui-se em uma:

operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos.

O principal objetivo da categorização é fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos, a partir da qual a análise e interpretação final conduzam à produção de inferências válidas, que é a intenção de qualquer investigação.

Como resultado da análise e agrupamento das unidades temáticas, depreenderam-se dos dados três categorias, algumas comportando subcategorias. A apresentação e análise das mesmas e demais resultados encontrados constam do capítulo a seguir.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, faz-se uma breve caracterização dos textos selecionados para pesquisa, seguida da apresentação dos dados quanto à inserção do termo eugenia e correlatos na REBEn, com destaque à configuração de três ênfases distintas: conceituação e objetivos (1931-1951); conflitos éticos, legais e morais (1954-1976) e eugenia como um tema do início do século XX (1993-2002). Por fim, relatam-se os resultados do processo de categorização dos dados, com a descrição e análise de três categorias e suas respectivas sub-categorias. A primeira categoria, denominada “batalha que se impõe para o aperfeiçoamento eugênico do nosso povo”, destaca o anseio pela construção de uma sociedade composta por indivíduos sadios e normais, passando pela configuração de ideais sobre família e sobre a figura mulher/mãe. A segunda categoria, “a responsabilidade da enfermeira, em função da vida, é direta”, salienta as atividades da enfermagem quanto à formação de recursos humanos, ações educativas e ações assistenciais em reprodução humana. E, a terceira, “não há solução para os males sociais fora das leis da Biologia”, contempla saberes que orientam ações de estímulo ou limitação ao nascimento, com destaque ao debate em torno das influências hereditárias e ambientais sobre a reprodução humana .

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS TEXTOS SELECIONADOS PARA PESQUISA

A REBEn publicou um total de 227 fascículos no período de 1932 a 2002. Destes, 134 fascículos abordaram a temática eugenia, o que significou que 59,03% do total de

fascículos publicado expressou em seu interior a preocupação com a saúde e constituição das futuras gerações, ora em seu sentido positivo, ora negativo, ou em ambos.

A partir destes 134 fascículos, foram selecionados 263 textos para análise, o que correspondeu a 10,25% do total de 2.565 textos impressos no período. A Tabela 1 apresenta a classificação dos textos selecionados:

Tabela 1 – Distribuição quanto à classificação dos textos selecionados da Revista Brasileira de Enfermagem, no período de 1932 a 2002.

<i>Classificação</i>	<i>%</i>
Artigo	90,11
Página de estudante	5,32
Conferência	1,52
Narrativa	1,14
Documentário	1,14
Resumo tese/dissertação	0,77
TOTAL	100,00

Cerca de 70,72% dos textos analisados constituíram-se de trabalhos de cunho descritivo; 15,96% de cunho analítico e 13,32% foram de cunho descritivo-analítico. Nenhum texto foi classificado dentro do desenho metodológico experimental. O alto percentual de publicação na classificação ‘artigo’ reflete a ênfase dada pela revista a essa forma de produção que, em nosso caso, engloba os formatos de artigo, ensaio, revisão e pesquisa. Em seu conjunto, essa caracterização converge com os estudos de Germano (1983) e Rocha et al (1984) sobre a produção teórica da enfermagem brasileira.

O número total de autores foi de 445, sendo 86,74% do sexo feminino e 11,47% do sexo masculino, somados a um percentual de 1,79% não especificado. As Tabelas 2, 3 e 4 apresentam os resultados obtidos quanto à formação profissional, titulação e instituições de origem dos autores, respectivamente:

Tabela 2 – Distribuição quanto à formação profissional dos autores dos textos selecionados da Revista Brasileira de Enfermagem, no período de 1932 a 2002.

<i>Formação profissional</i>	<i>%</i>
Enfermeiro	60,89
Médico	4,04
Psicólogo	0,44
Assistente Social	0,22
Advogado	0,22
Historiador	0,22
Não especificado	33,97
TOTAL	100,00

Tabela 3 – Distribuição quanto à titulação dos autores dos textos selecionados da Revista Brasileira de Enfermagem, no período de 1932 a 2002.

<i>Titulação</i>	<i>%</i>
Estudante de graduação	6,96
Estudante de pós-graduação	6,51
Graduação	9,66
Especialização	2,02
Mestrado	4,26
Doutorado	7,19
Pós-Doutorado	0,22
Livre-Docência	2,37
Não especificado	60,81
TOTAL	100,00

Tabela 4 – Distribuição quanto à instituição de origem dos autores dos textos selecionados da Revista Brasileira de Enfermagem, no período de 1932 a 2002.

<i>Instituição de origem</i>	<i>%</i>
Escola de enfermagem	60,22
Instituição de saúde pública	12,22
Instituição hospitalar	9,46
Não especificado	18,10
TOTAL	100,00

Esses dados apontam para o fato de que são os profissionais enfermeiros aqueles que constituem a maior demanda da revista e, em sua maioria, do sexo feminino, uma vez que a

enfermagem compõem-se ao longo de sua história majoritariamente por mulheres. Os índices elevados quanto à não especificação de titulação dos autores justificam-se pela longa abrangência temporal da revista, que se estende de 1932 até os dias atuais, considerando-se que indicações quanto à titulação tornam-se mais freqüentes a partir da década de 1980, ligadas ao início de programas de pós-graduação em enfermagem no Brasil.

Verificou-se que a maioria dos autores encontram-se ligados às escolas de enfermagem, espaço que denota maior estímulo à produção e divulgação do conhecimento, se comparado aos demais campos de atividades da enfermagem, sejam eles serviços de saúde pública ou serviços hospitalares.

A Tabela 5 apresenta os dados quanto ao número de autores por texto, cuja predominância de um autor, seguida de dois autores, converge com a explicação quanto à titulação dos mesmos. Era freqüente a produção de textos por apenas um autor até o início dos cursos de pós-graduação em enfermagem, quando a relação aluno/orientador passa a direcionar a produção para dois autores.

Tabela 5 – Distribuição quanto ao número de autor(es) por texto do total de textos selecionados da Revista Brasileira de Enfermagem, no período de 1932 a 2002.

<i>Número de autor(es)</i>	<i>%</i>
Um	58,55
Dois	20,53
Três	9,50
Mais de três	8,36
Não especificado	3,06
TOTAL	100,00

A Tabela 6, indica que há uma produção continuada ao longo do período que expressa preocupações eugenistas quanto à constituição e saúde das futuras gerações, à exceção da década de 1943 a 1952, a qual converge com parte do período de interrupção da publicação da revista, concomitante à II Guerra Mundial.

Tabela 6 – Distribuição quanto ao número de textos por década do total de textos selecionados da Revista Brasileira de Enfermagem, no período de 1932 a 2002.

<i>Década</i>	<i>%</i>
1932 – 1942	14,07
1943 – 1952	5,70
1953 – 1962	20,15
1963 – 1972	12,55
1973 – 1982	19,39
1983 – 1992	10,65
1993 – 2002	17,49
TOTAL	100,00

De um modo geral, esses dados apontam para uma produção-reprodução do conhecimento divulgado pela REBEn majoritariamente em forma de artigo, de caráter descritivo e produzida por enfermeiras docentes. Igualmente apontam para o fato de que há uma produção continuada na revista que aborda a temática eugenia ao longo do período. A forma como se configura a expressão dessa produção no tocante ao termo em si e correlatos é apresentada a seguir.

4.2 INSERÇÃO DO TERMO EUGENIA E CORRELATOS NA REBEN

A partir da busca pela frequência e forma da utilização da terminologia eugenia e correlatos na REBEn, percebeu-se que os seus significados manifestos sofreram alterações em diferentes momentos. Tendo em conta essas alterações discursivas e, considerando as transformações ocorridas com o movimento eugenista de um modo geral na sociedade, foi possível a delimitação de três ênfases distintas quanto à forma de expressão da terminologia eugenia na REBEn, a saber:

Período de 1932 a 1951:

As referências sobre eugenia na REBEn, nesse período, convergem com a institucionalização da profissão de enfermagem no país, iniciada em 1923, através da Escola de Enfermagem Anna Nery, no Rio de Janeiro. Seu conteúdo versa essencialmente sobre conceituação, aplicações e objetivos da eugenia em prol de uma constituição saudável do povo brasileiro.

As décadas de 1920 e 1930 marcaram o esforço de muitos médicos em torno da difusão da eugenia no país, com inúmeras campanhas, eventos e obras teóricas sobre o tema. Os textos da REBEn dão mostra da proximidade do esforço desses profissionais à nascente enfermagem profissional no país, a qual revela em seus discursos a incorporação das idéias eugenistas então circulantes, deixando transparecer um certo entusiasmo pelas mesmas, especialmente nos anos 30. Deve-se considerar que as atividades da enfermagem nesse período concentravam-se nos serviços de saúde pública, e a eugenia comportava um conjunto de idéias, saberes e ações que dava visibilidade à grande preocupação da enfermagem em torno da construção de uma nacionalidade forte e saudável.

São nove textos encontrados nesse período, cujas citações são:

É a educadora dos lares, a aperfeiçoadora da raça, quando em seu nobre mister de visitar quotidianamente as casas pobres que estão aos seus cuidados, ensina princípios de higiene e eugenia (LOBO, 1932, p. 6).

Devemos enfrentar corajosamente todas as dificuldades e vencer a grande batalha que se impõe para o aperfeiçoamento eugênico do nosso povo (LOPES, 1934, p. 25).

[...] devemos cuidar do HOMEM BRASILEIRO, regenerado pela Eugenia, e por ela tornado capaz de prolongar sua prole feliz, forte e sadia! (LOPES, 1934, p. 25)

É isso o que nos induz a pensar na conveniência urgente de reforçarmos as legiões defensoras da Eugenia do Brasil (LOPES, 1934, p. 25)

Sem Eugenia nada teremos realizado em proveito do Brasil de amanhã! (LOPES, 1934, p. 25)

Eugenia! IN HOC SIGNO VINCES ('por este sinal vencerás') (LOPES, 1934, p. 25)

A enfermeira quando entra numa casa deve estar preparada para atender não só ao doente, como também ensinar-lhe como viver no meio coletivo sem transmitir a doença; ao lado disso educar a família nos princípios de higiene e eugenia (ALVES, 1934, p. 5)

Mas, o que infelizmente parece preocupar a poucos, é o problema da saúde do nosso povo, da sua eugenia, [...] (FRÉRES, 1936, p. 27)

Só deveria nascer criança linda, porque o problema estético, a harmonia da forma, a beleza, estão na dependência da eugenia da raça (FRÉRES, 1936, p. 27)

[...] quando verificamos que todas essas questões estão na dependência da saúde do povo, da eugenia da raça, [...] é que sentimos a necessidade ingente que pesa sobre nós (enfermeiras) (FRÉRES, 1936, p. 27)

Uma nação constituída de elementos devorados pela Tuberculose, aniquilados pelo impaludismo, deprimidos pela sífilis, será sempre escravizada por outros povos eugênicos; [...] (FRÉRES, 1936, p. 27)

Eu cito apenas o exame de sangue para a despistagem da sífilis, [...] enfermeira visitadora que conhece os sintomas capitais da terrível inimiga da eugenia (BARROS, 1937, p. 25)

O seu médico Instrutor de Eugenia, quanto mais velho mais crê na ciência, quando bem orientada e aplicada e acredita na força do pensamento, nas suas modalidades positiva e negativa (VIEIRA FILHO, 1938, p. 50)

A questão do alcoolismo sempre me interessou vivamente, quer sob o ponto de vista eugênico dos fenômenos da hereditariedade, pois que o álcool indubitavelmente age sobre as células germinativas, alterando-as e desorganizando-as, quer sob o ponto de vista da família e da sociedade (VIEIRA FILHO, 1938, p. 47)

Há múltiplas doenças hereditárias perfeitamente conhecidas e identificadas pela Genética e que a Eugenia procura estudar com o fim especial de aplicar à espécie humana os seus princípios gerais para obter e melhoria da raça [...] (GUIMARÃES FILHO, 1946a, p. 6)

Nas unidades sanitárias, nas escolas, nas fábricas, no lar, exercer as funções de educadora alimentar, demonstrando o valor e as vantagens econômicas, sociológicas e eugênicas da alimentação racional, suficiente e própria (PAULA, 1949, p. 164)

[...] mostrou-se a importância do momento da fecundação sobre o futuro ser e, olhos voltados para a eugenia de Galton, criou-se a expressão Puericultura Pré-Concepcional para os cuidados que se deve ter com os candidatos à procriação, visando-se evitar o nascimento de crianças sob o peso de heranças mórbidas, taras, malformações e deficiências orgânicas as mais diversas (ORNELLAS, 1951, p. 218)

Período de 1954 a 1976:

De modo geral, observa-se nesse período o declínio do entusiasmo em torno das idéias eugenistas tal qual vinham se configurando anteriormente, nacional e internacionalmente, motivado, entre outros fatores, pelos acontecimentos da II Guerra Mundial, por transformações sociais e culturais e pelos avanços da ciência. Os textos da REBEn denotam tal declínio, revelando um conteúdo demarcado por indicações conflituosas nos campos éticos, legais e morais em torno da prática da eugenia.

Tais conflitos não escondem a configuração de um ideal eugênico de perfeição do ser humano, pelo contrário, tendo em vista esse ideal é que os conflitos passavam a ser explicitados, uma vez que para alcançá-lo discutia-se na época pela limitação ou eliminação daqueles que viessem a diferir do mesmo. Em um período de forte influência religiosa sobre os discursos da enfermagem¹, encontram-se condenações ao aborto e à esterilização como medidas de eugenia negativa, associadas à crítica sobre as mudanças de comportamento intensificadas a partir da década de 1960, em que métodos anticoncepcionais e o controle da natalidade passavam a ser praticados e divulgados, não tanto para atender a um fim eugênico em si mesmo, mas para garantir certas liberdades sexuais, num momento de grande revolução cultural.

Por outro lado, a enfermagem vivenciava um redirecionamento da assistência dos serviços de saúde pública para os serviços hospitalares, especialmente com o surgimento de grandes hospitais geralmente de caráter público e destinados quase todos para fins educacionais. Segundo Alcântara (1963, p.29):

Os novos estabelecimentos hospitalares passaram a constituir maior mercado de trabalho para as enfermeiras diplomadas, relegando a plano secundário, sob esse aspecto, os serviços de saúde pública que até então absorviam a maioria de diplomadas. Em 1943, entre 334 enfermeiras em serviço ativo, diplomadas pela Escola Ana Neri, 221 (66%) trabalhavam no campo da

¹ Alcântara (1963) afirma que a religiosidade representa um importante traço da enfermagem brasileira, anterior ao advento da 'enfermagem moderna', em 1923, quando as atividades de enfermagem concentravam-se nas mãos de irmãs de caridade e leigos nas Santas Casas de Misericórdia espalhadas pelo Brasil.

saúde pública e 32 (9,5%) em serviço nos hospitais. Em 1950, verificou-se que 49,4% das enfermeiras encontravam-se no campo hospitalar e 17,2% no campo da saúde pública, conforme dados obtidos por inquérito realizado naquele ano pela Secção de Enfermagem do então Ministério da Educação e Saúde.

Os profissionais da enfermagem foram rapidamente absorvidos por esse novo setor, o que se repercutiu na mudança de tom dos discursos produzidos e publicados pela REBEn, não mais voltados prioritariamente para a construção de uma coletividade, mas para situações e decisões individualizadas no campo da reprodução humana.

Foram encontrados seis textos nesse período, cujas citações são:

[...] todos os pretextos (de ordem médica, eugênica, moral, social) para induzir o médico a dar um conselho ou a fornecer um concurso que permita satisfazer o instinto natural, mas frustrando-o da possibilidade de atingir a finalidade da função geradora da vida (PIO XII, 1954b, p. 203)

Nem mesmo a autoridade pública tem qualquer direito, sob pretexto de qualquer ‘indicação’ que seja (de ordem médica, eugênica, moral, social), de permiti-la (esterilização), e ainda menos de prescrevê-la ou de fazê-la executar em prejuízo dos inocentes [...] (PIO XII, 1954b, p. 204)

Pode-se ser dispensado dessa prestação positiva obrigatória, mesmo por longo tempo, até mesmo pela duração inteira do matrimônio, por motivos sérios, como os que não é raro achar nisso a que se chama a ‘indicação’ médica, eugênica, econômica e social (PIO XII, 1954b, p. 207)

Portanto, não há homem, nenhuma autoridade humana, nenhuma ciência nenhuma ‘indicação’ médica, eugênica, social, econômica, moral, que possa exhibir ou conferir um título jurídico válido para dispor direta e deliberadamente de uma vida humana inocente, isto é, para dispor dela em mira à sua destruição encarada quer como fim, quer como meio para obter um fim que talvez em si mesmo absolutamente não seja ilegítimo (PIO XII, 1954b, p. 197)

(Heredologia) Fundamento da Eugenia [...] os eugenistas, em nome da defesa da raça e do bem-estar coletivo, propõe, como solução, que sejam eles (doentes mentais) esterilizados. Outros, mais adiantados e escrupulosos, respondem, até, de acordo com um catecismo publicado pela Sociedade Americana de Eugenia, à pergunta – quem deve ser esterilizado? – os pobres e outros degenerados! (VELHO, 1956, p. 241)

Portanto, não há homem, nenhuma autoridade humana, nenhuma ciência, nenhuma ‘indicação’ médica, eugênica, social, econômica, moral, que possa exhibir ou conferir um título jurídico válido para dispor direta e deliberadamente de uma vida humana inocente, isto é, para dispor dela em mira à sua destruição encarada quer como fim, quer como meio para obter

um fim que talvez em si mesmo absolutamente não seja ilegítimo (DOMINEUC, 1957, p. 359)

Há os que permitem a eugenia ativa nos próprios consultórios pré-natais, onde a instrução sobre a moral sexual é dada, não tanto para evitar a disgenia hereditária, mas para ajustar as exigências do sexo as dificuldades da vida contemporânea, facultando mesmo a solteiros vida sexual, sem o ônus da procriação (GUIMARÃES FILHO, 1961, p. 329)

(Visão evolutiva do homem e do universo) [...] o controle da fertilidade incluirá medidas eugênicas (PADIN, 1972, p. 84)

Situaciones especiales: Lo referente a paciente sometidos a mutilaciones; transplantes de órganos, operaciones ilícitas, eugenesia y eutanasia; pueden integrar-se en el curso de Enfermería Médico-Quirúrgica, especificandose en cada caso los deberes éticos de la Enfermera frente a cada una de estas situaciones, así como la responsabilidad moral y civil que conlleva el participar en dichos actos (DELPINO; ATAPOMA, 1976, p. 53)

Período de 1993 a 2002:

Após uma lacuna quanto ao aparecimento do termo eugenia na década de 1980, ele volta a ser expresso na última década, agora contemplado em estudos que fazem referência à eugenia como um tema e uma marca das primeiras décadas do século XX, na sociedade em geral e também na enfermagem. Apenas Garcia (1993), após referências ao período citado, alerta para possíveis práticas eugenistas na atualidade ligadas a certas formas de controle, discriminação e exclusão, como os altos índices de pobreza, abandono de crianças, massacres de detentos ou de menores infratores e o aumento de esterilizações em épocas de eleição política. Sem qualquer menção aos avanços da ciência contemporânea, a idéia central desse texto é de preocupação quanto ao caráter negativo e discriminatório da eugenia.

Considerando que a partir da década de 1990 a terminologia eugenia é retomada nos meios de divulgação científica dentro do contexto dos atuais avanços biogenéticos, inclusive com mudanças em seu significado, os dados encontrados na REBEn apontam para uma lacuna quanto a esses avanços, sugerindo uma certa resistência da enfermagem frente a esse novo quadro da ciência contemporânea.

Foram encontrados três textos nesse período, cujas citações são:

*estudo com várias referências à eugenia e enfermagem do início do século XX (GARCIA, 1993)

A criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Parahyba em 1924, veio enfatizar o discurso da educação sanitária, principalmente, no que tange às idéias de eugenia (Nota de Rodapé: ‘a Eugenia deve ser a estrela da medicina futura [...] tudo pela eugenia – a ciência da transformação do homem’) (MONTEIRO, 2000, p.460)

A autora deste documento evidencia a perspectiva eugênica do trabalho sanitário, reproduzido pelas enfermeiras de saúde pública, ao ressaltar o ‘número incrível de famílias paupérrimas, que não podem criar filhos sadios e fortes’ (BARREIRA; BAPTISTA, 2002, p. 206)

Os ideais eugênicos emanados da Europa foram aqui assimilados sob a forma de uma política de ‘embranquecimento da nação’, [...] (BARREIRA; BAPTISTA, 2002, p. 212)

4.3 CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS

Segue, abaixo, a descrição e análise das três categorias e suas respectivas sub-categorias, construídas a partir dos dados de coleta.

4.3.1 “Batalha que se impõe para o aperfeiçoamento eugênico do nosso povo”

A presente categoria compõe-se de quatro sub-categorias, as quais permitem a construção de alguns elementos fundamentais para a operacionalização do conceito de eugenia apresentado pelos textos da REBEn. A partir da elaboração de padrões de normalidade e seguindo a lógica das antinomias (contradição entre dois princípios), os textos contrapõem constantemente o que deve ser aperfeiçoado e o que deve ser limitado, em outras palavras, a eugenia positiva e a eugenia negativa. Essa construção aplica-se ao indivíduo, à

sociedade, à família e à mulher/mãe, figuras que se destacam nos textos e que passam a ser descritas, respectivamente.

4.3.1.1 “Recém-nascido de traços perfeitos [...] obra prima da natureza”

O novo ser é uma maravilha de perfeição (ASSISTÊNCIA..., 1957, p. 407).

A prática da eugenia pressupõe a configuração de um biotipo almejado, com vistas a alcançar um futuro ‘sonho eugênico’. Os textos da REBEn apontam nesse sentido, especialmente quando referem-se às práticas eugênicas da Antiga Grécia, expressando o seu ‘sonho eugênico’ e algumas das ações então praticadas, tanto de caráter positivo quanto negativo, conforme Lopes (1934), Souza (1936), Leal (1950), Rocha (1979) e Brito (2000).

Esse sonho grego pautava-se sobre princípios como a consagração da beleza física, intelectual e moral dos homens. Deviam os espartanos ser vigorosos e ágeis e as mulheres robustas, capazes de gerar filhos sadios. Medidas positivas eram implementadas: a higiene pública e a higiene individual; a legislação que responsabilizava ao Estado promover e conservar a saúde dos cidadãos; mulheres grávidas assistiam aos espetáculos heróicos, os quais deveriam influenciar o vigor do novo ser; relações sexuais eram controladas com o objetivo de obter gerações guerreiras e fortes, entre outras. Por outro lado, o controle dos nascimentos era rigoroso, através do aborto e do feticídio, quando crianças imperfeitas ou com fragilidades eram atiradas do alto do Taygeto. Acreditavam os espartanos que a vida de um ser débil não oferecia interesse para ele ou para o Estado.

Sintetizando todas essas medidas, a Grécia simbolizava um ideal, retratado por Souza (1936, p. 11): “Controlar os nascimentos, esterilizar os anormais e tornar persuasível o tratamento pré-natal, é o ideal supremo para que, amanhã, o Brasil seja uma nova ressurreição

de Esparta”. Essa síntese implica na conformação de um biotipo ideal expresso pela REBEn e que pode ser caracterizado como sendo aquele indivíduo ‘saudável, belo e normal’.

Algumas ênfases podem ser delineadas ao longo do período, as quais poderiam ser assim distribuídas: década de 30: saúde/beleza (beleza/fealdade); décadas 50 e 60: saúde/normalidade - corpo/função; décadas 70 e 80: superdotação/deficiência mental; década de 90: bebê ideal/real.

Uma das primeiras referências encontradas refere-se à Biotipologia, justamente a ciência das constituições, temperamentos e caracteres (DI PIERO, 1933). A partir da noção da unidade individual normal e patológica, o autor enobrece a Biotipologia como uma tendência da medicina da época e chama a atenção de sua importância para a enfermagem, tanto no recrutamento de candidatas ao curso quanto na prática da assistência aos doentes.

É a ciência balizando os tipos físicos e comportamentais dos homens. A idéia de normal e patológico traz consigo, além da constatação real da distinção entre essas duas situações nas quais o indivíduo pode apresentar-se, também a reiteração do que vem a ser a condição esperada e a vinculação entre comportamentos condenáveis socialmente, como a criminalidade, à constituição física e mental dos seus praticantes. Comportamentos sociais passam a ser explicados exclusivamente sob a ótica da biologia, no caso, a Biotipologia. Passam a ser estabelecidas antinomias entre aspectos desejados e indesejados, tendo em vista o perfil idealizado de biotipo ou cidadão correto, lógica que predomina ao longo dos discursos produzidos.

Características morais, de inteligência, de caráter e de comportamento podem ser previstas e confirmadas pela conformação física (morfológica) do indivíduo. Quando o autor afirma que estudos sobre o temperamento, o caráter e a inteligência virão seguramente a seu tempo, ele expressa esse ideal e o desejo em alcançá-lo através da ciência. Ao destacar suas aplicações no exame pré-nupcial e ao questionar para quando estas simplificações como

verdade profunda aos que entram na vida, estabelece-se a relação entre os saberes cientificamente construídos e a necessidade de sua obediência para a constituição de futuros seres humanos que alcancem o perfil traçado. E, é esse pensamento que, de uma forma geral, vai orientar e ainda tem orientado ações educativas e assistenciais desenvolvidas por profissionais da área da saúde, incluindo-se os da enfermagem.

De uma forma talvez menos científica, mas delimitando características visíveis a esse ideal, os textos da década de 30 destacam a beleza como sendo a marca do estado de saúde. Porém, não é a beleza frágil e artificial de bonecas e ‘dandys’, mas a “beleza de traços normais, pele perfeita, a verdadeira beleza da saúde” (SMITH, 1936, p. 17). Frères (1936) alerta que a beleza, o problema estético, a harmonia da forma estão na dependência da ‘eugenia da raça’. Essa associação explícita entre beleza e eugenia permite resgatar a clareza e simplicidade do que venha a ser esse ideal eugênico de que ‘só deveria nascer criança linda’. É uma afirmação direta que expressa o desejo pela perfeição do homem, viabilizada pelo conhecimento científico.

Cox (1938) estabelece um comparativo entre a beleza da natureza e a beleza da arte, as quais deveriam ser inseparáveis. A beleza da natureza subentende no texto a conformação física e mental dos indivíduos e sua condição de saúde. O autor afirma: “depois da aspiração da saúde, o desejo de beleza assegura maior esperança na regeneração da raça humana, do que outra qualquer agência educacional, porque proporciona o melhoramento físico e espiritual” (COX, 1938, p. 41). Nota-se a importância dada aos aspectos biológicos em detrimento a ações de origem externa ao indivíduo, como a educação, ao que o autor inclusive questiona: “talvez o triunfo da higiene, da medicina e da educação moderna não sejam tão vantajosos como estamos induzidos a crer [...]. A civilização moderna parece incapaz de produzir indivíduo dotado de imaginação, inteligência e coragem” (COX, 1938, p. 42).

Um segundo comparativo é estabelecido entre a beleza e a fealdade, ponto em que fica evidente o constante paralelo entre diferentes biotipos. Cox (1938, p. 42) afirma:

Pode-se dizer que a média dos homens é tanto inconsciente à beleza quanto à fealdade. Concorro, porque se assim não fosse, os nossos asilos estariam mais cheios do que realmente estão, pois a fealdade é como o óxido de carbono, não é necessário senti-lo para perecer de seus efeitos. Alguns parecem imunes a ele, porém, com o tempo os organismos mais fortes são vencidos – quando se aspira o gás morre-se lentamente, - inalando-se a fealdade o espírito se mumifica e, este estado da alma é pior. No primeiro caso (gás carbônico) pode-se ir diretamente para o céu, enquanto que o segundo (com a fealdade) pode-se sobreviver, porém como um portador de germens da melancolia que infetam os nossos amigos.

A partir do que parece simplesmente o destaque ao poder curativo da arte sobre o homem ao longo do texto, revela-se construído um forte paralelo entre a beleza e a fealdade, marcadas pelos aspectos físico, mental, espiritual e comportamental do homem, com um apelo para aumentar o número de pessoas dentro dos padrões desejados, para o bem coletivo da sociedade. O que, a princípio, apenas aparece como benefício individual, pode vir a ser benefício para a humanidade, ideário esse compartilhado por higienistas e eugenistas da época.

Tendo em conta a sociedade pautada essencialmente sobre desigualdades, entende-se esse comparativo beleza/fealdade, possível em uma relação social entre desiguais, e compreende-se a expressão de que o alcance da beleza almejada não é possível sem sofrimento, pois ‘quanto mais se ama a beleza, mais dói a fealdade’ e de que adquirir tal experiência da beleza (humana) pode exigir muito esforço, que pode ser menos penoso ao exigido para suportar a sua ausência. O autor conclui citando Havelock Ellis que, após uma vida longa e cheia de experiências civilizadas, teria dito que ‘somente a beleza é que vale’, reafirmando que é necessário que a possuamos mesmo que oculte terror e divindade em alguns dos seus altos mistérios.

Percebe-se essa dicotomia entre beleza e fealdade (leia-se saúde e feiúra/doença) já em textos anteriores: a Biotipologia afirma que é cousa segura a existência de afinidades

biológicas entre a constituição individual e a disposição física dos maníacos depressivos e esquizofrênicos (DI PIERO, 1933); a enfermeira de saúde pública, opostamente à alegria de encontrar um petiz recém-nascido saudável, cuja mãe freqüentava os serviços de pré-natal, sente pesar ao encontrar em outros lares criaturas pobres e indolentes, concorrendo para o aumento da mortandade infantil e o atraso do país (MAIA, 1935); a profissional conclui que é doloroso o espetáculo que encontra ao passar pelos bairros proletários da cidade: descaso e maltrato é o que cercam a criança, os futuros homens da nação, que se tornam o espectro do que prometeram ser (SMITH, 1936).

Cox (1938, p. 42) parece resumir muito bem essa situação: “podemos nós negar que temos dado mais importância a higiene física do que à saúde espiritual, e que temos abandonado a beleza em busca da ciência? Uma inspeção rápida numa cidade moderna nos dará a resposta”. Existe um conflito latente entre a ansiedade de compor uma sociedade com determinados perfis humanos e as conseqüências nem sempre salutares nesse sentido dos próprios avanços da ciência, como os cuidados sanitários ou a imunização, que viabilizariam a sobrevivência dos mais fracos e empobrecidos, no caso, da fealdade em pessoa. Para agravar ainda mais a situação, somam-se a esses avanços o maior empobrecimento e a elevada incidência de doenças, conseqüentes do processo de urbanização e exclusão social que se evidencia nas primeiras décadas no Brasil.

Os textos produzidos nas décadas de 50 e 60 limitam-se a associar a saúde à condição de normalidade, dos quais destacamos Forjaz (1955, p. 133), que apresenta o termo ‘saúde’ definido de duas maneiras:

primeiro, do ponto de vista do indivíduo, a saúde ou a normalidade pode ser encarada como o ótimo do desenvolvimento e felicidade do indivíduo. Do ponto de vista da sociedade em funcionamento, uma pessoa pode se dizer normal ou saudável se for capaz de desempenhar o papel social que lhe cabe em uma determinada sociedade.

O indivíduo não pode ser concebido fora de uma coletividade, na qual ele ocupa um determinado espaço social e assume determinadas funções sociais. A idéia aqui presente é que a saúde e normalidade do indivíduo se refletirá na saúde e normalidade da sociedade a qual ele pertence. Essa mesma idéia reaparece com Prince (1965), quando o autor apresenta a preocupação que se deve ter para com as crianças anormais e abandonadas (ilegítimas), caso se deseje uma sociedade organizada, de componentes normais.

É interessante observar que o sentido proposto é do indivíduo para a coletividade, limitando a responsabilidade por uma boa dinâmica social aos indivíduos em si e por si. Praticamente ausente dos textos produzidos está a inversão desse pensamento, ou seja, os indivíduos como produto das interações sociais e da forma de organização da sociedade, que deveria conduzir a outras posturas, como a de responsabilidade coletiva sobre as misérias sociais produzidas por todos, estimulando um processo de inclusão social e redistribuição das riquezas e avanços oriundos do desenvolvimento econômico e científico. A socialização responsável do desenvolvimento passaria a ser uma ênfase, ao contrário das tentativas compartimentalizadas de atuação sobre indivíduos ou grupos para minimizar as desigualdades e perigos que se proliferam na sociedade.

A base conceitual dominante nos discursos assemelha-se às bases conceituais que nortearam o início do movimento eugenista, no século XIX, pautadas sobre um padrão de raça humana, no caso a determinação de um biotipo normal, em que as diferenças estabelecidas pelas relações sociais passam a ser tidas como naturais, inerentes ao indivíduo (BOARINI, 2003).

Essa perspectiva resulta na criação de casos ou grupos específicos sobre os quais deve-se atuar, para que mantenham ou readquiram as condições viáveis ao bom funcionamento social. Exemplo disso é a atenção aos filhos ilegítimos, retratada por Prince (1965, p. 92), que afirma: “os filhos ilegítimos contribuem para o fracasso social (delinquência, deficiência

mental, psicopatias, prostituição) e as crianças asiladas demonstraram retardamento mental, anomalias freqüentes no campo da afetividade”. A ação sobre as crianças asiladas, particularmente as crianças doentes, mas ‘normais’, deveria ser no sentido de tratá-las a fim de que pudessem se assemelhar, tanto quanto possível, às outras crianças. Diríamos, àquelas ‘crianças saudáveis, belas e normais’, o biotipo idealizado.

As décadas de 70 e 80 sinalizam para os dois pontos extremos e opostos desse biotipo. Em uma linha ascendente superior, encontram-se os superdotados, os quais podem “formar elites mais aptas aos vários campos de reflexão para darem continuidade e expandirem o desenvolvimento brasileiro, dinamizarem e inovarem a sociedade” (MEDEIROS, 1978, p. 317); e, numa linha descendente inferior, estão os excepcionais e deficientes mentais, aos quais um trabalho de prevenção primária e estimulação precoce poderia “reduzir ou eliminar desvios dos padrões mínimos de normalidade” (SANTOS, 1980, p. 338).

O fato de os superdotados constituírem um grupo minoritário, apenas meio por cento da população, parece ser profundamente lamentado por Medeiros (1978). Sugere-se que o estudo e o atendimento ao superdotado e sua família conduza à verificação de certas características em seus lares, as quais poderiam ser propiciadas à população como condições desejáveis na educação dos filhos, ao que lembramos a lógica das antinomias entre aspectos desejados e indesejados de um biotipo que vem nortear os discursos ao longo do período, aspectos esses balizados pela ciência e que devem ser obedecidos mediante a aprendizado em saúde.

Esse perfil de superdotado deveria ampliar-se socialmente, inclusive em prol de uma mais rápida expansão e desenvolvimento nacionais. Ao contrário disso, vê-se que limitações familiares e sociais dificultam ou mesmo limitam o próprio superdotado no processo de desenvolvimento de suas capacidades. As limitações familiares podem ser superadas mediante a devida orientação de seus membros, para que as condições sejam apropriadas a um

desenvolvimento satisfatório, ou na própria descoberta desses elementos, conforme aponta Medeiros (1978, p. 319):

Até recentemente as tentativas de identificar superdotados na população tendiam a recair sobre o elemento médio de certos grupos sócio-econômico-culturais mais propícios ao desenvolvimento ou à manifestação de dotes superiores. Hoje, ao ampliar-se a busca com meios mais elaborados de pesquisa, é dada oportunidade a crianças providas de lares menos favorecidos e o estudo de suas famílias poderá vir a confirmar ou corrigir conclusões anteriores sobre a origem ambiental da superdotação, considerando-se que aptidões excepcionais podem manter-se desapercibidas se não houver condições que lhes sejam favoráveis.[...] esclarecimentos gerais à comunidade sobre: indícios e características da superdotação; necessidades básicas, pessoais, sociais e pedagógicas do superdotado; e recursos existentes adequados ao melhor desenvolvimento de talentos superiores.

Por outro lado, as limitações sociais restringem-se basicamente ao processo educativo, à estrutura sócio-educacional necessária ao seu progresso. É o que apontam Medeiros (1978) e Santos (1980), quando referem que os superdotados conseguem realizar-se ‘apesar de’ e não ‘por causa’ do sistema educacional e social, e que a ‘criança brilhante’, como é qualificada, deve ser assistida adequadamente com programa educacional especial. Infelizmente, dizem os autores, não existe ainda uma conscientização nacional da importância desses programas, ao que retomamos a lembrança das sociedades idealizadas por Huxley (1933), em seu livro ‘Admirável mundo novo’ e pelo autor do filme de ficção científica ‘Gattaca’, de 1997, as quais eram organizadas e direcionadas para desenvolver e potencializar as aptidões superiores de seus cidadãos² (GUILLHAM, 2001).

Nossa sociedade não é uma sociedade idealizada. Não é possível pensar ou esperar um desenvolvimento ‘harmônico’ e completo de tais aptidões em contextos de extrema

² Em seu último ano de vida, Galton teria escrito uma novela, jamais publicada, chamada ‘Kantsaywhere’, que descrevia a sua ‘utopia eugênica’: “Inhabitants of Kantsaywhere were required to take an examination that vetted them genetically. Failures had inferior genetic material and were segregated in labor colonies where conditions were not onerous, but celibacy was enforced. Those passing the examination with a ‘second-class certificate’ could propagate ‘with reservations’. Those who did well took the honors examination at the Eugenics College of Kantsaywhere and were granted ‘diplomas for heritable gifts physical and mental’. These elite individuals were encouraged to intermarry” (GUILLHAM, 2001, p. 99). Guillham (2001) compara Kantsaywhere ao filme Gattaca (1997), referindo que tratam-se de sociedades semelhantes e com os mesmos problemas éticos. A única diferença seriam 100 anos de evolução tecnológica.

desigualdade, os quais, mesmo que constatados, pois são fatos, não têm sido considerados nas análises e soluções apontadas. Os ‘casos’ ou ‘grupos’ são identificados, nominados e avaliados isoladamente e, tendo em vista um biotipo padrão, criam-se situações como as apontadas por Medeiros (1978), em que pais ou professores realçam a separação entre o ‘normal’ e o superdotado, quando este passa a sentir-se marginalizado e busca ou a integração social, pelo conformismo, ou alguma compensação, pela auto-afirmação.

Uma questão não muito claramente definida por Medeiros (1978) é a provável origem genética ou ambiental da superdotação. Não parece tratar-se exatamente de uma ‘origem ambiental’, mas sim, a influência do ambiente como um fator coadjuvante importante para a manifestação ou não dos dotes superiores. Se ‘aptidões excepcionais podem manter-se desapercibidas se não houver condições que lhes sejam favoráveis’, então a origem de tais aptidões precede o ambiente e estas sejam, presumidamente, consideradas de origem genética.

E é também a origem genética que é enfatizada no campo oposto à superdotação, ou seja, em caso de deficiências físicas ou mentais. No entanto, o sentido da descoberta dessa origem genética não é de estimulação, mas de contenção, ou seja, representa um campo fértil para medidas eugenistas negativas. Os esforços profissionais e governamentais devem dirigir-se a aprender como a deficiência pode ser minorada e um caminho importante mencionado nos textos é a prevenção primária. Com destaque ao aconselhamento genético, as ações a serem desenvolvidas incluem principalmente:

A Enfermagem na Assistência ao Deficiente Mental – Prevenção Primária: - realizar triagem dos Serviços de Enfermagem de Saúde Pública de famílias com casos de deficiência mental existente no parentesco, para estudos genéticos; - atuar em programas de imunização nos Centros de Saúde da Comunidade; - auxiliar no controle das medicações à venda em farmácias através da orientação a farmacêuticos e funcionários quanto aos riscos para as gestantes e RN; - participar de programas de assistência à gestante, realizando completa avaliação incluindo passado e história clínica, história obstétrica, estado de saúde atual, história familiar de distúrbios genéticos ou de desenvolvimento, resposta físico-emocional da gravidez, necessidades educacionais, sociais e financeiras e estado nutricional; - orientar a gestantes no pré-natal, quanto às drogas nocivas à gravidez, a dietas específicas, à exposição a radiações, fumo, doenças infecciosas e aos demais fatores

teratogênicos conhecidos; - prestar cuidados especiais aos RN no hospital [...]; - treinamento de pessoal de Centro Obstétrico para recepção do RN normal e patológico, assistência ao parto; - treinamento de pessoal não especializado (parteiras e curiosas) [...]; participar de programas de aconselhamento genético às famílias de alto risco, nas quais existe um distúrbio genético e o risco de uma anormalidade em uma futura criança (ANDRADE, 1986, p. 92)

A prevenção primária envolve inúmeras medidas de eugenia negativa, no sentido de limitar o nascimento de crianças com deficiências físicas ou mentais. São medidas necessárias e importantes, porém, não podemos ignorar as bases conceituais dominantes sob as quais essas medidas estão sujeitas a serem implementadas, que podem conduzir a ações de caráter discriminatório na prevenção ou na assistência a essa clientela.

Por outro lado, se considerarmos que o desenvolvimento tecnológico permite atualmente manter a produção em níveis desejados sem a participação maciça do trabalhador, merece atenção a reprodução de idéias que, sob a ótica da competição pós-revolução industrial que estimulava o império do mais forte, ainda consideram que os incapazes disto tornam-se:

deficientes porque não eficientes (o homem passa a ser visto como uma peça da produção), excepcionais porque fora do contexto econômico-social, limitados porque não podem atingir, como seus concorrentes, a produção máxima. São portanto, um estorvo, dignos de desprezo ou de compaixão, apenas tolerados pela sociedade (SANTOS, 1980, p. 236).

Se, na perspectiva citada, na década de 80, os incapazes de produzir tornavam-se marginalizados, quanto mais no momento atual, em que os próprios trabalhadores de um modo geral passam a ser descartáveis no processo de produção. Naquele momento, a autora apontava para novas perspectivas na assistência aos excepcionais, como mudanças de comportamento no sentido de diminuir o estigma e potencializar o excepcional e suas capacidades. Em 2004, fala-se em potentes instrumentos de tipagem populacional, determinando ‘tribos genotípicas’ e identificando ‘desprioridades’ ou ‘inações’ de saúde

justificadas tecnicamente. É urgente que os profissionais de saúde reavaliem seus conceitos, para que suas ações não venham a transformar-se em futuros equívocos históricos, a exemplo de algumas ações do passado, em que grupos como os excepcionais dificilmente terão a chance sequer de sobreviver, quanto mais de serem valorizados ou reconhecidos socialmente.

E, a própria enfermagem aponta para a busca de aptidões superiores, mesmo que em tom de utopia, conforme Amorin (1979, p. 362), “alguns acham que existe a possibilidade de surgirem as pílulas do aperfeiçoamento biológico e do aumento da inteligência ou da formação do gênio”, ou ainda de acordo com Augusto (1983, p. 50), “a humanidade vem procurando o aperfeiçoamento dos seus valores éticos e culturais, de sua saúde física e mental, tentando alcançar um bem estar e uma felicidade que torna a vida digna de ser vivida”. Resta saber se o bem estar e a felicidade que torna a vida digna de ser vivida está restrito à condição de perfeição física e mental do homem? O que dizer da grande maioria que compõe o conjunto daqueles perfis ‘não idealizados’; porventura não podem considerar suas vidas dignas de serem vividas ou passíveis de alcançar níveis de bem-estar e de felicidade, mesmo dentro de suas condições de vida ou de saúde física e mental?

Augusto (1983) lembra que esse aperfeiçoamento inclui valores éticos e culturais que devem nortear a distribuição desse bem-estar. Contudo, voltamos a lembrar que esses valores devem vir a ser praticados numa sociedade com interesses desiguais, fato inclusive apontado pela revista através do texto de Coradini e Barbiani (1983, p. 249):

Segundo Alecandra Kollontai, em 1980: ‘As normas morais que regulam a vida sexual do homem não podem ter mais do que duas finalidades, dois objetivos: primeiro, assegurar a humanidade uma descendência sã, normalmente desenvolvida, contribuir para a seleção natural do interesse da espécie. Segundo, contribuir ao desenvolvimento da psicologia humana, enriquecê-la com sentimentos de solidariedade, de companheirismo, de coletividade’. Entretanto, a moral sexual que parece somente servir aos interesses da propriedade, não preenche nenhuma destas duas finalidades.

Não podemos refletir sobre eugenia sem ter em mente esses interesses da propriedade ou os valores éticos e morais que devem nortear as diferentes situações criadas pelo próprio homem, mediante o desenvolvimento técnico e científico.

Uma última ênfase observada nos textos da REBEn quanto à conformação de um biotipo, é encontrada na década de 1990, expressa através do confronto entre o bebê ideal e o bebê real em casos de prematuridade ou malformação. Conforme Scochi (1999, p. 497):

A gestação e o nascimento são considerados um processo social, uma vez que afeta a relação entre marido e a mulher e o contexto em que estão inseridos. Enquanto os pais aguardam a chegada do filho, é comum idealizarem o mesmo, passam meses sonhando e falando do filho, dando a ele características físicas e até psicológicas que gostariam de ver realizadas e, mesmo quando essa criança nasce a termo, é natural ocorrer nos primeiros contatos um confronto entre o bebê ideal e o real. Essa reação dos pais é exacerbada por ocasião do nascimento de um bebê pré-termo.

Há uma certa ênfase às relações do micro-espço familiar, reforçada quando as autoras afirmam posteriormente que nas situações de prematuridade podem ocorrer uma ‘reação de luto’ nos pais pela perda do bebê perfeito que não tiveram, ou ainda sentimentos de incompetência e frustração nas mães por não terem dado à luz ao filho sonhado.

Pinheiro (1997, p. 208) utiliza-se da malformação para deixar transparecer esse confronto:

o apego materno está presente, seja a criança ‘normal’ ou com deformidade, apesar de, na situação de malformação, as mães sentirem dificuldades na formação do vínculo em virtude de o filho imaginário não corresponder ao real, ‘o nascido’. Elas demoram, mas o amor materno fala mais alto. É seu filho e não importa.

Ao mesmo tempo em que é realçado o perfil eugênico sonhado pela mãe para o filho que vai nascer, esse texto aponta para uma alternativa viável na relação mãe e filho malformado que é a expressão do amor materno, cujos limites parecem restringir-se quase que exclusivamente ao universo familiar, visto as muitas resistências e preconceitos em relação aos portadores de malformação.

Essa postura, por outro lado, vem de encontro ao chamado ‘mito do amor materno’, construído em meio ao processo de medicalização da saúde familiar ao longo do século XIX (COSTA, 1983). Esse mito, generalizado para todas as mulheres e mães, não comporta situações em que a mãe não alcance a superação entre o sonhado e o vivido e venha a rejeitar o filho nestas condições. Tal comportamento é imediatamente tido como incabível ou inaceitável para uma mãe que realmente seja mãe, mesmo havendo o reconhecimento de que as mães podem sentir dificuldades na formação do vínculo entre o filho imaginário e o filho nascido (PINHEIRO, 1997).

Fatores de risco são nomeados e tomados como explicação para o nascimento de crianças fora do perfil desejado, como gravidez em adolescentes solteiras, uso de drogas e álcool, desnutrição materna, violência doméstica, DST e carências em relação aos cuidados à saúde, muitos deles já nomeados há 70 anos como ‘fatores de degeneração física e mental da raça brasileira’. Novamente são fatores pertencentes prioritariamente à determinada classe social, condicionada por precárias condições sócio-econômicas.

Conforme vemos, ao longo do período estudado, essa não é uma situação nova, pelo contrário, são essas condições de desigualdade que dão margem a idéias explícitas ou implícitas em torno de ideais humanos a alcançar ou limitar. No conjunto, esses ideais individuais levam a ideais de raça ou povo brasileiro a constituir, conforme apontam os dados analisados a seguir.

4.3.1.2 “Uma raça sadia foi sempre o ideal de todos os povos”

[...] batalha que se impõe para o aperfeiçoamento eugênico do nosso povo (LOPES, 1934, p. 25).

Havia um interesse comum nas décadas de 20 e 30 em torno da construção do Brasil como uma nação forte, desenvolvida e civilizada. Segundo Bizzo (1995), é sintomática a

preocupação dos propagandistas eugênicos em fazer coincidir os termos ‘raça’ e ‘nação’, porquanto o progresso de um implicaria na fortificação do outro. Reis (2003) refere-se à larga vocação totalizante da psiquiatria brasileira na época, expressa na pretensão de regenerar o homem brasileiro e por extensão toda a nação, pautando-se para tal em temas como prevenção e eugenia.

Desde o primeiro número da REBEn é estabelecida a correlação entre raça forte e nação forte, mediada pelas condições de saúde ou de doença do povo brasileiro: “Não tardará o nosso Brasil, tão grande e tão lindo nos seus encantos naturais, a ser grande também, e lindo na robustez do seu povo!” (FRAENKEL, 1932, p. 11). Os discursos veiculados aproximavam-se tanto ao nacionalismo sanitarista quanto ao nacionalismo eugênico, pensamentos confluentes também fora do âmbito da enfermagem em prol do Brasil desejado e que, segundo Stepan (1985), diferenciou o movimento eugenista brasileiro daqueles ocorridos em outros países americanos e europeus.

O primeiro buscava no saneamento básico a resolução dos problemas nacionais e o segundo priorizava a intervenção sobre a estrutura racial do homem brasileiro. A interposição destes dois discursos é evidenciada por Frères (1936, p. 27):

Mas, o que infelizmente parece preocupar a poucos é o problema da saúde do nosso povo, da sua eugenia, de suas condições sanitárias, problema primacial, porque dele depende a alma da nossa raça ainda formação; se não o resolvermos, jamais seremos uma grande nação.

Lopes (1934, p. 25) afirma que “antes de pensarmos em qualquer outro problema nacional, devemos cuidar do HOMEM BRASILEIRO, regenerado pela Eugenia, e por ela tornado capaz de prolongar sua prole feliz, forte e sadia!” (grifo do autor). Em outras palavras, Frères (1936, p. 27) reforça que “a construção dessa raça, será o alicerce, a base, o ponto de apoio de todos os empreendimentos sociais. Nada se poderá fazer sem que esse alicerce esteja consolidado. Um povo doente nada produz”.

Explicitamente, essa ‘raça’ não aparece associada a algum tipo racial específico, branco, preto ou mestiço, mas à configuração do tipo eugênico descrito anteriormente, aquele tipo ‘saudável, belo e normal’, determinado pelas suas condições de saúde ou de doença: “Uma raça sadia foi sempre o ideal de todos os povos” (SOUZA, 1936, p. 11). Porém, numa sociedade pós-escravocrata em que as oportunidades de trabalho, condições de moradia, alimentação e educação não eram iguais para todos e em que outros elementos raciais advindos da miscigenação e incorporação de elementos estrangeiros ao país compunham um novo quadro demográfico, não é descabida a idéia de que eram os ‘não brancos’ os prováveis incapazes de ‘prolongar sua prole feliz, forte e sadia’.

Stepan (1985) afirma que a ideologia racial foi uma forte característica da eugenia e genética brasileiras no início do século XX³. Preocupação presente desde a transferência da Coroa de Portugal ao Novo Mundo, em 1808, e reforçada por interpretações racistas vindas do exterior nas décadas de 20 e 30, as elites brasileiras deixaram-se influenciar por valorizações negativas do potencial do povo brasileiro para civilizar-se. O Brasil era tido como um exemplo máximo das degenerações que sucediam uma nação tropical racialmente mesclada, onde teorias da inferioridade do negro, da degeneração do mulato e da decadência tropical do país compunham um cenário propício a influências sobre diferentes áreas do conhecimento e profissionais.

A cor da pele passava a ser incorporada ao biotipo idealizado pela enfermagem e expresso nos textos da REBEn, especialmente frente a ênfase na revista às precárias condições de vida e de saúde do povo brasileiro, que não eram aquelas da maioria da população branca. Convém ainda lembrar que a mulher negra não era tida como esteriótipo ideal no processo de reconfiguração da identidade da enfermeira brasileira no início do século

³ Tal afirmação converge com a referência de Barreira e Baptista (2002), em que os autores afirmam quanto a este período que a questão racial permaneceu intocada e os ideais eugênicos emanados da Europa foram assimilados sob a forma de uma política de ‘embranquecimento da nação’, considerada necessária ao projeto modernizador da República.

XX. Desde a criação da Escola de Enfermagem Ana Neri, a mulher negra era duplamente discriminada, pela sua baixa escolarização que não atendia ao critério de ‘candidatas de bom nível’ à carreira e pelo fator racial (MENEZES et al, 1998).

Tendo em vista o contexto sanitário, epidemiológico, social e econômico da época, é compreensível a preocupação da enfermagem:

Era isto suficiente (cuidar de doentes nos hospitais ou nas casas e dar medicamentos a hora certa); sendo a maioria de nosso povo analfabeto, minado por taras? Então este povo, que forma o nosso país, poderia progredir, desenvolver-se com a doença a corroer-lhe o organismo, muitas vezes por ignorar as mais rudimentares regras de higiene? (FRAENKEL, 1932, p. 9).

Taras que se multiplicavam sob condições tão precárias, a abater as energias da raça brasileira em construção, a obscurecer-lhe a inteligência, tornavam-se efetivamente um problema de grande magnitude frente ao pensamento de que “as nações são forças vivas organizadas, podem bem ser comparadas aos seres biológicos: os mais fortes sobrevivem na luta pela vida e dominam. Uma nação só pode ser forte quando seus filhos, células de seu organismo também o forem” (TABORDA, 1937a, p. 42).

À luz de um discurso eugenista mais radical, fatores degenerativos como miséria, ignorância, doenças, vícios, taras degenerativas e outros, indicariam o grau de degradação da população, ao que:

as classes cultas da sociedade brasileira começam a inquietar-se principalmente diante da ruína física, mental e moral que tende caracterizar a época atual em nosso país, e já compreendem a necessidade imperiosa de medidas capazes de conduzir-nos a uma regeneração coletiva (LOPES, 1934, p. 25).

Frères (1936, p. 27) aponta para a doença como causa da condição nacional: “uma nação constituída de elementos devorados pela tuberculose, aniquilados pelo impaludismo, deprimidos pela sífilis, será sempre escravizada por outros povos eugênicos; viverá sempre de

empréstimos, através de juizes escorchantes, será sempre colônia de povos mais fortes e sadios”.

Fazia-se necessário chamar a atenção para essa condição e, preferencialmente, daqueles que eram tidos como responsáveis ou capazes de tomar as atitudes certas. E estes eram as elites políticas e intelectuais do país⁴, conforme diversas manifestações: “As classes cultas da sociedade brasileira começam a inquietar-se [...]” (LOPES, 1934, p. 25); “...e não só aos progenitores como ao Estado cabe velar por que os filhos sejam sadios e úteis à coletividade” (FREITAS, 1935, p. 24); “Mas, o que infelizmente parece preocupar a poucos, é [...]” (FRÉRES, 1936, p. 27); “Que esses bons conselhos sirvam para animar nossos patrícios de bom coração [...]” (TABORDA, 1937a, p. 44).

Na eminência por criar uma cultura para a construção desse Brasil forte, eugenicamente constituído, algumas formas de discurso eram utilizadas com o propósito de destacar certas características pessoais e os vínculos a famílias consideradas tradicionais e hereditariamente bem constituídas, conforme descreve Vieira Filho (1938, p. 46) a respeito da senhora Maria Eugenia Celso, autora de um artigo sobre alcoolismo em um jornal da época:

Esta ilustre escritora, patricia ilustre por tantos títulos pessoais, meritórios pelas suas pugnas literárias a acerrimas campanhas sociais, é portadora dum nome glorioso duma família brasileira, estirpe representativa dum desses troncos hereditários formadores do nosso povo, criadores da cultura e civilização brasileira.

Essa era a civilidade que se queria compartilhada por todo o povo, hereditariamente constituído. Infelizmente, tal não era a realidade naquele momento, nem tão pouco a realidade que veio configurar-se posteriormente, quando essa preocupação populacional começa a assumir novas formas discursivas.

A partir da década de 1940, o discurso da natalidade passa a ser a ênfase para a

⁴ Esse pensamento convergia com o pensamento dos eugenistas, cujo apelo era explícito para que as classes cultas e dirigentes da nação conduzissem o processo de regeneração do homem brasileiro (MAI, 1999).

constituição e manutenção de um povo, cujas grandes motivações eram o medo do despovoamento e a falta de braços para a produção nacional⁵, conforme indica Guimarães Filho (1946, p. 1):

O Brasil, país dos mais vastos do globo, lutando com o despovoamento e a falta de braços, esperando receber elementos alienígenas para cooperarem ou serem assimilados pela sua população, necessita prestar muita atenção à sua natalidade, com a qual não só resolverá um dos seus magnos problemas, mas ainda terá com uma povoação brasileira a solução de outras dificuldades que a imaginação cria.

A baixa densidade demográfica era considerada fator de grave desajustamento social aliada a fatores produtivos negativos, como baixa produtividade, reduzida mão de obra, encarecimento da produção e dificuldades de transporte. Somados a eles, a assistência médica deficiente e nenhuma assistência social incrementavam os altos índices de morbi-mortalidade evidenciados no país. Esse conjunto, alerta o autor, dava uma idéia do volume e da extensão do problema assistencial, em particular da enfermagem obstétrica, que se encontrava ‘tão lastimosamente abandonada em nosso meio’.

A saúde continua sendo considerada o elemento básico das possibilidades de ação tanto para a nação, quanto para o indivíduo (HUNGATE, 1947). Porém, não mais com o discurso ‘raça forte, nação forte’, o teor passa a ser do tipo “basta dizer que uma nação não será mais forte do que seus cidadãos o forem” (FORJAZ, 1955, p. 134). Percebe-se que os instrumentos e as teorias vão se alterando, e a medicina social ou higiene social associada à assistência médica é enfatizada à luz de novas teorias sociológicas. Com isso, criavam-se as “condições favoráveis à manutenção da saúde, mormente no setor fundamental que constitui o reservatório do crescimento demográfico: a maternidade e a infância” (PAULA, 1949, p. 159).

⁵ Convém lembrar que a política de entrada de imigrantes no país praticada na época, não contribuiu para a melhoria do quadro nacional; ao contrário, as próprias condições de vida e trabalho dos imigrantes tornaram-se muito precárias e difíceis posteriormente.

Teoricamente ou cientificamente essas condições favoráveis tornavam-se viáveis, além do que o discurso institucional oriundo do fim da Segunda Guerra Mundial e da crise econômica e política mundiais considerava que uma das prioridades era a reorganização dos serviços de saúde pública (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001). Um resultado dessa nova orientação sanitária foi a elaboração do Plano Salte em 1948 que, mesmo sem ser efetivado, visava proporcionar melhorias na saúde, alimentação, transporte e energia, o que inevitavelmente redundaria em melhorias das condições de saúde do grupo materno-infantil, base para uma política demográfica nacional.

A própria REBEn revela dificuldades na operacionalização dessas medidas:

A célebre frase – ‘A Saúde Pública não dá renda’ parece ter calado fundo no espírito dos governos brasileiros, na sua obstinação de menosprezo aos problemas sanitários, na sua incompreensão de que estes problemas sejam básicos para o progresso e economia da nacionalidade, valorizando a sua gente, e integrando-a no trabalho construtivo da Pátria (PAULA, 1949, p. 160-161).

Valorizar a sua gente significava atentar para a importância do aspecto social da saúde, para a minimização dos danos causados pelas precárias condições sanitárias e epidemiológicas da população. A enfermeira era chamada para essa empreitada: “A nós, enfermeiras, que somos parte integrante dessa legião de abnegados que se espalham pelo Brasil a fora, a praticar o bem e a cuidar do melhoramento da raça, pela cura das doenças endêmicas que nos assolam, o movimento de socialização não poderia nos ser indiferente” (ANCHIETA, 1955, p. 150).

Mesmo com a criação do Ministério da Saúde, em 1953, não foram promovidas reformas fundamentais ou políticas de saúde eficientes capazes de transformar o quadro da época. Além disso, na prática, atenção maior era direcionada para outro campo de assistência, o atendimento médico, individualizado, curativo e especializado a nível hospitalar, sendo os profissionais da enfermagem rapidamente absorvidos por esse setor (ALCÂNTARA, 1963). Esse redirecionamento da assistência dos serviços de saúde pública para os serviços

hospitalares repercutiu-se na revista através do surgimento de novas recomendações, por exemplo, quanto a não realização de operações ilícitas no âmbito hospitalar:

É assim que os administradores de hospitais católicos não podem permitir que se apliquem métodos anti-concepcionais, que se pratiquem abortos, que se façam intervenções esterilizantes ou se abuse do homem em suas experimentações. O Hospital foi criado para combate às doenças, prevenção da saúde e educação de seu pessoal – e a esse objetivo ele estará fugindo, se comunga com idéias que tiram do homem o seu primordial e inalienável direito, que é do viver (COSTA, 1961, p. 364)

Diferentemente da década de 1930, percebe-se nas décadas de 1940 a 1960 uma menor frequência de citações quanto à constituição do povo brasileiro, mesmo que mantida a essência da idéia eugenista: “O interesse da enfermagem de saúde pública nos Serviços de Higiene Materna e Infantil é bem justo, pois a mãe sadia dará a luz a um filho sadio, e a criança sadia de hoje, será o homem próspero de amanhã que servirá com orgulho sua Pátria” (CARMO, 1960, p. 424).

Se por um lado, cresce a partir da década de 1950 a preocupação em povoar o território nacional ao lado de um crescimento dos índices de natalidade e diminuição dos índices de mortalidade, por outro lado cresce também a preocupação com o controle da natalidade especialmente das grandes cidades, aliado ao aumento da pobreza que representava certo perigo aos interesses dos países dominantes no pós-guerra (TAVARES, 1990). A década de 1960 inaugura esse movimento de regulação dos nascimentos, com maior difusão das técnicas e idéias de Planejamento Familiar (OLIVEIRA, 1992). Esse processo traz mudanças de formato aos textos das décadas de 1970 e 1980, que centralizam-se sobre o debate do equilíbrio quantitativo e qualitativo da população.

Segundo Padin (1972), a vida jorra do universo, mas para que ela seja HUMANA exige salvaguardar-se a harmonia da espécie em seus aspectos quantitativos e qualitativos. A harmonia quantitativa não poderia advir de uma simples redução estatística, mas exigia uma modificação qualitativa e consciente de seus componentes. Contudo, essa modificação

qualitativa revestia-se de um discurso religioso e contrário à teoria neomalthusiana de controle da natalidade, o que significava interpelar os responsáveis para

a ajuda ao povo faminto, e ajuda ao reequilíbrio populacional, não através de uma política fácil de desnatalização, mas sim através de uma redistribuição dos recursos e bens da mesa comum dos bens terrenos; não através de uma civilização afrodisiaca do lucro e do gozo, mas sim da solidariedade e da renúncia responsável e construtiva (PADIN, 1972, p. 81).

O equilíbrio qualitativo passava necessariamente por uma dimensão social, quando o aumento do povo faminto trazia o apelo por atitudes como solidariedade e renúncia responsável e construtiva, acompanhando o interesse mundial em torno do aumento das populações empobrecidas dos grandes centros urbanos, enfatizado na década de 1980. E tudo isso num momento após o Golpe Militar de 1964 quando, conforme Galleguillos e Oliveira (2001), consolidava-se um modelo político, social e econômico caracterizado pela extrema concentração de renda, gerador das crescentes misérias e mazelas sociais. Padin (1972, p. 83) acrescenta:

A solução global do controle da fertilidade não envolverá atitudes bem mais amplas: aumento de recursos alimentícios para sanar a fome do mundo; aumento dos padrões de vida eliminando a promiscuidade, desemprego, erotismo; educação da consciência do casal responsabilizando-os pelos filhos já nascidos e pela tríplice missão da família hoje: formadora de pessoas (filhos desejados), promotora do desenvolvimento humano (qualificação dos membros) e educadora da consciência (humanização do universo)? Qual a posição da enfermagem face ao aconselhamento ou administração desta terapêutica que pretende regular a transmissão da vida, levando-se em conta toda a problemática da defesa universal da vida, e, portanto, de seu próprio equilíbrio dentro da espécie humana?

Moreira (1980, p. 86) também afirma:

Aqui, leva-se a focalizar o conceito básico, que também se interpreta erroneamente: que o problema populacional é de quantidade; muito pelo contrário, trata-se de questão de qualidade – de se contar com indivíduos com possibilidades de desfrutarem de boa saúde e adequada nutrição, alfabetização, educação, satisfatórias condições habitacionais, trabalho compensador, amplas oportunidades individuais e plena realização pessoal.

Mesmo que sobressaindo a idéia de que a resolução das condições sociais antevinha à conformação qualitativa da população, outras referências deixam transparecer o contrário, como a que segue: “Em que pese o esforço do Governo com o ‘Plano da Habitação’, para a erradicação das favelas, difícil será a tarefa, se não houver um meio de racionalizar a natalidade e aqui repete-se o que diz o Professor Rodrigues Lima: Controlar não é extinguir a natalidade” (MOREIRA, 1980, p. 87). Tratava-se de povoar áreas de densidade demográfica baixas como a América Latina e particularmente o Brasil com indivíduos capazes, evitando-se que a quantidade de vidas humanas viesse a influir negativamente sobre a sua qualidade em todo o mundo. Então: “que categoria de cidadãos necessitaria e não de quantos necessitaria, eis a verdadeira questão” (MOREIRA, 1980, p. 86).

Em suma, as idéias de ‘raça forte’, ‘nação forte’, ‘constituição e manutenção do povo’, ‘equilíbrio qualitativo e quantitativo da população’ remetem-nos, inevitavelmente, à construção do biotipo desejado como resposta a que categoria de cidadãos necessitaria o país. Também aqui, quando fala-se em população, predomina o pensamento de que a reprodução biológica dos indivíduos dessa população é que será capaz de orientar e decidir sobre as suas condições de vida, conforme subentende-se em Moreira (1980, p. 90): “é preciso ficar em mente que, a paternidade consciente será sempre o grande suporte para o desenvolvimento do país, pois conta este com indivíduos cômicos de suas responsabilidades, baixando a taxa daqueles que apenas representam um peso morto para a nação”. Na perspectiva eugenista, ‘um peso morto’ compõe-se essencialmente de seres considerados inferiores, doentes, fracos, pobres, viciados ou deficientes físicos e mentais, os quais não chegam a participar ativamente da produção nacional (MAI, 1999).

Implicitamente, os próprios textos dão conta de mostrar que são justamente as condições sociais, econômicas e culturais aquelas que permitem a determinados indivíduos e famílias realizar o seu controle reprodutivo; ou seja, a reprodução ocorre dependente a fatores

sociais externos, sendo portanto consequência destes, conforme apontam os textos a seguir. Saliente-se que não é essa a perspectiva teórica que neles aparece, os quais, na tentativa de alcançar os conceitos de biotipo e sociedade idealizados, destacam a configuração de um modelo de família a ser ensinado e seguido.

4.3.1.3 “Casais que se unam [...] bons procriadores de prole sadia”

Família [...] única regra [...] Matrimônio [...] propagação da vida e educação do filho [...] garantirá saúde física e moral de cada indivíduo como da sociedade (PIO XII, 1954b, p. 203).

A família é vista como o espaço mais próximo do indivíduo, capaz de assegurar-lhe a saúde física e moral e que, por extensão e no conjunto, redundará na saúde da sociedade. Essa idéia perpassa o período estudado, a exemplo de Hungate (1947, p. 66), “o grau de proteção de seus filhos [...] está na razão direta do grau de proteção ou imunidade da população inteira”, ou Moreira (1980, p. 87), “Diante da complexidade da vida atual, a família deve ser planejada, para seu bem-estar e o da sociedade em que está inserida”.

O sentido desse bem-estar parte do micro-espaço, ou seja, da esfera familiar representada pelo bem-estar das individualidades que a compõem, para o macro-espaço, a sociedade, aparentemente constituída por uma visão reducionista de soma dos bem-estares familiares. Nessa perspectiva, e seguindo o pensamento dominante ao longo dos textos, a responsabilidade é do indivíduo em garantir a sua saúde e do seu micro-espaço, condição que dificilmente considera as influências que a sociedade e sua dinâmica possam exercer sobre as condições de saúde e bem-estar dessa família e dos seus componentes.

Basicamente, a tipologia de família construída obedece aos critérios de união constituída pelo matrimônio legítimo, de bons procriadores capazes de constituir uma prole em quantidade e qualidade adequadas. Respeitando a lógica das antinomias, contrapõe-se a esse modelo familiar aquelas famílias consideradas ilegítimas, incompletas, pobres e

numerosas, em que a ilegitimidade dos filhos aparece amplamente criticada sob vários aspectos: morais e educacionais (comportamento que deve ser corrigido), biológicos e médicos (riscos à saúde aumentados) e sócio-econômicos (sem amparo e sem recursos).

Por outro lado, textos da própria revista dão indícios de que a ilegitimidade constitui uma questão cultural, quando apontam a interpretação indígena aos casos de filhos ilegítimos: “O filho ilegítimo é dito em suas línguas ‘achado por ela’, ‘dela’ ou ainda ‘filho do espírito’ e quase sempre é filho de branco. Por isso as mulheres chegam a se orgulhar de tê-lo, não vindo a se constituir em embaraço para o casamento da mãe solteira” (LIMA, 1989, p. 123).

Varillas et al (1961) e Moreira (1980) trazem a idéia de constituição da ‘sociedade conjugal’. Guimarães Filho (1946a;1946b) refere-se à organização da família com a nupcialidade por fundamento e à sua constituição a partir da natalidade, constituindo respectivamente a sociedade conjugal e a sociedade familiar, cada uma com seus problemas, mas interdependentes entre si.

A primeira condição tida como ideal para a família é o matrimônio, em que homem e mulher, na qualidade de homens e não de animais sem razão, são chamados a ser os autores da sua descendência (PIO XII, 1954b). A consequência mais próxima e natural do matrimônio é sem dúvida a prole, desejada por uns e rejeitada por outros (ASSISTÊNCIA..., 1957). Essa família tem na geração e educação dos filhos as suas funções primordiais, funções que aparecem continuamente conjugadas e prescindem da delimitação do número e da qualidade dos filhos (GUIMARÃES FILHO, 1946b; ALMEIDA, 1985; COCCO et al, 1988).

Constatam-se, ao longo do período estudado, algumas influências de pensamento sobre essa composição familiar, como os pensamentos sanitarista, religioso e técnico-científico, os quais direcionam o tom dos discursos em momentos distintos e explicitam repetidamente o confronto entre o ideal familiar desejado e o indesejado.

O pensamento sanitaria predomina nas décadas de 1930 e 1940, quando enfatiza-se a transmissão biológica de doenças e problemas múltiplos de pais para filhos, e alerta-se para que os casais sejam ‘bons procriadores de prole sadia’ e não inferiores que reproduzam inferiores:

a precariedade de saúde dos progenitores redundava, quase sempre, na formação de criaturas inferiores, destinadas a uma vida de sofrimentos quando não sucumbem, cedo, ao peso deles. Indivíduos nervosos, alcoólatras, tuberculosos, sífilíticos, etc., não hesitam em dar ao mundo uma prole de medíocres, de débeis mentais, de incapazes, de cacoplastas. Crianças desse naipe não resistem, de ordinário, às enfermidades (FREITAS, 1935, p. 24).

No confronto do tipo eugênico de família à realidade social, com suas misérias e dificuldades, eram muitas as situações consideradas irregulares facilmente explicadas pela ótica biologicista. No caso, criaturas doentes e taradas necessariamente transmitiriam suas doenças e taras aos filhos, condição incompatível ao bem-estar da família e por conseguinte da sociedade como um todo. Associava-se a isso o desprendimento considerado revoltante das mães pelos filhos em regiões empobrecidas do norte brasileiro, em que esperava-se encontrar o culto à família mais enraizado: “Se morrer seria mais um no céu” (PONTES, 1938, p. 10). O autor lamenta não ter-se pensado há mais tempo na educação do povo, que é bom por índole, mas que por falta de instrução e excesso de misticismo torna-se indolente, incapaz de qualquer reação frente a tanta miséria.

A ilegitimidade e suas conseqüências funestas concorria igualmente para a não concretização da família e da sociedade sonhadas, conforme aponta Souza (1935, p. 21):

O Brasil, país essencialmente católico, é surpreendente pelo lugar de destaque que ocupa em relação aos filhos ilegítimos – mais de um quarto de sua população é oriunda de união ilegal [...] Se Hitler, o intransigente austríaco, ao em vez de ser o fúhrer da Alemanha, exercesse o seu feudalismo sob o céu azul do Brasil o seu plano de reforma cairia por terra. Existe uma lei na pátria de Goethe que impossibilita o ‘cidadão’, quando filho natural, de exercer um cargo público.

Considerando que a autora deixa transparecer ao longo do texto intensa preocupação com a constituição do povo brasileiro e, ainda, que considera que as mulheres que têm filhos ilegítimos são responsáveis em parte pelos destinos do país, porque procriam sem medida fracos, incapazes e tarados, torna-se difícil precisar se a ênfase dada pela autora restringe-se a saber se um filho natural pode ou não exercer um cargo público na política germânica, ou se o destaque é para o próprio plano de reforma de Hitler que, em última análise, seria o que o Brasil necessitaria.

Devemos considerar que muitos eugenistas brasileiros fizeram-se admiradores da eugenia nazista na década de 1930, especialmente no fator racial e de composição da nacionalidade germânica, cujas propostas, a exemplo da menção acima, deviam ser bastante divulgadas em solo brasileiro (STEPAN, 1985). Essa menção não deixa de ser a expressão de certa forma velada do desejo de uma ‘sociedade eugênica’, ante um contexto majoritariamente oposto, passando pela constituição de uma família eugênica para sua concretização.

Especialmente voltados para as enfermeiras religiosas, os textos das décadas de 1950 e 1960 sinalizam para uma maior influência do pensamento religioso, em que o objetivo da família devia estar voltado exclusivamente à procriação, destacando-se não tanto a transmissão biológica, mas a moralização de perfis e comportamentos familiares. A família devia compor-se de pai, mãe e filhos em número compatível às condições financeiras para o seu adequado sustento e educação. Para isso, um apelo era evidente: “É preciso prevenir anormalidades infantis e nascimentos de crianças ilegítimas pela educação, moralidade e religião. O homem e a mulher precisam ser responsáveis” (PRINCE, 1965, p. 93).

Em 1954, afirmava-se que na ordem estabelecida por Deus, o indivíduo e a sociedade, o povo e o Estado, a própria Igreja, dependiam, para sua existência, do matrimônio fecundo (PIO XII, 1954b). Esse matrimônio fecundo relacionava-se às condições econômicas necessárias para sua manutenção:

Ainda sob o ponto de vista econômico devemos encarar o preparo dos nubentes para adquirir um aprendizado profissional capaz de suportar os ônus da manutenção do lar. Para os moços, os que seguem uma profissão liberal, devem aguardar no mínimo aos 25 anos se pertencerem às famílias abonadas, mas se não tiverem economias próprias, só conseguem casar-se um decênio mais tarde, quando obtiverem uma posição estável na nova vida profissional [...] Algumas vezes o casamento é feito em condições tão precárias de economia que obrigam ao trabalho os dois cônjuges, constituindo esse fator uma grande sobrecarga à finalidade do matrimônio senão o seu empecilho (GUIMARÃES FILHO, 1946a, p. 8).

E não eram poucas as dificuldades que envolviam a família nessa época:

Muitos dos fatores de desajustamento social se prendem aos problemas econômicos e à incapacidade de manter a família em virtude do salário diminuto ou do desemprego; é a carência da aptidão profissional ou a insuficiência de recursos físicos ou mentais que permitam acompanhar de perto o evoluir das necessidades familiares com o crescimento e multiplicação dos filhos; é o empobrecimento geral devido a carestia de vida e a desorganização social; é o fator doença que consome, de modo rapidíssimo, qualquer economia por muito amealhada; é uma centena de outros exemplos que poderiam ser citados para dar uma noção da evidência de um dos fatores sociais que causam desajustamento. Os fatores econômicos só poderão ser aliviados com medidas igualmente econômicas (ASSISTÊNCIA..., 1957, p. 415).

A exploração do argumento de superpopulação, baseado na chamada ‘explosão demográfica’, não se justificaria em um país como o Brasil carente de população, com um índice de 7 a 8 habitantes por Km² e longe de igualar-se às pressões demográficas da China ou da Índia. A tentativa de obter melhores condições econômico-sociais através do controle familiar não era o mais apropriado, antes através do aumento da produtividade média do sistema econômico, ao lado de medidas que possibilitassem a participação mais equânime da população brasileira no produto social. Ou seja, fatores econômicos só poderão ser aliviados com medidas igualmente econômicas.

Essa idéia repete-se mais adiante: “Há quem defenda a limitação do crescimento populacional como fórmula indicada para reduzir as necessidades crescentes. Todavia, o controle da natalidade, na opinião dos técnicos, não corrigirá a estrutura social prevalente, que permite a apenas 17% da população desfrute de 60% da renda nacional” (BORGES, 1965, p.

359). Essa postura representava o posicionamento da Igreja frente à panacéia do planejamento familiar que emergia na década de 1960, associada às reivindicações salariais da classe trabalhadora, aquela que vivenciava de perto o empobrecimento geral do país e que geralmente compunha-se de famílias numerosas, pobres e doentes, e a um processo de revolução cultural, quando crescia a defesa das liberdades sexuais e do uso de métodos de controle da natalidade.

Sob a temática da nova ordem econômica mundial, a Conferência de Bucareste, em 1974, trazia à tona a discussão sobre a redução de fecundidade como favorecedora do desenvolvimento, apesar dos defensores da posição inversa de que o desenvolvimento era o responsável pela redução da fecundidade (COSTA, 1999). Os países subdesenvolvidos insistiam na importância do desenvolvimento, enquanto os industrializados sustentavam que sem o planejamento familiar e a conseqüente queda da fecundidade, as economias desses países não avançariam.

A partir da década de 1970, e especialmente de 1980, o sentido dos discursos sobre a família alteram-se e assumem que o planejamento familiar é um direito do casal, considerado um direito humano básico declarado e reconhecido pela ONU desde 1968. Diminui a ênfase sobre a procriação como função essencial da família, e a geração e educação dos filhos passa a associar-se diretamente às idéias de progresso e independência cultural e financeira dos indivíduos, homem e mulher, que constituem a família.

Considera-se o casal como tendo o ‘livre arbítrio’ sobre a escolha do número de filhos e do intervalo entre eles, conforme Moreira (1980, p. 84-85):

É o direito do casal de ter os filhos que desejar, no momento que julgar oportuno, e o dever que cada casal tem de amar, nutrir, alimentar, educar seus filhos. É também o direito que tem cada criança de encontrar um lar digno, e estável que lhe proporcione os meios para atingir o seu pleno desenvolvimento como Homem, e seu desenvolvimento físico e mental representado na sua herança genética.

A família é o espaço para a concretização do ‘homem eugênico’, capaz de alcançar o seu pleno desenvolvimento físico e mental, geneticamente herdado. E é no âmbito dessa mesma família que vemos a explicação para o perigo do desequilíbrio entre a quantidade e a qualidade da população:

Se as classes mais favorecidas economicamente planejam suas famílias, as de renda ‘per capita’ mais baixa, não o fazem, e se não o fazem, talvez seja pelo desconhecimento, por ignorância, e aos tocoginecologistas cabe orientar aos casais para regular a natalidade criando assim uma paternidade responsável, e que todas camadas da sociedade sejam esclarecidas, quanto aos métodos científicos hoje existentes, e, que cada qual conscientemente e de livre arbítrio constitua a sua família de acordo com os seus desejos, aspirações e preferências [...] As classes economicamente mais favorecidas racionalizam, planificam a sua família, enquanto que, as menos favorecidas, cabe às instituições orientar, sobre os meios científicos de que se dispõe para que não haja uma superpopulação sem qualificação, isto é, que o problema não seja de quantidade e sim de qualidade (MOREIRA, 1980, p. 89).

Teoricamente, os programas de planejamento familiar defendiam que cada brasileiro estava livre para decidir sobre o número de filhos e o intervalo entre o nascimento dos mesmos (TAVARES, 1990). Mas, eram os casais bem orientados que o decidiam; os demais passavam a constituir ‘naturalmente’ as outras formas de organização familiar, como aquelas freqüentemente detectadas em pesquisas e consideradas como alguns ‘fenômenos sociais’ no núcleo familiar e ‘causas’ dos altos índices de mortalidade infantil, tais como 53% de mães solteiras, 18% de desintegração familiar, 73% de famílias ilegalmente constituídas e 17% de famílias numerosas (PAIM et al, 1978). Nessa mesma linha, Costa e colaboradores (1986) afirmam que inegavelmente existem no Brasil numerosas famílias incompletas, com grande percentual de mãe solteiras, lares abandonados pelos pais e menores abandonados, o que torna a situação nacional muito mais grave.

Mesmo que com o desenvolvimento das sociedades livres e democráticas, novos direitos humanos foram-se definindo como desdobramento dos conceitos tradicionais das liberdades básicas, como no caso de não procriar frente ao direito tradicional de procriar e

constituir família (ALMEIDA, 1985), a família ainda é tida como o espaço para forjar o futuro:

A Saúde Familiar apresenta-se como assunto de suma importância, à medida que influencia na determinação dos níveis de bem-estar social das futuras gerações [...] Conceito de saúde: ‘uma potencialidade: a aptidão do indivíduo ou do grupo social de se modificar incessantemente, não só para melhor funcionar no presente, como também para se preparar o futuro’. A escolha deste conceito legitima-se ao apresentar a singularidade de englobar tanto o aspecto individual como coletivo e de ser ao mesmo tempo dinâmico e projetante, características essas consoantes com o elemento família, grupo social primordialmente em constante evolução que, embora viva no presente, forja constantemente o futuro, especialmente através de seus membros mais jovens (COSTA et al, 1986, p. 111-112)

Esse ‘forjar constantemente o futuro’ tem embasado e estimulado idéias e práticas eugenistas de reprodução humana, tanto de caráter positivo quanto negativo que, aplicadas socialmente no âmbito da família, têm orientado as diferentes práticas profissionais, inclusive da enfermagem. Essas práticas pautam-se na tipologia construída ao longo do século XX, da ‘família legítima composta de bons procriadores de prole sadia’.

Cabe aqui um alerta para um enfoque marcadamente atual sobre o conceito de família, o Programa Saúde da Família (PSF), proposto e implementado pelo Ministério da Saúde e entendido como uma estratégia para a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios. O PSF iniciou em janeiro de 1994 a formação de suas primeiras equipes, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde iniciada em junho de 1991. Em resposta à questão “por que Saúde da Família?”, representantes do Ministério da Saúde afirmam que:

a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 2000).

Em artigo de nossa autoria (MAI, 2001), questionávamos se ainda convinha a família como estratégia de assistência, diante dos tantos insucessos ao longo de quase um século, em

que essa mesma família vem sendo apresentada pelo Estado, pela Igreja e por médicos higienistas e eugenistas não apenas como um modelo de assistência, mas como um dos caminhos para o futuro de progresso e desenvolvimento do Brasil. Os dados encontrados nos textos da REBEn ratificam essa atenção especial à família desde as primeiras décadas do século XX, inclusive por parte da enfermagem. Se tomarmos em conta apenas alguns aspectos da vida atual, como desigualdades as mais diversas, intranquilidade na ordem social, intensos avanços científicos e mudanças de comportamento em geral, desenvolver atividades junto ao PSF com base nos conceitos de biotipo/sociedade/família e nas interpretações a eles subjacentes, predominantes até os nossos dias, representa, de antemão, o comprometimento de qualquer proposta ou empenho profissional. Vale a pena refletir.

A ciência contemporânea tem apontado para novos conceitos reprodutivos. Em 1954, Pio XII já alertava para o fato de que reduzir a coabitação dos esposos e o ato conjugal a uma pura função orgânica para a transmissão dos germes, seria como que converter o lar doméstico, santuário da família, num simples laboratório biológico, e isso em uma época em que o conceito de família parecia bem delimitado e estável. Entenda-se esse alerta frente às mudanças de comportamento quanto à reprodução e à adoção de novas tecnologias de controle de natalidade, que permitiram que se desvinculasse o ato sexual da procriação.

Além dessa desvinculação do ato sexual da procriação mediante o uso dos métodos contraceptivos, estamos na eminência de literalmente sermos os futuros autores de nossa descendência, desviando as próprias leis naturais que até então representavam o único caminho à procriação. Tudo isso graças às novíssimas tecnologias em reprodução humana como as técnicas de inseminação in vitro, células tronco, identificação de DNA, engenharia genética e clonagem, a exemplo da criação de uma criança surda para um casal de lésbicas norte-americanas igualmente surdas (GARRAFA, 2003). No mínimo, esses avanços irão

requerer um novo referencial teórico de família que, tecnicamente, tornou-se ‘obsoleta’ no processo reprodutivo. Tais reflexões ainda não têm sido apontadas nos textos da REBEn.

Mas, na linha de raciocínio ainda predominante, uma figura se destaca no interior dessa família bem constituída, a mulher, e é sobre ela que se referem as idéias a seguir.

4.3.1.4 “É preciso que a mulher aprenda a ser mãe”

É preciso que a mulher aprenda a ser mãe. A mulher é que tem de solucionar este importantíssimo problema: dar à criança a normalidade física e moral (SMITH, 1936, p. 18)

Durante o século XIX, o discurso médico pautado no paradigma biológico e positivista procurou reorganizar a família e as relações entre pais e filhos, inaugurando um novo discurso sobre a condição feminina. Esse discurso esboçou para as mulheres uma nova configuração dentro do lar, forjando-lhes uma nova subjetividade: o ser para os outros. De acordo com Moreira e Nakano (2002, p. 687), esse discurso médico “difundiu a idéia de que o corpo das mulheres é a matriz do corpo social, sendo necessário adaptá-lo perfeitamente à função reprodutiva. Assim, a gravidez, o parto e o aleitamento materno são normatizados não só do ponto de vista da higiene, senão também, do ponto de vista moral”.

Essa normatização biológica e moral do corpo da mulher convergiu perfeitamente ao ideário eugenista do início do século XX, em torno da preocupação com a constituição do tipo antropológico brasileiro e da nacionalidade desejados. E a mulher foi e continua sendo considerada como a grande responsável para alcançar tal fim. Sobre ela devem ser tomadas determinadas medidas, é ela quem deve tomar os cuidados adequados e dela depende a saúde e normalidade dos filhos que porventura venha a ter.

Os textos da REBEn desde o início conferem grande ênfase ao papel da mulher na família e na sociedade, no sentido de que a ela caberia solucionar este importantíssimo problema: dar à criança a normalidade física e moral (SMITH, 1936). As décadas de 30 e 40

ênfatizam a importância de uma boa constituição biológica da mulher para desempenhar suas funções na procriação, conforme a afirmação: “As condições físicas e mentais da mãe tem grande influência sobre o filho antes e depois do nascimento; em boas condições ela terá uma prole sadia; se porém, for luética, alcoólatra, etc [...] passará forçosamente ao filho as taras mórbidas e patológicas” (ALVES, 1937a, p. 40).

A sífilis e o álcool eram tomados como grandes problemas de saúde, cujas influências sobre a descendência tornavam-se sempre desastrosas, as quais passavam a ser vistas como assumindo um caráter de herança genética, mesmo que popularmente não se lhes atribuisse tal influência em expressões de consentimento quanto ao uso do álcool na gravidez ou no período da amamentação justificado como sendo um elemento galactógeno. À mulher competia aniquilar seus efeitos maléficos (PEREIRA, 1934; SOUZA, 1935; ALVES, 1937a). Por isso, era preciso que a mulher aprendesse a ser mãe (SMITH, 1936), e tal aprendizado já “deveria ser iniciado na escola primária, porque cada menina é uma mãezinha em embrião” (SOUZA, 1934, p. 36).

Contrastando ao modelo de mulher ideal, saudável, educada e obrigatoriamente casada, o conceito de transmissão biológica nociva aos filhos perpassava e direcionava as análises sociais, como no caso da ilegitimidade dos filhos:

Geralmente estas mulheres, responsáveis em grande parte pelos destinos do país, porque procriam sem medida – fracos, incapazes e tarados – alegam necessitar de um homem para a manutenção da casa [...] O ponto de apoio fora falso. Mas não servirá de corretivo. O pequeno ser que veio ao mundo em consequência materna, aumentará decerto, a mortalidade infantil ou crescerá um predisposto à tuberculose ou, ainda na última hipótese, desdobrá, daqui a duas dezenas de anos, a sua herança sifilítica sobre outros descendentes (SOUZA, 1935, p. 21).

Guimarães Filho (1946a) destaca também a importância de um tipo morfológico para a mulher, que deveria apresentar as condições anatômicas desejadas ao casamento, leia-se para desempenhar sua função procriativa. Aqueles tipos díspares, que se aproximavam do sexo oposto ou que permaneciam em estados hipo evoluídos, trariam grande inadaptabilidade às

novas condições de vida matrimonial, sendo responsáveis por um sem número de desajustamentos sociais, como freqüentemente verificado em Clínica Obstétrica.

Assim, além dos perigos da transmissão de doenças ou taras, a mulher e seu filho estavam sujeitos também aos riscos decorrentes da própria anatomia feminina, situações essas em que a gravidez não era recomendável, ou mesmo o próprio casamento. Percebe-se no período uma leitura predominantemente biológica do processo reprodutivo, essencialmente sobre a mulher, sem menção a outros fatores sociais, econômicos ou culturais nele envolvidos.

Essa ênfase biológica diminui nas décadas de 50 e 60, quando se percebe que os discursos voltam-se mais para tons moralistas, com predominante influência religiosa. Há o enaltecimento da função reprodutiva e de qualidades morais e espirituais nesse processo em que a mulher desabrocha seu organismo, completa todas as suas funções e consegue desempenhar sua máxima finalidade pela glória da maternidade (ASSISTÊNCIA..., 1957). Diante de predicados tidos como naturais, tanto de homem quanto de mulher, afirma-se que:

A mulher é fraca, intuitiva, extremamente sensível, cuidando das minúcias das coisas, preparando-se sempre para realizar a função da procriação, ou realizando esse sublime mister gerando, amamentando ou educando o filho, mas em qualquer hipótese dando plena satisfação ao seu amor e efetivando com amor todos os seus deveres a partir dos mais simples, mas necessitando do apoio masculino e sentindo nele a segurança indispensável para conseguir realizar qualquer das suas tarefas (ASSISTÊNCIA..., 1957, p. 407).

Ao mesmo tempo em que a maternidade é enaltecida, mas dentro da instituição matrimonial, que é o espaço social ideal e propício para sua efetivação, também há muitas referências sobre os comportamentos desviantes desse ideal, principalmente a ilegitimidade e seus malefícios à prole ilegítima. A ‘mãe abandonada’, como era identificada, é alvo de diferentes visões, apesar do consenso de que a enfermagem deve ocupar-se com ela em suas atividades assistenciais. Domineuc (1957) considera que os grandes responsáveis pelos problemas das mães ditas ‘solteiras’ são aqueles que não as assistiram, os pecadores por

omissão, desde os pais que as expulsaram de casa aos profissionais que não as atenderam convenientemente. A partir de uma severa crítica ao aborto, a autora afirma:

Essa mãe abandonada é, entretanto, a única que ama; se não amasse teria matado, como tantas matam; e todos os outros renunciaram ao amor. [...] É este amor verdadeiro, criado pela maternidade e mantido pelo sacrifício que é preciso salvar. Constitui tudo que ela hoje possui, e logo desabrochará na criança o amor que salvará a própria mãe (DOMINEUC, 1957, p. 363).

Em outro momento, Redentor (1964, p. 300) não parece ser tão complacente:

A mãe abandonada – este é outro aspecto verdadeiramente crucial de um Pré-Natal, dada a alta frequência com que é encontrado: a esposa abandonada; a gestante solteira; a gestante adúltera e incestuosa e a meretriz. Em quaisquer destas situações é que a tese, por nós defendida, ‘de que as escolas de enfermagem devem ter nos seus currículos o estudo do Serviço Social’, é, principalmente, válida e evidente. A enfermeira – e especialmente a enfermeira obstétrica – não pode ficar indiferente diante destas chagas sociais.

Segundo o autor, ‘chagas sociais’ envolviam da meretriz à esposa abandonada, não importando o seu comportamento sexual, se promíscuo ou não, desde que não constituísse mais a família no formato padronizado. Porém, para além das críticas comportamentais, o mais importante ainda era que devia-se incutir na mente feminina o valor de ser mãe, não importando a sua condição civil (REGIS, 1964), visto que, uma vez efetivada a concepção, era sobre essa nova vida que todas as atenções, esforços e cuidados deveriam direcionar-se. O ideal era que a mulher estivesse preparada e de acordo para a sua futura missão e que pudesse assim contribuir para estabelecer uma comunidade sadia, forte, moral e espiritualmente orientada (GUIMARÃES FILHO, 1961).

Sua principal ferramenta e estímulo, o amor materno:

Esse amor particular, o sentimento maternal, é um privilégio, o maior, que a feminilidade pode ter e que é o único elemento capaz de retribuir de um modo infinitamente grande e de forma extraordinariamente generosa as apreensões e os encargos que a função biológica acarreta, e que é o agente máximo daquele espírito de sacrifício de que só as mães são dotadas (ASSISTÊNCIA..., 1957, p. 408).

É o mesmo amor que, conforme Cruz (1961, p. 314), é “amor total, sem lógica ou restrição, sem aparente coerência, amando mesmo quando pelas aparências humanas não se deveria amar”. Sob a ótica de um referencial teórico eugenista, não parece muito difícil delinear a que situações ou estados humanos a mãe seria capaz de amar mesmo quando pelas aparências humanas não se deveria fazê-lo.

Além da ilegitimidade, a década de 70 estende-se para temas como aborto e esterilização feminina, partindo para um enfoque mais técnico-científico, sem perder contudo a influência religiosa. Pelá e Santos (1978) apresentam o aborto e a ilegitimidade enfocando a influência dos valores morais e religiosos, tanto no caso da mãe solteira manter-se grávida apesar da falta de amparo do pai da criança, ou quanto na atitude de aceitação dessa gravidez por sua família, o que demonstraria um profundo respeito pelo fato biológico, religioso ou moral superior ao respeito às normas sociais no tocante à legitimidade da família. Sua sugestão é de que o reconhecimento e fortalecimento desses valores pudesse orientar políticas assistenciais mais eficazes junto a essa clientela e incrementar a profilaxia do aborto.

Padin (1972) discute sobre a esterilização dentro de uma visão personalista da maternidade, de um princípio de globalidade em que ‘a mulher toda é mãe’, o que justificaria a sua prática em alguns casos, uma vez que os órgãos reprodutores em funcionamento colocassem em risco a vida da mulher e esta não pudesse vir a ser mãe, posicionamento divergente à orientação religiosa e condenação enfática dos textos anteriores.

Os temas e os enfoques dos discursos produzidos ao longo das décadas vão alterando-se, conforme vão ocorrendo as transformações sociais paralelas. A figura da mulher, no seu papel de mãe, vai igualmente sendo moldada de acordo com essas mudanças, ora com ênfase biológica, moral e religiosa ou técnico-científica e assistencial, conforme observado a partir de 1980. O contexto social e econômico dessa mulher vai se alterando. Um exemplo é o caso da mãe solteira, até então retratada essencialmente quanto às suas implicações morais e

familiares, incluindo-se logicamente os riscos biológicos à prole. Agora, a chamada ‘gravidez na adolescência’, que continua como um dos temas principais nas décadas de 80 e 90 sob a forma essencial de ‘risco gravídico’, aparece ligada também a um novo componente, eminentemente econômico, que é a inserção da mulher no mercado de trabalho e a sua responsabilidade pela própria sobrevivência e a de seus filhos, aliada à configuração de novos ‘arranjos’ familiares, fora do modelo padronizado anteriormente.

A produção literária em análise expressa as dificuldades criadas por essa nova necessidade social de trabalho e salário aliada ao processo produtivo, pois ainda é a mulher quem engravida e é a maior responsável pelo cuidado e educação dos filhos. Não que a mulher das classes baixas do início do século não necessitasse trabalhar fora de casa; não podemos ignorar que foi exatamente nas décadas de 30 e 40 que foram estabelecidos alguns dos avanços e leis trabalhistas em prol da maternidade e infância em função dessa necessidade. Porém, naquela época, não era dada tanta ênfase a essa questão pois, no conjunto, o sustento da família era considerado responsabilidade do homem, mesmo que ele não atendesse a essa função adequadamente, o que obrigava a mulher ao trabalho fora do lar. E isso se reflete, nos discursos, pelos cuidados pré-natais necessários em função do tipo de atividade laboral exercida pela mulher, cujas consequências poderiam ser prejudiciais ao feto (TABORDA, 1936; ALVES, 1937; GUIMARÃES FILHO, 1954).

Hoje, no entanto, a mulher é definitivamente parte do mundo do trabalho, engrossando os dados estatísticos do desemprego e tendo que atender requisitos mínimos num mercado cada vez mais competitivo, somados às suas funções na reprodução da espécie, conforme as caracterizações a seguir: “A maioria (mulheres) é analfabeta, desempregada ou sub-empregada, em situação indefinida de laços conjugais, dependência sócio-econômica total do companheiro, gestações freqüentes e estado de saúde geral precário” (RODRIGUES et al, 1983, p. 186), ou:

estudos indicam que 54% das adolescentes grávidas pertencem ao grupo sem escolaridade e que a frequência escolar anterior ao nascimento do filho, em relação à posterior, diminui cerca de 80%. A taxa de desemprego [...] mostra-se muito maior entre as mulheres que tiveram filhos e o fenômeno da gravidez na adolescência diz respeito principalmente às mulheres mais pobres, entre as quais a fecundidade é mais alta (MARTINI et al, 1999, p. 541).

Ou, ainda: “Talvez, o principal problema social enfrentado por essas adolescentes seja a evasão escolar que, em decorrência da gravidez, ou agravada por ela, tem, por consequência, a exclusão delas do mercado de trabalho, cada vez mais competitivo” (PORTO; LUZ, 2002, p. 388).

Àquele ideal de ‘mulher, mãe, sadia, casada, do lar’, até então contraposto pela ‘mulher, mãe solteira, múltipara, doente’, são acrescentados novos elementos, configurando atualmente a ‘mulher, mãe, analfabeta, desempregada, subempregada, situação conjugal indefinida, múltipara, gravidez na adolescência, desnutrida, doente’.

Apesar de revelar as difíceis condições em que a própria mulher passa a ser responsável por seu sustento e as implicações disso sobre a sua saúde e de seu filho, esses aspectos não são os centrais nos textos, cuja centralidade mantém-se sobre os ‘riscos biológicos ou gravídicos’ a que as gestantes se submetem, em função de idade, vícios, doenças, infecções, desnutrição, condições de trabalho e moradia, etc., e sobre a conseqüente atuação assistencial da enfermeira sobre eles (riscos), ou sobre elas (gestantes). Nessa perspectiva, a mulher é chamada a cumprir a sua “responsabilidade social decorrente do seu papel de mãe” (AUGUSTO, 1983, p. 55).

Por outro lado, percebe-se nos textos uma nova inquietação teórica quanto à separação entre sexo e função reprodutiva. Moreira e Nakano (2002, p. 687) relatam que, a partir da Conferência do Cairo (1994), “houve um deslocamento da esfera demográfica para a esfera de direitos”, que tem apontado para o conceito de autonomia da mulher no campo reprodutivo. De um modo geral, esse conceito vem inserido dentro de um conceito maior, de ‘saúde

reprodutiva', um conjunto amplo de direitos em que o princípio da integralidade busca ultrapassar a visão de mulher limitada à fase reprodutiva (LAGO et al, 2000). Sem aprofundar o conceito de 'saúde reprodutiva', que não é intenção deste estudo e até porque muitos autores o têm feito, faz-se necessário tê-lo em mente, visto ser esta uma abordagem contemporânea sobre a mulher, que está sendo incorporada pelos profissionais da saúde e da enfermagem e que pode estar sendo o formato atual da expressão de idéias positivas em prol do nascimento normal, saudável e perfeito, em que o ideal eugênico de mulher passa a ser buscado e interpretado.

Compreende-se a possibilidade de autonomia da mulher como consequência da sua independência econômica e do controle sobre a concepção (métodos contraceptivos). Quanto à questão econômica, os novos elementos incorporados ao ideal de mulher dão conta de mostrar as difíceis condições em que a maioria das mulheres se encontra, salvo o pequeno número daquelas que têm alcançado essa independência. Os textos analisados evidenciam essas dificuldades⁶, mesmo que, implicitamente, a 'ignorância' da mulher continua aparecendo como uma provável causa de todo esse quadro, situação agravada ainda mais na eventualidade de uma gravidez precoce e que leva à saída da escola, espaço reconhecidamente tido como lugar para adquirir tal conhecimento, mesmo que não o seja na prática.

Sobre a contracepção, Laura Wong, presidente da Associação Brasileira de Estudos Populacionais – ABEP, e citada por Yunes (apud BERQUÓ et al, 2000), já advertiu que de fato não se confirma a afirmativa de que o conhecimento do método anticoncepcional é praticamente universal ao verificar-se os dados nacionais com mais sutileza. Segunda ela, a universalidade do conhecimento referida nos resultados das investigações é devido ao fato de que as pessoas investigadas conhecem a esterilização e a pílula, que são métodos bastante

⁶ A evidência das dificuldades e dos fatos que cercam o universo feminino reforça-se pelo caráter eminentemente descritivo dos textos. Por outro lado, esses mesmos fatos saem de foco na condução das análises, predominando uma interpretação biológica das condições sociais, ao que concordamos com Rocha e colaboradores (1984), quanto à configuração de uma produção teórica da enfermagem essencialmente desarticulada e acrítica.

difundidos quando comparados aos demais e que é urgente a necessidade de conhecermos melhor as falhas dos métodos e o abandono devido a efeitos colaterais através de indicadores capazes de expressar esses fenômenos. Tal fato é preocupante diante de dados que indicam que, no Brasil, o risco reprodutivo é 30 vezes maior que nos países desenvolvidos, em que a taxa de mortalidade materna corresponde a 134 mortes para cada 100.000 nascidos vivos, o que significa que a cada 2 horas uma mulher morre no Brasil por complicações decorrentes de gravidez, parto ou pós-parto (DAWIM et al, 1999), e quando os índices de certas práticas continuam elevados como o aborto, a esterilização feminina, o uso indevido de anticoncepcionais e o número de gravidez indesejada, especialmente na adolescência (GUIMARÃES et al, 1996).

Soma-se a esse quadro, todo o desenvolvimento tecnológico observado no campo reprodutivo, ao que Silver (apud GIFFIN; COSTA, 1999, p.309) alerta:

No Brasil, embora existam numerosas tecnologias de extraordinária importância e benefício social – que possibilitaram a melhoria da saúde da mulher e a possibilidade de planejar a vida reprodutiva – a oferta e utilização de tecnologias médicas é muito mais regida pelos interesses de mercado do que por qualquer visão de interesse sanitário. Contribuem para esta situação a fraca capacidade de regulamentação do Estado; a organização ainda insuficiente da sociedade civil para se contrapor à hegemonia de fabricantes e prestadores de serviços; e os vícios da formação de profissionais de saúde, que, na maioria das faculdades, produzem, anualmente, novas gerações de profissionais com uma baixa capacidade crítica para a incorporação e uso de tecnologias em saúde⁷.

Entendemos que essa ‘capacidade crítica para a incorporação e uso de tecnologias em saúde’ envolve, imprescindivelmente, retomar os ideais eugênicos em torno da mulher ligados aos ideais reprodutivos, até mesmo para avaliar se os ‘direitos reprodutivos’ têm o potencial de abarcar todas as situações vivenciadas pela mulher na atualidade e generalizar seus benefícios ou se esse novo paradigma se adequa somente àquelas que alcançam as condições

⁷ Especificamente sobre a reprodução assistida, Corrêa (1997) refere-se à criação de paradoxos ofuscados pelo investimento feito pela mídia nesses novos fenômenos do campo médico, deixando na sombra seus efeitos duvidosos e a forma limitada como essas tecnologias são avaliadas no campo científico.

ideais para tal, que passam pela independência financeira e o acesso à contracepção, e que são representadas pela ‘mulher, mãe, sadia, poucos filhos, bem sucedida’. Os textos analisados não têm apontado para essas discussões.

Outro aspecto que merece ser apontado frente à autonomia da mulher é a forte simbologia criada ao longo de muitos anos em torno da díade mulher/mãe (reprodução biológica). Apesar de vermos preocupações quanto ao ‘continuum saúde-doença’ da mulher, buscando atendê-la em sua totalidade estando ou não em fase reprodutiva (CARNEIRO; RODRIGUES, 1987; BARROS et al, 1987; NERY, 1996) ou, ainda, menção ao direito de não procriar frente ao direito universalmente consagrado de procriar, a ‘mulher feito mãe’ é uma construção histórica. Mesmo que essa relação não apareça tão enfática e clara na produção teórica nas décadas de 80 e 90 como nas anteriores, ela mostra-se de outras formas.

Pode até ser de forma explícita, como na referência de Augusto (1983) sobre despertar nas mulheres a consciência da responsabilidade social decorrente do seu papel de mãe, ou, de forma implícita, pode ser apreendida na expressão de ‘alívio’ causada pela confirmação da gravidez, denotando a capacidade comprovada da mulher em gestar (LUZ; CASTRO, 1995), ou pelo sentimento de ‘prazer’, diante da oportunidade de gerar uma vida dentro de si (CECHIN, 2002). Esses sentimentos de ‘alívio’ e ‘prazer’ sinalizam para o fato de que ter um filho não se configura apenas no ato da reprodução biológica em si, mas é um conceito construído culturalmente. Começam as discussões teóricas sobre a autonomia entre sexo e reprodução; na prática, a mulher ainda é cobrada, sente-se cobrada, ou ambos, para assumir o seu papel de mãe, a principal protagonista para a continuidade da espécie.

Como síntese dessa primeira categoria, “Batalha que se impõe para o aperfeiçoamento eugênico do nosso povo”, procurou-se conduzir a construção teórica sobre os ideais de um biotipo, de sociedade, de família e de mulher, sob uma perspectiva eugenista. Esse referencial conceitual da eugenia se pauta no estabelecimento de algumas características tidas como

referências, como padrões a serem alcançados. Com isso, não se quer afirmar que os homens não devam almejar a melhoria de suas condições de vida e de saúde, o que de antemão comprometeria e não justificaria qualquer atuação como profissional da área da saúde. No entanto, é preciso ter clareza sobre a distinção entre um ‘ideal eugênico’ e um ‘ideal eugênico ideológico’, distinção capaz de explicar como conhecimentos e ações que visam o benefício para o indivíduo e sua descendência, sejam eles num sentido positivo ou negativo, permitem comportar idéias e ações de discriminação e de exclusão, quando aplicados ao campo social.

Entende-se que as atividades desenvolvidas devem ser direcionadas para um ‘ideal eugênico’, no sentido de utilizar os conhecimentos e tecnologias disponíveis para o ‘bom nascimento’, de forma a que preferencialmente todos sejam beneficiados e com total respeito aos direitos humanos fundamentais. Por outro lado, deve-se atentar para um ‘ideal eugênico ideológico’, no sentido de não transformar a prática profissional em instrumento para enaltecer e privilegiar uns em detrimento de outros.

E, para isso, é preciso ter em mente o caminho pelo qual se estabelecem esses padrões de normalidade que, via de regra, têm sido através da construção de antinomias entre características psicofísicas ou comportamentais desejadas e indesejadas, estabelecidas com base nas diferenças biológicas entre os indivíduos e nas diferenças sociais entre as classes que compõem a sociedade. Daí o cuidado na incorporação e aplicação desses ideais de biotipo, sociedade, família e mulher, que, neste estudo em particular, foram identificados e construídos a partir de uma produção teórica da própria enfermagem. São tais conceitos que, incorporados ao processo de formação profissional, traduzem-se em diferentes ações de caráter educativo ou assistencial ligadas aos anseios eugenistas em reprodução humana., conforme retrata a categoria a seguir.

4.3.2 “A responsabilidade da enfermeira, em função da vida, é direta”

A categoria “a responsabilidade da enfermeira, em função da vida, é direta” congrega algumas bases conceituais depreendidas dos textos quanto às atividades desenvolvidas pela enfermagem, motivadas por preocupações eugenistas. Essas atividades dizem respeito ao preparo de recursos humanos em enfermagem, às ações de educação em saúde e às ações assistenciais na área reprodutiva.

4.3.2.1 “Preparar pessoal qualificado”

Enfermagem obstétrica é mais difícil que enfermagem geral. A responsabilidade da enfermeira, em função da vida, é direta. Esses são os fatores que fazem com que a enfermeira obstétrica tenha muito mais responsabilidade, e se tem mais responsabilidade dela devemos exigir mais e, portanto, deve ser melhor preparada (GUIMARÃES FILHO, 1954, p. 239).

Percebe-se, ao longo da REBEn, um grande destaque à formação de recursos humanos em enfermagem na área Materno-Infantil. A precariedade dos serviços de assistência em si agravada com a precariedade quantitativa e qualitativa do pessoal por ela responsável, tornava consenso entre os autores que alcançar a maximização dos efeitos positivos de uma gestação sadia e nascimento de uma criança normal e a termo (PAIM et al, 1978) prescindia de uma formação adequada para atender o binômio mãe e filho nos períodos pré e pós-natais, durante o parto e no atendimento aos seus aspectos psicossomáticos, sociais e éticos. Fosse em 1932 ou em 2002, o problema era que:

As vidas humanas representadas pelo número de mulheres que são anualmente sacrificadas ou invalidadas e o número extraordinariamente grande de fetos e recém-nascidos que morrem ou indivíduos que ficam definitivamente inválidos pelos mesmos motivos, exigem e não podem tolerar que um problema tão fundamental seja resolvido sumariamente, dando-se preferência ao número e não à capacidade profissional. A urgência e a gravidade dos problemas não cria a possibilidade de suprimir as exigências da educação profissional (PROJETO..., 1954, p. 298).

Os diferentes elementos presentes nessa assistência variaram conforme cada época e seus condicionantes sócio-econômicos, culturais e legais, história essa apontada nos textos. Do século XVI ao XIX, a enfermagem obstétrica no Brasil era realizada por curandeiras e parteiras curiosas personificadas por comadres antigas, mulatas ou portuguesas de classe social menos privilegiada, que vestiam-se de escuro, chale e lenço amarrado na cabeça (NÓBREGA, 1972). Além de aparaar a criança, elas davam toda orientação à puérpera de como guardar o ‘resguardo’ e o que fazer com o recém-nascido, permanecendo muitos dias na residência.

A partir de 1891, tem-se uma preocupação maior das autoridades legislativas quanto ao problema da formação de pessoal para a assistência Materno-Infantil (O PREPARO..., 1959). Cursos para curiosas começam a ser organizados, até que em 1923 tem início a Escola de Enfermeiras Anna Nery, incluindo em sua formação a assistência obstétrica e neonatal.

A partir daí, segue-se uma seqüência de programas, cursos e legislações em torno da formação de recursos humanos em enfermagem nessa área, apoiados tanto por esferas governamentais quanto não governamentais. Citamos, por exemplo, o apoio de instituições como o SESP (Serviço Especial de Saúde Pública) e o FISI (Fundação Internacional de Socorro à Infância) na década de 1950, os programas PISMI (Projeto Integrado Saúde Materno-Infantil) na década de 1970 e PAISMC (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança) na década de 1990, posteriormente chamado de PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher). Quanto à legislação, o pessoal habilitado para o exercício das atividades materno-infantis seguia o Decreto 1.270 de 10 de janeiro de 1891 (parteira), o Decreto 20.865 de 28 de dezembro de 1931 (enfermeira obstétrica), o Decreto-Lei 8.778 de 22 de janeiro de 1946 (parteira prática) e a Lei 775 de 06 de agosto de 1949 (enfermeira obstétrica).

Além da formação da enfermeira, percebe-se o esforço continuado ao longo do século para a melhor qualificação também das parteiras ou curiosas, as quais continuavam responsáveis pela maioria da assistência prestada às mulheres e recém-nascidos durante o ciclo grávido-puerperal. Ao mesmo tempo, os conflitos entre tais elementos são facilmente perceptíveis em várias ocasiões, como apontam Almeida e Augusto (1952, p. 397):

Entretanto, é bom ter em mente que a curiosa deve ser considerada um perigo em potencial, necessitando de supervisão constante. Conhecemos o baixo nível cultural das curiosas. A grande maioria é analfabeta e comumente procuram elas introduzir, no meio onde labutam, determinadas crendices de difícil remoção. Outras, pelo mesmo motivo, ou por longos anos de prática, julgam-se auto-suficientes a ponto de acharem desnecessários os ensinamentos ministrados pela enfermeira.

Forjaz (1953, p. 246) questiona “como a mulher brasileira admite que tipos como esses (curiosas) intervenham na função procriadora, a mais nobre para o ser humano, porque o faz participante da obra divina da criação?”. Nóbrega e Damaris (1970, p. 81) referem que as curiosas são um “mal necessário que deveria se transformar em um bem útil”. Já Costa (1970), salienta que sua atuação adquire um caráter humano e social, na medida em que dela são desprovidos elementos de especulação comercial e enfatizados os elementos de natureza afetiva. O autor tece algumas considerações estruturais em torno da questão:

Autores que têm tratado do assunto exprimem seu julgamento do trabalho da curiosa, geralmente, de maneira muito inclemente, porque observam apenas o lado negativo de sua atuação sem, contudo, atender que sua presença na comunidade é uma necessidade indiscutível [...] Na cidade de Salvador, com aproximadamente 860.000 habitantes, a assistência obstétrica é deficiente para determinado estrato da população [...] Em face dessa situação, surge a curiosa, como uma necessidade imprescindível, para assistir o grande número de mulheres às quais não chegam os benefícios da Assistência Obstétrica. A presença da curiosa é pois uma decorrência da própria estrutura sócio-econômica da sociedade em que elas se inserem. O considerável número de 642 curiosas em Salvador atesta as precárias condições assistenciais dessa cidade. Os males decorrentes de sua prática tradicional e empírica, determinados também por padrões culturais, são consideráveis. Não acreditamos no entanto, que se possa analisar e julgar sua atuação apenas em termos éticos, mas num aspecto muito mais amplo, dadas as profundas implicações sócio-econômicas (COSTA, 1970, p. 109-110).

As próprias enfermeiras são alvo de críticas quanto ao despreparo para as especificidades da assistência Materno-Infantil:

Como captar a confiança da curiosa e da gestante, se as próprias enfermeiras não se encontram preparadas para tão importante missão? Como ensinar, por exemplo, a mecânica do parto sem prévio treinamento nas escolas? A consciência profissional da enfermeira de Saúde Pública reconhece a imperiosa necessidade da melhoria do ensino de obstetrícia nas escolas de enfermagem, especialmente, do ponto de vista prático de assistência ao parto (ALMEIDA; AUGUSTO, 1952, p. 399).

Quanto ao atendimento ao parto, ainda hoje essa questão tem gerado polêmicas, porém em outro sentido e fora da própria equipe de enfermagem, uma vez que a enfermeira obstétrica tem alcançado competência técnica para acompanhar o parto normal e dispõe de amparo legal para tal, através da Portaria nº 2.815/98, do Ministério da Saúde. Esse fato confronta-se com a hegemonia médica na área da saúde, a ponto de serem divulgadas na mídia notícias intituladas ‘Seis por meia dúzia ou talvez zero’ e ‘Parto normal realizado por enfermeiro gera polêmica’, como tentativas de polemizar a capacidade técnica da enfermeira na sua atuação e o seu reconhecimento financeiro, que aparece implícito nas referidas notícias (PORTO; MORAES, 2002).

A Associação Brasileira de Enfermagem, por diversas vezes, reiterou a necessidade desse preparo específico, chamando a atenção para “uma melhor compreensão dos responsáveis no modo de preparar pessoal qualificado para a Assistência Materno-Infantil” (O PREPARO..., 1959, p. 408). Vários apelos são feitos para que se criem escolas de enfermagem, verdadeiras escolas de obstetrizes.

Quanto aos currículos, os conteúdos propostos para enfermeiras não diferem muito daqueles apresentados para os cursos de curiosas, pois considera-se que ambas deveriam ter além da formação técnica específica, também formação moral e ética diante das possíveis situações que pudessem vir a ocorrer, em se tratando de uma área ligada diretamente à vida e à morte. Temas como abortamento, operações mutilatórias ilícitas, práticas anticoncepcionais,

limitação dos filhos, fecundação artificial, esterilização, eutanásia, propagação da raça, hereditariedade e a própria prática da eugenia são apresentados pelos textos da REBEn como conteúdos importantes a serem contemplados no processo de formação ao longo do período estudado.

Alguns temas específicos começam a surgir nas últimas décadas aos quais a enfermagem é chamada a olhar com maior atenção nessa formação, como a assistência frente a morte, em sendo a área materno-infantil uma área que trabalha prioritariamente com a vida, assistência frente ao nascimento de criança especial, gravidez na adolescência e gestantes portadoras do vírus HIV.

Segundo Cruz (1961, p. 312),

a reprodução como função essencial é fundamental e está compreendida integralmente no preparo de toda aluna devendo constituir campo de ação de toda profissional, quer da enfermeira ou da enfermeira obstétrica, quer da enfermeira de saúde pública ou da enfermeira pediátrica.

Essa afirmação pode ser compreendida como uma síntese do grau de importância dessa área para a formação e prática da enfermagem. A prática da eugenia concretiza-se em seu interior, através de ações e ensinamentos voltados para o nascimento de crianças saudáveis e perfeitas ou para a limitação de intercorrências nesse ínterim. Educar para assistir mãe e filho durante o ciclo grávido-puerperal ou ainda antes, educar para assistir homem e mulher na composição de uma família, significa preparar profissionais que, inegavelmente, preocupam-se com o futuro da espécie humana e, portanto, envolvem-se diretamente com práticas eugenistas.

Sua formação não deve, de forma alguma, limitar-se aos saberes técnicos. Por outro lado, as ações educativas e assistenciais desenvolvidas pela enfermagem, algumas delas possíveis de serem apreendidas no presente estudo e que mostram-se intrinsecamente ligadas a um quadro conceitual elaborado em torno da eugenia, sinalizam que, para além da técnica,

os profissionais da enfermagem devem estar atentos ao que fazem, ao que dizem e ao que pensam, para não incorrerem em equívocos junto à sua clientela. A forma como são executadas essas ações, sejam elas de estímulo ou limitação à reprodução humana, refletem aspectos importantes da formação acadêmica, das constantes atualizações e das posturas pessoais dos profissionais frente às diversas situações e dilemas encontrados no seu cotidiano.

4.3.2.2 “Ensina princípios de higiene e eugenia”

O problema da alfabetização de nossa gente se impõe, é premente e temos que solucioná-lo. Mas, a solução desse problema está na dependência de outro: - a sanidade do povo. Antes de colocarmos o livro nas mãos da criança, é mister que lhe demos, preliminarmente, um organismo sadio (FRÉRES, 1936, p. 27)

A educação em saúde voltada à reprodução humana concentra grande parte da atenção dos autores colaboradores da REBEn ao longo do período estudado, ora como tema central ora diluída em outros temas. A preocupação e o desejo por filhos sadios e perfeitos congrega em torno de si alguns elementos educativos que perpassam o tempo, os quais explicitam-se de acordo com o desenvolvimento técnico-científico e as possibilidades de atuação e interação entre profissionais de saúde e comunidade.

Há pequenas variações na forma de expressar essa relação da educação com a finalidade última do ‘bom nascimento’, conforme pode ser exemplificado por alguns autores: Taborda (1937b, p. 6) salienta a importância dada à sanidade do povo e à educação moral e sanitária para “o amanhã de uma raça forte, respeitada e feliz”; Alencar (1958, p. 7) defende os “princípios que concorrem para uma gravidez livre de acidentes e para dar à luz uma criança sadia”; Candeias (1981, p. 152) fala da educação em saúde de mulheres em idade fértil para a prevenção do risco gravídico, sem o que, o mesmo (risco gravídico) “permanecerá assunto de interesse meramente acadêmico e a saúde do grupo Materno-Infantil, lamentavelmente, uma questão de chance”.

Quanto às formas de comunicação e metodologias utilizadas para a transmissão do conhecimento desejado, percebe-se a introdução gradativa de novas técnicas ao longo do período. Essas técnicas incluem, de modo geral, conferências, palestras, reuniões instrutivas, venda de livros, distribuição de panfletos, filmes, demonstrações, dramatizações, expressões corporais, vídeos, imprensa e os próprios serviços de saúde, as quais aparecem citadas por vários autores, como Zourob (1933), Souza (1934), Lutz (1955), Alves (1962), Tröger (1979), Domingues (1981), Bittencourt (1984), Alves e Varela (1988) e Martini et al (1999).

Duas abordagens são salientadas, a individual e a grupal, com um maior número de referências sobre a grupal. Ambas não excluem-se mutuamente, mas são alternativas de trabalho educativo programadas por serviços de saúde, órgãos de formação ou por iniciativas isoladas de alguns profissionais. As atividades individuais são mais referidas na década de 30, incluindo orientações nos serviços de higiene pré-natal, consultórios de higiene infantil e durante a visita domiciliária de pré-natal da enfermagem, com destaque à importância da continuidade da assistência e da procura aos serviços:

além do serviço de higiene pré-natal produzir resultados imediatos e incontestáveis, educa de tal forma a mulher que rara é aquela que tendo sido bem acolhida e assistida num consultório pré-natal, não matricula o filho no serviço de higiene infantil (TABORDA, 1934, p. 15-16).

A abordagem grupal inclui atividades com clubes de mães, grupos de escolares, adolescentes, jovens (no recrutamento militar), professores, pais e, especialmente, de gestantes, as quais são repetidamente enfatizadas a partir da década de 70. É compreensível que produções teóricas da segunda metade do século destaquem as atividades grupais de educação em saúde, especialmente se considerarmos os avanços ocorridos no sistema de educação e suas metodologias, a ampliação dos serviços públicos e privados de saúde e o maior número e preparo técnico-pedagógico dos profissionais da saúde, em particular os da enfermagem.

Alguns recursos didáticos são observados ao longo da revista como as analogias, especialmente religiosas e patrióticas, ou o enaltecimento de funções e atitudes, com maior frequência nas primeiras décadas. Citamos para exemplificar, Pereira (1934, p. 31) que diz: “Pela educação da mulher, da mulher mãe antes de tudo, é que conseguiremos sair vitoriosos encontrando uma solução para o problema universalmente por resolver – o alcoolismo”, e ainda Souza (1934, p. 36):

Diversos consultórios de higiene infantil, espalhados pela cidade, são os templos da educação da raça, onde o sacerdote pediatra prega o mais alto evangelho e ensina outros mandamentos que também são belos e verdadeiros [...] Se o escolar ainda analfabeto, já recebe noções de civismo e sem compreender o motivo sente orgulho da pátria em que nasceu, porque não ensinar às meninas do 5º ano o mais nobre e elevado civismo, o verdadeiro, o único e edificante feminismo, que é criar um filho sadio?

A revista igualmente retrata os conhecimentos que devem subsidiar as decisões e ações dos profissionais em qualquer processo educativo desenvolvido junto à clientela. Foram observadas duas breves referências nominais ao ensinamento dos princípios da eugenia, sempre associada à higiene, nos anos de 1932 a 1934, como se tais referências encerrassem a essência da idéia da ‘boa reprodução’ e comportassem em si um conjunto amplo de cuidados a serem observados: “ensina princípios de higiene e eugenia” (LOBO, 1932, p. 6) e “educar a família nos princípios de higiene e eugenia” (ALVES, 1934, p. 5). É como se elas não necessitassem de complemento algum, ao que relembramos a idéia inicial deste capítulo quanto ao uso do termo eugenia nas primeiras décadas que denotava um conceito, com finalidades, propostas e campos de ação baseadas em torno da reprodução humana saudável e perfeita.

A partir de 1934, observamos a ausência do termo eugenia associada à educação em saúde mas, em contrapartida, desde 1937 há uma maior explanação dos cuidados a serem ensinados, tendência que se faz presente ao longo da revista. Em determinados momentos são introduzidos alguns novos enfoques, refletindo novos saberes ou novos agravos em saúde

reprodutiva. Vejamos alguns exemplos: cuidados pré-natais, como alimentação apropriada, ar livre e sol, cuidados meticoloso nos 9 meses de gravidez, higiene pessoal, sinais de perigo; exame médico no início da gestação e contínua vigilância, visita da enfermeira; relação de hábitos diários e a saúde da mãe e da criança, condições da mãe para gerar uma criança sadia e alegre – corpo são e forte; manter uma atitude de espírito alegre e despreocupada; o papel dos pais na geração da espécie e sua responsabilidade, os construtores do lar (ALVES, 1937a; ALVES, 1937b); interferência da mulher civilizada que ensine a gente do interior a ter filhos fortes, a fazer homens robustos (CHAGAS, 1938); eliminar defeitos de orientação do povo sobre gestação, parto e cuidados com o recém-nascido, inclusive muitas superstições, educar a gestante para aumentar os partos bem sucedidos (GUIMARÃES FILHO, 1946b); a educação popular deve preparar a juventude ao casamento e às graves obrigações de pai e de mãe de família (PIO XII, 1954a); curso psicoprofilático - preparação para o parto (DUARTE; MUXFELDT, 1975); introdução do planejamento familiar na educação reprodutiva (TRÖGER, 1979); educação sexual para jovens (AUTOTTE, 1980; MOREIRA, 1980); prática sexual segura, para evitar a transmissão de DST/AIDS e a gravidez indesejada (DESSUNTI; SOUBHIA, 1991; HIRSCHFELD; OGUISSO, 2002).

Todos esses temas, entre muitos outros, relacionam-se diretamente à prática da eugenia, isto é, com a aplicação desses conhecimentos pretende-se contribuir efetivamente para o nascimento de crianças fortes e saudáveis ou evitar possíveis danos à prole provenientes da sua não observância.

Resumidamente, podemos classificá-los em dois grandes campos do conhecimento: a educação higiênica e a educação sexual. A educação higiênica não parece encontrar tantas dificuldades ou polêmicas quanto a sexual, visto ser um conhecimento pautado em medidas sanitárias, ambientais ou de higiene pessoal, devidamente balizadas pela ciência. A educação sexual, por outro lado, mesmo presente desde o início das publicações da REBEn e sendo

objeto de maior ênfase a partir de épocas mais recentes, ainda em 1983 demonstra ser uma área não muito facilmente tratada, conforme apontam LUZ e colaboradores (1983, p. 6):

Burst sugere que não seja usado o termo educação sexual, pois este possui conotação limitada, freqüentemente despertando ansiedade e objeção por parte dos pais e líderes religiosos, que acreditam que o conteúdo da educação virá violar tradições, leis ou ensinamentos religiosos, criando promiscuidade. O termo sugerido pelo autor é promoção de saúde à vida familiar, por ser menos ameaçador e possuir um conceito mais abrangente. Não devemos salientar somente tópicos sexuais, fisiologia reprodutiva e métodos contraceptivos, mas principalmente a vida familiar, a paternidade, uma vez que a gravidez na adolescência não é só responsabilidade da mulher, o relacionamento interpessoal, o encorajamento do diálogo franco com os pais e um tomar de decisões responsáveis com relação ao comportamento sexual e outras escolhas a serem feitas na vida.

Merece destaque ainda a utilização quase que exclusiva de verbos como ensinar, levar, instruir, educar, conscientizar entre outros, o que transparece a idéia da ação de alguém sobre outra pessoa. O direcionamento do processo educativo mostra-se sempre no sentido de quem tem o saber em direção daquele(s) que não o tem e dele necessita ou necessitaria. Esse direcionamento fica mais evidente e claro quando os dados revelam que, de uma forma bastante ampla, esse esforço educativo é dirigido prioritariamente às classes sociais economicamente desfavorecidas, ou conforme Souza (1934, p. 36) à “plebe inculta” ou, ainda, Pelá e Santos (1978, p. 523) à “determinada camada da sociedade de baixo nível sócio-econômico e de baixa escolaridade”.

Individualmente, cada texto traz uma contribuição a determinado tema e muitas vezes parece limitar-se ao seu assunto e não comprometer-se com qualquer visão de mundo ou de sociedade. Tomemos como exemplo o estudo de Luz e demais autores (1983) desenvolvido em um hospital-escola, o qual além de alguns dados traz uma contribuição importante para a assistência em saúde a sua população-alvo, no caso, adolescentes grávidas. Os seus objetivos foram verificar a incidência de adolescentes grávidas, as características da população em estudo e a atuação da enfermeira em termos assistenciais junto à parturiente adolescente. É um texto descritivo, com ênfase às implicações da gravidez para a adolescente e ao estigma

social vivido por ela, o que pode vir a ocasionar complicações tanto para ela quanto para o feto, pela falta de pré-natal ou pelo aborto ilegal provocado. A assistência educativa e o apoio emocional a essas adolescentes são priorizados, ao que os serviços de saúde têm falhado continuamente, conforme os autores.

Porém, tomado no conjunto dos estudos produzidos ao longo dos 70 anos da revista no campo reprodutivo, evidenciam-se alguns outros elementos importantes de análise. Primeiro, é o direcionamento das pesquisas relatadas nos textos sobre as populações mais carentes ou os serviços aos quais estas têm acesso, extremamente deficientes em quantidade e qualidade. Segundo, é o caráter predominantemente descritivo desses estudos, do que resulta tão somente a descrição muitas vezes parcelada de uma realidade social oriunda das desigualdades entre os sujeitos que a compõem. E, terceiro, é a dificuldade em extrapolar o campo da saúde para a compreensão e interpretação dessa realidade, limitando em muito qualquer tentativa de análise mais aprofundada e crítica sobre ela.

Advém desses condicionantes um esforço educativo proposto em sua grande maioria de ações desenvolvidas sobre populações carentes e ‘ignorantes’ de conhecimentos científicos, nas quais proliferam os problemas, exigindo os esforços dos profissionais, senão para ensiná-las a gerar uma prole saudável, então para convencê-las a não procriar em função dos perigos traduzidos à saúde da mulher ou do filho a ser gerado e, em continuidade, à própria constituição da nacionalidade brasileira. Decorre daí a necessidade constante de um olhar cuidadoso sobre as diferentes práticas educativas propostas que, num primeiro momento parecem apenas colaborar no processo de formação e informação da população em assuntos de grande interesse mas que, implicitamente, são capazes de encobrir uma visão de mundo capaz de justificar e acirrar as mesmas condições e situações que se pretende inicialmente combater com tais ações.

A partir dessa análise mais ampla, vão surgindo alvos distintos a serem alcançados pela educação em prol da reprodução, mas sempre caracterizados pela ‘ignorância’ ou ‘falta de desejo em aceitar teorias provadas’, o que justificaria a necessidade e a importância da intervenção dos profissionais de saúde para promover possíveis mudanças de comportamento.

A mulher é, sem dúvida, o alvo principal: “Ensinais às mães a preparar os futuros cidadãos antes do nascimento” (CAPRIGLIONE, 1932, p. 27); ou: “a prontidão com que a mãe recebe tratamento e ensinamento são fatores determinantes na obtenção de resultados positivos” (TRÖGER, 1979, p. 257); ou ainda:

a produção radiofônica e a produção de matéria para encartes do jornal, versaram sobre temas de interesse no campo da saúde Materno-Infantil no sentido mais amplo – mulher em todas as fases de crescimento e desenvolvimento humano, abrangendo ainda os papéis assumidos de mãe e cônjuge; criança desde a concepção até a adolescência contemplando suas necessidades bio-psico-sociais (ALVES; VARELA, 1988, p. 142).

Essa mulher assume formas diferentes de acordo com a fase em que se encontra no ciclo grávido-puerperal ou mesmo fora dele, mas sempre com a possibilidade eminente de fazer parte dele, quais sejam, a menina em época escolar, a adolescente despertando para a atividade sexual e reprodutora, a mulher solteira ou casada, a gestante, a parturiente, a puérpera e a mãe que amamenta e cuida do seu filho. Todas elas com pelo menos dois elementos em comum: a ignorância sobre os preceitos da boa saúde e da boa reprodução e a responsabilidade que pesa sobre elas para o sucesso desse evento biológico.

Teoricamente, todas teriam chance de enquadrar-se no ideal proposto; praticamente, os comportamentos adversos a esse ‘ideal’ são destacados como um problema de saúde pública no campo reprodutivo, a exemplo da continuidade ao longo da revista de predicados como ‘transviada’, ‘mãe abandonada’, ‘mãe solteira’ ou ‘adolescente grávida’, com mudança apenas nos enfoques apresentados, sejam eles aspectos morais de família e sustento econômico ou casos científicos de ‘risco gravídico’ em função da idade precoce. Acreditamos que essa ênfase do processo educativo reflete a incorporação por parte dos profissionais daqueles

ideais eugênicos construídos em torno da figura da mulher, quando aqueles elementos que não atendem ao perfil desejado transformam-se em grupo de interesse, sobre o qual deve ser implementado um trabalho educativo para mudança de comportamento. Trabalho esse que, nos moldes predominantes, deixa de ser transformador e libertador, para tornar-se disciplinador e moralizador.

Quanto à figura do pai, esta associa-se geralmente à idéia de família (co-participação no processo reprodutivo) e arrimo econômico da mesma. É perceptível uma pedagogia do trabalho que sutilmente perpassa a ação sobre essas classes sociais mais desfavorecidas, especialmente sobre o homem, dando conta de uma das principais características da sociedade capitalista, a relação capital/trabalho: “Instruir os adultos inteligentes e ociosos por intermédio de conferências e outras reuniões instrutivas mostrando-lhes a possibilidade de uma vida normal de trabalho” (ZOUROB, 1933, p. 28); ou: “A educação da saúde, compreendida assim, no seu aspecto humano e cívico, construirá gerações fortes e saudáveis, criará uma consciência do trabalho como dever social e plasmará os caracteres fortes e enérgicos de que tanto dependem o progresso e o engrandecimento de um País” (ROMCY, 1953, p. 124); ou ainda:

Se o trabalhador for consciente da grandeza de sua responsabilidade paterna, se a mãe se consagra à sua missão educadora, guiada por um ensino apropriado, a célula vital da sociedade será sadia e forte [...] É, pois, essencial que a educação popular não perca de vista a importância da preparação da juventude ao casamento e às graves obrigações de pai e de mãe de família (PIO XII, 1954a, p. 77).

Como resultado dessa educação sobre mulher e homem objetiva-se alcançar a família constituída, igualmente representação dos anseios educativos. Também ela urge que seja devidamente ensinada àqueles que apresentam comportamentos adversos ao esperado: “ora, a arte suprema do governo da sociedade familiar, onde o homem exerce, na mais larga medida, todas as suas faculdades afetivas e intelectuais, todas as suas qualidades e recursos crê-se, talvez, QUE NÃO SEJA NECESSÁRIO ENSINÁ-LA?” (PIO XII, 1954a, p. 77 - grifo do

autor). É também a família que aparece como objetivo central dos esforços educativos empreendidos ainda hoje, conforme apontam Brum e Pereira (1996, p. 340-341):

O objetivo (trabalho em grupo) é criar neles a consciência da paternidade responsável. Que é paternidade responsável? – o professor fez a leitura de um texto ‘planejamento familiar um ponto fundamental’, nesse espaço foi discutida a importância de ter filhos na época em que se deseja tê-los [...] Chegou-se à conclusão sobre a importância de vivenciar a sexualidade com responsabilidade.

Mesmo priorizando a atenção sobre as classes mais baixas da população, trata-se de um saber cujas vantagens são compartilhadas por todos, inclusive pelas classes economicamente favorecidas. Com uma tonalidade diversa da anterior, também essas classes tornam-se alvo de atenção na REBEn:

De acordo com estudos realizados, seguir recomendações médicas e adotar comportamentos novos de natureza preventiva, são atuações mais frequentes em populações de melhores níveis sócio-econômicos, se bem que mesmo nestes níveis ocorrem atitudes que são frontalmente contra as recomendações oficiais de prevenção à doença como por exemplo: fumar e tomar bebidas alcoólicas durante a gestação e mesmo fora dela [...] (TRÖGER, 1979, p. 257).

Estas são tidas como as populações que têm as condições de gerar uma prole saudável, de modo a garantir a boa e hígida reprodução da espécie e, de fato, dificilmente encontramos referência a elas nos trabalhos publicados na revista, a não ser como nessa crítica de certa forma ‘suave’ sobre aqueles que, mesmo nos níveis mais cultos, adotam algumas atitudes frontalmente contrárias às recomendações oficiais de prevenção. Assim, algumas classes mostram-se mais propensas a seguir recomendações médicas e a adotar os novos comportamentos preventivos; às demais, compete aos profissionais de saúde o trabalho de ‘repassar’ as informações necessárias e ‘supervisionar’ ou ‘controlar’ a sua aplicação.

As interfaces dos temas educação, reprodução biológica e classes sociais, de forma geral, têm conduzido a uma generalização explicativa das desigualdades produzidas pela sociedade, defendida e divulgada por muitos:

As classes mais abastadas, ou pela educação, esclarecimentos ou porque têm consciência de suas responsabilidades, já fazem o neo-malthusianismo desde longa data. A prole destas classes é geralmente reduzida, justamente esta, que menos problemas enfrenta: com habitação, educação, vestuário e alimentação. Mas, as classes menos favorecidas econômica e socialmente, são mais proíferas ou por ignorância, ou por falta de orientação, ou mesmo de meios e é justamente onde se encontram famílias com prole numerosa, sem as mínimas condições humanas de vida, habitando em favelas, mocambos ou habitações similares [...] É evidente que a evolução social contemporânea reconhece a necessidade do planejamento familiar, o que traz como consequência o estudo do controle da natalidade (MOREIRA, 1980, p. 87).

Essa referência reflete uma das formas de interpretação eugenista sobre sociedade que, na perspectiva de classe social e seguindo a leitura positivista de que ciência deve ser experimentada, ensinada e aplicada, tem conduzido e pode ainda conduzir a humanidade a alguns equívocos importantes em sua história, como as esterilizações em massa realizadas sobre as classes mais proíferas, ocorridas ao longo do século XX.

Outra forma de explicação da sociedade, e que nem por isso exclui a anterior, é a que dá maior ênfase ao debate em torno da interação meio ambiente e hereditariedade, ponto polêmico desde o início da sistematização da eugenia e uma das premissas básicas que têm direcionado encaminhamentos distintos, inclusive quanto ao papel da própria educação sobre o homem. Referimo-nos ao debate em torno da influência ou não dos fatores ambientais, como a educação, alimentação ou saneamento básico sobre a constituição físico-hereditária do indivíduo. Polêmica, aliás, ainda não resolvida pelos cientistas e pela própria sociedade, conforme Stepan (1985) ou Bizzo (1994/95).

Dois momentos da revista retratam essa discussão, mostrando algumas transformações. O primeiro é a referência de Frères (1936, p. 27):

O problema da alfabetização de nossa gente se impõe, é premente e teremos que solucioná-lo. Mas, a solução desse problema está na dependência de outro – a sanidade do povo. Antes de colocarmos o livro nas mãos da criança, é mister que lhe demos, preliminarmente, um organismo sadio.

Os objetivos deste texto foram destacar a necessidade de preocupação com a eugenia da raça brasileira e salientar o papel social da enfermeira como educadora sanitária, com nítida primazia da condição de saúde do povo, da sua eugenia, da qual depende a alma da raça ainda em formação, sobre as condições do meio, representadas aqui pela educação. O ‘organismo sadio’ compreende o resultado de fatores físico-psicológicos, de natureza congênita ou genética, aos quais subordinam-se fatores externos ao indivíduo.

Consequências dessa forma de pensamento tendem, no caso do texto em particular e em outras situações em geral, à proposição de medidas de contenção ou de cunho eugênico restritivo, conforme conclui a própria autora: “E uma vez criada essa consciência, ninguém mais teria o direito de trazer à vida seres infelizes e doentios; seria um crime de leza pátria, um crime de leza humanidade, que deveria estar sujeito às penalidades previstas por lei”(FRÉRES, 1936, p. 27).

O segundo momento encontramos em Velho (1956, p. 242), que diz:

Outro elemento esquecido pelos partidários de Galton, em sua faina de generalizar, é a influência benéfica da educação. Com toda a certeza, grande número de etilistas e criminosos, filhos de progenitores com taras semelhantes, não teriam resvalado no vício e no crime, se tivessem recebido educação em meio próprio [...] em 1866, Morselli protestava, já, contra a importância exagerada aos fatores filosóficos, na gênese da criminalidade: desde essa época, observações acuradas estabelecera, claramente, que crianças, com hereditariedade carregada, tornam-se homens de bem, quando bem educados; segundo as pesquisas de Hall, os que são colocados, precocemente, em uma boa casa, não manifestam para o futuro uma moralidade inferior à média... É assim que a obra de Nossa Senhora de Pompéia, perto de Nápoles, que se encarrega de educar os filhos de criminosos, contanto que lhe sejam confiados com pouca idade, formou grande número de honrados operários, e deu, até, bons sacerdotes à sociedade.

Apontando também para uma pedagogia do trabalho, este texto difere do anterior na medida que a ‘hereditariedade carregada’ ainda é apresentada como um saber construído e uma forte possibilidade de tornar-se fato, mas não é ela unicamente que determina o futuro dos filhos. Neste ponto, há uma crítica aos defensores da eugenia que acreditam que todo

anormal necessariamente produzirá anormais, ao que o autor aponta dois erros graves: o primeiro é a dificuldade em definir anormais de causas hereditárias ou de outras causas, como blastotoxias e traumatismos de nascimento e, o segundo, é fundamentar-se rigidamente na genética, em que quase nada é certamente previsível.

O autor utiliza-se das situações criadas em torno da prática da eugenia, como as leis em muitos países para esterilizar os portadores de taras físicas ou mentais, e argumenta que conceitos científicos que são flutuantes e divididos, não podem servir de guias de consciência, ao que a expressão ‘a ciência ordena’, torna-se vazia de sentido. Neste caso, ao Estado compete sim a defesa da nação, mas de um ataque real e não de um ataque possível ou hipotético, como das incertezas da transmissão hereditária.

Velho (1956) defende que dois elementos são esquecidos pelos partidários de Galton quando tentam justificar medidas eugênicas mais radicais: a hereditariedade patológica não é uma fatalidade eterna e inelutável e há a possibilidade de influências benéficas da educação. Devemos considerar que esse texto foi escrito em 1956, período após a II Guerra Mundial, quando ações e ideários das décadas anteriores começam a ser problematizados e criticados, e tem justamente como tema o fato de que a ciência (medicina) não é (ou tem) a verdade absoluta e os seus limites devem ser claramente definidos para orientar as ações dos profissionais, que necessitam de uma visão de mundo além dos campos da medicina.

Tais assertivas e questionamentos mostram-se de grande valor para a atualidade dos profissionais de saúde, especialmente frente a situações como a eliminação de fetos portadores de deficiência ante um preciso diagnóstico pré-natal. Os textos investigados não têm apontado para esse cenário técnico-científico contemporâneo e o conseqüente trabalho educativo a ele inerente.

Abrahão e colaboradores (2000) chamam a atenção para a consulta de enfermagem em aconselhamento genético, em que o trabalho educativo visa ajudar a gestante ou o casal a

tomar decisões a partir de informações seguras, de forma ativa e consciente, o que segundo os autores não é facilmente obtido por estarem em jogo não apenas aspectos racionais mas também sentimentais, éticos, religiosos e legais. Até que ponto pode-se assegurar a exatidão das informações de transmissão genética ou congênita ou até que ponto os estímulos externos e a educação podem contribuir para a normalidade daquele que poderia não ter nascido em caso de uma decisão negativa em favor do bebê, são algumas entre as muitas questões que os profissionais nessa área devem ter em mente.

De um modo geral, o trabalho educativo em prol do nascimento desenvolvido pela enfermagem tem visado educar homem e mulher para alcançar a família bem constituída. Esse esforço educativo, apreendido nos textos da REBEn, tem se direcionado em dois sentidos: de um lado, para aqueles que têm condições de gerar uma prole saudável, de forma a garantir a boa e hígida reprodução da espécie e, de outro, para aqueles que apresentam probabilidades de não alcançar esse ideal reprodutivo, de forma a convencê-los à não procriação por meio de argumentos cientificamente provados.

Trata-se da educação eugênica com suas intervenções positivas e negativas, cujo objetivo final é alcançar a conformação de um biotipo física e mentalmente saudável, um ‘ideal eugênico’. Pauta-se em conhecimentos científicos reconhecidos, nem sempre muito precisos, até porque estão em constante processo de superação, atualmente mais do que nunca; conhecimentos esses, que de forma alguma podem ser ignorados. Porém, quando essa educação baseia-se em referências-padrão, construídas sobre as diferenças (biológicas ou sociais), ela tende a voltar-se para um ‘ideal eugênico ideológico’, e passa a ser direcionada a grupos específicos, exclusivamente sob bases sanitárias e moralizadoras. A linha divisória entre elas é muito tênue, e ambas fazem-se perceber nos textos analisados.

As classes empobrecidas da população tornam-se o alvo principal, assim como das ações desenvolvidas no campo da assistência, descritas a seguir.

4.3.2.3 “Atingir o fim da perfeita assistência”

A criança tem o direito de ser bem nascida - Eis o magno problema (ALVES, 1937a, p. 40).

Quanto às ações assistenciais no campo reprodutivo, destacam-se três momentos de intervenção da enfermagem, a saber: pré-concepcional, pré-natal e parturição.

Pré-Concepcional:

O exame pré-nupcial aparece como a ação prioritária, voltada essencialmente para a constituição da família ideal. Di Piero (1933) salienta a importância do uso da Biotipologia nessa fase, através da avaliação de características físico-morais do indivíduo a partir da verificação do seu tipo morfológico, dada a ligação estreita entre ambas. Sua aplicação ao exame pré-nupcial proporcionaria conhecer antecipadamente tais características dos candidatos à procriação, ao que já de início vê-se um certo apelo: “para quando estas simplificações sem septicismo, como verdade profunda para os que entram na vida?” (DI PIERO, 1933, p. 19).

A assistência pré-nupcial é enfatizada quando diz-se que:

a enfermeira deve cuidar dos problemas médico-sociais com referência à família, bem antes que ela se constitua, pois, os fatores intrínsecos de cada nubente, positivo ou negativo, materiais ou espirituais, influem de tal modo na formação da família e norteiam o seu evoluir, permitindo sólida constituição da sociedade familiar na mais pura extensão da palavra, ou ao contrário pela incompreensão, pela carência ou pelo desvio de atitudes humanas ou psicológicas do indivíduo podem perverter o matrimônio de tal modo que o tornam nulo ou transviado, mas sempre acarretando as mais graves consequências para cada um em particular e para a sociedade em geral (ASSISTÊNCIA..., 1957, p. 404)

A importância da atenção ao período pré-concepcional não deixa dúvidas, pois a oportunidade que esse momento oferece para atenuar ou modificar as condições de saúde dos nubentes ou mesmo casados é extraordinariamente melhor que o período subsequente, o pré-natal, em que apenas poderão ser melhoradas essas condições (GUIMARÃES FILHO,

1946b). O conhecimento das condições físicas dos nubentes nos esponsais é essencial, pois inúmeros serão os distúrbios resultantes do desconhecimento ou do desprezo desses fatores pelos futuros cônjuges, sendo que os problemas podem ser de ordem geral ou específicos para cada casal, devendo ser elucidados em cada caso particular. Podem haver doenças hereditárias, congênicas ou adquiridas, e que direta ou indiretamente irão influir sobre a saúde e a vida dos filhos.

Dentro das condições físicas a serem averiguadas estão as possíveis doenças a serem descartadas ou tratadas convenientemente para evitar futuros danos sobre a prole. A determinação do fator Rh do casal é um fator mencionado por várias vezes, podendo-se, “até certo ponto, julgar do futuro das gestações ou da descendência dos mesmos” (LACAZ, 1946, p. 15). Além do fator Rh, objetiva-se com o exame pré-nupcial, segundo Neme (1950, p. 12):

verificar as condições gerais do organismo e o exame do sangue no sentido de pesquisar a presença da sífilis. A vantagem desse exame prévio é inestimável, porque as moças e futuras mães devem saber que as suas moléstias e deficiências nutritivas se refletirão freqüentemente, em seus futuros filhos. Por outro lado, é preciso salientar que o exame pré-nupcial visa não só a noiva, mas também e principalmente o noivo, porque o futuro ser é fruto de ambos e, da saúde do casal, dependerá a saúde.

A sífilis já era considerada por Barros (1937) como a terrível inimiga da eugenia da raça; Martins (1953) aponta como objetivos do exame pré-nupcial afastar a sífilis, infecções diversas, taras e possíveis desajustamentos sexuais. Além dos aspectos físicos, também aspectos morais e espirituais são apontados como necessários aos nubentes dentro do que Guimarães Filho (1961, p. 324) apresenta como um segundo conceito mais amplo sobre assistência à maternidade estabelecido pela Organização Mundial da Saúde em 1951 e que inclui:

a) indicar cuidados a observar aos jovens que pretendem casar-se; b) favorecer medidas ou conhecimentos que permitam proporcionar o bem-estar ou a saúde dos nubentes; c) aconselhar quanto ao papel e à

responsabilidade dos pais instruindo-os com referência aos problemas atinentes à esterilidade e à procriação voluntária⁸.

Com menor frequência, todas essas idéias sobre pré-nupcial perpassam as décadas seguintes, assumindo a forma de ‘paternidade responsável’ na década de 1980:

O educando na adolescência deve ser orientado, e no programa, a unidade de educação sexual deve ser dada ênfase à paternidade responsável. Desta maneira, já foram abordados dois ângulos em que se pode ter penetração: os inscritos no curso pré-nupcial e os escolares na faixa etária a partir da adolescência (MOREIRA, 1980, p. 90).

Oliveira e Monteiro (1989, p. 14) apresentam outra forma discursiva que igualmente denota a importância da assistência pré-concepcional: “A família exerce influência marcante no desenvolvimento da personalidade do indivíduo, e o cuidado pela saúde do menor se inicia no núcleo familiar, mesmo antes da concepção”.

Percebe-se um debate quanto à legalização ou não do exame pré-nupcial. Referências da década de 1930 sugerem a sua obrigatoriedade, ao passo que a partir da década seguinte há a indicação de que nunca venha a tornar-se compulsório, visto que a sua obrigatoriedade seria impossível, por carência de recursos materiais e porque não haveria sinceridade nos exames compulsoriamente realizados, o que invalidaria a sua efetivação (GUIMARÃES FILHO, 1946a). É tido como um procedimento tecnicamente difícil de ser executado e materialmente dispendioso pelo número de análises exigidas, para que a comprovação seja rigorosa. Ao Estado sugere-se favorecer aos necessitados os meios e as facilidades que permitam a sua realização, caso indicado ou requerido. Além disso, seria necessário contar com a máxima boa vontade dos nubentes diante de um sem número de doenças que só poderiam ser reconhecidas se houvesse a co-participação dos nubentes com os informes necessários para a devida elucidação dos antecedentes mórbidos, sendo o critério ‘sinceridade’ considerado um

⁸ Um primeiro conceito, de âmbito mais estrito, consiste na salvaguarda da saúde da mulher desde o início da gestação até o término da lactação, nos cuidados para que possa nascer normalmente uma criança sadia e nos princípios da Puericultura (GUIMARÃES FILHO, 1961). O referido autor ainda tece críticas às consultas pré-

imperativo para o sucesso do exame, mediante o leal propósito de trazer melhoria para o futuro lar (ASSISTÊNCIA..., 1957). Conceitos como ‘sinceridade’ mostram-se limitados, ou mesmo ultrapassados, diante das atuais possibilidades intervencionistas da Saúde Pública Molecular, como vacinações genéticas ou terapias germinais, as quais não têm sido contempladas na fase atual da revista.

Uma medida eugênica negativa, de caráter restritivo, e que de certa forma é inerente à fase pré-concepcional é a esterilização, sobre a qual podem ser percebidas algumas diferentes nuances nos textos. Conforme Pio XII (1954b), a partir de 1944 vê-se o emprego mais maciço da esterilização através de leis de esterilização em vários países, especialmente na Alemanha durante a Segunda Guerra Mundial. Como uma exceção à crítica generalizada encontrada nos textos sobre a esterilização, Guimarães Filho (1946a, p. 6), justificando esterilizar os degenerados para a melhoria da coletividade, com a extinção dos tarados e criminosos reincidentes, menciona a lei alemã:

Das leis que mandavam esterilizar os incapazes, cumpre lembrar a de 14 de julho de 1933 do Governo Alemão, que incluía entre os sujeitos à esterilização os portadores de imbecilidade congênita; esquizofrenia; psicose-maníaco-depressiva; epilepsia hereditária; Coréia de Huntington; cegueira hereditária; surdo-mudez hereditária; malformações corporais graves hereditárias; e o alcoolismo grave, a qual foi promulgada após o Congresso da Sociedade Internacional de Biologia realizado em junho de 1933 em Hamburgo, assistido pelo próprio Hitler, o qual ficou impressionado com a argumentação do dinamarquez Goll, transformou imediatamente aquelas idéias em leis, obrigando compulsoriamente a esterilização dos degenerados (GUIMARÃES FILHO, 1946a, p. 6)⁹

Se no início do século XX essa prática era ainda recente e devia ser expressamente combatida pela enfermagem, esta não parece ser a situação atual. Hoje, amparada pela

nupciais que permitem a eugenia ativa não tanto para evitar a disgenia hereditária, mas para ajustar as exigência do sexo às dificuldades da vida, facultando mesmo a solteiros vida sexual sem o ônus da procriação.

⁹ Fica evidente a admiração dos médicos brasileiros pela atuação dos higienistas e eugenistas europeus junto ao Governo Alemão, a medida que as suas proposições alcançavam o status de lei. Conforme aponta Reis (2003), vemos aqui o entusiasmo e a crença expressas e direcionadas à aplicação da ciência genética e à prática da eugenia, uma vez que o enfoque do texto restringe-se aos aspectos biológicos da degeneração no seio da família, sem menção ao regime político que embasava essa aplicação científica. O inusitado é que esse texto denota como um todo uma perspectiva religiosa e de certa forma moralista frente aos cuidados referentes à constituição

portaria nº 144/97 a qual regulamenta o oferecimento da esterilização voluntária (YUNES et al, 2000), ela aparece como uma prática consumada em grande escala e especialmente sobre determinado grupo de mulheres, conforme apontam os textos abaixo:

Barroso mostra que, embora haja numerosos abusos de esterilizações praticadas sem o consentimento consciente da mulher, é provável que grande parte das esterilizações tenham sido solicitadas pelas clientes, mas dentro de um conjunto de alternativas que elas são impotentes para alterar. Estas alternativas decorrem de determinantes sociais: posição desvantajosa da mulher na família e no mercado de trabalho, a cultura patriarcal, a política de mercantilização da saúde e a política demográfica (COCCO et al, 1988, p. 65)

Vários autores vêm se referindo à questão da esterilização feminina. Berquó cita que ‘diante das reduzidas opções e recorrendo inadvertidamente à pílula, à procura de um método eficiente, e frente a sua intolerância, só resta à mulher a laqueadura tubária’. O Conselho Estadual da Condição Feminina de São Paulo, em 1986, afirma que ‘o ritmo de expansão da esterilização foi mais rápido entre as mulheres de nível mais baixo de instrução’, e que ‘é bem provável que a grande maioria destas solicitações seja determinada por fatores outros que não a autonomia e a autodeterminação das mulheres, como por exemplo, as condições sócio-econômicas, a educação sexual dentro dos padrões machistas, a política de saúde [...]’ (BARROS; CHRISTÓFORO, 1993, p. 102).

Se naquela época a enfermeira devia recusar-se a cooperar em tais práticas, hoje vemos a sua participação ativa em programas institucionalizados para laqueadura, como no Programa de Laqueadura¹⁰ oferecido pela UNICAMP junto ao Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM) e ao Departamento de Tocoginecologia (DTG), que atende mulheres não grávidas, mulheres no pré-natal normal e mulheres no pré-natal especializado (BARROS; CHRISTÓFORO, 1993). A principal atividade da enfermagem é a coordenação e execução de grupos educativos terapêuticos junto à clientela que solicita a esterilização.

Em linhas gerais, pode-se dizer que as ações na fase pré-concepcional visam o nascimento de crianças perfeitas e saudáveis. Porém, até o atual estágio da ciência e dadas

da prole, sendo inclusive dirigido a um público religioso. Talvez essa flexibilidade teórica explique-se pelo fato de ter sido elaborado por um médico e não por um religioso propriamente dito.

¹⁰ Alguns critérios mínimos eram estabelecidos para a aprovação da laqueadura, como idade mínima de 30 anos, estar na 4ª gestação, ter pelo menos 3 filhos (preferencialmente de ambos os sexos), estabilidade conjugal com relacionamento conjugal de pelo menos 5 anos e concordância expressa do cônjuge (BARROS;

certas características paternas, essas ações eram positivas quando estimulavam a procriação e negativas quando a limitavam. Geralmente, as positivas não encontravam resistências, ao contrário das negativas, que implicavam em limitação ao casamento ou à procriação em si, por meios restritivos como a segregação ou esterilização.

Em função da biotecnologia, esses conceitos têm mudado: ações de eugenia positiva passam a buscar a melhoria ou a criação de certas competências humanas ou características psicofísicas; ações de eugenia negativa visam a prevenção e cura de doenças e malformações de origem genética. Essa mudança é significativa e implica em redefinições conceituais importantes, apesar de ainda manter-se o objetivo final, tanto da antiga eugenia quanto da nova eugenia, de uma constituição física e mentalmente perfeita.

Pré-Natal:

Desde o início da década de 1930, a higiene pré-natal ao lado da higiene infantil é apresentada como um ramo da Medicina Preventiva. Esses dois ramos, além de baixarem consideravelmente o coeficiente de mortalidade infantil, proporcionariam “crianças robustas e de desenvolvimento normal” (SOUZA, 1934, p. 36). Ela é apresentada como um assunto novo, pelo aspecto de suma importância de que se reveste na melhoria duma raça, ao mesmo tempo em que reflete a tentativa de afirmação de uma nova ciência, honesta e imprescindível, representada pelo saber médico-científico: “as mulheres do povo não sabem como levar a bom termo o produto de sua concepção. Ao invés de procurar um profissional competente, consultam as “comadres” e vizinhas, tão ignorantes ou mais que elas próprias” (ALVES, 1937a, p. 40).

Ter um filho saudável implicaria em ações bem delimitadas, como dispor de conhecimentos, tempo e dinheiro, com várias idas ao ambulatório e compra de remédios para tratamentos específicos. Caso tais procedimentos não fossem convenientemente realizados no

pré-natal, é provável que os mesmos fossem necessários posteriormente, muitas vezes sem resultado, para o acompanhamento da criança física ou psiquicamente anormal (SOUZA, 1936).

Os textos da década de 1930 destacam alguns graves problemas presentes na assistência pré-natal: o descaso dos dirigentes com que sempre trataram tão magno problema, outras prioridades assistenciais que não a assistência às gestantes, como a assistência aos tuberculosos, considerados um peso morto para a economia nacional, além das dificuldades para o efetivo tratamento anti-luético das grávidas quando necessário, a grande ignorância dos pais, a falta de propaganda entre a classe de inteligência reduzida sobre a necessidade e benefício do socorro médico no período grávido-puerperal e o descuido e comodidade das mães.

É alvo de atenção a constatação do trabalho feminino e suas possíveis implicações sobre a gravidez e as condições do feto, especialmente nos aspectos do trabalho abusivo, falta de repouso adequado, contato com substâncias insalubres (chumbo, mercúrio, arsênico e outros) ou má nutrição e conseqüente prejuízo para o desenvolvimento fetal. Essa condição do trabalho feminino associada às condições e problemas da assistência pré-natal descritas sinalizam para o fato de que a população-alvo da atenção da Enfermagem era a classe trabalhadora. Diante disso, a enfermeira seria aquela que teria acesso às piores condições de vida social e humana, de onde inclusive poderiam surgir elementos diferenciados, conforme afirma Barros (1937, p. 24): “Os ‘barracões’ trepados em lugares onde só vão os moradores e quase inacessíveis, não o são para a enfermeira dedicada e que sabe que todo ser em formação é igualmente merecedor do máximo de cuidados, porque qualquer um poderá ser um gênio ou um santo”.

Seguindo uma certa lógica explicativa ao longo da revista, essas mesmas condições sociais, culturais e econômicas constantemente apontadas não são tomadas como possíveis

fatores causais das precárias situações encontradas, mas tornam-se o pano de fundo para a priorização de problemas que biologicamente possam influir sobre a natalidade e que igualmente só podem vir a ser adequadamente resolvidos via assistência médica à maternidade. Essa tônica dos discursos orienta o quadro conceitual e prático da enfermagem em assistência pré-natal ao longo da revista, e pode ser sintetizada pela afirmação de Guimarães Filho (1946b, p. 5):

Durante o evoluer da gravidez dois são os aspectos biológicos que influem sobre o produto conceptual e que interessam a gestante. Em primeiro lugar, as condições fisiológicas do evoluer de uma gravidez normal, a qual e numa instabilidade que lhe é muito própria, tende a cada momento a romper esse equilíbrio instável determinando condições que favoreçam o aparecimento de doenças em qualquer um dos dois organismos. Em segundo lugar, existem doenças ou são agravadas por ela; ou ainda, há doenças peculiares ao estado gravídico e que de um modo geral ou particular constituem uma série enorme de quadros patológicos, que colocam em risco as vidas materna e fetal.

As características mencionadas não alteram-se muito ao longo dos 70 anos analisados: insuficiências dos serviços quanto à qualidade e alcance ou descaso da gestante quanto à procura de assistência pré-natal; aspectos assistenciais durante uma gestação normal ou em inúmeras situações de risco materno-fetal; assistência individual, curativa e preventiva ou assistência grupal, com ênfase à educação em saúde sobre um grupo considerado ao longo do tempo como vulnerável.

São muitas as medidas positivas propostas para a manutenção da saúde e normalidade do futuro ser durante o período gestacional, como imunização (principalmente contra rubéola e tétano), tratamento anti-sifilítico e de infecções diversas, atividade física, controle de agentes externos (fumo, álcool, agentes tóxicos e drogas citostáticas), equilíbrio físico-mental da gestante entre outras. Merece destaque o cuidado com a alimentação, sintetizada na expressão de Ornellas (1951, p. 220) de que “o feto precisa que a gestante seja bem alimentada”, objetivando prevenir certas doenças congênitas, a imaturidade física e mental do bebê, outros

distúrbios diversos ou mesmo a morte fetal. A enfermagem geralmente tem atuado na educação nutricional ou em programas de suplementação alimentar para gestantes.

Como medida eugênica negativa inerente à fase da assistência pré-natal, destaca-se a prática do aborto. Vários autores participam do debate em torno dessa prática na revista, como Varillas et al (1961), Regis (1964), Redentor (1964), Padin (1961; 1972), Garcia e Almeida (1996), Brito et al (2000). A exceção de Brito e colaboradores (2000), para quem somente o abortamento provocado não terapêutico assume no Brasil uma conotação de ilegalidade, criminalidade e clandestinidade, os demais autores admitem todas as formas como homicídios, não havendo base moral que as diferencie e justifique, desde o não terapêutico, terapêutico ou sentimental. Eticamente, a enfermagem vem se pautando em seu Código de Ética, considerado modelar nesse aspecto, e que declara em seu artigo 2º: “O enfermeiro respeita a vida humana em todas as circunstâncias, desde a concepção até a morte. Em caso algum coopera em atos nos quais voluntariamente se atente contra a vida, ou que visem destruir a integridade física ou psíquica do ser humano” (COMISSÃO..., 1961, p. 243).

Os textos dão conta de mostrar que práticas abortivas vêm sendo praticadas como forma de controle demográfico ou solução para determinada situação desde longa data, justificadas sob as mais diversas maneiras e em todas as classes sociais. Atualmente, precisos diagnósticos pré-natais, de deficiência física ou mental, acirram a polêmica em torno da indicação de um aborto eugênico, ao que a enfermagem deve estar atenta.

Parturição:

O estágio da parturição foi incluído como um momento importante da assistência, por ter sido muitas vezes referido e apresentar-se diretamente relacionado às condições de vida do futuro ser, conforme aponta Freitas (1935, p. 24): “O próprio parto exerce influência sobre o RN, podendo do parto resultar, por ser muito demorado ou violentamente rápido, a asfixia, a paralisia obstétrica, a hemorragia cerebral, a moléstia de Little, etc [...]”.

No continuum da assistência pré-concepcional e pré-natal, o parto representa o ápice para a concretude da capacidade que o casal tem de conceber, gestar e parir um filho perfeito e saudável. Consideramos que, sob esse enfoque, a intenção eugênica é clara no momento em que o sucesso do parto traz benefícios não só para a mãe mas também para o concepto. Esse é o principal interesse da enfermagem nessa área revelado através da Reben ao longo do período estudado. Permeando esse interesse, ficam latentes dois aspectos: o processo assistencial em si e a posição da mulher no ato da parturição.

Quanto ao processo assistencial, a ocorrência de um parto sem anormalidades vem colocado na dependência da vigilância médica cuidadosa durante todo o período de gestação. Em 1950 já não admitia-se que médico, parteira ou família relegassem a plano secundário o valor da vida fetal no momento do parto e das condições adequadas para a sua sobrevivência pós-parto, especialmente diante do progresso da anestesia, do combate à infecção e das técnicas operatórias então disponíveis (NEME, 1950). Nesse sentido, destaca-se também a importância da técnica de episiotomia e de sua indicação para reduzir o tributo à morte e possíveis lesões irreversíveis dos recém-nascidos (NUNES, 1953; SIMÕES, 1953).

Encontramos nessa década as primeiras referências ao método de preparação física e psíquica da gestante para o parto, o chamado Método Psico-Profilático da dor de parto, com várias menções a ele ao longo de todo o período estudado. Esse método fundamenta-se na preparação da gestante com a finalidade de descondicionar o reflexo contração e dor, aprendendo a gestante a participar ativamente no parto por uma adaptação neuro-muscular e respiratória especial (FREDDI, 1973). A enfermeira é vista como a profissional responsável por essa atividade. Em tom de metáfora, Schmidt e Freddi (1975, p. 18) afirmam que a enfermeira deve:

procurar, conscientemente substituir os condicionamentos negativos por sugestões positivas, explicando o porquê de cada acontecimento, preparando-a para a 'festa de formatura' onde, na maternidade receberá o seu 'diploma', tão esperado durante os nove meses de gestação, vivo e chorando.

Seu trabalho não é isolado, mas teoricamente aparece inserido em uma equipe de atendimento obstétrico, composta além dela de médico obstetra, psicólogo, pediatra e da parteira curiosa, sobre esta devendo manter treinamento e supervisão. Os membros dessa equipe não são constantes; pelo contrário, percebe-se além da falta de preparo para o atendimento específico ao parto, também a carência quantitativa desse pessoal, principalmente do médico e da enfermeira obstétricos, ao que a parteira já vinha substituindo desde longa data.

Existe uma dualidade crescente entre a assistência empírica da parteira, principalmente sobre as camadas mais pobres da população e na forma do parto domiciliar, e o processo de medicalização do parto, conduzido pelo médico no âmbito hospitalar. No final da década de 1970, Tavares (1979) aponta para o reconhecimento da co-existência desses dois sistemas assistenciais, o formal e o não formal. A enfermeira obstétrica é chamada para treinar e supervisionar o trabalho da parteira que, por sua vez, deve auxiliar para a melhoria da assistência ao parto, sentindo-se com livre acesso ao sistema formal em caso de complicação já instalada.

O processo de medicalização do parto trouxe na berlinda um aumento significativo do índice de partos cesariana, geralmente indicados por razões de natureza financeira e não médica e em cerca de 40% dos casos para a realização da laqueadura tubária (SANTOS et al, 2001). A tendência atual parece voltar-se para a criação ou expansão de serviços residenciais de assistência, com atendimento a pacientes crônicos, preparo pré e pós-operatório e assistência perinatal.

Esses diferentes direcionamentos assistenciais têm feito com que a mulher ocupe também diferentes posições em relação ao seu próprio trabalho de parto. A supervalorização do nascimento como um problema técnico ao longo do século XX retirou da mulher o significado que ela atribuía à gravidez e ao parto, ficando ela e seu filho a mercê das ações e

decisões dos profissionais de saúde. A contínua ênfase ao Método Psico-Profilático expressa a necessidade do retorno de uma participação mais ativa da mulher no parto, devidamente orientada e preparada durante a gestação¹¹. Esse também é o objetivo do movimento dessa última década em prol da humanização do parto normal, proposto pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério de Saúde através do projeto Maternidade Segura. Seu principal propósito é o resgate da auto-confiança da mulher em relação à capacidade natural de seu corpo enquanto parturição, sendo um elemento ativo e não passivo durante essa etapa do nascimento (CECHIN, 2002).

Atenção especial é dispensada à adolescente grávida e suas condições um tanto diferenciadas, como a maior fragilidade emocional ou o abandono da família, fatores complicadores para um parto tranquilo e bem sucedido. Ao mesmo tempo, destaca-se também a figura da mulher índia e sua completa autonomia e segurança na condução de seu próprio parto, sem a necessidade da interferência de profissionais ou instituições de qualquer natureza.

Enfim, constituindo um fator estritamente ambiental em prol do nascimento de futuras gerações saudáveis e perfeitas, a assistência ao momento ‘mágico’ do nascimento de um novo ser (COSTA, 2000) constitui uma importante etapa do processo reprodutivo, ao que a enfermagem tem sido chamada a atender.

¹¹ Nesse aspecto, convém destacar o risco de uma atitude discriminatória dos profissionais de saúde em relação àquelas mulheres que não alcançam o padrão desejado de participação no parto, por não regularidade ou não frequência a tais cursos de preparação, geralmente traduzido em percentuais de desempenho no momento do parto, a exemplo dos dados de Schmidt e Freddi (1975, p. 15): “Das 366 gestantes preparadas, 82,25% (301) foram avaliadas como ‘ótimas’, pois durante o trabalho de parto usaram os exercícios aprendidos e ficaram entusiasmadas com a experiência do parto; 10,38% (38) foram consideradas ‘boas’, pois embora fazendo os exercícios e tendo gostado da experiência do parto, não apresentaram grande entusiasmo por esta”.

4.3.3 “Não há solução para os males sociais fora das leis da Biologia”

Dois aspectos ficam patentes na análise da presente categoria: primeiro, o desenvolvimento tecnológico e científico da genética ao longo desses 70 anos de revista, que permite a visualização de novas técnicas e avanços no campo da reprodução humana, desde a importância da conformação física da mulher para uma gestação sadia, às técnicas de inseminação ‘in vitro’ e clonagem, brevemente citadas; e, segundo, o enfoque biológico que orienta a utilização de todas essas tecnologias e conhecimentos. Na década de 30, é possível reconhecer a necessidade de firmar esse novo enfoque científico, ainda recente em seus achados e divulgação no Brasil, como nas expressões “Evidentemente, não há solução para os males sociais fora das leis da Biologia!” (LOPES, 1934, p. 25) e “Os códigos das nações civilizadas ao estabelecerem o impedimento de casamento por deficiência de idade nubil, acolheram as lições de biologia” (FREITAS, 1935, p. 25).

Essas leis da biologia diziam e ainda dizem respeito às leis de nascimento, crescimento, diversificação e evolução do homem (PADIN, 1972), que não são exclusivas aos usos da obstetrícia, ciência que de perto toca a vida, e que com facilidade pode destruí-la, prejudicá-la ou, o que é melhor, pode salvá-la (SILVA, 1965). Outras ciências utilizam-se delas, como a Psicologia e a Psicanálise, que também servem-se da herança e da conformação do corpo para as suas conclusões, por exemplo, frente ao grande número de crianças anormais, avaliadas conforme o seu Quociente Intelectual (QI): acima de 90 são os normais, entre 90 e 50 são os que podem ser educados e os abaixo de 50, são os verdadeiros anormais, incapazes de escolaridade (PRINCE, 1965).

Até a década de 50, acompanhamos o interesse da enfermagem sobre a reprodução humana e suas leis biológicas em termos de ser esta uma possibilidade vinculada preferencialmente ao casamento, ao qual correspondia a sincera aceitação íntima do encargo e

dos deveres da maternidade, respeitando-se os respectivos cuidados até então conhecidos. Em discurso dirigido às participantes do Congresso da União Católica Italiana das Parteiras, em 29 de outubro de 1951, o Papa Pio XII afirma: “Se tal é, pois, o fundamento biológico da vossa atividade profissional, o objeto urgente do vosso apostolado será: agir para manter, despertar, estimular o senso e o amor da função da maternidade” (PIO XII, 1954b, p. 202).

Mesmo que sob uma perspectiva moralizadora e religiosa, o texto como um todo sinaliza os temas e práticas então discutidos, os quais incluíam aborto, esterilização, hedonismo (doutrina filosófica que faz do prazer a finalidade da vida), liberdade sexual, casamento, impedimentos reprodutivos entre outros. Dando ênfase ao direito à vida e frente aos movimentos neomalthusianistas crescentes, é feita a crítica à irresponsabilidade na procriação que, implicitamente, sugere comportamentos que não mais adaptavam-se aos padrões vigentes e hegemônicos.

O tom do discurso de intervenção sobre a reprodução altera-se até a década de 70, com a incorporação de novos elementos e influências filosóficas no cenário reprodutivo: “Mais do que em qualquer outra época, o homem tem em mãos a chave da vida e da morte; descobre a universalidade do código genético, descobre a unidade da vida sobre a Terra e torna-se o responsável pela sua evolução harmônica” (PADIN, 1972, p. 80). O discurso religioso, aos poucos, dá lugar a um discurso de caráter mais científico e tecnológico, chamando ao plano estritamente humano e ‘laico’ o desenrolar do processo reprodutivo.

Mas, o desenvolvimento não cessou e não há de cessar enquanto a curiosidade e criatividade do homem aliarem-se aos avanços tecnológicos, a ponto de no final da década de 90, vivenciarmos o domínio quase completo do homem sobre sua própria reprodução e evolução:

A revolução industrial veiculou o potencial dos recursos tecnológicos de última geração, a informática veio substituir o aço pesado das máquinas da revolução pelos bits leves, mostrando a insustentável leveza do Ser perante às máquinas e a Genética, que ao descobrir a hélice do DNA desenvolveu-se ao ponto de elaborar complexos transgênicos, fecundação ‘in vitro’,

clonagem e outros fenômenos que levam a repensar o destino humano, agora não mais manipulado por Deus e sim pelo próprio homem (SÁ, 1999, p. 376)

E é justamente nessa ‘manipulação do destino humano pelo próprio homem’, apenas citada pelo texto em questão mas que revela todo esse desenvolvimento técnico-científico impresso nas páginas da REBEn, que nos aproximamos da prática da eugenia e suas intervenções positivas ou negativas sobre a reprodução humana em diferentes momentos históricos. Uma prática construída sobre bases científicas, ou lições de biologia, e aplicada socialmente, conforme desejos, necessidades e interesses que vão do âmbito privado/individual ao coletivo/social. Vejamos algumas dessas lições no âmbito da genética apresentadas pela REBEn.

Uma das lições de biologia dizia respeito à delimitação de uma idade nubil adequada para a procriação, principalmente das mulheres (FREITAS, 1935; GUIMARÃES FILHO, 1946a; ROSA et al, 1979; CARNEIRO; RODRIGUES, 1987; BERTONI et al, 1995), lição ainda hoje amplamente ensinada, mesmo que nem sempre praticada, conforme Frota-Pessoa (1994/95, p. 40):

Também é medida eugênica divulgar que o risco de se ter um filho com defeito cromossômico (especialmente Síndrome de Down) aumenta com a idade materna. Este risco, que é inferior a três por mil antes dos 35 anos, passa a 1% quando a mãe tem 40 anos e atinge 2,4% aos 44 anos. Em 1970, nasceram, no Brasil, cerca de 5.500 crianças com Síndrome de Down que não nasceriam se as mulheres de 35 anos ou mais se tivessem absterido de procriar. A diminuição da taxa de reprodução das mulheres brasileiras menos jovens vem determinando uma queda substancial da frequência de afetados por Síndrome de Down nas gerações sucessivas.

Na opinião da maioria dos higienistas, em 1935, a melhor idade para a procriação era, para a mulher, de 18 a 25 anos, e para o homem, de 20 a 30 anos. Essa determinação visava aguardar que os nubentes tivessem o desenvolvimento corporal satisfatório para desempenhar as suas funções reprodutoras. Era um conhecimento produzido a partir da construção de dados estatísticos com médias nem sempre adotáveis aos casos particulares, mas aceito pelos

Códigos Civis ao demarcarem uma idade mínima para a realização do casamento, objetivando salvaguardar as necessidades biológicas do futuro ser. Em uma terminologia mais atual, a procriação fora da faixa etária de 20 a 30 anos caracteriza uma ‘situação de alto risco’ (ROSA et al, 1979).

Uma segunda lição refere-se à isoimunização pelo sistema Rh, exemplo típico de uma das mais graves intercorrências maléficas, englobada na conceituação genérica que caracteriza a ‘prenhez de alto risco materno-fetal’ (LACAZ, 1946; DOMINGUES; CARVALHO, 1979). Descoberto por Landsteiner e Weiner no início da década de 40 e transmitido de acordo com as Leis de Mendel, o estudo do fator Rh passou a ser de grande interesse sob o ponto de vista genético e médico-legal.

É clara a preocupação de natureza eugênica que perpassa a apresentação desse tema na revista quando, por exemplo, o primeiro texto refere que muitos casos de debilidade mental em crianças e numerosos vícios congênitos estavam sendo responsabilizados à incompatibilidade materno-fetal pelo fator Rh, devendo-se julgar da viabilidade ou não do produto conceptual em caso da determinação positiva do problema uma vez processado o casamento e a conseqüente gravidez; ou, quando o segundo texto afirma que razões econômicas não justificariam omissões no emprego da imuno-globulina humana específica anti-Rh, visto tratar-se de medida vital de indiscutível alcance profilático, pela erradicação de um problema patológico antes incontrolável, e que poderia colocar em jogo o futuro da humanidade.

Duas situações principais fariam eclodir a Eritroblastose Fetal, denominação dada à afecção decorrente dessa isoimunização: a discordância sangüínea entre os cônjuges, sendo a mulher, no caso, Rh negativa e o primeiro filho Rh positivo ou a transfusão sangüínea de sangue Rh positivo em mulher Rh negativa em qualquer fase de sua vida, levando a sua

sensibilização e podendo desencadear a doença na primeira prenhez que tivesse após qualquer uma dessas situações.

Algumas medidas protetoras da paciente vulnerável à doença aparecem arroladas para o seu controle: a) determinação prévia do Rh da mulher em caso de transfusão sangüínea que, se for negativo, deveria receber exclusivamente sangue Rh negativo e de grupo sangüíneo adequado; b) rastreamento e diagnóstico de casais com divergência sangüínea e possibilidade de gerar uma descendência Rh incompatível na fase pré-nupcial, cujo exame compulsório nesta época poderia ser utilíssimo, a exemplo de países mais desenvolvidos; c) durante toda a gravidez, como meio preventivo de passagem das hemácias fetais para a mãe, seria recomendável um suporte alimentar adequado, rico em vitaminas, sobretudo as cítricas, que teria ação benéfica sobre a permeabilidade capilar e melhoraria o desenvolvimento do concepto; d) todos os períodos do parto deveriam ser normais, o tanto quanto possível, evitando-se manobras intempestivas e, e) administração da gamaglobulina liofilizada em puerpera Rh negativo d (minúsculo), não sensibilizada, que pariu produto Rh positivo, em até 72 horas após o parto (DOMINGUES; CARVALHO, 1979)

Porém, mesmo com a possibilidade científica de erradicação de uma patologia grave com risco de vida, sobretudo para o feto, ocasionando abortamentos ou nascimentos de conceptos que não teriam adequado desenvolvimento no decorrer da vida, ainda assim é citada como alta a incidência da isoimunização. Os autores apontam como explicação a problemática clínico-sócio-econômica da doença e dos serviços de saúde do país, referindo que:

Sem dúvidas, resultantes da fragmentação das medidas de assistência a este grupo de 'alto risco', ou até mesmo, por negligência, descuido e falta de instrução dos interessados, sobre o assunto [...] Na nossa população, a maioria está incluída na distribuição sócio-econômica, demarcada por situação de inferioridade, com problemas de pobreza, desnutrição, ignorância e desamparo, e que nossos padrões culturais relembram a mulher nas faixas economicamente desfavorecidas (DOMINGUES; CARVALHO, 1979, p. 314).

Sob tais condições, a universalidade dos benefícios dessa ciência fica evidentemente comprometida, ao mesmo tempo em que a demarcada ênfase biológica própria à área da saúde justifica esse comprometimento em função da ignorância, negligência ou descuido dos possíveis interessados. Assim, o desejo de filhos sadios e perfeitos, compartilhado igualmente por todos, esbarra em condições diferenciadas quanto a sua operacionalidade, viabilizada mais facilmente para alguns do que para outros.

A consangüinidade constitui também uma lição de biologia, mesmo que não muito citada ao longo da revista. Encontramos referência a ela em Locato et al (1981, p. 329): “Nota-se a presença de excepcionais na região, com incidência regular, talvez devido ao costume de casamento entre consangüíneos de primeiro grau”. Trata-se de uma das primeiras preocupações de natureza eugenista discutidas no Brasil, quando em 1919 os membros da Sociedade Eugênica de São Paulo debateram a pretendida reforma do artigo 183-IV do Código Civil, que determinava o impedimento de união matrimonial entre colaterais até o terceiro grau, inclusive tios e sobrinhos, uma vez que essa entidade não poderia deixar de manifestar-se diante de um assunto de tamanha gravidade. Após algumas reuniões e várias discussões entre ‘anticonsangüinistas’ e ‘consangüinistas’, a 10 de julho de 1919 foi sugerido o envio de uma moção ao Congresso Federal no sentido de suspender a mencionada reforma (VILHENA, 1993). Ainda hoje a consangüinidade configura-se em um saber ratificado pela ciência e ensinado amplamente, conforme Frota-Pessoa (1984/85).

Outro aspecto apontado pela revista e que configura uma lição da biologia em época mais recente, em função do desenvolvimento técnico-científico na área, é a ação de drogas citostáticas sobre o material genético, conforme aponta Barbosa (1988, p. 47):

Estudiosos finlandeses, após pesquisarem aberrações cromossômicas em linfócitos de 11 enfermeiras de oncologia, encontraram resultados que sugerem que doses mesmo aparentemente pequenas de drogas citostáticas podem alterar material genético [...] os agentes quimioterápicos em humanos podem induzir aberrações cromossômicas, infertilidade, malformações congênitas, e podem ser potencialmente carcinogênicos. Esses mesmos autores alertam para o uso da quimioterapia durante a gravidez poder causar

prematuridade, más formações congênitas, incluindo hérnia inguinal, fenda palatina e ausência dos dedos dos pés. Os efeitos dos riscos ficam mais graves quando da associação de mais de uma droga, ou do uso de quimioterapia associada à radioterapia.

Dentre as leis e lições de biologia apreendidas na REBEn e aqui já mencionadas, talvez a mais polêmica seja a relação entre a hereditariedade e o meio ambiente e sua influência sobre a constituição física e mental do ser humano. Esse assunto pode ser considerado como um dos principais pontos polêmicos entre os teóricos geneticistas e ambientalistas, ou mendelianos e lamarckianos, em torno da prática da eugenia, desde o final do século XIX, o qual destacamos a seguir.

4.3.3.1 “Condicionante genético [...] não opera num vazio [...] fator ambiental”

Embora exista um condicionante genético para o desenvolvimento físico, este não opera num vazio, sendo o fator ambiental igualmente importante (LUZ; CASTRO, 1995, p. 380)

No período inicial da revista, de 1932 a 1938, encontramos a predominância da idéia de ‘herança de pais a filhos’ associada a três elementos: a pobreza, a tara alcoólica e a sífilis. Revelando uma forte influência lamarckiana, as condições do meio confundiam-se com a sua própria transmissão às gerações futuras: “Esta herança de pobreza e ociosidade legada de pais a filhos deve ser sepultada nos mais profundos abismos” (ZOUROB, 1933, p. 29), sendo as causas principais da verdadeira pobreza o analfabetismo, o jogo, o alcoolismo, a prostituição, o abandono das famílias pelos seus chefes, os divórcios, as famílias ilegítimas, as moléstias, a falta de trabalho, o excesso de emigração e os desastres.

Essa realidade social era apreendida pelos profissionais da saúde, aqueles que tinham a compreensão nítida do que era doença e higidez e que diariamente estavam de posse dos infortúnios da vida através das estatísticas oficiais, do que se passava na sociedade e das suas observações pessoais em torno do que viam no dia-a-dia. Ignorância, vícios e maldade

estavam causando a ‘degenerescência da raça’ que, se não contida, poderia levar à ‘decadência da nacionalidade’ (LOPES, 1934).

Em seu lugar, deveriam surgir a ‘instrução, a atividade e a saúde’, abrindo largo caminho aos destinos gloriosos reservados ao Brasil. O preconceito social ou religioso e a criminosa indiferença dos brasileiros frente a esses males deviam ser afastados, especialmente no enfrentamento do alcoolismo e da sífilis, grandes inimigos da eugenia e dizimadores da raça brasileira:

Alcoólatra, tronco de uma geração degenerada, povoador dos hospitais, hospícios e prisões, futuro hóspede de uma dessas instituições [...] A ação do álcool faz-se sentir, não apenas sobre o próprio alcoolista. O alcoolismo não se extingue com o indivíduo, vai à sua descendência [...] Filhos de alcoolistas, degenerados de corpo e de espírito, seres hereditariamente talhados para o mesmo caminho, campo de ação da tuberculose, fatores coadjuvantes da decadência física e moral de uma nação (PEREIRA, 1934, p. 31).

Contemplar um quadro destes (sífilis), triste, mas múltiplo em seus detalhes, [...] causa uma consternação que se estende aos indivíduos e seus antecessores [...] Espalhada em todo o universo, é a responsável por grande número de mortos além dos degenerados e inúteis de que a nossa cognominada ‘cidade maravilhosa’ está cheia (LEONE, 1935, p. 26).

Se esta idealidade fosse realizável, conforme é o desejo de todos que trabalham na maravilhosa campanha que faz a Saúde Pública (tratamento anti-sifilítico), d’aqui talvez há algumas dezenas de anos, os nossos ambulatórios teriam a sua freqüência reduzida, o número de anormais diminuiria e, outrossim, de criminosos e suicidas (SOUZA, 1936, p. 11).

A maioria das unidades de registro selecionadas dessa década apresentam-se mescladas entre comportamentos sociais e características físicas e mentais ‘socialmente incorretos e improdutivos’, permeados pelo caráter de herança. Esse pensamento retratado pela REBEn pode ser compreendido em um momento em que a eugenia provocava debates sobre saúde em geral, especialmente pelas classes médicas e políticas e após o intenso trabalho desenvolvido pelos eugenistas na década anterior no sentido de associar eugenia e saneamento, com a idéia básica de que ‘sanear é eugenizar’. Circulavam idéias de que higiene, educação, alimentação, exercícios físicos, combate às doenças e melhorias em geral

eram práticas eugênicas e seus benefícios assumiam um caráter de herança genética. O melhoramento era discutido em termos de fatores galtonianos ‘disgênicos’ e ‘eugênicos’, seleção social, estado de saúde e ‘taras’ hereditárias, e o precário estado de saúde pública apresentava-se como um problema de degeneração hereditária da população brasileira, que requeria uma solução eugênica (STEPAN, 1985).

Amenizando um pouco esse discurso eugênico mais geral, mas igualmente preocupado com o desenvolvimento de novas gerações fortes e saudáveis, encontramos também citações com maior ênfase ao discurso sanitário da época, como a de Waddell (1934, p. 27): “Um meio ambiente sadio teria grande influência no desenvolvimento de uma geração nova, livrando-a das duas maiores ameaças: a doença e a falta de vitalidade”. Essa idéia vem reforçada posteriormente, em 1937:

Os males que aniquilam as forças de nossa terra têm sido até agora abordados de passagem sem coragem e vontade sincera de achar a terapêutica adequada [...] Os habitantes das zonas rurais vivem completamente esquecidos enfrentando toda sorte de endemias apenas com sua resistência orgânica e assistência da providência Divina. Nas capitais, mesmo nas mais adiantadas, tudo o que se faz é uma insignificância diante do vulto dos problemas sanitários. A indiferença dos ricos trancados em castelos de egoísmos, não deixa suspeitar sequer que o próximo se bate angustiosamente fazendo prodígios de equilíbrio para sustentar a prole [...] A Tuberculose, em todas as capitais brasileiras, continua aniquilando a mocidade; a gastroenterite e as diarreias matam ainda no berço a força pujante da raça; a verminose e o paludismo no interior do país enfraquecem o braço da lavoura (TABORDA, 1937a, p. 42-43).

E é em 1937 que percebem-se nos textos da REBEn indícios da separação teórica entre hereditariedade e fatores do meio ambiente como herança legada de pais a filhos, passando-se a um enfoque de interação entre ambos. Esse fato evidencia-se com mais força a partir de 1946, década que, segundo Stepan (1985), presenciou o aumento do estudo das teorias genéticas mendelianas nas instituições de ensino da área da saúde e conseqüente diminuição da influência lamarckiana, com visível repercussão no discurso produzido pela enfermagem a partir de então.

Feliz (1937, p. 63) exemplifica sinais dessa mudança conceitual: “É de notar-se que em um lactente antes de 3 meses, é muito raro uma reação positiva à tuberculina, desde que tenhamos o cuidado de separá-lo do meio contaminado. Isto constitui um forte argumento contra a teoria da herança tuberculosa”. A expressão ‘um forte argumento contra’ pressupõe a existência de uma ‘teoria da herança tuberculosa’ circulante na época, corroborando com as afirmações anteriores. É possível encontrar registros dessa teoria já em 1897, quando o professor Souza Lima pediu o apoio da Academia Nacional de Medicina para uma lei que tornaria compulsório o exame pré-nupcial e impediria o casamento entre portadores de tuberculose e sífilis (VILHENA, 1993). Kehl (1929c, p. 2) afirma sobre esse fato:

Há alguns anos passados, quando Souza Lima, o grande mestre da medicina legal, propôs na Academia Nacional de Medicina a idéia do exame pré-nupcial, como recurso profilático contra a disseminação da tuberculose e da sífilis, - esta agremiação deu a sua aprovação, que correspondeu a um apoio platônico.

Outra referência que pode ser citada é a de Alves (1937a, p. 40), que faz distinção entre ‘hereditariedade’ e ‘pobreza e ignorância’ como causas da mortalidade infantil, tomando-as como áreas e saberes diferentes mesmo que interligados:

Apesar dos progressos da ciência e do interesse que tem sido objeto, a infância continua a pagar o seu tributo às doenças e à morte [...] Não é somente a hereditariedade que influi na mortalidade infantil. Temos além de causas particulares, tais como: febres eruptivas, doenças do aparelho respiratório, doenças contagiosas, etc., também os fatores – pobreza e ignorância.

Em 1946, ano em que a revista volta a ser impressa, reforça-se também essa nova forma de discurso da hereditariedade, pautado essencialmente sobre a genética mendeliana. A transmissão hereditária sob as formas dominante ou recessiva, segundo as Leis de Mendel (GUIMARÃES FILHO, 1946a) e a embriologia (NEME, 1950; SOUZA; PAGLIUCA, 1998) passavam a explicar e diferenciar doenças e problemas de natureza hereditária e congênita, incluídas nestas últimas as influências do meio ambiente.

Era o caso da Tuberculose, conforme citação anterior, e também da Sífilis, cujo exame passava a ser solicitado nas primeiras consultas pré-natais e cujo tratamento adequado da grávida sífilítica daria “garantia quase absoluta do filho nascer são, sabendo-se que o resultado será tanto melhor quanto mais cedo ele for iniciado” (NEME, 1950, p. 13). De uma ‘tara hereditária’ ou um opróbrio ‘heredo-sifilítico’, ela passava a uma doença sexualmente transmissível, cujas conseqüências congênitas sobre a prole eram extremamente desastrosas, mas que podiam ser devidamente controladas e evitadas.

O meio ambiente passava a ser visto como um conjunto amplo de elementos e situações que permitiriam a reprodução social e a reprodução biológica dos indivíduos em condições adequadas:

Antes que as leis, diretamente organizadas para proteger a família, pensamos serem as medidas de reajustamento geral e social, com o saneamento da moeda, a compressão das despesas, a moralidade pública e privada, a organização democrática do Estado, etc., que procurem dar solução coerente e eficiente à coletividade, fazendo desaparecer os fatores criados pela guerra e que, para os interesses inconfessáveis de alguns, pretendem se prolongar pela paz, aquelas que melhores efeitos produzirão beneficiando todas as famílias e igualmente a sua prole (GUIMARÃES FILHO, 1946b, p. 8).

Condições de vida, alimentação, doenças transmissíveis entre outros temas passaram a sintetizar a teoria da doença como causa da debilidade da população, contrária à lendária teoria de que o clima tropical pudesse reduzir a capacidade de trabalho do homem ou à alegação de que a cor, o pigmento inferiorizassem o homem brasileiro para o estudo e para o trabalho (HUNGATE, 1947).

Por outro lado, havia também as moléstias hereditárias, então:

perfeitamente conhecidas pela Genética e que a Eugenia procura estudar com o fim especial de aplicar à espécie humana os seus princípios gerais para obter a melhoria da raça, como sejam a debilidade mental, a idiotia, a surdo-mudez, a hemofilia, a esquizofrenia, a psicose maníaco-depressiva, etc. (GUIMARÃES FILHO, 1946a, p. 6).

Segundo Guimarães Filho (1946a), na forma de transmissão dominante seria obrigatório o aparecimento da doença ou dos caracteres mórbidos nos descendentes, condição que tornava-se facultativa na transmissão recessiva, em que haveria o aparecimento da doença em alguns, mas todos os descendentes possuiriam na cromática da célula sexual os gens produtores da doença ou dos caracteres mórbidos hereditários em estado potencial, podendo transmiti-los ao descendentes, sem contudo, possuírem a doença¹².

Esse conhecimento aplicado ao exame pré-nupcial tornava-se de fundamental importância, uma vez que se a doença fosse evidente no nubente e o seu caráter dominante, evidenciava-se logo à primeira vista, a contra-indicação das núpcias, mas se os caracteres fossem recessivos, fazia-se necessária a análise das condições familiares para identificar o mal, o que exigia a coparticipação do indivíduo em questão. A tendência percebida nos textos é a indicação de medidas eugênicas negativas, como a limitação do casamento ou da procriação de doentes mentais ou doentes hereditários em potencial, apesar das dificuldades na prática em salvaguardar a prole desses fatores, condição que atualmente vislumbra outras alternativas de controle através da tecnologia biogenética e que ainda não têm sido contempladas nos textos. Citavam-se dados estatísticos que poderiam auxiliar na compreensão dessas dificuldades, conforme Guimarães Filho (1946a, p. 6):

Fischer diz haver nos Estados Unidos cerca de 0,3% de débeis mentais, que na ocasião correspondiam a 330.000 para uma população de 110.000.000 de habitantes. Esses débeis mentais seriam alguns dominantes outros recessivos, isto é, uns com um par de gens para a debilidade, outros portadores de um único gem. Fischer avalia haver um número de mais 10% da população ou seja 11.000.000 indivíduos, aparentemente sadios mas capazes de transmitir a doença aos seus descendentes, podendo a população ser dividida em 3 grupos distintos em relação à debilidade mental em potencial e o 9º grupo: mais ou menos 99.000.000 de sadios em relação à debilidade mental. Calculando-se que nos 330.000 débeis mentais 11% provêm da geração anterior que eram dominantes e 89% de recessivos, filhos de indivíduos aparentemente sadios, se fosse possível eliminar a totalidade dos débeis mentais desapareceriam 11% para cada geração, porque os 89%

¹² Observa-se, ao longo do período analisado, que novas terminologias genéticas não são incorporadas aos textos como base de conhecimento nessa área, a exemplo de explicações sobre o DNA, que não mais se restringe às células sexuais para a transmissão de doenças, mas que pode ser modificado através de intervenções tecnológicas.

reapareceriam, sendo necessárias 68 gerações ou seja 2.040anos para se evitar a debilidade mental nos Estados Unidos. Em agrupamento onde a doença se encontre mais concentrada numa região ou família, o resultado das medidas coercitivas será naturalmente muito mais rápido.

Em caso de já vivenciar um drama hereditário no âmbito da família, a enfermagem, ao atuar com ela e sobre ela, era testemunha dos anseios e medos populares em torno dessa questão:

A incidência de uma moléstia mental na família traz enorme perturbação médico-social. Quando são os ascendentes os acometidos alteram o ritmo de vida de toda a família, a desagrega física e economicamente e traz aos seus descendentes aquela incógnita angustiante que o temor da doença hereditária determina; se são os colaterais os atingidos, persiste a dúvida de que a transmissão recessiva restabeleça a patologia na sua prole. Em qualquer das hipóteses, enorme será a responsabilidade da enfermeira em aliviar os diversos aspectos do problema, por si só já tão graves em relação ao enfermo e ainda mais graves em relação à família e à prole (ASSISTÊNCIA..., 1957, p. 413).

Caso semelhante ocorria com a Diabetes, em que a estimativa revelada em pesquisas demonstrava que aproximadamente 25% dos descendentes de diabéticos desenvolviam a doença, e que esta condição familiar era susceptível de modificações favoráveis se observadas certas medidas de prevenção, que eram exclusivamente medidas eugênicas de caráter restritivo:

1. O casamento entre os descendentes de diabéticos não é aconselhável, do ponto de vista genético, e desaconselhado entre os diabéticos; os jovens devem ser alertados do perigo que tal prática representa para a sua prole futura, pois que, potencialmente serão diabéticos; 2. Os diabéticos devem ser esclarecidos e solicitados a levar seus filhos e netos a exame e controle médico adequado, mesmo que não apresentem sintomas evidentes (MOLINAS; LEONARDO, 1963, p. 300).

A determinação dos limites entre hereditariedade e fatores ambientais, como um saber construído e firmado cientificamente, permitia à enfermagem vivenciar situações como a relatada a seguir:

Uma senhora casada com um mutilado em guerra esperava pela terceira vez um filho, com crescente angústia pois as duas gestações precedentes haviam

malogrado. A partir do segundo mês um temor invencível se apoderava dela, levando-a a um desequilíbrio emocional intenso. Desejava ardentemente um filho, mas no mais íntimo de seu ser rejeitava violentamente o filho que temia nascer defeituoso como o pai. Descobrimos os temores a enfermagem esclareceu-a da improcedência: defeitos adquiridos jamais são responsáveis por uma anomalia em filhos. E a gestação foi a termo desta vez (CASTRO; SÁ, 1967, p. 290).

Essa ênfase mendeliana do discurso genético da enfermagem não significa, no entanto, que as idéias anteriores estavam ou que estejam ainda hoje completamente superadas, uma vez que pensamentos como os abaixo sinalizam ainda para uma certa tendência lamarckiana de herança genética:

Pero hay que pensar también que el alma del niño no es un espíritu separado como los ángeles, que no tienen cuerpo, sino que está destinada a informar un cuerpo y por lo tanto en muchas cosas obra bajo su influencia, sino como se explica que en ciertos niños se nota tendencial excesos de cólera, otras pasiones, tendencia a la embriaguez a la inmoralidade y quien admira dice: ‘Se así era su padre’ o ‘si así era su madre’. Hay excepciones, pero el hecho es cierto, porque en muchas cosas el alma depende del cuerpo, de los padres se heredan la constitución sanguínea, o biliosa y predispone a un temperamento moral de los padres com la correspondiente manera de obrar (VARILLAS et al, 1961, p. 340)

Como nos demais Estados do Nordeste, a maioria da população vive no campo, dedicando-se às atividades agrícolas, vivendo às mais das vezes, em condições infra-humanas e enfrentando estoicamente os problemas da fome, doença, desemprego e sub-emprego que se transmitem de pais para filhos (CÂMARA, 1971, p. 13).

Ou mesmo que tudo era apenas consenso em torno da genética mendeliana, conforme questiona Velho (1956) quanto à idéia de que ‘um anormal, necessariamente produzirá anormais’. A hereditariedade patológica não seria uma fatalidade eterna e inelutável que, tendo visitado uma família, exigiria, periodicamente a sua visita, mesmo que a representação social da doença mental já direcionava-se para aquela “incógnita angustiante que o temor da doença hereditária determina” (ASSISTÊNCIA..., 1957, p. 413).

A distinção entre fatores hereditários (genéticos) e fatores ambientais, e sua constante interação frente à saúde e formação das futuras gerações, são marcas dos discursos a partir de 1970. Fernandes (1979) refere que muitas vezes existe a dificuldade em precisar a origem dos

problemas analisados entre os fatores hereditários e ambientais, como na avaliação psicológica do desenvolvimento da criança, considerado o resultado da interação dos fatores herança e meio numa intensa intimidade, aqui e ali ressaltando-se os casos externos do predomínio ou da herança ou do meio. Bertone e colaboradores (1995, p. 205) afirmam:

A etiologia da malformação lábio palatal é desconhecida. Admite-se, porém, que fatores ambientais, genéticos ou ambos podem levar à sua ocorrência [...] destacam que fatores ambientais ou nutricionais, tóxicos, endócrinos, anatômicos, infecciosos, psíquicos, idade de concepção, podem ser causadores das deformidades congênitas [...] Ressaltam ainda que familiares com histórias de fissuras lábio-palatais apresentam a seguinte probabilidade de ocorrência: 1. Pais normais: 0,1% de possibilidade de um filho 'fissurado'; 2. Um dos pais fissurados: 2% de possibilidade de um filho fissurado; 3. Pais normais e um filho 'fissurado': 4,55% de possibilidade de ter outro filho 'fissurado'; 4. Um dos pais e um filho 'fissurados': 15% de possibilidade de ter outro filho 'fissurado'.

De certa forma, há um predomínio de citações quanto a importância dos fatores ambientais sobre a ocorrência da deficiência: "É lógico que os problemas de caráter genético e/ou familiar interferem no número de excepcionais mas, é pequena a porcentagem em comparação com os problemas ambientais (desnutrição, infecções, isolamento)"(BERTONE et al, 1995, p. 205). Mais recentemente, a violência doméstica aparece como alvo de análises semelhantes:

Abordagens contemporâneas da violência doméstica procuram entendê-la não como uma fatalidade da herança biológica, nem como decorrência de disfunções sociais, na linha das teses ambientalistas de 'cultura da pobreza', marginalização, carência cultural, dentre outras, mas como resultado de uma interação entre fatores individuais (biológicos e psicológicos) e sociais (econômicos, políticos e culturais). Neste sentido, pesquisas internacionais indicam que os maus tratos existem, ao menos em potencial, em todas as camadas sociais e na maior parte das famílias (SILVA et al, 2001, p. 50).

A hereditariedade compõe um saber utilizado e retratado de diferentes formas pela enfermagem: como tipo de dado a ser coletado em anamneses diversas (AUGUSTO, 1983); como espaço para investigações, por exemplo, em ambulatórios de genética (PINHEIRO, 1997); como causa de múltiplos distúrbios físicos e mentais (SANTOS, 1980; BUENO et al, 1980; BERTONE et al, 1995), entre outros.

É um saber que hoje modifica-se rapidamente, podendo ser suplantado a cada dia por um novo avanço na área. Conceitos tidos como verdadeiros e visíveis na revista, como os que consideram os genes como fatores de risco não modificáveis para determinadas doenças (HIRSCHFELD; OGUISSO, 2002), já podem ser questionados pela ciência contemporânea, frente a todas as tecnologias em andamento, como manipulações genéticas e terapias gênicas. Daí inclusive os alertas de Middleton e colaboradores (2002) e Abrahão (2000) para que a enfermagem reveja o mais rápido possível os seus referenciais teóricos em genética.

Quanto ao meio ambiente, novos agravos agregam-se às preocupações já existentes ligadas ao bom nascimento. É o caso do tabagismo e dependência de drogas em gestantes, cujo consumo aumentou consideravelmente a partir de 1980 (DOMINGUES, 1981; LOCATO et al, 1981), o risco de transmissão do HIV em bebês de mães soropositivas (PRAÇA; GRANDE, 1989) e a própria degradação ambiental (PADIN, 1972; RIBEIRO; BERTOLOZZI, 1999). Nesse grupo incluem-se todos aqueles fatores desencadeantes de possíveis anomalias congênitas, em diferentes fases da gestação, ou mesmo no momento do parto. A maioria dos fatores apresentados pela REBEn ao longo dos 70 anos investigados converge com aqueles citados em estudos atuais sobre anomalias fetais em gestantes de risco¹³ (ABRAHÃO et al, 2000).

Em síntese, além das probabilidades de transmissão hereditária, os dados atuais da REBEn apontam também para a interação genético-ambiental na etiologia de muitas doenças e malformações, geralmente com um fator genético predisponente e um ambiental desencadeante. Se considerarmos que o ponto central da eugenia é o nascimento de uma criança física e mentalmente saudável e que isso não depende apenas de sua herança genética,

¹³ Abrahão et al (2000) refere que das 246 gestantes atendidas pela Enfermagem no Setor de Medicina Fetal da Universidade Federal de São Paulo, no ano de 1998, 82 gestantes (33,3%) procuraram o serviço por apresentarem malformação fetal na gestação atual e 164 (66,7%) por outros fatores de risco, sendo 39 (15,9%) por idade materna avançada, considerando aquela acima de 38 anos; 48 (19,5%) por apresentarem gestação anterior com filhos portadores de anomalias congênitas; 21 (8,5%) por consangüinidade no casal; 17 (6,9%) por uso de medicamentos durante a gestação; 14 (5,7%) por infecção aguda na gestação; 4 (1,6%) por filho anterior natimorto; 2 (0,8%) por uso de drogas ilícitas e 19 (7,7%) por patologias maternas diversas.

mas de condições ambientais adequadas durante sua concepção, gestação e nascimento então, parafraseando um pensamento do início do século XX, ‘sanear também pode ser eugenizar’, desde que tais condições ambientais não passem a ser consideradas hereditárias.

Mas, para polemizar ainda mais essa questão, recentemente foi publicado um trabalho na revista *Nature Genetics*, por um grupo liderado pela australiana Emma Whitelaw, que mostrou que a cor desenvolvida pela fêmea como resultado de processos bioquímicos, e não do próprio patrimônio genético, pode influenciar a cor dos filhotes. Essa seria a primeira evidência convincente de hereditariedade adquirida, não mendeliana (LEITE, 1999).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos nesta investigação respondem aos objetivos inicialmente definidos e permitem confirmar o pressuposto de pesquisa. Quanto à coleta de dados, de um total de 227 fascículos da REBEn publicados no período de 1932 a 2002, foram selecionados 263 textos para análise, os quais se compuseram majoritariamente em forma de artigo (90,11%), de cunho descritivo (70,72%), produzidos por profissionais enfermeiros (60,89%), do sexo feminino (86,74%) e vinculados à escolas de enfermagem (60,22%).

Em resposta ao primeiro objetivo, de como vem sendo construído o conteúdo eugenista pela enfermagem na REBEn, constata-se que há uma produção continuada que aborda a preocupação com a saúde e constituição das futuras gerações, ou seja, a prática da eugenia, mesmo sem referência nominal a ela (Tabela 6). Os dados apontam para um decréscimo dessa produção apenas na década de 1943 a 1952, a qual converge com um período de ausência de publicação do periódico concomitante aos acontecimentos da II Guerra Mundial.

Quando buscou-se pela forma como vinha expresso o termo ‘eugenia’, foi possível identificar três ênfases distintas na REBEn. A primeira, abrangendo o período de 1931 a 1951 e num total de nove textos, apresenta um conteúdo que versa essencialmente sobre conceituação, aplicações e objetivos da eugenia em prol de uma constituição saudável do povo brasileiro. Num momento em que a enfermagem vivenciava ainda um processo de institucionalização no país, iniciado em 1923, e que voltava-se essencialmente para os serviços de saúde pública, essas expressões convergiam ao entusiasmo mais amplo em torno

da eugenia, tendo a enfermagem incorporado as suas idéias em sua revista oficial, na época, *Annaes de Enfermagem*.

A segunda ênfase, compreendida entre 1954 e 1976 e num total de seis textos, destaca um conteúdo demarcado por indicações conflituosas nos campos éticos, legais e morais em torno da prática da eugenia, registrando-se um declínio do entusiasmo em torno de suas idéias tal qual vinham se configurando anteriormente. A enfermagem acompanha o movimento mais amplo de inflexão do termo e, sob influência do discurso religioso, tece críticas a práticas como o aborto, esterilização e o controle da natalidade, vistos não tanto para atender a fins eugênicos, mas para garantir certas liberdades sexuais, num momento de intensas mudanças de comportamento e idéias.

Após uma lacuna quanto ao uso do termo ‘eugenia’ na década de 1980, uma terceira ênfase é percebida de 1993 a 2002, num total de três textos, quando a eugenia é expressa como um tema presente no início do século XX, na sociedade em geral e também na enfermagem. Apenas Garcia (1993), após referências ao período citado, alerta para possíveis práticas eugenistas na atualidade ligadas a certas formas de controle, discriminação e exclusão, a exemplo de fatos como os altos índices de pobreza, abandono de crianças, massacres de detentos ou de menores infratores e o aumento de esterilizações em épocas de eleição política. Sem qualquer menção aos avanços da ciência contemporânea, a idéia central desse texto é de preocupação quanto ao caráter negativo e discriminatório da eugenia, como se a sua prática não comportasse ações também de caráter positivo.

A partir dessas três ênfases delimitadas, percebe-se que a enfermagem tem acompanhado o movimento mais amplo em torno da eugenia nos dois primeiros momentos, ou seja, de defesa e estímulo à sua prática e seu posterior declínio, quando predominam conflitos éticos, legais e morais ligadas a ela. Considerando que, de forma geral, a partir da década de 1990 a terminologia eugenia é retomada nos meios de divulgação científica dentro

do contexto dos atuais avanços biogenéticos, inclusive com mudanças em seu significado, os dados encontrados na REBEn apontam para uma resistência da enfermagem frente a esse novo quadro da ciência contemporânea.

Schramm (1997) sugere o uso mais apropriado do termo ‘eugenética’, que representaria a forma contemporânea da eugenia, uma tecnociência nascida nos anos 70, do encontro entre genética, biologia molecular e engenharia genética. Fertilização in vitro, genoma humano, tribos genotípicas, clonagem, células tronco entre outros, são alguns exemplos concretos desses avanços. As formas de intervenção sobre a reprodução humana desse novo saber-fazer biotecnocientífico, resultante da junção entre o conhecimento racional da biologia molecular e o saber operacional da engenharia genética, continuam se dando num sentido positivo e negativo, porém, com um significado diverso daquele ligado à eugenia tradicional.

Em linhas gerais, pode-se dizer que tanto eugenia quanto eugenética buscam o nascimento de crianças perfeitas e saudáveis. A eugenia, dadas certas características psicofísicas dos progenitores, sugeria ações positivas quando estimulava a procriação destes e, ações negativas quando a limitava. Geralmente, as positivas não encontravam resistências, ao contrário das negativas, que implicavam em limitação ao casamento ou à procriação em si, através de meios restritivos como a segregação, esterilização ou o aborto.

Por outro lado, em função da biotecnologia, a atual eugenética positiva significa a busca pela melhoria e criação de certas competências humanas ou características psicofísicas, enquanto que ações de eugenética negativa visam a prevenção e cura de doenças e malformações de origem genética. Em conseqüência, a primeira é que traz à tona novos conflitos éticos, legais e morais quanto à criação de um novo ser a partir de um modelo previamente estabelecido, ao passo que, a segunda, justifica-se mediante o benefício concreto do uso da ciência em prol do futuro ser, isto quando não indicado o aborto eugênico, medida

negativa ainda muito polemizada. Essa mudança é importante e implica em redefinições conceituais, apesar de ainda manter-se o objetivo final, tanto da antiga eugenia quanto da nova eugenética, de uma constituição física e mentalmente perfeita.

A não referência nominal à eugenia associada a esses avanços na REBEn é significativa e merece a atenção dos profissionais de enfermagem, uma vez que a idéia de preocupação com a saúde e constituição das futuras gerações mantém-se inserida dentro de uma produção teórica contínua ao longo de todo o período estudado, inclusive na última década. Pode-se indagar sobre quais conceitos a enfermagem tem fundamentado a sua prática assistencial e em que sentido essa prática tem sido efetivada no que tange à eugenia?

Ao investigar as bases conceituais de eugenia positiva e negativa na REBEn, encontramos algumas pistas para tais questionamentos. Depreenderam-se dos dados de pesquisa três categorias. A primeira categoria, “batalha que se impõe para o aperfeiçoamento eugênico do nosso povo”, traduz a construção de conceitos idealizados em torno de um biotipo desejado (‘saudável, belo, normal’), uma sociedade sonhada (‘raça forte, nação forte’), uma família constituída (‘bons procriadores’) e uma mulher ideal (‘mãe’).

A partir dessas referências-padrão, são construídas constantes antinomias que explicitam características e comportamentos que devem ser aperfeiçoados (eugenia positiva) ou limitados (eugenia negativa): biotipo (‘saúde, beleza/fealdade’ – ‘saúde, normalidade/improdutividade’ – ‘superdotação/deficiência’ – ‘bebê ideal/bebê real’), sociedade (‘povo eugênico/povo doente e fraco’), família (‘legítima de bons procriadores/ilegítima, numerosa e pobre’) e mulher (‘mãe, casada, sadia e do lar/mãe solteira, abandonada, doente, desempregada, subempregada’).

Sob bases biológicas, esses conceitos têm orientado uma interpretação de sociedade constituída a partir do conjunto de determinado perfil de ser humano, possível mediante a conformação de uma família que propicie uma procriação adequada a esse objetivo, cuja

responsabilidade maior recai sobre a mulher transformada em mãe. Perdem-se de vista os antagonismos, os conflitos e as diferenças estabelecidas pelas relações sociais que, a partir da visão predominante, passam a ser vistas como naturais no momento em que se procura resolver problemas de natureza coletiva através da higiene do corpo e da eugenia da raça.

A segunda categoria, “a responsabilidade da enfermeira, em função da vida, é direta”, refere-se às ações desenvolvidas pela enfermagem nas áreas de formação de recursos humanos, educação em saúde e assistência. Quanto à formação profissional, percebe-se que é contínuo o interesse pelo preparo de profissionais para a área materno-infantil, desde a parteira (curiosa) até a enfermeira e enfermeira obstétrica, uma vez que a assistência adequada prescinde de quantidade e qualidade de pessoal para alcançar a maximização dos efeitos positivos de uma gestação sadia e o nascimento de uma criança normal e a termo, mesmo que as condições de tal assistência geralmente não tenham sido as ideais.

Convém aqui chamar a atenção para os conceitos construídos na primeira categoria, uma vez que os mesmos, incorporados ao processo de formação profissional, orientam as futuras práticas dos enfermeiros em torno de questões eugenistas, práticas educativas ou assistenciais. Esse aspecto assume maior relevância quando os dados da pesquisa revelam que a maioria dos autores são enfermeiros(as) ligados às escolas de enfermagem, as quais, acreditamos, representam o espaço fundamental de discussão e reflexão sobre o assunto.

A educação em saúde em prol do bom nascimento, a partir da idéia de que os indivíduos devem ser ensinados e supervisionados, é proposta basicamente em dois sentidos ao longo de todo o período estudado: para aqueles que têm condições de gerar uma prole saudável, de modo a garantir a boa e hígida reprodução da espécie e, conseqüente conformação da nação almejada, e para aqueles que apresentam probabilidades de não alcançar esse ideal reprodutivo, de modo a convencê-los à não procriação por meio de argumentos cientificamente provados.

As ações assistenciais da enfermagem procuram garantir as melhores condições para a reprodução da espécie humana, destacando-se três momentos assistenciais importantes: o pré-concepcional, o pré-natal e a parturição. Exames pré-nupciais e estudos genéticos são os principais instrumentos mencionados na fase pré-concepcional, não tendo sido contemplados os avanços biogenéticos nesse campo. A Eugenia é positiva ou negativa, conforme seja para aconselhar a procriação ao limitá-la em função das condições físicas, mentais ou hereditárias dos nubentes. A fase pré-natal concentra cuidados nos planos físicos, mentais, nutricionais, educacionais, de segurança entre outros e que, conforme Kehl (1929b), poderiam ser classificados como parte do eugenismo, ou seja, tudo aquilo que beneficiando a mulher reverte direta ou indiretamente em benefício para sua prole. A parturição constitui o ápice para a concretude da capacidade que o casal tem de conceber, gestar e parir um filho perfeito e saudável, estando diretamente relacionado às condições de vida do futuro ser.

A última categoria, “não há solução para os males sociais fora das leis da Biologia”, retoma os conhecimentos científicos que têm norteado as atividades da enfermagem quanto às práticas eugênicas, positivas e negativas, tanto de formação de recursos humanos, educação em saúde ou de assistência. Esses conhecimentos concentram-se naqueles construídos desde o início do século, como idade nubil para o casamento, isoimunização pelo fator Rh e consangüinidade, devendo a enfermagem atuar na prevenção das conseqüências funestas de tais situações sobre o nascimento. Destaca-se, ao longo do período, a distinção entre fatores hereditários e ambientais na etiologia de doenças e malformações. A década de 1930 ainda apresenta discursos sob forte influência lamarckiana, nos quais as precárias condições do meio confundiam-se com a sua própria transmissão às futuras gerações. Elementos como pobreza, tara alcoólica e sífilis eram considerados geneticamente transmitidos, merecendo especial atenção dos profissionais de saúde. A distinção mais clara entre hereditariedade e meio ambiente ocorre a partir da reedição da revista, em 1946, quando teorias mendelianas de

transmissão genética passam a sustentar os saberes e ações da enfermagem, discutindo-se então sobre a interação entre fatores hereditários e ambientais em prol do nascimento de gerações saudáveis.

Por ser a enfermagem uma profissão socialmente inserida, as transformações gerais provocadas pela ciência contemporânea aparecem pontuadas na revista, mesmo que timidamente, como na expressão de Sá (1999) quanto à manipulação do destino do homem pelo próprio homem. Porém, como nos encontramos em uma era de revolução biotecnológica, conceitos até então considerados verdadeiros passam a ser questionados e superados pela tecnologia. Um exemplo é o conceito fortemente presente na revista de que os genes são fatores de risco não modificáveis para determinadas doenças, o que passa a ser duvidoso frente às técnicas de manipulação genética e terapia gênica, em franco desenvolvimento na atualidade. Outro ponto polêmico que ressurgiu é o debate em torno da transmissão hereditária de características adquiridas, colocando novamente em discussão a veracidade de teses genéticas mendelianas ou lamarckianas, debate sequer sinalizado pela revista. Não podemos ignorar que tal debate, quando desencadeado no início do século XX, pode ser reconhecido nas páginas, da então, *Annaes de Enfermagem*.

Tendo em conta as limitações de um trabalho de natureza científica, entendemos que algumas em nosso caso foram o grande espaço temporal percorrido e a análise restrita a apenas um periódico, apesar de se tratar de um periódico reconhecido e representativo da enfermagem nacional. É possível que tais discussões estejam sendo contempladas em outros periódicos da enfermagem. Por outro lado, esse caminho metodológico permitiu-nos acompanhar alguns aspectos da evolução do tema ao longo dos 70 anos estudados, abrindo um leque de novas possibilidades de pesquisa, tanto em relação à seleção de novas fontes documentais quanto à especificidade de temáticas afins a serem investigadas.

Conclui-se, a partir dos resultados obtidos, que a enfermagem pautando-se nos conhecimentos científicos já construídos os quais vêm sendo gradativamente superados, e, num conceito de eugenia voltado ao controle reprodutivo, não tem sinalizado para as mudanças do conceito de eugenia e suas novas formas de intervenção ligadas às biotecnologias, confirmando o pressuposto inicial da pesquisa.

Pontuamos, a título de hipóteses, alguns fatores que podem estar na gênese dessa resistência mostrada pela enfermagem à atual eugenética: um maior número de profissionais e escolas de enfermagem no país, o que pode dificultar a comunicação e circulação de idéias afins; as especificidades do conhecimento científico no campo da reprodução humana, especialmente da genética, e a rapidez com que esses conhecimentos são produzidos e, em seguida, superados; e, por último, a não explicitação de um ideário eugenista circulante, o que resulta no desconhecimento dos conceitos e da história da eugenia e na não associação de idéias e atividades cotidianas em reprodução humana à sua prática.

Sugere-se, em contrapartida, a incorporação dos recentes saberes biogenéticos à formação de recursos humanos em enfermagem e a urgente reflexão, entre os seus pares, sobre o alcance e as implicações éticas, legais e morais da ciência no que tange à prática da eugenia, ou eugenética, de forma a socializar tais avanços e resguardar os direitos humanos fundamentais em todas as atividades desenvolvidas pelos profissionais da enfermagem nas áreas do ensino, pesquisa e assistência. Reiteramos a importância do estudo do tema eugenia, tanto em seus aspectos práticos, quanto históricos e ideológicos pois, segundo Neri (1999), nós podemos vir a ser a espécie que cria a si própria, e nesta criação, salvo casos raros, serão os ideais de perfeição física e mental, pautados pelas condições de acesso às tecnologias, que nortearão intenções e condutas. A enfermagem é um campo de pesquisa pouco explorado nessa área, apesar de participar diretamente da aplicação de todo esse arsenal biotecnológico.

REFERÊNCIAS*

ABRAHÃO, A. R. A integração da genética na prática clínica do Enfermeiro. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 13, p. 203-206, 2000. Número especial, parte 1.

ABRAHÃO, A. R. et al. Gestantes de risco para anomalias fetais atendidas no CAENF/Setor de Medicina Fetal – UNIFESP em 1998. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 13, p. 205-208, 2000. Número especial, parte 2.

A CONTRIBUIÇÃO da higiene mental no II Congresso Brasileiro de Higiene. **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro: Liga Brasileira de Hygiene Mental, p.193-201, 1925.

ALCÂNTARA, G. de. **A enfermagem moderna como categoria profissional**: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira. 1963. Tese de Cátedra (História da Enfermagem e Ética) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1963.

_____. Resenha histórica da Revista Brasileira de Enfermagem durante o período de 1946 a 1952. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 15, n. 6, p. 515-517, dez. 1962.

ALENCAR, N. S. V. de. Educação: classes para gestantes. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 11, n. 1, p. 6-26, mar. 1958.

ALMEIDA, M. G. O enfermeiro no planejamento familiar. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 38, n. 3/4, p. 215-230, jul./dez. 1985.

ALMEIDA, M. L.; AUGUSTO, I. Necessidade de melhor preparo em obstetrícia da enfermeira de saúde pública. **Anais de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 394-401, out. 1952.

ALVES, C. P. Aspecto social das doenças nas crianças. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 5, n. 10, p. 40-41, set. 1937a.

_____. Aspecto social das doenças nas crianças. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 5, n. 11, p. 55-56, dez. 1937b.

_____. Princípios fundamentais da enfermeira de saúde pública. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 2, n. 4, p. 5, jul. 1934.

ALVES, M. D. S.; VARELA, Z. M. V. O jornal como o veículo no processo de mobilização e organização de grupos comunitários. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 41, n. 2, p. 140-144, abr./jun. 1988.

ALVES, M. E. R. Importância da higiene mental na época atual. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 15, n. 1, p. 57-59, fev. 1962.

* De acordo com a NBR 6023 (ASSOCIAÇÃO..., 2002).

- AMARAL, R. Teses racistas atraem 58% dos franceses. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 2 jul. 1998.
- AMORIM, M. J. A. B. Enfermagem: profissão humanitária? **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 32, n. 4, p. 359-368, out./dez. 1979.
- ANCHIETA, R. O problema da enfermagem na socialização da medicina. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 8, n. 2, p. 149-152, jun. 1955.
- ANDRADE, M. C. D. de. A enfermagem na assistência ao deficiente mental: níveis de prevenção. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 39, n. 2 e 3, p. 90-93, abr./maio/jun./jul./ago./set. 1986.
- A RECÉM-CRIADA Comissão de Ética em Genética Clínica e Molecular do CFM: principais objetivos e estratégias de atuação. **Bioética**, Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, ano 8, n. 1, p. 167-168, 2000.
- ASSISTÊNCIA à mãe e à criança como fundamento do serviço médico social da família. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 10, n. 4, p. 403-417, dez. 1957.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, Rio de Janeiro. **Informação e documentação: referências: elaboração: NBR 6023**. Rio de Janeiro, 2002.
- AUGUSTO, M. et al. Experiência de integração docente-assistencial na área de pediatria social desenvolvida em uma comunidade da periferia de São Paulo, abrangendo assistência, ensino e pesquisa. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 36, n. 1, p. 50-71, jan./mar. 1983.
- AUTOTTE, P. Atencion a la madre y el niño. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 33, n. 1, p. 3-8, jan./mar. 1980.
- BARBOSA, A. Drogas citostáticas: medidas para minimização do risco ocupacional. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 41, n. 1, p. 46-49, jan./mar. 1988.
- BARCHIFONTAINE, C. de P. Bioética, cidadania e qualidade de vida. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48., 1996, São Paulo. **Anais...**, São Paulo: [s.n.], 1996. p.131-135.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977.
- BARREIRA, I. A.; BAPTISTA, S. S. A (re)configuração do campo da enfermagem durante o Estado Novo (1937-1945). **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília DF, v. 55, n. 2, p. 205-216, mar./abr. 2002.
- BARROS, A. S.; CHRISTÓFORO, F. M. Abordagem do enfermeiro no grupo educativo com gestantes candidatas à laqueadura. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 46, n. 2, p. 101-106, abr./jun. 1993.
- BARROS, M. Q. de. Alguns aspectos da assistência pré-natal. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 5, n. 11, p. 23-25, dez. 1937.

- BARROS, S. et al. Ações de saúde mental do enfermeiro em unidade básica de saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 40, n. 2 e 3, p. 102-105, abr./set. 1987.
- BERNARDES, E. Considerações sobre esoterismo. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 5, n. 15, p. 46, dez. 1938.
- BERTONE, A. M. C. et al. Assistência primária em saúde: atuação do enfermeiro frente às necessidades do portador de malformação congênita de lábio e/ou palato. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 48, n. 3, p. 204-211, jul./set. 1995.
- BIOÉTICA: um ponto de encontro. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 109-120, 1994.
- BIOÉTICA: Essência nas relações humanas na saúde. **Nursing**, São Paulo, v. 5, n. 44, p. 9-11, 2002.
- BITTENCOURT, M. N. T. Implantação do programa casa de parto do estado da Bahia. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 37, n. 2, p. 135-138, abr./jun. 1984.
- BIZZO, N. M. V. Eugenia: quando a biologia faz falta ao cidadão. **Cad. Pesquisa**, São Paulo, n. 92, p. 38-52, 1995.
- _____. O paradoxo social-eugênico, genes e ética. **Revista USP**, São Paulo, n. 24, p. 28-37, 1994/95.
- BOARINI, M. L. Apresentação. In: _____ (Org.). **Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil**. Maringá: Eduem, 2003, p. 11-18.
- BORGES, M. V. Enfermagem em saúde pública dentro da realidade brasileira. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 18, n. 4, p. 358-370, out. 1965.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas e projetos: saúde da família**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/pacs/psf.htm>>. Acesso em: 2 ago. 2000.
- BRETAS, J. R. S.; SILVA, C. V. da. Interesse de escolares e adolescentes sobre corpo e sexualidade. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 55, n. 5, p. 528-534, set./out. 2002.
- BRITO, R. S. et al. Conhecimento de universitários do sexo masculino sobre aborto provocado. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 53, n. 2, p. 173-182, abr./jun. 2000.
- BRUM, Z. P.; PEREIRA, M. A. Educação em saúde enfocando higiene, sexualidade e drogadização junto aos meninos de rua na faixa etária de 11 a 14 anos. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 49, n. 3, p. 333-342, jul./set. 1996.
- BOSCOV, I. A ciência do racismo: um documentário mostra os horrores da eugenia em diversas latitudes. **Veja**, São Paulo, p. 144-145, ago. 2000.
- BUENO, A. G. et al. Reabilitação de lesões lábio-palatais: uma experiência de enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 33, n. 2, p. 242-252, abr./jun. 1980.

- BURINI, M. I. Estudo sobre a divulgação da ABEn no meio estudantil de enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 29, n. 4, p. 127-157, out./dez. 1976.
- CAIO, V. M. et al. Genética comunitária e hemofilia em uma população brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 595-605, 2001.
- CALDAS, M. Clínica de Euphrenia. **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro: Liga Brasileira de Hygiene Mental, n. 2, p. 65-98, 1932.
- CÂMARA, M. M. C. A enfermeira no plano de saúde do estado da Paraíba. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 24, n. 6, p. 13-33, out./dez. 1971.
- CANCINO, C. A. Cohen filma o horror frio da ciência. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 24 out. 1999. Caderno Mais. Disponível em: <<http://lws.uol.com.br/eugenia/doc>>. Acesso em: 8 out. 2000.
- CANDEIAS, N. M. F. Necessidades educativas de puérperas com alta médica. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 34, n. 2, p. 146-152, abr./jun. 1981.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix, 1982.
- CAPRIGLIONE, L. Discurso proferido pelo Dr. Luiz Capriglione, paraninfo da turma de 1931, em 22.12.1931. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 1, n. 1, p. 26-28, maio 1932.
- CARMO, E. C. O que significa para mim a enfermagem de saúde pública. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 13, n. 3, p. 423-424, set. 1960.
- CARNEIRO, A.; RODRIGUES, K. H. Opinião de mulheres de baixa renda, residentes em cidade do interior sobre planejamento familiar. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 40, n. 1, p. 23-27, jan./mar. 1987.
- CARVALHO, A. C. de. Comunicação na ABEn. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 22, n. 4/6, p. 209-213, jul./dez. 1969.
- _____. Relatório da comissão de atividades científicas e documentação. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 30, n. 4, p. 386-403, out./dez. 1977.
- CARVALHO, S. L. Assistência à paciente na clínica obstétrica. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 312-314, out. 1964.
- CASTIEL, L. D. Uma saúde pública molecular? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 285-319, 1994.
- CASTRO, E.; SÁ, A. Enfermagem em medicina pastoral: um novo campo para a enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 20, n. 4, p. 289-294, ago. 1967.
- CASTRO, I. B. ABEn: relatório de 1976 a 1988. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 30, n. 4, p. 356-369, out./dez. 1977.

CECHIN, P. L. Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 55, n. 4, p. 444-448, jul./ago. 2002.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Makron books, 1996.

CHAGAS, E. Enfermagem em face do problema rural do Brasil. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 5, n. 15, p. 6-7, dez. 1938.

COCCO, M. I. M.; PALU, M. J. F.; SILVA, E. R. Programa de laqueadura: relato de experiência com grupo multiprofissional. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 41, n. 1, p. 64-68, jan./mar. 1988.

COMISSÃO de ética. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 14, n. 3, p. 243-244, jun. 1961.

CORADINI, S. R.; BARBIANI, R. A profissional enfermeira frente as influências da evolução histórica da mulher. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 36, n. 3 e 4, p. 246-254, jul./dez. 1983.

CORRÊA, M. C. D. As novas tecnologias reprodutivas: uma revolução a ser assimilada. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 69-98, 1997.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 319-335.

COSTA, I. S. Análise sócio-cultural da atividade da curiosa na comunidade de Salvador e suas conseqüências no campo da saúde pública. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 22, n. 1 e 2, p. 108-116, jan./jun. 1970.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. 2. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1983, 282 p.

COSTA, L. H. R. Corpo, poder e o ato de partejar: reflexões à luz das relações de gênero. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 53, n. 1, p. 39-46, jan./mar. 2000.

COSTA, M.E. O hospital e o sentido cristão de servir. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 14, n.4, p.361-367, ago.1961.

COSTA, S. M. Abortamento: aspectos sociais e médicos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 46., 1994, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: [s.n.], 1994. p. 51-54.

COSTA, Z. S. et al. A participação do enfermeiro de saúde pública na saúde familiar. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 39, n. 2/3, p. 107-118, abr./set. 1986.

COUTO, R. C. C. de M. Eugenia, loucura e condição feminina. **Cad. Pesquisa**, n. 90, p. 52-61, ago.1994.

COX, G. Arte e saúde. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 5, n. 13/14, p. 41-45, jul./set. 1938.

CRUZ, M. A. Enfermagem obstétrica a serviço da família. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 14, n. 4, p. 311-320, ago. 1961.

DARWIN, C. **Origem das espécies**. Belo Horizonte: Villa Rica, 1994.

DAWIM, R. M. B. et al. Maternidade segura: relato de experiência de uma nova prática em Natal/RN. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 52, n. 4, p. 576-582, out./dez. 1999.

DELPINO, M. D.; ATAPOMA, S. A. Integración de la ética y deontología profesional en el curriculum básico de una escuela de enfermería. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 29, n. 3, p. 46-58, jul./set. 1976.

DESSUNTI, E. M.; SOUBHIA, Z. Perfil epidemiológico da AIDS no estado do Paraná e região de Londrina: uma proposta para a assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 44, n. 2/3, p. 103-112, abr./set. 1991.

DICKSON, D. Congress grabs eugenics common ground. **Nature**, London, v. 394, p. 711, 20 Aug. 1998.

DI PIERO, N. L. À margem da biotipologia. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 2, n. 2, p. 18-19, dez. 1933.

DOMINEUC, M. A mãe solteira, responsabilidade para a enfermeira. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 10, n. 4, p. 357-363, dez. 1957.

DOMINGUES, E. F. Modelagem de comportamento da gestante tabagista: cuidado preventivo da enfermagem obstétrica. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 34, n. 2, p. 153-163, abr./jun. 1981.

DOMINGUES, E. F.; CARVALHO, A. L. V. Aspecto preventivo da assistência de enfermagem à gestante portadora de sangue Rh negativo. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 32, n. 3, p. 303-315, jul./set. 1979.

DUARTE, N. M. N.; MUXFELDT, L. C. O papel da enfermeira na assistência à gestante sadia. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 28, n. 4, p. 70-75, out./dez. 1975.

EDGAR, J. Eugenia e patriotismo. **Boletim de Eugenia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 2, 1929.

EDITORIAL. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 51, n. 4, p. 545, out./dez. 1998.

ENGELS, F. **Situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Global, 1986.

ESCÂNDALO da esterilização cresce na Europa. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, p. 1-13, 27 ago. 1997.

FELIZ, S. Tuberculino-reação. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 5, n. 11, p. 63-64, dez. 1937.

FERNANDES, C. A. Aspectos emocionais da criança. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 32, n. 3, p. 251-253, jul./set. 1979.

FERREIRA, A. B. de H. **Pequeno dicionário brasileiro da língua portuguesa**. 10. ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1960.

FONSECA, R. M. G. S. da; EGRY, E. Y. O reflexo da ideologia dominante no posicionamento do estudante de enfermagem frente ao aborto. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 50-58, abr.1994.

FORJAZ, M. V. O aspecto social da enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 127-146, jun. 1955.

_____. Obstetrizes na Inglaterra. **Anais de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 6, n. 4, p. 241-247, dez. 1953.

FOUGERAT, A. (trad. Ir. Antonieta Maria). A igreja e os progressos técnicos. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 17, n. 6, p. 440-454, dez. 1964.

FRAENKEL, E. A enfermagem no Brasil. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 1, n. 1, p. 8-11, maio 1932.

FRAENKEL, E. Histórico do serviço de enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, ano 1, n. 2, p. 15-21, 1997.

FRANCO, A. S. Genética humana e direito. **Bioética**, Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, v. 4, p. 17-29, 1996.

FREDDI, W. E. S. Preparo da gestante para o parto. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 26, n. 3, p. 108-120, abr./jun. 1973.

FREITAS, I. de. Da mortalidade infantil e suas causas. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 3, n. 6, p. 24-26, jan. 1935.

FRÉRES, M. R. dos S. O papel social da enfermeira. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 4, n. 8, p. 27, nov. 1936.

FROTA-PESSOA, O. Quem tem medo da eugenia? **Revista USP**, São Paulo, v. 24, p. 38-45, 1994/95.

GALLEGUILLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. C. A institucionalização e o desenvolvimento da enfermagem no Brasil frente às políticas de saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 54, n. 3, p. 466-474, jul./set.2001.

GARCIA, T. R. Eugenia! *In hoc signo vinces* – um aspecto do discurso sanitário da enfermagem, 1932 a 1938. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília, DF, ano 46, n. ¾, p. 189-198, jul./dez. 1993.

GARCIA, T. R.; ALMEIDA, A. M. de. Gestação em adolescentes: opiniões de universitários. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 49, n. 4, p. 595-610, out./dez. 1996.

GARRAFA, V. Bioética e ciência – até onde avançar sem agredir. In: COSTA, S. I. F. (Org.). et al. **Iniciação à Bioética**, Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998.

_____. Introdução a Bioética. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51.; CONGRESSO PANAMERICANO DE ENFERMERIA, 10., 1999, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 1999. p.317-321.

_____. Prefácio. In: BOARINI, M. L. (Org.). **Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil**. Maringá: Eduem, 2003, p. 7-10.

GARVER, K. L.; GARVER, B. The Human Genome Project and Eugenic Concerns. **Am. J. Hum. Genet.**, Chicago: American Society of Human Genetics, v. 54, p. 148-158, 1994.

GENÉTICA: o fenômeno da ‘barriga suja’ entre os animais. **Boletim de Eugenia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p. 4, maio 1929.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil: 1955/1980**. Campinas, 1983. Dissertação Mestrado (Faculdade de Educação) - Universidade Estadual de Campinas, 1983.

GILLHAM, N. W. Sir Francis Galton and the birth of Eugenics. **Annual Review Genetics**, Palo Alto, v. 35, p. 83-101, 2001.

GUILHEM, D. New reproductive technologies, ethics and legislation in Brazil: a delayed debate. **Bioethics**, Oxford, v. 15, n. 3, p. 218-230, 2001.

GUIMARÃES, A. M. D. N. et al. Diagnóstico de saúde das mulheres em idade fértil de Sergipe. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 49, n. 1, p. 23-30, jan./mar. 1996.

GUIMARÃES, M. R. de O. A seleção humana: fantasma em gestação? **Folha de S. Paulo**, São Paulo, p. A3, 16 mar. 2001.

GUIMARÃES FILHO, A. Aspectos dos serviços médico-sociais em relação à família. **Anais de Enfermagem**, São Paulo, ano 15, n. 20, p. 1-10, jul./set. 1946a.

_____. Aspectos dos serviços médico-sociais em relação à família. **Anais de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 21, p. 1-10, out./dez. 1946b.

_____. Enfermagem obstétrica a serviço da família. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 14, n. 4, p. 321-330, ago. 1961.

_____. Planejamento de maternidade em hospital geral. **Anais de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 7, n. 3, p. 217-247, set. 1954.

HIRSCHFELD, M. J.; OGUISSO, T. Visão panorâmica da saúde no mundo e a inserção do ‘home care’. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 55, n. 4, p. 452-459, jul./ago. 2002.

HOBSBAWM, E. **Da revolução industrial inglesa ao imperialismo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária, 1979.

HUNGATE, C. P. Imunização e profilaxia das Forças Armadas Norte-Americanas. **Anais de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 22, p. 64-66, jan./mar. 1947.

HUXLEY, A. **Admirável mundo novo**. 4.ed. São Paulo: Edibolso, 1976.

INTERNATIONAL Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 2004. Disponível em: <http://www.icmje.org/index.html#about>. Acesso em: 20 abr. 2004.

KEHL, R. Educação e eugenia. **Boletim de Eugenia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 9, p. 1-2, set. 1929a.

_____. Eugenia e eugenismo. **Boletim de Eugenia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 8, p. 1, ago. 1929b.

_____. Legislação eugênica. **Boletim de Eugenia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 2, jan. 1929c.

_____. Limitação da natalidade. **Boletim de Eugenia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 12, p. 1-2, dez. 1929d.

_____. O nosso boletim, propósitos. **Boletim de Eugenia**. Rio de Janeiro, vol. 1, n. 1, p. 1, jan. 1929e.

KENSKI, R. Vencendo na raça. **Super Interessante**, Osasco: Editora Abril, n. 187, p. 42-50, abr. 2003.

KIRSCHBAUN, D. I. R. Análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50. **Rev. Latino-am enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, p. 19-30, maio 1997. Número especial.

LACAZ, C. da S. Generalidades sobre o fator Rh. **Anais de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 21, p. 11-15, out./dez. 1946.

LAGO, T. et al. Políticas de saúde e o programa de ação do Cairo no Brasil. In: BERQUÓ, E. et al. **Saúde e direitos reprodutivos no Brasil: impacto da Conferência do Cairo nas políticas públicas**, Salvador: MUSA; Brasília, DF: CNPD, 2000, p. 9-16.

LEAL, R. A. A higiene na Grécia Antiga. **Anais de Enfermagem**, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 191-195, out. 1950.

LEITE, M. É impossível melhorar genes, diz cientista. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, p. A13, 3 jul. 2000a.

_____. Inteligência é a qualidade mais desejada. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 3 jul. 2000b. Folha Ciência, p. A17.

_____. Outros fatores além dos genes podem ditar as características da prole. **Folha de S. Paulo**, 7 jul. 1999. Caderno Mais, p. 5/13.

LEONE, M. Sífilis. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 3, n. 6, p. 26, jan. 1935.

LIMA, M. E. M. Natalidade indígena na região do Alto Rio Negro – AM. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 42, n. 1/4, p. 122-127, jan./dez. 1989.

LOBO, R. H. Era nova. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 1, n. 1, p. 5-6, maio 1932.

LOCATO, M. L. et al. Uma experiência de ensino em escolas de primeiro grau de Alfenas. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 34, n. 3/4, p. 327-332, jul./dez. 1981.

LOPES, E. Noticiário: 14º aniversário da Colônia de Alienadas. **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro: Liga Brasileira de Hygiene Mental, n. 2, p. 113-120, 1925a.

_____. Os meios de ação na campanha pela higiene mental. **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro: Liga Brasileira de Hygiene Mental, n. 2, p. 151-164, 1925b.

LOPES, L. R. A eugenia. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 2, n. 3, p. 25, abr. 1934.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUTZ, G. Fundo Internacional de Socorro à Infância das Nações Unidas: FISI. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 8, n. 1, p. 52-57, mar. 1955.

LUZ, A. M. H.; CASTRO, M. L. S. Mães adolescentes na sociedade riograndense: saúde e pressões sociais. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 48, n. 4, p. 379-400, out./dez. 1995.

LUZ, A. M. H. et al. Gravidez na adolescência: atuação da enfermeira. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 36, n. 1, p. 3-12, jan./mar. 1983.

MAESTRI, M. **Demandas higienistas no século XX**: aspectos histórico-educacionais. 2000. Dissertação Mestrado (Fundamentos da Educação) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2000.

MAI, L. D. **Boletim de Eugenia (1929-1931)**: um estudo sobre forças educativas no Brasil. 1999. Dissertação Mestrado (Fundamentos da Educação) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 1999.

_____. (Re) Pensando a família: inquietações passadas e presentes. **Revista de Ciências da Saúde**, Maringá, v. 1, n. 2, p. 17-24, jul./dez. 2001.

MAIA, M. L. S. Página de saúde pública: narrativas. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 3, n. 6, p. 29, jan. 1935.

MALTHUS, T. R. **Princípios de economia política e considerações sobre sua aplicação prática**: ensaio sobre a população. Tradução Regis de Castro Andrade, Dinah de Abreu e Antonio Alves Cury. São Paulo: Nova Cultural, 1996. Título original: Principles of Political Economy Considered with a View to Their Practical Application – An Essay on the Principle of Population.

MANCIA, J. R. Editorial: a cara da REBEn, **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 53, n. 4, p. 489, out./dez. 2000.

_____. Editorial: processo de inovação de um periódico: o destaque da REBEn, **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 55, n. 6, p. 621, nov./dez. 2002.

MANCIA, J. R.; RAMOS, F. R. S. Pontos críticos na produção científica de enfermagem: os trabalhos submetidos à REBEn. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 55, n. 2, p. 163-168, mar./abr. 2002.

MARTINI, J. G. et al. Gravidez na adolescência: da prática disciplinadora à pedagogia libertadora. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 52, n. 4, p. 539-546, out./dez. 1999.

MARTINS, J. D. Novas tendências do tratamento médico. **Anais de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 6, n. 3, p. 195-201, set. 1953.

MAZUMDAR, P. M. H. 'Reform' eugenics and the decline of Mendelism. **Trends in Genetics**, Oxford: Elsevier Science, v. 18, n. 1, p. 48-52, 2002.

MEDEIROS, N. R. D. O superdotado como agente acelerador do desenvolvimento. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 31, n. 3, p. 312-320, jul./set. 1978.

MELLO, J. de. A enfermeira como responsável direta pelo serviço de saúde em pequenas comunidades do Amazonas. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 13, n. 3, p. 395-404, set. 1960.

MENEZES et al. O perfil das(os) alunas(os) de enfermagem da Escola Anna Nery: décadas de 20, 30 e 90. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 2, n. ½, p. 34-65, abr./set. 1998.

MIDDELTON, L. et al. The role of the nurse in cancer genetics. **Cancer Nursing**, Philadelphia, v. 25, n. 3, p. 196-206, 2002.

MINAHIM, M. A. et al. Direitos reprodutivos e sexuais. In: BERQUÓ, E. et al. **Saúde e direitos reprodutivos no Brasil: impacto da Conferência do Cairo nas políticas públicas**, Salvador: MUSA; Brasília, DF: CNPD, 2000, p. 73-83.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1996.

MINAYO, M. C. de; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementariedade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MOLINAS, J. V.; LEONARDO, M. do C. O diabético na sociedade moderna. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 16, n. 4, p. 299-306, ago. 1963.

MONTEIRO, E. M. M. et al; Institucionalização do ensino de enfermagem na Paraíba: uma viagem ao passado. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 53, n. 3, p. 458-466, jul./set. 2000.

MOREIRA, J. J. A família e a paternidade responsável. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 33, n. 1, p. 81-91, jan./mar. 1980.

MOREIRA, K. F. A.; NAKANO, A. M. S. Aleitamento Materno: instintivo? Natural? O paradigma biológico x os direitos reprodutivos em discussão. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 55, n. 6, p. 685-690, nov./dez. 2002.

MOURA, O. Saneamento, eugenia, civilização: conferência de propaganda eugênica. **Annaes de Eugenia**, São Paulo, p. 82-90, 1919.

NAKANO, A. M. S.; MAMEDE, M. V. O significado do parto na visão de casais grávidos. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 47, n. 2, p. 118-123, abr./jun. 1994.

NEME, B. Cuidados exigidos para que as grávidas tenham filhos sadios. **Anais de Enfermagem**, São Paulo, ano 3, n. 1, p. 11-18, jan. 1950.

NERI, D. On the concept of eugenics: preliminaries to a critical appraisal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.com>>. Acesso em: 31 maio 2000.

NERY, I. S. Perfil do atendimento à população feminina nos serviços públicos de saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 49, n. 4, p. 497-510, out./dez. 1996.

NÓBREGA, M. R. S. Desenvolvimento de pessoal para-médico na assistência materno-infantil. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 25, n. 1/2, p. 126-145, jan./abr. 1972.

NÓBREGA, M. R. S.; DAMARIS, D. S. Descoberta, treinamento e controle de parteiras curiosas: uma necessidade no Brasil. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 22, n. 1/2, p. 80-93, jan./jun. 1970.

NOTA da Redação. **Anais de Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 1, jan. 1948.

NOTÍCIAS. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 17, n. 6, p. 499-506, dez. 1964.

NOVA orientação de Anais de Enfermagem. **Anais de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 6, n. 1, p. 5, mar. 1953.

NUNES, E. Clonagem humana é crime e pode levar à prisão no país. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, p. 3/2, 22 mar. 1997.

NUNES, J. P. Episiotomia. **Anais de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 6, n. 1, p. 30-32, mar. 1953.

OLIVEIRA, M. A. de C. A política de reprodução humana no Brasil. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 155-160, ago. 1992.

OLIVEIRA, M. F. G.; MONTEIRO, E. M. Necessidades psicossociais do menor de baixa renda, na faixa etária de 10 a 15 anos. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 42, n. 1/4, p. 14-21, jan./dez. 1989.

OLIVEIRA, M. I. R. de. Editorial: a REBEn e o saber na enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 37, n. 1, p. 1, jan./mar. 1984.

ONOFRE, T. M. S. G. et al. Percepções e expectativas do estudante de enfermagem em relação à Associação Brasileira de Enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 40, n. 4, p. 227-232, out./dez. 1987.

OPITZ, J. M. O que é normal considerado no contexto da genetização da civilização ocidental? **Bioética**, Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, v. 5, p. 131-143, 1997.

O PREPARO de enfermeiras obstétricas no Brasil. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 12, n. 4, p. 404-409, dez. 1959.

ORNELLAS, A. A dietética em puericultura. **Anais de Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 218-223, jul. 1951.

PADIN, C. O abortamento nos códigos de ética de enfermagem e da medicina. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 14, n. 3, p. 245-257, jun. 1961.

PADIN, N. Aspectos éticos no exercício profissional. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 25, n. 4, p. 79-89, jul./set. 1972.

PAIM, R. C. et al. A disciplina enfermagem materno-infantil num programa de assistência integrada: “ensino, pesquisa e extensão”. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 31, n. 4, p. 417-442, out./dez. 1978.

PAULA, A. de. A assistência sanitária no Brasil e a enfermeira nos serviços de saúde. **Anais de Enfermagem**, São Paulo, ano 2, n. 4, p. 159-164, out. 1949.

PELÁ, N. T. R.; SANTOS, C. A. F. Maternidade e mãe desamparada. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 31, n. 4, p. 517-524, out./dez. 1978.

PEREIRA, F. O álcool e seus efeitos. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 2, n. 5, p. 31-32, out. 1934.

PINHEIRO, M. C. D. O “ser-mãe” de criança com malformação: um estudo fenomenológico. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 50, n. 2, p. 197-214, abr./jun. 1997.

PINHEIRO, M. R. S. Problemas de enfermagem no Brasil: do ponto de vista da enfermeira. **Anais de Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 278-298, out. 1951.

_____. Relatório da comissão de redação. **Anais de Enfermagem**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 135-138, jan. 1952.

_____. Relatório da presidente. **Anais de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 8, n. 3, p. 273-280, set. 1955.

PIO XII, S. S. Educação de adultos. **Anais de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 7, n. 2, p. 75-84, jun. 1954a.

_____. O apostolado das enfermeiras obstétricas. **Anais de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 7, n. 3, p. 193-216, set. 1954b.

PONTES, C. de. Contribuição à história da enfermagem: Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – a pioneira das escolas de enfermagem no Brasil. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 24, n. 3/4, p. 199-214, abr./jun.1971.

PONTES, D. Notícias dos estados: relatório do serviço realizado em Natal/RGN. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 5, n. 15, p. 8-11, dez. 1938.

PORTO, F.; MORAES, N. A. Impacto de uma portaria ministerial: aspectos da concretude social e política da enfermagem obstétrica. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 55, n. 4, p. 440-443, jul./ago. 2002.

PORTO, J. R. R.; LUZ, A. M. H. Percepções da adolescente sobre a maternidade. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 55, n. 4, p. 384-391, jul./ago. 2002.

PRAÇA, N. S.; GRANDE, J. L. A enfermeira obstétrica e a prevenção do risco ocupacional de contaminação pelo vírus HIV em centro obstétrico. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 42, n. 1/4, p. 101-105, jan./dez. 1989.

PRINCE, M. G. A criança abandonada. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 18, n. 1, p. 91-94, fev. 1965.

PROJETO de lei dispondo sobre a formação de obstetrizes e parteiras. **Anais de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 7, n. 3, p. 267-300, set. 1954.

RABINOW, P. Galton's regret and DNA typing. **Culture, Medicine and Psychiatry**, Netherlands, n. 17, p. 59-65, 1993.

RAMALHO, A. S.; SILVA, R. B. de P. Community Genetics: a new discipline and its application in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 261-263, 2000.

REDENTOR, M. C. O pré-natal como ponto de partida para uma assistência integral à família. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 17, n. 5, p. 295-306, out. 1964.

REGIS, M. Contribuição ao estudo do abortamento. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 17, n. 6, p. 475-480, dez. 1964.

REIS, J. R. F. Degenerando em barbérie: a hora e a vez do eugenismo radical. In: BOARINI, M. L. (Org.). **Higiene e raça como projetos**: higienismo e eugenismo no Brasil. Maringá: Eduem, 2003, p. 185-216.

_____. **Higiene mental e eugenia**: o projeto de “regeneração nacional” da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-30). Campinas, 1994. Dissertação Mestrado (Instituto de Filosofia e Ciências Humanas) – Universidade Estadual de Campinas, 1994.

RESENDE, M. A. Histórico da Revista Brasileira de Enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 15, n. 6, p. 498-515, dez. 1962.

_____. Literatura profissional e enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro ano 16, n. 3, p. 133-140, jun. 1963.

REUNIÃO da secção de assistência hospitalar aos psicopatas. **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro: Liga Brasileira de Hygiene Mental, p. 189-190, 1930.

RIBEIRO, C. M. Sessão de encerramento do XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 33, n. 3, p. 271-274, jul./set. 1980.

RIBEIRO, M. C. S.; BERTOLOZZI, M. R. A enfermagem e a questão ambiental: proposta de um modelo teórico para o exercício profissional. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 52, n. 3, p. 365-374, jul./set. 1999.

ROCHA, D. N. A enfermagem e a criança. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 32, n. 3, p. 245-250, jul./set. 1979.

ROCHA, S. M. de M. **A puericultura e a enfermagem no estado de São Paulo**. Ribeirão Preto, 1985. Tese Doutorado (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto) - Universidade de São Paulo, 1985.

ROCHA, S. M. de M. et al. Características do saber da enfermagem profissional na área materno-infantil: análise do seu discurso. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3., 1984, Florianópolis. **Anais...**, Florianópolis: UFSC, 1984. p. 172-194.

RODRIGUES, K. H. et al. A enfermagem no projeto de cooperação educacional Vila Paranoá. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 36, n. 2, p. 183-192, abr./jun. 1983.

RODRIGUES, M. S. P.; LEOPARDI, M. T. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

ROMCY, G. L. Uma iniciativa oportuna. **Anais de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 6, n. 2, p. 123-125, jun. 1953.

ROSA, M. S. O. et al. Como proteger a criança de 0 a 24 meses contra a infecção. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 32, n. 3, p. 271-295, jul./set. 1979.

ROSE, S. A perturbadora ascensão do determinismo neurogenético. **Ciência Hoje**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 126, p. 18-27, 1997.

SÁ, L. D. ... e a enfermagem do século XXI? **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 52, n. 3, p. 375-384, jul./set. 1999.

SANTOS, I. dos et al. Revista Brasileira de Enfermagem: uma história de resistência. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 51, n. 2, p. 305-320, abr./jun. 1998.

SANTOS, J. B. F. et al. Estudo do peso do recém-nascido, faixa etária da mãe e tipo de parto. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 54, n. 3, p. 517-527, jul./set. 2001.

SANTOS, M. da P. dos. A criança excepcional. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 33, n. 2, p. 236-241, abr./jun. 1980.

- SCHMIDT, M. J.; FREDDI, W. E. S. Preparo da gestante para o parto: aulas teórico-práticas. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 28, n. 1, p. 15-25, jan./mar. 1975.
- SCHNEIDER, W. Toward the improvement of the Human Race: the history of Eugenics in France. **Journal of Modern History**, Chicago: University of Chicago, n. 54, p. 268-291, June 1982.
- SCHRAMM, A. Biblioteca da Escola de Enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 18, n. 2/3, p. 127-135, abr./jun. 1965.
- SCHRAMM, F. R. Eugenia, eugenética e o espectro do eugenismo: considerações atuais sobre biotecnociência e bioética. **Bioética**, Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, v. 5, p. 203-220, 1997.
- SCHWARCZ, L. M. **O espetáculo das raças**: cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- SCOCHI, C. G. S. et al. Assistência aos pais de recém-nascido pré-termo em unidades neonatais. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 52, n. 4, p. 495-503, out./dez. 1999.
- SEARLE, G. R. Eugenics and Politics in Britain in the 1930s. **Annals of Science**, [s.l.], n. 36, p. 159-169, 1979.
- SILVA, A. L. et al. Significados de cuidado para crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 54, n. 1, p. 48-62, jan./mar. 2001.
- SILVA, F. de B. Coehn põe delírios da razão a nu. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 24 out. 1999. Caderno Mais. Disponível em: <<http://lws.uol.com.br/eugenia/doc>>. Acesso em: 8 out. 2000.
- SILVA, M. M. F. A enfermagem obstétrica na realidade brasileira. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 18, n. 4, p. 256-286, out. 1965.
- SILVER, L. D. Direito à saúde ou medicalização da mulher? Implicações para a avaliação dos serviços de saúde para mulheres. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 299-317.
- SIMÕES, M. G. A. Parto com episiotomia. **Anais de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 6, n. 1, p. 65-70, mar. 1953.
- SIMPSON, A. J. G.; CABALLERO, O. L. Projeto genoma humano e suas implicações para a saúde humana: visão geral e contribuição brasileira para o projeto. **Bioética**, Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, v. 8, n. 1, p. 89-96, 2000.
- SMITH, M. Saúde é beleza. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 4, n. 8, p. 17-18, nov. 1936.
- SOUZA, E. de. Do tratamento pré-natal. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 4, n. 8, p. 11, nov. 1936.

_____. Página de saúde pública: narrativa. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 3, n. 7, p. 21-22, maio 1935.

_____. Sobre higiene infantil. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 2, n. 5, p. 36, out. 1934.

SOUZA, K. M.; PAGLIUCA, L. M. Estimulação visual para recém-nascidos prematuros: intervenção de enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 51, n. 2, p. 189-206, abr./jun. 1998.

STEBBINS, G. L. **Processos de evolução orgânica**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC; São Paulo: Ed. Da Universidade de São Paulo, 1974.

STEPAN, N. Eugenesia, genética y salud pública: el movimiento eugenésico brasileño y mundial. **Quipu**, México, v. 2, n. 3, p. 351-384, 1985.

TABORDA, R. Bons exemplos. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 5, n. 11, p. 42-44, dez. 1937a.

_____. Conselhos às gestantes. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 4, n. 8, p. 13-17, nov. 1936.

_____. Enfermagem deficiente. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 5, n. 9, p. 4-6, maio 1937b.

_____. Prática do serviço pré-natal. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 2, n. 3, p. 14-16, abr. 1934.

TAVARES, C. M. A. Planejamento para a participação de alunos dos últimos períodos do ciclo profissional de enfermagem na identificação e treinamento de parteiras leigas de uma comunidade. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 32, n. 1, p. 89-120, jan./mar. 1979.

TAVARES, M. S. G. **Planejamento familiar: ideologia, educação e reprodução do saber na enfermagem**. Ribeirão Preto, 1990. Tese Doutorado (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto) - Universidade de São Paulo, 1990.

TRÖGER, A. L. M. A saúde da gestante. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, ano 32, n. 3, p. 255-258, jul./set. 1979.

VARILLAS, B. C. H. et al. Sentido cristiano de servir a la familia en puericultura y enfermeria pediátrica. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 14, n. 4, p. 331-349, ago. 1961.

VELHO, C. B. Trabalho do assistente de clínica médica da Faculdade de Medicina da Universidade do RGS. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 9, n. 4, p. 237-251, dez. 1956.

VIANNA, O. Os typos eugenicos. **Boletim de Eugenia**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 15, p. 3, mar.1930.

- VIEIRA FILHO, J. J. Alcoolismo elegante. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 13/14, p. 46-51, jul./set. 1938.
- VILHENA, C. P. de S. Práticas eugênicas, medicina social e família no Brasil Republicano. **Revista da Faculdade de Educação**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 79-96, 1993.
- WADDELL, A. S. Um centro de saúde. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 2, n. 5, p. 27, out. 1934.
- YUNES, J. et al. Assistência à gestação, parto e controle da mortalidade materna: renovando a agenda. In: BERQUÓ, E. et al. **Saúde e direitos reprodutivos no Brasil: impacto da Conferência do Cairo nas políticas públicas**, Salvador: MUSA; Brasília, DF: CNPD, 2000, p. 43- 58.
- ZOUROB, A. A necessidade da organização de um serviço social para melhorar as condições do pobre. **Annaes de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 2, n. 2, p. 27-29, dez. 1933.

ANEXOS

ANEXO A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. IDENTIFICAÇÃO DO TEXTO

TEXTO Nº _____

Ano: _____ Vol./Ano: _____ Fascículo: _____ Páginas: _____

TÍTULO DO TEXTO: _____

Classificação do texto:

() Artigo () Página de Estudante () Ensaio () Revisão () Pesquisa
() Conferência () Resumo de tese/dissertação () Narrativa () Documentário

2. AUTOR(ES)

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ () Não especificado

PERFIL DO(S) AUTOR(ES) () F () M () Não especificado

a) Formação Profissional

() Enfermeiro () Assistente Social () Outros: _____
() Médico () Não especificado

b) Titulação

() Estudante de Graduação () Estudante de pós-graduação
() Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado
() Pós-doutorado () Livre-docência () Não especificado

c) Origem do(s) autor(es)

() De escolas () Não especificado
() De instituições de saúde a nível hospitalar
() De instituições de saúde a nível de saúde pública

d) Função exercida: _____

3. CARACTERIZAÇÃO DO TEXTO

Tema central: _____

Objetivo(s): _____

Desenho Metodológico

() Experimental () Descritivo () Analítico

4. CITAÇÕES TEXTUAIS QUE EXPRESSEM IDÉIAS DE EUGENIA POSITIVA:

5. CITAÇÕES TEXTUAIS QUE EXPRESSEM IDÉIAS DE EUGENIA NEGATIVA:

6. OBSERVAÇÕES DO PESQUISADOR: