

Ana Paula Quintanilha Augusto do Nascimento

MENSTRUACÃO: O QUE É ESSA SANGRIA?  
A VISÃO DE ENFERMEIRAS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM

*Dissertação apresentada ao Instituto de  
Psicologia da Universidade de São Paulo  
como parte dos requisitos para obtenção  
do grau de Mestre em Psicologia.*

São Paulo

2003

Ana Paula Quintanilha Augusto do Nascimento

MENSTRUACÃO: O QUE É ESSA SANGRIA?  
A VISÃO DE ENFERMEIRAS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da  
Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para  
obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

**Área de Concentração:** Psicologia Social

**Orientadora:** Profa. Dra. Vera Sílvia Facciolla Paiva

São Paulo

2003

**Ficha Catalográfica preparada pelo Serviço de Biblioteca  
e Documentação do Instituto de Psicologia da USP**

Nascimento, A. P. Q. A. do

Menstruação: o que é essa sangria? A visão de enfermeira e auxiliares de enfermagem./ Ana Paula Quintanilha Augusto do Nascimento. – São Paulo: s.n., 2003. – 151p.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho.

Orientadora: Vera Sílvia Facciolla Paiva

1. Menstruação 2. Representação (Bourdieu) 3. Gênero 4. Medicalização 5. **Habitus** I. Título.

**MENSTRUÇÃO: O QUE É ESSA SANGRIA?  
A VISÃO DE ENFERMEIRAS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM**

**ANA PAULA QUINTANILHA AUGUSTO DO NASCIMENTO**

**BANCA EXAMINADORA**

---

(Nome e Assinatura)

---

(Nome e Assinatura)

---

(Nome e Assinatura)

Dissertação defendida e aprovada em: \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

*À querida avó Nenê, que se foi.*

*Aos filhos amados Mário Henrique e Carlos Eduardo,  
que vieram.*

*Agradeço o carinho que sempre me deram...*

## AGRADECIMENTOS

A realização deste estudo, somada ao meu casamento, às gestações e ao nascimento de meus dois filhos, compõe a fase mais rica e feliz da minha vida. Foram quase cinco anos intensos de trabalho, expectativas, dúvidas e concretização que já deixam saudade e gostinho de “quero mais”. Muitas pessoas participaram e compartilharam comigo de diversas formas, em diferentes períodos. Não seria possível nomeá-las todas, tomaria muitas páginas. Citarei, então, as que se relacionaram de forma mais próxima.

Agradeço a Vera Paiva, pela forma apaixonada e apaixonante de ensinar. Obrigada Veroca, inicialmente por me aceitar como orientanda e me mostrar que “orientação é casamento”(sic), não deve ser baseada na dor nem na opressão. Em seguida, por nortear-me sempre possibilitando liberdade na escolha do caminho. E, finalmente, pela compreensão generosa dos eventos que vivi paralelamente ao trabalho. Seu apoio e suas sugestões foram riquíssimos, inclusive na esfera doméstica!!!

A Simone Diniz, em quem muito me inspirei ao ver que partilhamos as mesmas questões e defendemos a mesma bandeira. Obrigada pelo entusiasmo com que apreciou o trabalho, pelas observações tão relevantes e pelo carinho.

A Leny Sato, com quem convivi num dos períodos mais tristes dessa jornada. Obrigada pelas sugestões teóricas, pela leitura atenta e por aceitar enveredar por este tema.

A Belkis Trench, estudiosa vibrante dos mistérios sangüíneos, pelo material, tempo, interesse e sugestões.

A Arakcy M. Rodrigues, que forneceu a inspiração para o método e apresentou as bases teóricas para este trabalho. Seu brilho, seu carisma e seu entusiasmo generoso a mantêm sempre viva nas nossas memórias.

A Graziela, pela transcrição cuidadosa, ao Marcos, pela paciente assistência na formatação a tia Alcéa, pela ajuda com “o inglês”.

Ao Sérgio Bellinello, pela revisão e a querida sogra Terezinha, pelo presente inestimável. Ele representa seu apoio e seu carinho.

Aos muitos colegas de cursos, orientação e do trabalho e aos velhos e caros amigos que leram partes deste trabalho, que dividiram dúvidas e êxitos ou que simplesmente me acompanharam nesse tempo. Especialmente a Rodrigo A. Peres e a Márcia M. Portazio, que me ajudaram e apoiaram tanto no início, na “onda mais brava dessa maré”.

Às instituições pesquisadas por permitirem a realização em seus Serviços junto às funcionárias. Obrigada ainda às enfermeiras-chefes dos Serviços por toda espécie de colaboração.

A todas as entrevistadas por partilharem comigo seu tempo, seus cotidianos, seus sonhos, suas tristezas, enfim, suas vidas de mulher. Pudemos rir e chorar e, de cada uma, guardo com muito carinho e simpatia a sensação da proximidade.

Aos meus pais e a minha irmã, por acreditarem e tanto me incentivarem a estudar sempre. Obrigada pelo amor e por tudo que me ajudaram, de todas as formas possíveis.

Ao Augusto, marido e companheiro que muito me estimulou e confiou que o projeto se concretizaria. Compartilhou meus momentos de angústias e de euforia mantendo-se porto seguro. Obrigada pela ajuda, pela paciência e pelo apoio carinhoso.

A Keyla, muito obrigada por cuidar dos meus filhos com tanto carinho e zelo para que eu pudesse me dedicar ao trabalho.

Agradeço aos nossos meninos por seus sorrisos e abraços amorosos. Todos os dias enchem nossas almas de luz! Mesmo sendo tão pequeninos, foram muito compreensivos e generosos: agüentaram dividir o tempo e atenção da mãe para que este “terceiro filho” pudesse nascer.

*“Este livro é a história da minha viagem aos mistérios menstruais, que de início realizei inconscientemente e, mais tarde, à medida que comecei a compreender o que se passava comigo, de uma forma mais objetiva. Também incluí as histórias de várias outras mulheres que, como eu, caíram na toca do coelho que vai até o centro da terra, e descobriram que seu sangue era uma chave para o coração da Deusa.”*

(Owen, 1994).



## SUMÁRIO

1 A IMAGEM DA MENSTRUACÃO.....	13
2 REPRESENTAÇÕES RELAÇÕES DE GÊNERO E MEDICALIZAÇÃO.....	19
2.1 Representações.....	20
2.2 <i>Habitus</i> .....	21
2.3 Relações de gênero.....	23
2.4 As práticas médicas normativas sobre o corpo feminino.....	29
2.5 <i>Habitus</i> e corpo.....	37
2.6 Objetivo geral.....	40
2.7 Objetivos específicos.....	40
3 MÉTODO.....	41
3.1 Acesso da pesquisadora aos Serviços.....	42
3.2 Grupos estudados.....	42
3.3 Contato com as profissionais.....	44
3.4 Cuidados Éticos.....	45
3.5 Entrevista.....	45
3.5.1 Questões.....	48
3.6 Análise de Resultados.....	52
3.6.1 Conceituação e características da Análise de Conteúdo.....	52
4 CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS E SERVIÇOS ESTUDADOS.....	55
4.1 Caracterização dos grupos.....	56
4.2 Caracterização dos Serviços.....	57
5 AUXILIARES E ENFERMEIRAS: DIFERENTES GRUPOS SOCIAIS?.....	62
6 MULHER E HOMEM.....	72
7 O CORPO.....	78
7.1 Ser mulher.....	80
7.2 Adolescência.....	80
7.3 Gravidez.....	81
7.4 Maternidade.....	82
7.5 Aleitamento.....	84
7.6 Envelhecimento.....	85
8 VISÕES E PERCEPÇÕES DA MENSTRUACÃO.....	87
8.1 Percepção do ciclo.....	88
8.2 Sintomas e outras queixas.....	88
8.3 Normalidade.....	91
8.4 Saúde.....	93
8.5 Fertilidade.....	93
8.6 Feminilidade.....	95
8.7 Restrições, recolhimento e o cuidar de si.....	96
8.8 Higiene e velamento do sangue.....	97

8.9 Abstinência sexual.....	98
8.10 Purificação.....	101
8.11 O que se conversa sobre menstruação.....	103
8.12 Hábitos e frequência às consultas ginecológicas.....	104
8.13 Interrupção voluntária da menstruação.....	105
9 MENARCA.....	108
10 O SANGUE E A MULHER.....	118
11 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	127
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	137
ANEXOS .....	140
A Termo de consentimento informado .....	141
B LEI nº 7.428.....	144
C Sobre a menstruação.....	150

## RESUMO

NASCIMENTO, Ana Paula Quintanilha Augusto do. *Menstruação: o que é essa sangria? A visão de enfermeiras e auxiliares de enfermagem*. São Paulo, 2003, 151p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Este estudo descreve as imagens da menstruação e outros aspectos relativos ao corpo feminino em duas categorias socioprofissionais: auxiliares de enfermagem e enfermeiras. Considera que as representações sobre o corpo são construídas socialmente e recebem, de diferentes formas, a influência de diversos fatores socioculturais conforme o grupo ao qual pertence cada categoria. O trabalho focaliza as práticas médicas normatizadas sobre o corpo feminino, as visões sobre a mulher e relações de gênero. Foram feitas 16 entrevistas individuais, oito com cada categoria, e aplicou-se a análise de conteúdo.

Observou-se diferenças entre as imagens em cada categoria pesquisada: as enfermeiras tendem a ter uma visão mais “medicalizada” do corpo e a sofrer mais os efeitos das construções sobre o feminino contidas nas práticas e conhecimentos médicos sobre o corpo da mulher. Auxiliares de enfermagem utilizam outras referências para significar a menstruação, especialmente a da “normalidade”.

Apesar da inserção profissional das entrevistadas no campo da saúde, foi possível observar a presença de atributos simbólicos e arcaicos associados ao sangue nas representações da menstruação nas duas categorias.

Os conhecimentos e práticas médicas normatizadas sobre o corpo da mulher parecem substituir, até certo ponto, os antigos ritos de isolamento, purificação e velamento do sangue.

## ABSTRACT

NASCIMENTO, Ana Paula Quintanilha Augusto do. *Menstruation: what is this bleeding? Nurses and Nursing Assistants' Vision*. São Paulo, 2003, 151p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

This study describes images of the menstruation and other aspects related to the female body in two socioprofessionals categories: Nursing Assistents and Nurses. It considers that the representations about the body are socially constructed and receive the influence of many sociocultural factors, according to the group to which belongs each category. Amongst many factors, it has been focused the normative medical practices about the female body, the visions about female and gender's relations. Sixteen women were interviewed, 8 from each category and content analysis has been used.

This study observed differences between the menstruation's images in each category: the nurses tend to have a vision of the body marked by normative medical practices. Nursing Assistants use other references to represent the menstruation, especially that of "normality".

Despite the professional insertion of those women interviewed in the field of health, it was possible to verify the presence of archaic symbolic representations associated to the blood when they talk about menstruation, in both categories.

The medical Knowledge and normative medical practices about the female body seems to replace, partially, old rites of seclusion, purification and blood veilmment.



## Capítulo I AS IMAGENS DA MENSTRUACÃO

I Este trabalho foi concebido a partir de uma certa indignação pela forma com que o tema da menstruação vem sendo abordado na mídia. Desde meados dos anos 90 a menstruação é tratada geralmente de forma depreciativa, em entrevistas com médicos que apareceram em programas de televisão, revistas ou lançaram livros destinados ao público leigo, numa perspectiva que transcende a proposta estritamente técnico-científica expressando valores desses profissionais da saúde<sup>1</sup>.

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: ¶  
¶

Diniz (2001) aponta a presença de valores sociais misturados à dimensão da técnica na constituição das práticas de saúde e que esta instauraria e refletiria um conjunto maior de relações intersubjetivas como as de gênero (Diniz, 1996), raça e classe legitimando e mantendo relações de poder.

Para Jurandir Freire Costa (1983), o modelo médico, através de seu discurso, tem, desde o período republicano, ditado conhecimentos, alterado valores e crenças e normatizado a vida das famílias brasileiras. Esse modelo vem atuando sob a forma de normas reguladoras, influenciando a concepção que mulheres e homens têm de seus corpos, sua saúde e sua “normalidade”. Portanto, esse modelo formado a partir da

<sup>1</sup> Por exemplo, no programa “Canal Livre”, da rede Bandeirantes de Televisão, em 08/6/2003, o Dr. Elsimar Coutinho, da Universidade Federal da Bahia, após enumerar os malefícios clínicos e sintomatológicos e a não-naturalidade da menstruação (cuja elevada frequência de ocorrência na vida da mulher, segundo ele, só passou a acontecer a partir do uso de métodos contraceptivos, especialmente da pílula), discorreu sobre os prejuízos emocionais e sociais da menstruação na vida das mulheres de forma generalizada, supondo que estas têm suas vidas “transtornadas” (sic) pelo período menstrual e pré-menstrual, que a mulher se torna agressiva (ou violenta) no período pré-menstrual e que isso a torna “refém” (sic) da menstruação, que prejudica suas relações conjugais/familiares e profissionais. Ver também “Menstruação, A Sangria Inútil” (Coutinho, 1996) e a revista *República* (nº 46, 2000).

instituição de práticas médicas normatizadas é capaz de ser um formador de opiniões e condutas que moldam o senso comum.

Conforme Vieira (1990), a menstruação funcionou como um dos canais para a ocupação do corpo feminino pela medicina no processo de medicalização da biologia reprodutiva. A autora observou mulheres em consultas médicas e detectou uma grande preocupação dessas com suas menstruações no sentido de intensidade do fluxo e da frequência menstrual. Tal preocupação evidencia, segundo Vieira, a assimilação da visão medicalizada sobre o próprio corpo.

Ao lado do discurso médico, os produtores de absorventes higiênicos e laboratórios de fármacos, como lembrou Sardenberg (1994), disputam o poder simbólico sobre a menstruação, visando o aspecto econômico e a venda de seus produtos. São esses laboratórios que geralmente propiciam os recursos financeiros para pesquisas consolidando o espaço da medicalização sobre o corpo feminino em meio aos conhecimentos científicos. Utilizam a mídia para divulgar valores relativos à menstruação numa crença subjacente de que menstruar é um desconforto a ser sanado pelos produtos que fabricam. Ressaltam a associação entre menstruação e incômodo – “incomodada ficava sua avó”, versava uma antiga propaganda de absorventes – e enfatizam a noção de que a mulher deve manter suas atividades, seu ritmo de produção, sua rotina intensa ou seu lazer, em seus diversos papéis, sempre de forma plenamente eficiente. A menstruação aparece como uma ameaça a essa eficiência, devendo, portanto, ser neutralizada, absorvida por um ritmo de vida produtor. Observa-se, de certa forma, o envolvimento de crenças e valores sobre os gêneros onde o que é feminino (ou do corpo da mulher) deve ser enquadrado para que não se contraponha e obscureça os valores associados ao masculino (produção, desempenho, velocidade) contidos num sistema social patriarcal.

Vera Paiva (1986) aponta uma congruência entre o modelo médico e valores tradicionais patriarcais, entre eles a noção de que o que se relaciona aos ciclos naturais do corpo feminino (menstruação e parto) é impuro/imundo. É possível observar uma visão sobre o feminino embasando as práticas médicas instituídas onde a mulher aparece como um ser subordinado à natureza, carente da ajuda da medicina (Diniz, 1996), e cujo corpo, em alguns de seus aspectos, precisa ser alterado ou rearranjado pela técnica (Paiva, 1986) como resposta ao medo dos processos naturais dentro duma sociedade tecnocrática. No caso da menstruação, a intervenção e o

rearranjo seriam pela via hormonal (que regula ou suprime a menstruação ou ainda a faz ressurgir na menopausa) ou através de analgésicos para o alívio de cólicas, por exemplo.

É possível crer que as práticas e conhecimentos médicos normatizados sobre o corpo da mulher fornecem significados e rituais através de suas técnicas ou das próprias medicações e, de certa forma, ocupam o lugar dos antigos tabus e rituais (Diniz, 1996).

Ainda assim, conforme será visto, foi possível verificar neste estudo que, mesmo em categorias profissionais que atuam no campo da saúde em meio às práticas médicas instituídas, significados simbólicos e irracionais (à luz dos conhecimentos científicos) atribuídos ao sangue ainda estão presentes e conformam as representações sobre a menstruação.

Observou-se que esses atributos arcaicos associados ao sangue feminino em “culturas primitivas” ainda podem gerar sentimentos e crenças pouco objetivas despertadas frente ao sangue menstrual: medo, vergonha, nojo. Esses sentimentos parecem embasar o hábito de velar o sangramento e o estado menstrual ou de abster-se das práticas sexuais durante esse período, sugerindo a permanência de algum tabu menstrual.

Segundo Esther Harding (1985), para o homem primitivo, a menstruação tinha o mesmo efeito de desejo instintivo sexual absoluto que o cio tem para os animais. O homem teria constatado, de alguma forma, que ficar à mercê de sua própria instintividade o impediria de assegurar sua sobrevivência (caçar para comer, por exemplo). O instinto se antepunha, assim, à organização tribal e à cultura. Para evitar a proximidade dessa desorganização passou-se a se isolar a mulher durante seu período menstrual. Para a autora este teria sido o primeiro tabu, o tabu original.

Manson estudou a visão de diversos autores sobre o tabu menstrual, conforme será apresentado ao final deste estudo. O autor (Manson, 1984) acredita que, o aumento do desejo sexual na mulher durante o período pré-menstrual pode incitar no homem a ambivalência polarizada entre o desejo e o medo (de contaminar-se ou de perder a própria potência); o tabu possibilitaria reconciliar parcialmente essa ambivalência e conter a tensão por prescrições normativas socialmente instituídas.

Tanto as práticas médicas normatizadas sobre o corpo da mulher quanto os significados atribuídos ao sangue feminino são carregados de valores das visões



sobre o feminino. Bourdieu fala sobre a dominação masculina histórica sobre o feminino e o quanto esta visão hierarquizada de poder entre os sexos tem, ainda em nossos dias, o efeito de colocar a mulher em permanente estado de insegurança ou de dependência simbólica (Bourdieu, 1999). Conforme será possível observar pelos resultados deste estudo, os valores de gênero e a assimilação da medicalização ao próprio corpo podem originar significados de inadequação e anormalidade em suas funções.

No Canadá, um estudo sobre a representação social da menstruação, gravidez e menopausa junto a um grupo de mulheres agentes de Saúde Comunitária, ligadas a organizações públicas ou privadas, mostrou que suas representações dividiam-se em três grandes categorias, conforme a dimensão priorizada: a dimensão fisiológica, a psicológica e a sociocultural (Dufort, Lemelin & Charron, 1998). A atuação e o tipo de intervenção de cada agente em seu trabalho variou conforme a representação que possuíam sobre os temas e que caracterizavam essas categorias. As que priorizavam a dimensão fisiológica contextualizavam os eventos corporais numa perspectiva medicalizada, por exemplo. Esse estudo considera ainda que as mulheres em geral podem se apropriar do modelo biológico/médico enquanto referência para as próprias experiências corporais e representá-las como deficientes, atribuindo dificuldades à menstruação, nascimento ou menopausa. Conclui que as representações das mulheres podem ser afetadas pela mídia, por profissionais de saúde e outros com quem interajam.

A proposta deste estudo foi descrever as visões de duas categorias socioprofissionais atuantes no campo da saúde a fim de observar suas representações da menstruação considerando a influência das práticas médicas instituídas sobre o corpo da mulher e as relações de gênero através dessas visões. Compreende-se que as representações e práticas que a mulher tem de si e de seu corpo são construídas socialmente, entendendo-se por práticas, as ações, comportamentos e hábitos de um indivíduo e por representações, os valores, idéias, crenças, percepções e as apreciações que ele mantém sobre algo.

Através de conceitos que compõem o referencial teórico de Pierre Bourdieu assumiu-se que as representações e práticas derivam da forma como um indivíduo (ou agente, conforme o autor) é socializado a partir da posição que ele e seu grupo ocupam no espaço social (*habitus*) e das condições materiais que configuram essa

**Excluído:** Ainda segundo o estudo acima, as representações sociais das mulheres podem ser afetadas pela mídia, por profissionais de saúde e outros com quem interajam. A partir desses dados considerou-se importante a questão do tipo de representações e práticas que mulheres que atendem mulheres diretamente na área da saúde mantêm sobre as funções biológicas estritamente femininas (menstruar, aleitar, gerar) a partir de suas próprias vivências e de suas convicções pessoais. Parte-se do ponto de que essas convicções e experiências embasarão suas atuações profissionais e influirão na forma em que a população atendida percebe a si mesma e a suas menstruações e futuras menopausas, atribuindo-lhes conotações importantes que poderão repercutir em demanda aos serviços de saúde,

posição (estrutura). Essa forma (ou *habitus*) seria comum a todos os agentes de um mesmo grupo social e diferente entre cada grupo. Portanto, agentes de um mesmo grupo social tenderiam a ter a mesma (ou semelhante) visão e apreciação do mundo em geral. Acreditou-se que indivíduos que compõem a mesma categoria socioprofissional tendem a pertencer ao mesmo grupo social, a possuir a mesma visão de mundo, os mesmos valores, ideais e crenças, enfim, condições econômicas e culturais semelhantes.

De acordo com os princípios acima, a ordem social vigente (e seu conjunto de valores) interfere e condiciona a representação das vivências corporais conforme os *habitus*. É dessa ordem vigente ou da “estrutura” que fazem parte o discurso médico sobre o corpo feminino bem como as relações de gênero com suas visões da mulher e valores implícitos em diversos contextos (inclusive no próprio discurso médico). Essa “estrutura” social, cultural e econômica, sendo assimilada conforme os *habitus* (esquemas de percepção do mundo) interfere indiretamente e mediante uma conjuntura contextual presente nas imagens (ou representações) que os agentes constituem de seus corpos.

Foi suposto que há diferentes *habitus* entre as categorias aqui estudadas, apesar da proximidade no campo profissional.

Escolheu-se enfermeiras e auxiliares de enfermagem atuantes em serviços de ginecologia e obstetrícia, categorias cujo campo de trabalho está diretamente ligado ao conhecimento e às práticas médicas normatizadas sobre o corpo feminino. Apesar de não ser objetivo investigar as práticas profissionais ou o trabalho, considerou-se que as representações dessas mulheres, seus valores, crenças, opiniões, possam tingir indelevelmente seus conhecimentos técnico-científicos influenciando em sua atuação profissional. Por outro lado, acreditou-se que suas representações pudessem ser intensamente influenciadas pelas práticas profissionais e pelo saber médico.

Outro objeto deste estudo foi descrever o lugar da menstruação em nossa sociedade, qual é o espaço dado a ela. O que mulheres, portadoras do fenômeno vivenciado em seus corpos e representado em seus cotidianos, sabem, crêm, sentem com relação a suas menstruações e o significado de menstruar numa cultura herdeira de princípios patriarcais, ainda que em crise, com valores voltados à produção e consumo, ao racionalismo e à tecnologia e onde há a noção de que a natureza biológica não deve ser respeitada em sua integridade mas ser separada em vários

dados "a serem parcialmente modificados pelos técnicos em nome da ciência e da saúde" (Paiva, 1986, p.245). Qual lugar essas mulheres se atribuem enquanto "menstruantes" nessa sociedade? Como as relações de gênero, o discurso médico e as diferenças sociais permeiam essas representações? Que significado mulheres profissionais de saúde atribuem à menstruação?

A suposição que embasa este trabalho é a de que diferentes categorias socioprofissionais se originam de diferentes grupos sociais (que ocupam diferentes posições no espaço social). Esses grupos possuem diferentes *habitus* e, portanto, diferentes representações ou visões de mundo. As relações de gênero e os conhecimentos e práticas médicas normatizadas sobre o corpo são assimiladas a partir da estrutura através dos *habitus* e interferem diferentemente nas representações que os agentes de cada categoria têm do corpo.

Observou-se que auxiliares e enfermeiras vêem a menstruação de formas diversas, conforme a extensão da assimilação das práticas médicas sobre o corpo e dos valores sobre os gêneros que essas práticas e a cultura das famílias carregam, traduzidos pelas suas origens sociais. Constatou-se ainda que apesar da proximidade dessas categorias ao “saber médico”, significados arcaicos atribuídos ao sangue ainda estão presentes e influem na forma de ver a menstruação.

Uma das repercussões práticas desse estudo é fornecer subsídios para estratégias de treinamento de profissionais dedicadas ao cuidado da saúde. Crê-se que intervenções técnicas mais conscientes dos possíveis valores e crenças envolvidos poderiam desenvolver um caráter também sociopsicológico e emancipador no sentido da “reintegração de posse” do corpo feminino à mulher atendida nos serviços de saúde.

Segundo Bourdieu (1999), a experiência que a mulher tem de seu corpo depende do olhar de um outro e a eficácia desse olhar depende da posição de poder percebido nesse outro. Supondo-se que a enfermagem seja percebida como portadora do poder médico, espera-se que essas profissionais possam funcionar como agentes de mudança social ao oferecer em suas atuações (em seu olhar), novos significados para a experiência da menstruação.



## Capítulo II REPRESENTAÇÕES, RELAÇÕES DE GÊNERO E MEDICALIZAÇÃO

As experiências objetiva e subjetiva de menstruar não são diretas ainda que se trate de fenômeno corporal e de certa forma íntimo à mulher menstruante. A vivência é permeada por fatores sociais que influirão de diversas maneiras, mediatizando a experiência corporal. A menstruação manifesta-se assim como fato cultural e social e implica em crenças, condutas, atitudes e rituais que só podem ser compreendidos no sistema simbólico de cada cultura ou grupo sociocultural (Sardenberg, 1994).

### 2.1 Representações

Neste trabalho adotou-se a concepção de representação de Pierre Bourdieu. O autor fala em “representações mentais” que seriam “atos de percepção e apreciação, de conhecimento e de reconhecimento, em que os agentes investem seus interesses e pressupostos” (Bourdieu, 1996, p.107). O autor também se refere às “representações objetais”, coisas ou atos (bandeiras, emblemas, etc.) cuja finalidade seria a manipulação simbólica das representações mentais dos agentes sociais. Logo à frente na mesma obra, associa às representações mentais o sentido de imagem mental (Bourdieu, 1996, p.108). Este estudo se refere às representações mentais e se seguirá chamando apenas de “representações”. Arakcy Martins Rodrigues, na perspectiva de Bourdieu sintetiza a definição: “a maneira como o indivíduo explica suas práticas dentro de sua própria lógica e em função de sua organização perceptual” (Rodrigues, 1980).

Márcia H. Bernardo (2001) comparou o conceito de representação na teoria de Bourdieu ao conceito de “representação social” desenvolvido por Serge

Moscovici e outros autores apresentados por ela. A autora aponta como diferença fundamental entre ambos a importância atribuída por Bourdieu à estrutura ou às condições objetivas na produção das representações. Bourdieu (1983) define estrutura como sendo o conjunto das condições históricas, sociais e materiais objetivas de existência que caracterizam uma condição de classe ou um grupo. Como exemplo tem-se a língua, o sexo, a cor da pele, o sistema político, a crença religiosa, o grau de escolaridade, a condição financeira, etc.

Os autores que defendem a representação social têm por base que a realidade objetiva somente pode ser apreendida através das representações e nunca em si. Nessa visão, o único meio de acesso a realidade são as representações. Bourdieu considera insuficiente essa perspectiva subjetivista, pois, a seu ver, oferece apenas “um dos” enfoques para a compreensão das relações sociais que devem estar sempre integrados à perspectiva objetivista, ou seja à estrutura (Bernardo, 2001).

## **2.2 *Habitus***

Segundo Pierre Bourdieu (1983), as representações que um agente social tem de sua realidade, bem como as práticas que mantém, são derivadas da relação entre a estrutura objetiva e um *habitus* [entende-se por práticas os “dados observáveis do comportamento” (Rodrigues, 1980)]. Segundo ele, os *habitus* são “estruturas mentais através das quais eles (*os agentes*) apreendem o mundo social, são essencialmente produtos de uma internalização das estruturas desse mundo social” e geram disposições perceptuais e de apreciação que expressam a posição social na qual foram construídos (Bourdieu *apud* Bernardo, 2001, p. 32 e 33).

*Habitus*, conforme Bourdieu (1983), são produtos da relação entre as condições materiais de existência e um meio socialmente estruturado:

*“As estruturas constitutivas de um tipo particular de meio (as condições materiais de existência características de uma condição de classe), que podem ser apreendidas empiricamente sob a forma de regularidades associadas a um meio socialmente estruturado, produzem habitus (...)”* (Bourdieu, 1983, p.60.)

Os *habitus* seriam ainda:

*“sistemas de disposições duráveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, como princípio gerador e estruturador das práticas e das representações que podem ser objetivamente ‘reguladas’ e ‘regulares’ sem ser o produto da obediência a regras, objetivamente adaptadas a seu fim sem supor a intenção consciente dos fins e o domínio expresso das operações necessárias para atingi-los e coletivamente orquestradas, sem ser o produto da ação organizadora de um regente” (Bourdieu, 1983, p.60 e 61).*

Os *habitus* designam uma maneira de ser, um estado habitual (em particular do corpo), uma predisposição, tendência, propensão ou inclinação. Estão no princípio das percepções e da apreciação das experiências ulteriores, do encadeamento das “ações”, das representações e das estruturas de dominação. Garantem, através da primeira educação, a existência de um código comum de valores, crenças, expectativas, atitudes, etc. Esse código possibilita que as práticas e representações sejam objetivamente afinadas, ou seja, que sejam decifradas automaticamente pelos membros de um grupo sem que haja questionamento da intenção, quer do emissor, quer do receptor, ou seja, são inconscientes.

Boltanski ressalta a relação do *habitus* com o corpo. Segundo ele, os *habitus* são:

*“sistema de regras profundamente interiorizadas que, sem nunca serem exprimidas na totalidade nem de maneira sistemática, organizam implicitamente a relação dos indivíduos de um mesmo grupo com seus corpos e cuja aplicação a um grande número de diferentes situações permite a produção de condutas físicas diferentes e diferentemente adaptadas a essas situações, mas cuja unidade profunda reside no fato de que elas permanecem sempre conformes com a cultura somática daqueles que as produzem” (Boltanski, 1989, p.176).*

As práticas e as representações do corpo e da menstruação, por exemplo, seriam então, o produto da relação dialética entre uma situação atual (conjuntura composta pelas condições objetivas) e um *habitus* próprio de um grupo determinado, formado a partir de uma estrutura:

“(representações e práticas) *não se deixam deduzir diretamente nem das condições objetivas (...) nem das condições que produziram o princípio durável de sua produção: só podemos, portanto, explicar essas práticas se colocarmos em relação a estrutura objetiva que define as condições sociais de produção do habitus (que engendrou essas práticas) com as condições do exercício desse habitus, isto é, com a conjuntura que, salvo transformação radical, representa um estado particular dessa estrutura*” (Bourdieu, 1983, p.65).

Práticas e representações tendem a reproduzir as regularidades imanentes às condições objetivas da produção de seu princípio gerador, ajustando-se às exigências objetivas na situação presente, mas ratificando, muitas vezes, a estrutura objetiva originária desse *habitus*.

Com relação à questão das rupturas possíveis no padrão de “retroalimentação” existente entre as práticas, os *habitus* e a estrutura que os gera, Bernardo (2001) apresenta a posição de Cunningham que refere duas possibilidades de mudança: a vivência de novas situações a partir de condições objetivas diferentes das que produziram os *habitus* ou através duma crítica reflexiva dos agentes sobre suas práticas. Entretanto, o próprio Bourdieu afirma a dificuldade para que isso ocorra visto a pequena probabilidade dos agentes sociais se depararem com condições diferentes daquelas que originaram seu *habitus* e do exercício duma crítica reflexiva produzida a partir do mesmo sistema de disposições que se quer modificar (Bourdieu *et* Wacquant *apud* Bernardo, 2001).

Então, as práticas e representações da mulher e de seu corpo, tendem a perpetuar a estrutura que as gera, onde certas instâncias disputam poderes simbólicos criando relações de dominação sobre o corpo da mulher.

O *habitus* garante a eficácia da dominação masculina (Bourdieu, 1999) ao moldar as representações que mulheres e homens têm sobre os gêneros e as relações de gênero.

### **2.3 Relações de gênero**



Gayle Rubin define o sistema de sexo/gênero como um conjunto de arranjos através dos quais uma sociedade transforma a diferença sexual biológica em produtos da atividade humana e onde as necessidades sexuais transformadas são satisfeitas (Rubin, 1993). Também Maria Luiza Heilborn conceitualiza gênero enquanto a construção social do sexo. Tal conceito distingue entre o fato do dimorfismo sexual biológico na espécie humana (macho/fêmea) e caracteriza o que é masculino/feminino, a qualidade cultural de ser homem ou mulher. A autora apresenta duas possibilidades levantadas na literatura. A primeira entende a relação de gêneros enquanto relação de complementaridade. A segunda supõe que haja uma relação de assimetria e hierarquia entre os gêneros:

*“o gênero é pensado como um vetor fundamental de organizar as relações sociais de modo assimétrico e a classificação masculino e feminino serve para ordenar diversos domínios sociais.(...) Não se trata de uma simples atividade classificatória que dispõe quadrículas sobre o real, mas de uma ordenação do mundo hierarquizada em termos de um princípio de valor que promove densidades diferentes a cada plano e a cada categoria em jogo”* (Heilborn, 1994, p.7).

Conforme Jeffrey Weeks (*in* Louro, 2000), há muitas estruturas de dominação e subordinação no mundo da sexualidade, mas classe, gênero e raça seriam os três eixos interdependentes tidos atualmente como particularmente importantes. Sardenberg (Sardenberg, 1994) acrescenta a estes três eixos as diferenças entre as gerações. Bourdieu enfatiza o gênero sobre os demais.

Pierre Bourdieu (1999) aponta para as relações de dominação implícitas na ordem estabelecida (estrutura) originária e criadora dos *habitus* e, conseqüentemente, influentes nas representações dos gêneros.

O autor vê na dominação masculina o exemplo, por excelência, da submissão paradoxal, resultante da violência simbólica. Conforme Bourdieu (1999), violência simbólica é assim definida:

*“violência suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento,*

*ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento” (Bourdieu, 1999, p. 7).*

Essas vias simbólicas são exemplificadas como língua ou o jeito de falar, o estilo de vida (forma de pensar e agir), propriedades distintivas, emblemas, estigmas, etc. Em síntese, a violência simbólica ocorre via *habitus*, de forma inconsciente, tanto para o dominador quanto para o dominado.

Bourdieu observou que a divisão masculino/feminino faz parte de um conjunto de oposições homólogas (alto/baixo, reto/curvo, direita/esquerda, seco/úmido, duro/mole, etc) que organizam todo o cosmos. Esse conjunto ou sistema teria sido formado a partir de necessidades objetivas e subjetivas dos agentes sociais nas “sociedades primitivas”. Através de um sistema mítico-ritual, diversidades objetivas na natureza são inicialmente vistas e divididas nessas dualidades opostas e interconectadas com outras oposições homólogas, criando um sistema de relações entre elas. As representações são decorrentes desse sistema. A cosmologia sexualizada se enraíza em uma topologia sexual do corpo socializado, “de seus movimentos e deslocamentos, imediatamente revestidos de significação social – o movimento para o alto sendo, por exemplo, associado ao masculino, como a ereção, ou a posição superior no ato sexual” (Bourdieu, 1999, p.16). Dessa forma se criam as estruturas cognitivas que são construídas socialmente. Essas estruturas organizam os atos de construção do mundo e de seus poderes e toda a percepção do mundo social.

Heilborn apresenta o tabu do incesto como uma espécie de matriz de atividade simbólica, origem para a distinção assimétrica masculino/feminino e passagem da natureza para a cultura:

*“Nessa condição dá-se que, pelo imperativo da neutralização da indistinção, o masculino carece alijar-se do englobamento original, que na natureza as fêmeas detêm. A ordem da cultura abriga a imperiosa criação do masculino, que se destaca do feminino, a rigor, materno. É a inversão hierárquica da relação de englobamento original entre os sexos, que se inscreve como propriamente produtora da ordem simbólica, do gênero e da condição de sujeito. Desse modo, a assimetria de gênero é constitutiva do social.” (Heilborn, 1994, p.7.)*

De qualquer forma a divisão sexual aparenta estar na “ordem das coisas”. Está presente em estado objetivado nas coisas, em todo o mundo social e em estado incorporado nos corpos e nos *habitus* dos agentes, funcionando como sistemas de percepção, de pensamento e de ação. Esse tipo de construção social torna o dominado (Bourdieu, 1999) sensível a certas manifestações simbólicas do poder.

A concordância entre as estruturas objetivas e as cognitivas possibilita uma “naturalização” das diferenças e da dominação implícita. Deixa-se de lembrar das condições sociais e históricas de sua possibilidade:

*“Essa experiência apreende o mundo social e suas arbitrarias divisões, a começar pela divisão socialmente construída entre os sexos, como naturais, evidentes, e adquire, assim, todo um reconhecimento de legitimação.”* (Bourdieu, 1999, p.17.)

Paralelamente, Weeks falando sobre sexualidade, coloca:

*“nossas definições, convenções, crenças, identidades e comportamentos sexuais não são o resultado de uma simples evolução, como se tivessem sido causados por algum fenômeno natural: eles têm sido modelados no interior de relações definidas de poder”* (Weeks in Louro, 2000, pág. 42).

Segundo o autor, os corpos não têm sentido intrínseco algum e a melhor maneira de compreender a sexualidade é como um “construto histórico”.

Conforme já mencionado, também para Bourdieu o corpo é socialmente construído, bem como a representação da anatomia dos órgãos sexuais. A percepção das diferenças sexuais anatômicas obedece a uma série de escolhas orientadas, acentuando-se certas diferenças ou obscurecendo certas semelhanças:

*“A diferença biológica entre os sexos, isto é, entre o corpo masculino e o corpo feminino, e, especificamente, a diferença anatômica entre os órgãos sexuais, pode assim ser vista como justificativa natural da diferença socialmente construída entre os gêneros e, principalmente, da divisão social do trabalho.”* (Bourdieu, 1999, p.18.)

Para essa “naturalização” ocorrer, observa-se um mecanismo de inversão da relação entre causas e efeitos: a percepção e construção das diferenças visíveis entre o corpo masculino e feminino através dos esquemas práticos da visão androcêntrica é que atribuem valores e significações concordantes com o princípio dessa visão. Não é o falo o fundamento da visão androcêntrica, mas esta visão de mundo é que, estando organizada segundo a divisão de gêneros relacionais, institui o falo como símbolo de virilidade e honra masculino e a diferença biológica dos corpos, em fundamentos objetivos (naturais) “da diferença entre os sexos no sentido de gêneros construídos como duas essências sociais hierarquizadas” (Bourdieu, 1999, p.33).

Assim, a relação sexual (o ato em si) se mostra como uma relação social de dominação, onde o masculino, ativo, associa seu desejo à posse, à dominação, e o desejo feminino, como desejo da dominação masculina, como subordinação erotizada, ou como reconhecimento erotizado da dominação.

A ordem social reafirma a dominação masculina através de diferentes formas:

- A divisão social do trabalho, através da distribuição estrita de tarefas, locais, instrumentos. Ao homem cabe a lavoura, a guerra, a realização de atos breves, perigosos e espetaculares. À mulher cabem as tarefas domésticas, escondidas, monótonas e humildes;
- A estrutura do espaço, opondo o local público – masculino, ao privado – feminino. Ao homem cabe a assembléia, o mercado, o oficial, o direito, o seco, o alto. À mulher cabe a casa, o baixo, o escondido, o curvo, o úmido. Mesmo no interior da casa, o salão cabe ao homem e o estábulo, à mulher
- A estrutura do tempo. Ao homem, jornada com momentos de ruptura, descontinuidade, tempos breves (pontuais). Às mulheres, longos períodos gestacionais, contínuos, repetitivos, como o tempo cíclico da menstruação.
- O uso de rituais institucionais ou brincadeiras que virilizam homens ou feminilizam mulheres, incluindo ou excluindo um dos sexos.
- A organização simbólica e prática dos usos e posturas corporais que prescreve à mulher uma atitude de contenção e de “fechamento”. Por exemplo, manter a cabeça baixa, a cintura amarrada, as pernas fechadas, etc.).

Sardenberg aponta a menstruação como um dos principais demarcadores das diferenças entre homens e mulheres, universalmente reconhecido pela cultura e apropriado pela vida social, e realça as crenças e costumes construídos relativos a ela

enquanto tradutores de formas de legitimar a exclusão da mulher da participação em certas atividades, principalmente das de caráter público. Os supostos poderes do sangue menstrual (segundo a autora, algumas culturas atribuem poderes mágicos a esse sangue) se traduzem então num “não poder” limitador da mulher menstruada, impedindo-a de comer certos alimentos, de participar de determinados rituais, de desfrutar da vida social, atribuindo-lhe, em diversas sociedades, o sentido de exclusão (Sardenberg, 1994). Isso influirá nas representações e práticas que se formam da menstruação incluindo sentimentos de vergonha e estranhamento que se refletirão na construção da identidade e da subjetividade feminina.

Bourdieu coloca que é através dos esquemas de percepção (*habitus*), formados mediante a ordem social construída, que a mulher pode ter de seu corpo uma representação bastante negativa. Ela se vê sob a ótica da dominação masculina, baseada na visão de mundo androcêntrica, tida como “a natural”, que dita inclusive padrões estéticos e higiênicos:

*“Quando os dominados aplicam àquilo que os domina esquemas que são produto da dominação ou, em outros termos, quando seus pensamentos e suas percepções estão estruturados de conformidade com as estruturas mesmas da relação da dominação que lhes é imposta, seus atos de conhecimento são, inevitavelmente, atos de reconhecimento, de submissão.”* (Bourdieu, 1999, p. 22.)

Ainda segundo Bourdieu, a experiência subjetiva que a mulher tem de seu corpo é a do corpo-para-o-outro, exposto à objetivação (tornar objeto) operada pelo olhar e pelo discurso dos outros. O olhar detém um poder simbólico cuja eficácia depende da posição relativa daquele que percebe e daquele que é percebido e do grau em que os esquemas de percepção e apreciação são conhecidos e reconhecidos por aquele a quem se aplicam.

A visão social prevalecente da menstruação é referenciada em valores derivados da tradição patriarcal (Paiva, 1986) atribuídos à mulher e ao seu sangue no decorrer da história (sujo, perigoso, etc.). Será visto posteriormente que os atributos simbólicos associados ao sangue feminino (menstruação e parto) denotam esses valores de gênero onde o que é feminino pode ser visto como errado de alguma forma: perigosamente mágico, poluente ou sujo. Na própria sociedade moderna é

possível observar tais valores misturados ao conhecimento médico e às técnicas. Acredita-se que derive desses o mal estar em diversos níveis causado pela menstruação. Quanto maior a desproporção entre o corpo socialmente exigido e a relação prática com o próprio corpo, maior a probabilidade de desagradar-se com o seu corpo.

Conforme já dito, a dominação masculina tem como efeito colocar a mulher em permanente estado de insegurança ou de dependência simbólica. Assim, o corpo é lugar de investimento e de eficácia dessa dominação.

#### **2.4 As práticas médicas normativas sobre o corpo feminino**

Se as relações de gênero interferem diretamente via *habitus* nas representações que se tem do corpo da mulher, e as práticas médicas normatizadas e difundidas também o fazem criando noções de saúde/doença, normalidade/patologia, deve-se considerar ainda que as visões e relações de gênero subsidiarão as próprias práticas médicas.

Segundo Bourdieu, a Família, a Igreja, o Estado e a Escola, dentre outros, são instituições mantenedoras das estruturas de dominação através da história, variando seu grau de influência conforme a época. Essas instituições criam discursos dos quais derivam representações. Estes discursos costumam ser detentores de grande poder simbólico. O modelo médico, por exemplo, tem estabelecido discursos bastante valorizados socialmente desde o período republicano brasileiro, tem ditado conhecimentos, alterado valores e crenças e normatizado a vida das famílias ao defender interesses de determinados grupos e ideologias. Esse controle normatizador ocorre de forma pouco consciente através da difusão de conhecimentos que receberam grande valor e poder simbólico ao formarem opiniões e condutas que chegam ao senso comum (Costa, 1983). Sardenberg (1994) lembra que a medicalização da biologia da reprodução e concomitante transferência do controle dos cuidados relativos ao corpo feminino para o domínio masculino, é um fenômeno recente na história da civilização. “Medicalização” é, como este estudo nomeará, o processo de normatização das práticas médicas e a sua difusão extensiva sobre diversos campos.

Weeks aponta, a partir do século XIX, a preocupação generalizada de especialistas para a sexualidade, incluindo a intervenção da medicina, da psicologia, do trabalho social, escolas e outras instâncias, imbuídas da tentativa de estipular quais seriam as formas apropriadas para regular as atividades corporais. Segundo ele, esse século (acima citado) caracteriza-se um momento central na definição da sexualidade feminina e da biologia reprodutiva, cujas influências se estendem até hoje no moderno discurso social e político. Essa definição enfatizou a diferença e a divisão masculino/feminino em dois corpos diferentes e a oposição radical das respectivas sexualidades, além da falta de sensação sexual na mulher. A visão mais comum no período histórico anterior, pelo contrário, colocava a similaridade e complementaridade numa versão hierárquica e verticalizada de um único sexo (Weeks *in* Louro, 2000; Diniz, 1996).

O esgotamento do modelo antigo marcou um momento crítico na reformulação das relações de gênero por sugerir a diferença absoluta entre homens e mulheres, permitindo um leque de respostas sociais e políticas diferentes e gerando novas relações culturais e políticas, produto de mudanças no equilíbrio de poder entre homens e mulheres.

Vieira (1990) entende a medicalização do corpo feminino, consolidada a partir do século XIX, num contexto histórico ligado à formação da sociedade capitalista onde o papel político da prática médica vinculou-se à necessidade da sociedade de controlar suas populações, e onde a questão da reprodução foi focalizada na mulher em função de sua “natureza”. Nesse contexto, o apoio científico tornou-se indispensável ao exercício de poder do Estado e o médico tornou-se um planejador urbano, um educador e um guardião da moral e dos costumes, estendendo seu controle regulador, administrador e normatizador à esfera da sexualidade e do corpo feminino. Ainda segundo a autora, a menstruação constituiu-se como meio importante para a tomada do corpo feminino pela medicina no processo de medicalização e passou, atualmente, a ser questão recorrente nas preocupações das mulheres evidenciando a assimilação dessa visão medicalizada:

*“De fato, através da história da humanidade, o corpo feminino tem sido tratado como especialmente ameaçador para a estabilidade moral e social. Nas diferentes*

*sociedades, esse corpo tem sido regulado através de normas, sejam elas baseadas em crenças mágicas, religiosas ou científicas.*” (Vieira, 1990, p.21.)

No caso da nossa sociedade essas normas reguladoras atrelam-se à medicina e carregam em seu cerne antigos valores ou tabus revestidos em roupagem tecnológica.

Simone G. Diniz (1996) situa a partir do século XVIII o crescente interesse da medicina pela reprodução e a incorporação da prática obstétrica à medicina. A autora destaca a sincronia desse movimento com a entrada dos homens (varões) no quarto de parir, âmbito até então, praticamente exclusivo às mulheres. Diniz faz uma releitura das práticas de partos ao longo da história, focando o quanto essas variaram conforme variaram as visões que se teve da mulher ao longo do tempo. Segundo a autora, a incorporação da reprodução pela medicina (naquele momento, âmbito exclusivamente masculino) coincide com a mudança da representação da mulher e da sexualidade: de culpada pelo pecado original (visão que permaneceu desde a implantação do catolicismo até então), a mulher é vista como vítima de sua natureza, corporalmente inferior ao homem e incapaz para a vida social e política.

Desde que a medicina se apropriou da obstetrícia, o parto sofreu um processo de “patologização” que esteve atrelada à “construção médico-científica do feminino como normalmente defeituoso e dependente da tutela médico-cirúrgica...” (Diniz, 1996, p.181) e ao pessimismo sexual e reprodutivo da medicina. Nesse sentido, Vera Paiva observou em seu estudo com mulheres contemporâneas a presença no discurso médico atual da noção de que a natureza biológica não deve ser respeitada em sua integridade, mas separada em vários dados "a serem parcialmente modificados pelos técnicos em nome da ciência e da saúde" (Paiva, 1986, p.245).

A gravidez passou a representar não mais apenas a evidência da relação sexual mas a evidência da necessidade de amparo e tratamento. Já ao médico colocou-se o papel do varão poderoso, detentor da técnica a ser empregada com solidariedade (Diniz, 1996).

Crê-se aqui que esse modelo medicalizado do corpo feminino se refira à menstruação, quer quando concebida enquanto “sangria inútil” (Coutinho,1996), criadora de sintomas, transtornos ou males ainda maiores, quer quando vista de forma mais positiva mas ainda se acreditando necessário dispor sobre ela técnicas, saberes e discursos, ditando padrões de normalidade e salubridade. Nas duas visões



se repete o padrão complementar regido pela visão hierárquica entre os gêneros: a “mulher vítima de sua natureza” e o “médico-varão salvador”. O seguinte trecho do capítulo “A síndrome pré-menstrual” do livro **Menstruação, a sangria inútil**, de Elsimar Coutinho (1996), ilustra esse binômio. Nele, a suposta portadora da síndrome pré-menstrual é literalmente designada repetidamente (quatro vezes em apenas dois parágrafos seqüentes) pelo termo vítima (sublinhado aqui a fim de ilustração), bem como os filhos prejudicados indiretamente pelo quadro ou a condição obtida pelos efeitos desse quadro:

*“Alterações no corpo e na mente ocorrem nos dias que precedem a menstruação, que anunciam, com alguma antecedência, a chegada da hemorragia menstrual. Apesar de essas alterações não trazerem desconforto à maioria das mulheres e serem para outras pouco perceptíveis, em 30 a 40% da população feminina o fenômeno adquire um caráter perturbador, provocando intenso mal-estar, podendo até tornar-se incapacitante. Neste caso, o conjunto de alterações e sintomas recebe a denominação de síndrome pré-menstrual (SPM, ou PMS em inglês). (...) Os efeitos da SPM sobre o comportamento da mulher podem ser devastadores, não somente para ela como para seus familiares e amigos, com prejuízos tanto na esfera social quanto profissional. Eficiência reduzida no emprego, na escola ou em competições esportivas, depressão, nervosismo, insegurança, insônia, conflitos conjugais, maus-tratos e rejeição dos filhos, agressividade dirigida indistintamente aos subordinados e aos superiores hierárquicos, confusão mental, esquecimento, ingestão exagerada de alimentos ou de bebidas alcoólicas – esses efeitos podem naturalmente gerar grandes problemas tanto para as vítimas da SPM quanto para as pessoas que privam do seu convívio na fase pré-menstrual. Perda de confiança de amigos e familiares, do emprego, de uma promoção ou de uma posição na empresa, afastamento do marido, divórcio, tentativas de suicídio e até assassinato são conseqüências do estado mental alterado na fase pré-menstrual das vítimas de SPM.*

*Em estudos realizados na Inglaterra sobre a síndrome, foram constatadas conseqüências da mudança do comportamento das mulheres até na freqüência das visitas dos filhos menores das vítimas ao pediatra. Os filhos neste caso se tornam vítimas da desatenção, agressividade e perda de coordenação da mãe, que pode machucar, deixar de alimentar ou simplesmente castigar injusta ou exageradamente*

*a criança. Notas baixas na escola, perda de provas, atraso em encontros, dizer o que não queria, atropelar-se, ser atropelada, provocar ou ser vítima de acidentes tanto em casa quanto no trabalho, queimar o bolo, carregar no sal ou esquecer o tempero, cometer infrações, praticar crimes. Tudo feito involuntária ou irracionalmente. Caracteristicamente, a vítima de SPM não se dá conta das modificações no próprio comportamento e reage indignada quando é acusada durante a crise de agir de modo anormal.*” (Coutinho, 1996, págs. 93 e 94.)

Após relatar por várias páginas crimes onde as rés alegaram estar fora de seus juízos perfeitos devido à SPM, o autor em concordância com esse tipo de defesa afirma que “a perda do juízo para as portadoras de SPM é um fato concreto” (Coutinho, 1996, pág. 101). O texto de Coutinho afirma indiretamente, como se pode perceber, que a “perda do juízo” é “um fato concreto” para 30 a 40% de toda a população feminina em idade fértil, uma vez por mês! Ou ainda, que mais de um terço de todas as mulheres em idade de menstruar podem tornar-se insanas e ferozes, assumindo comportamentos “involuntários e irracionais” mensalmente. O texto do autor é claro e rico em adjetivos e exemplos do que uma das “vítimas” é capaz. É curioso ainda observar que apela especialmente aos papéis femininos de mãe, esposa e profissional, ou seja, os mais valorizados socialmente.

A visão de gênero é encontrada implícita na subjetividade do autor que através de sua fala representa uma construção sociocultural sobre a mulher mesclada ao “saber médico”. Nessa visão a mulher aparece como um ser inconstante, não estável e não confiável, e, suposta sua pouca racionalidade, mais animal e menos humana diante dos valores associados ao mundo masculino no sentido de ser mais próxima dos desmandos da natureza do que ele. A tecnologia dos medicamentos que suprem ou controlam a menstruação seria compreendida como uma possibilidade de resgatar a mulher dessa condição que a inferioriza através do médico-varão solidário.

Percebe-se nesse discurso médico vestígios do fascínio e temor que a tradição patriarcal (Paiva, 1986) sempre associou ao sangue menstrual e à mulher ainda que a proposta oferecida pelo autor em sua obra seja inovadora e altamente tecnológica dentro do campo da medicina.

Ainda que os séculos XVIII ou XIX sejam tomados como marco da expansão da medicina sobre o corpo feminino encontra-se a menstruação como objeto de discussão da mesma ainda antes disso.

Paracelso, em 1566, se contrapõe às teorias dos galenistas e avicenistas que compreendiam a menstruação como “a flor da mulher” (anexo C). Para ele, seu florescer seria a gestação. A menstruação é considerada por esse autor como excremento e processo de purificação do local onde futuramente pode haver uma gravidez:

*“Não vêm (os médicos) que a matriz é verdadeiramente um microcosmo feminino e que, se está pronto para gerar, deve se purificar e manter-se limpo de toda sujeira? Não compreendem que se a depuração não for feita escrupulosa e perfeitamente essa matriz não poderá conceber?”*

*Digo-lhes que este estado de pureza deve continuar até a cessação do leite, que não é gerado de modo algum da menstruação, mas das tetas, especialmente feitas para isso. Enquanto dura a amamentação não se produz nenhum excremento, quando tudo está tranqüilo e inibido. Nesse momento, nada de impuro ou expulsável é produzido porque isto faz parte da natureza da mulher. Desde o momento em que concebe ela se transfigura. Todas as coisas se comportam como se fosse um verão: sem neves, nem geadas e tudo se torna alegre e agradável.*

*A matriz traduz assim toda a alegria desse tempo de verão, deixando tranqüilos os seus excrementos até que o inverno volte com suas neves e geadas.”* (Paracelso, 1566, anexo C.)

Assim como nos dias de hoje (conforme será visto através das falas das entrevistadas), as funções relacionadas à maternidade são positivamente valorizadas em detrimento da menstruação. A mulher é melhor apreciada enquanto mãe e referida como sinônimo de “matriz”. Neste sentido é vista como estável, pura, limpa, “alegre e agradável”. É o momento, segundo o autor, em que incorpora sua natureza. A menstruação aparece como necessária mas negativa: excrementícia, essencialmente suja, associada a neves e geadas. Em 1700, Bernardo Ramazzini, ao escrever sobre as doenças das parteiras, reinterpreta a ambigüidade dos significados menstruais:

*“Não ignoro o quanto se discutiu antigamente e se continua discutindo sobre os prejuízos causados pelas menstruações, ‘capazes, disse Plínio, de azedar o mosto, de esterilizar os frutos das hortas, ao se sentarem as mulheres sobre eles’. Não obstante Fallopio luta para absolver os mênstruos de tantos crimes acerbamente a eles imputados, afirmando que o sangue menstrual é bom, saudável por natureza, se se trata de uma mulher sadia; nutre à mulher e ao feto e só por seu acúmulo excita o útero à expulsão; esta opinião é aplaudida por Rodrigo de Castro e também por Guilherme de Ballion para quem a menstruação peca pela quantidade e não pela qualidade, e em suas anotações, a propósito de certo caso, destaca uma passagem de Hipócrates, onde o preceptor não chama ao sangue menstrual de ‘fluxo’, mas de ‘flor’ e, o que é mais, assegura o mesmo Ballion, que a menstruação em si não é maléfica nem em quantidade nem em qualidade, antes ‘essa purgação se efetua por profundo e admirável plano da Natureza ou da Divina Providência em prol das futuras procriações’. Apesar desses exemplos, devemos suspeitar de alguma malignidade oculta no sangue menstrual; é assinalada não só com o nome de excreção como também de secreção, realizada devido à benéfica obra de certa fermentação, por nós ignorada, de partículas salinas e de todos os gêneros, que, se despedida pelo corpo, vão ter às glândulas do útero.*

*As próprias mulheres experimentam a força do fermento e sua perturbação interna ao aproximar-se o fluxo mensal, e, enquanto se acha em atividade, chamam-no acertadamente ‘febre mensal’, porém é febre medicinal propriamente, pois é seguida de melhor estado e melhor dinamismo do corpo; por isso elegantemente escreveu Oribásio: ‘as mulheres onde se alegram, entristecem e onde se entristecem se alegram’. Se também se dá crédito a histórias que correm, o mênstruo é empregado como remédio para loucura, e se acredita que Caio Calígula deu-o de beber a sua esposa Cesônia. Entre as precauções cirúrgicas para cura das feridas, Fragoso, Lanfranco e outros célebres cirurgiões advertem que não se apliquem tiras de lençóis ou de qualquer roupa feminina, nem sequer depois de lavadas muitas vezes. Todos os médicos acatam religiosamente esse conselho, por causa da virulência do sangue menstrual; as mulheres menstruadas são separadas dos feridos e também delas se afastam os homens desejosos de satisfazerem seu prazer venéreo, com receio de ser infeccionados por elas; portanto não parece fabuloso aquilo que foi*

*referido por Plínio e Joaquim Camerário, segundo Gaspar de Regis: ‘os homens, ao saírem suarentos do afrodisíaco encontro, são como abelhas que se deleitam ao máximo com a suavidade dos olores e observam muito castidade rigorosíssima’.*” (Ramazzini, 1700.)

Os sentidos mágicos do sangue, a purificação e a sujeira permanecem através da história nos “saberes médicos”, apesar da imagem social da mulher ter-se alterado. Em Ramazzini, a virulência, a periculosidade e a atração sexual despertada pelo sangue condizem com a imagem da mulher perigosa e tentadora personificada pelas bruxas perseguidas à época.

Em 1938, Humberto Gusmão retoma o tema da menstruação em seus escritos traçando uma associação entre beleza, juventude e menstruação. Ele aconselha o descanso e a prudência nesses períodos a fim de que a mulher evite o envelhecimento precoce:

*“Essas precauções (descansar e evitar friagens) não são levadas em linha de conta, são esquecidas ou menosprezadas e vemos, então, moçoilas guiadas pela anarchia educativa hodierna, exporem-se, até altas horas de uma madrugada fria ou chuvosa, às dansas, e, depois de rodopiarem por uma sala abafada, saírem para um jardim ou varanda, onde a humidade penetrante produzirá nos ovários e no útero em phase congestiva as inflammações de que virão a soffrer, certamente. (...) E cresce, então, o numero das que atravessam uma existencia de soffrimentos que lhe arrasam a mocidade e a belleza. Aos trinta annos, quando ainda deveriam apresentar os signaes de uma mocidade vigorosa e exuberante, suas faces enrugam-se, o ventre cresce, os seios cahem e, dentro em pouco, aquella que fora bonita fada, transforma-se, aos olhos dos antigos admiradores, em feia bruxa.”* (Gusmão, 1938.)

A questão da mulher jovem e bela, de certa forma virginal, aparece aqui apropriada pela medicina que dita conselhos voltados à manutenção estética. As orientações técnicas ou baseadas nos conhecimentos científicos da época são dirigidas especificamente a classes sociais mais elevadas que frequentam bailes em casas com jardins e varandas, nesse caso. Conforme Boltanski (1989), as informações e orientações dadas pelo médico ao seu paciente podem variar conforme a classe social

do último. A mulher, nessa visão, deve preservar-se e descansar em recolhimento a fim de conservar uma aparência jovem. O ideal feminino para essas mulheres não inclui, ao contrário do contemporâneo, a profissão e a produção. A mulher (mais rica) deve-se ater ao lar e ao lazer.

Conforme refletem os diversos trechos de discursos médicos em diferentes datas, a imagem social da mulher varia conforme a época e sua classe social e, variam de acordo com elas, as visões que a medicina tem do corpo feminino. Entretanto, tanto a imagem da mulher quanto a visão médica conservam diversos elementos ao longo da história: ainda hoje o sangue, de certa forma, é associado a poderes mágicos já que a menstruação é tida como capaz de tornar insanas as mulheres em geral, podendo transformá-las em algo que lembra as bruxas referidas acima, segundo a fase do mês!

## **2.5 *Habitus* e corpo**

Este estudo pressupõe que a medicalização (ou normatização das práticas médicas sobre os corpos) à saúde reprodutiva e sexual baseada nas visões de gênero, interfere na formação dos *habitus* e, conseqüentemente, nas representações e nas práticas dos agentes sociais.

Boltanski (1989) afirma que a produção de serviços médicos gera a necessidade desses serviços ao produzir categorias de sintomatologia, divulgá-las e ensinar a linguagem na qual podem ser expressas, ou seja, ao difundir os sinais psíquicos e as sensações corporais que assinalam a presença da doença. Em outras palavras, o autor afirma que a própria produção de serviços médicos produz o doente, e, em última instância, a doença.

Ainda segundo Boltanski (1989), o conhecimento médico é produzido e tutelado, bem como sua difusão ao público, por instituições científicas. Esse conhecimento cria um discurso típico, com vocabulário especializado que redobra a distância lingüística, se tornando menos acessível quanto menor o grau de escolaridade dos indivíduos pertencentes a uma classe social.

O processo de escolarização, por sua vez, inculca desde cedo, o respeito pela ciência e o reconhecimento da medicina como único e verdadeiro conhecimento sobre a doença, a cura e o corpo:

*“coage os membros das classes populares a se despossuírem de um conjunto de conhecimentos e receitas (a medicina popular) sem lhes pertencer de pleno direito nem constituir uma pura criação do pensamento popular. Porém, lhes é familiar o bastante para permitir um discurso coerente, ainda que sumário, sobre a doença, explicá-la, compreendê-la e, por isso mesmo, dominá-la integrando-a ao universo das coisas costumeiras e conhecidas antecipadamente”* (Boltanski, 1989, p.33).

Ainda que a princípio não se considere menstruação enquanto “doença”, acredita-se poder se aplicar a ela essa característica na representação dos membros dos grupos com mais baixos níveis socioculturais.

Para Boltanski (1989), os membros das classes populares destacam termos conhecidos do discurso médico, ainda que ignorem seus significados, e constroem, a partir desses fragmentos descontextualizados, um outro discurso onde exprimem suas representações sobre as doenças.

Bourdieu (1999) identificou na base das visões de gênero na sociedade cabila a presença de categorias formadas por de pares de opostos homólogos que estruturam a percepção do mundo objetivo visto e dividido em dualidades que se organizam e interconectam entre si e compõem um sistema de relações que formam as estruturas cognitivas organizando a percepção do mundo social. Boltanski (1989) também observou o uso de categorias simples e gerais herdadas da medicina antiga – seco/úmido, frio/quente, suave/forte – nas representações das doenças nas “classes populares” (sic). Isto ocorre, segundo ele, porque a velocidade da difusão de novas informações é mais baixa conforme a hierarquia pelas classes sociais decresce (Boltanski *apud* Bernardo, 2001). Isso torna ultrapassadas (do ponto de vista das classes mais altas) as informações que chegam às classes mais baixas (Rodrigues, 1980).

Conforme Boltanski (1989), os grupos com maior nível socioeconômico e cultural, devido ao seu maior grau de escolaridade e pelo fato de os produtores do conhecimento científico da medicina pertencerem a elas, detêm maior proximidade com o discurso médico e as categorias científicas de percepção do corpo. Nesses grupos a linguagem do discurso médico pode ser melhor compreendida e seu conteúdo pode ser questionado, criticado e melhor assimilado em sua essência. Os

próprios médicos possuem *habitus* semelhantes aos membros das “classes superiores” (sic), se identificam com esses e chegam a transmitir maior quantidade de informações e com maior coerência, acerca das doenças. O autor também constatou um aumento no interesse por publicações médicas conforme se ascende pelas classes sociais.

Boltanski observa que o consumo médico aumenta com a elevação do nível social, as classes superiores são mais propensas a prestar atenção aos sinais do corpo mantendo postura reflexiva em relação a ele. Os membros das classes mais populares não costumam observar muito seus corpos, nem falar ou dispendir muito tempo nos cuidados corporais, chegando a reprovar uma atitude diferente. Conforme o próprio autor: “(...) à medida que decresce a parte relativa da força corporal no conjunto de fatores de produção, o corpo torna-se a ocasião ou o pretexto para uma quantidade sempre crescente de consumos.” (Boltanski, 1989, p.180.)

Loureiro (1997) observou que mulheres hysterectomizadas de médio nível sócio-econômico e cultural relataram piora na atividade sexual devido à suspensão da menstruação e que o oposto ocorreu com as de nível baixo na mesma situação, que relataram melhora nessa atividade. A autora interpretou esse resultado considerando que as classes médias mantêm uma relação com seu corpo enquanto “corpo para o consumo”; nessas, a retirada do útero e o cessar da menstruação foram representados como uma perda. Entre as mulheres de níveis baixos, entretanto, a relação com o corpo é de “corpo para a produção”; nessas, os problemas que levaram à hysterectomia estavam atrapalhando a produtividade, inclusive a sexual, e a solução cirúrgica permitiu retomá-la plenamente.

Com relação aos gêneros, Boltanski (1989) indica que as mulheres das classes populares prestam maior atenção aos seus corpos se comparadas aos homens. Já entre as classes superiores a diferença de posturas entre os sexos é bastante menor; homens e mulheres dependem menos do desempenho físico para a sua atividade produtiva.

A partir dessas colocações é suposto neste trabalho que a influência da medicalização se dá de forma e intensidade diferenciada sobre os membros de grupos com níveis socioeconômicos e culturais e categorias socioprofissionais diferentes, devido aos seus diferentes *habitus*.



## **2.6 Objetivo Geral**

Este estudo tem o objetivo de descrever as representações sobre a menstruação em mulheres de diferentes categorias socioprofissionais: enfermeiras e auxiliares de enfermagem.

## **2.7 Objetivos Específico**

- a) Observar se há diferenças nas representações, nos hábitos e comportamentos relativos à menstruação entre as categorias pesquisadas e quais são essas diferenças.
- b) Explorar através das falas das entrevistadas se há e como é a influência da normatização das práticas médicas na representação da menstruação e nos comportamentos e hábitos relacionados a ela.
- c) Investigar a influência das visões e relações de gênero nas representações da menstruação em cada categoria.



### **Capítulo III MÉTODO**

Nesse estudo qualitativo, exploratório e transversal entrevistou-se individualmente enfermeiras e auxiliares ou técnicas de enfermagem atuantes nas clínicas de ginecologia e obstetrícia de dois hospitais-escola na cidade de São Paulo.

#### **3.1 Acesso da pesquisadora aos Serviços**

Foram escolhidos os Serviços ligados a ginecologia ou obstetrícia de dois hospitais universitários na cidade de São Paulo. Essa escolha foi feita inicialmente por serem hospitais-escola e também por conveniências de local e deslocamento para a pesquisadora. As duas instituições aprovaram a execução da pesquisa em seus Serviços através dos pareceres favoráveis dos respectivos Comitês de Ética em Pesquisa.

Visando caracterizar brevemente os Serviços antes de iniciar o contato com as enfermeiras e auxiliares procedeu-se uma entrevista com as enfermeiras-chefes dos mesmos, onde se obteve dados gerais do funcionamento dos mesmos.

#### **3.2 Grupos estudados**

Elegeu-se neste trabalho pesquisar enfermeiras e auxiliares de enfermagem por comporem categorias socioprofissionais distintas porém inseridas no mesmo campo profissional e mantendo o objeto de trabalho semelhante, ou seja, a assistência a mulheres na área de saúde reprodutiva.

O estudo envolveu dois grupos compostos por enfermeiras e auxiliares ou técnicas de enfermagem atuantes nos Serviços acima referidos no momento da pesquisa. Para efeito de classificação das categorias socioprofissionais não se distinguiu “auxiliar” de “técnica” pelos seguintes motivos:

- a) Várias profissionais pesquisadas atuando como “auxiliares” possuem o curso e o grau de “técnicas”.
- b) A única entrevistada que atua como “técnica” exerce a função de “técnica de materiais”, executando tarefas mais relacionadas à manutenção e reposição de materiais e equipamentos, mas também exerce a função de “auxiliar” quando necessário.
- c) O curso que confere o grau de “técnica” possui duração de seis meses e requer o segundo grau completo, bem como o de “auxiliar” parecendo caracterizar uma opção de aperfeiçoamento dessa função. Segundo a visão de uma auxiliar que possui a formação em técnica:

*“Porque é assim, existe o cargo ‘auxiliar’, mas... é, na verdade... o técnico é um auxiliar, entendeu? É porque agora eles (refere-se ao Conselho de Enfermagem) estão exigindo o ‘técnico’ como ‘atendente’ exigiu o ‘auxiliar’ (...) mas a função em si é a mesma (...)”* (Ana, 35, auxiliar.)

- d) A análise das entrevistas das pessoas que possuem formação em “técnico” não sugere diferenças das que possuem o grau de “auxiliar” no sentido de formarem grupos socioprofissionais distintos, o que já ocorre entre essas e o grupo das “enfermeiras”.

Foram entrevistadas oito enfermeiras e oito auxiliares de enfermagem. O número de entrevistas foi estabelecido ao longo da execução de suas análises conforme apareceram repetições nos dados. Segundo Minayo (2000), o critério numa busca qualitativa não é numérico. Ela aconselha que se preocupe menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão do que se quer conhecer, neste caso, das representações sobre a menstruação nas categorias socioprofissionais acima mencionadas.

Optou-se pela pesquisa em hospitais-escola numa tentativa de homogeneizar a amostra e crendo que a importância atribuída à pesquisa, atualização e à formação dos profissionais fosse maior nessas instituições posto seu caráter acadêmico.

### 3.3 Contato com as profissionais

Solicitou-se às chefias dos Serviços envolvidos uma lista com o nome, a função das profissionais e o turno de trabalho além de suas idades a fim de observar a distribuição das mesmas em faixas etárias e obter entrevistadas nessas diversas faixas (abaixo de 30 anos, de 31 a 40, acima de 41 anos). Essa lista foi obtida com todas as informações solicitadas em apenas um dos Serviços. Neste, observou-se que a maioria das auxiliares de enfermagem tem mais de 40 anos e que a maioria das enfermeiras tem entre 31 e 40 anos. O objetivo das listas era o de escolher as pessoas conforme categoria profissional e idade para então convidá-las a participar da entrevista que seria feita fora do horário de trabalho e, de preferência, na residência das entrevistadas.

Após cinco recusas em participar do estudo tendo como motivo alegado pelas convidadas a falta de tempo, especialmente quando se sugeria que a entrevista fosse fora do local de trabalho (e fora do expediente), a pesquisadora relatou o ocorrido às chefias que se dispuseram a “liberar” a profissional que aceitasse participar para ser entrevistada durante o expediente desde que isso não atrapalhasse a execução de suas tarefas (conforme julgamento da própria entrevistada) e ofereceram um espaço reservado (e adequado às necessidades pressupostas à entrevista, especialmente de sigilo) para sua realização. A partir daí, a seleção deixou de ser feita por lista e passou-se a convidar as profissionais (conforme categoria e faixa etária) que estivessem atuando no dia e horário em que a pesquisadora fosse aos Serviços ainda que a partir do convite se agendasse outro dia, hora ou local para a realização da entrevista. Nestas condições não se obteve novas recusas ao convite para participação.

Apenas três entrevistas foram feitas fora do local e horário de trabalho: uma foi feita na residência da entrevistada e as outras duas em salas do Instituto de Psicologia, de onde provém a pesquisadora.

As entrevistadas foram abordadas em seu local de trabalho pela pesquisadora. Nesse contato, a pesquisa foi apresentada e o convite para participarem foi feito. A distribuição das profissionais pelas faixas etárias é bastante irregular e não foi possível entrevistar o mesmo número de participantes em cada faixa, sendo que não se obteve entrevistas de enfermeiras com idade inferior a 30 anos (havia poucas profissionais nessa condição e as que foram convidadas não se dispuseram a participar do estudo).

Entregou-se às candidatas da pesquisa um Termo de Consentimento informado (Anexo A) que foi assinado antes do início da entrevista.

### 3.4 - Cuidados éticos

Todas as interessadas em participar da pesquisa tiveram suas dúvidas esclarecidas previamente e receberam uma cópia do termo de Consentimento Informado (ver Anexo A) assinados antes do início da entrevista. Esse termo objetivou garantir a livre opção em participar do estudo, sem qualquer consequência para seu vínculo com a instituição e de desistir a qualquer momento e afirmou a obrigação da pesquisadora em manter em sigilo a identidade pessoal da participante. Além disso, informou as características da entrevista, finalidades da pesquisa e benefícios para a entrevistada. O mesmo termo informou que as participantes serão convidadas pela pesquisadora, ao final do estudo, a participarem de uma sessão em grupo para terem acesso aos resultados encontrados pelo mesmo.

A fim de manter em sigilo as identidades das participantes pediu-se a cada uma que, ao final da entrevista, sugerisse um codinome ou nome fantasia que passou a designá-las no decorrer do texto.

Ainda com a finalidade de manter o sigilo das identidades não se discriminou a única entrevistada que exerce a função de “técnica de enfermagem” mesmo porque ela é a única “técnica” no Serviço onde atua. Ela foi tratada como “auxiliar”.

### 3.5 - Entrevista

A técnica da entrevista foi eleita pelo caráter qualitativo e exploratório desse estudo, pelos seus objetivos e supostos teóricos.

Pretendeu-se, através dela, obter dados que se referem diretamente às entrevistadas: “suas atitudes, valores e opiniões. São informações ao nível mais profundo da realidade que os cientistas sociais costumam denominar ‘subjéctivos’. Só podem ser conseguidos com a contribuição dos atores sociais envolvidos” (Minayo, 2000, p.108).

Conforme a autora acima citada, a entrevista com essas finalidades é um instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais porque a fala pode revelar condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e “ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas” (Minayo, 2000, p109-110). Segundo Bourdieu:

*“(...) todos os membros do mesmo grupo ou da mesma classe (são) produtos de condições objetivas idênticas que estão destinadas a exercer simultaneamente um efeito de universalização e de particularização, na medida em que elas só homogeneízam os membros de um grupo distinguindo-os de todos os outros.”* (Bourdieu, 1983.)

De acordo com os autores acima, a entrevista parece adequar-se tanto ao objetivo de se pesquisar as representações da menstruação quanto de fazê-lo em duas categorias socioprofissionais diferentes que caracterizam, conforme Bourdieu (1983), dois grupos com condições objetivas diferentes entre si mas “idênticas” para cada grupo. Segundo ele, essas condições objetivas engendram os *habitus* que serão os mesmos entre os membros de um mesmo grupo e diferentes de grupo a grupo. Os *habitus* refletem, inclusive na situação da entrevista, a posição presente e passada na estrutura social que os indivíduos trazem consigo e isso amplia a entrevista para além do momento da interação, fazendo com que a verdade dessa interação transcenda as relações de indivíduos – entrevistador/entrevistado – e o momento da entrevista (Bourdieu *apud* Minayo, 2000, p.112). Ao mesmo tempo, seu “aqui-agora” (da entrevista) mobiliza, modifica, determina os conteúdos emergentes e o material produzido a partir dessa interação indivíduo-ambiente (Rodrigues, 1980, p.33), entrevistador-entrevistado. O que se pode concluir a partir desses autores é que no momento e contexto da entrevista o discurso se constrói e nesse discurso, portador de

fatores cognitivos e emocionais, conscientes e inconscientes do emissor, os *habitus* se refletem e, através deles, as condições objetivas circundantes à vida desses emissores e sua posição na estrutura social.

A entrevista usada para este estudo segue o modelo sugerido por Arakcy Martins Rodrigues (1980; s.d.). É realizada individualmente e consiste de três fases, da mais aberta para a mais estruturada. A primeira fase consiste da pergunta "Fale-me sobre sua vida". A segunda consiste em perguntas abrangentes, porém mais dirigidas no sentido da obtenção dos dados específicos à área de interesse pesquisada. Finalmente segue-se o questionário para obtenção dos dados sociodemográficos (Rodrigues, s.d.).

O tema da menstruação não foi tratado na fase do discurso livre, ou seja, na primeira fase da entrevista e só emergiu a partir das perguntas apresentadas na segunda fase. É relevante observar que as informações relativas aos objetivos do estudo foram apresentadas previamente no "Termo de Consentimento" (anexo A) ainda que não explicitassem literalmente o interesse maior referente à menstruação, visto que isso poderia induzir à temática e gerar viés que comprometesse os resultados. Acredita-se que a menstruação seja menos valorizada socialmente enquanto função fisiológica feminina e que esse menor reconhecimento haja sido um dos motivos pelo qual o assunto deixou de ser abordado nas falas.

Mesmo imaginando que isso pudesse ocorrer, optou-se por esta técnica pelo interesse na caracterização dos *habitus* das entrevistadas, inferidos a partir de suas "visões de mundo", valores, crenças, origens, relações familiares, etc. Segundo Arakcy M. Rodrigues, a entrevista com uso exclusivo do questionário fechado se limitaria a obter a soma dos "elementos" de um determinado fenômeno, com identidade imutável em qualquer contexto. Essa soma de elementos não representaria o todo que é a individualidade de cada discurso promovido através da entrevista aberta (Rodrigues, 1980). Pretendeu-se ainda contextualizar as informações do ponto de vista do entrevistado e não do entrevistador. Minayo (2000) acredita que o uso exclusivo do questionário seja insuficiente quando se quer apreender sistemas de valores, de normas e de representações em determinado grupo social. Lembra porém, que a entrevista semi-estruturada e a não-estruturada diferem apenas em grau, posto que nenhuma interação se coloca de forma totalmente aberta para finalidade de pesquisa.



A partir desse roteiro (Rodrigues, s.d.), acrescido de perguntas intermediárias (apresentadas a seguir), relativas à área de interesse da pesquisa e outras afins, testou-se o instrumento em duas entrevistas-piloto (com uma enfermeira e com uma auxiliar de enfermagem) para finalmente proceder as entrevistas definitivas.

Todas as entrevistas foram gravadas (conforme informado e aceito através do termo de Consentimento Informado) e transcritas.

A duração das entrevistas variou de acordo com seu próprio desenvolvimento, em geral por volta de 90 minutos. Ao final se propôs à entrevistada participar de uma sessão devolutiva em grupo, para que tome contato e discuta os resultados do estudo.

### 3.5.1 Questões

Conforme acima colocado, na fase inicial da entrevista, composta pelo discurso livre, solicitou-se a cada entrevistada que falasse sobre sua vida livremente. Já na fase intermediária pediu-se que respondesse as questões abaixo, sendo que essas perguntas tenderam no sentido dum âmbito mais geral para o mais específico e o tema “menstruação” apareceu de forma explícita apenas a partir da 10ª questão. O objetivo dessa seqüência foi verificar se esse mesmo tema ocorreria espontaneamente nas respostas sobre a vida das mulheres, sobre as diferenças entre os gêneros (ou sexos), antes do roteiro proposto pela pesquisadora. Essas perguntas procuraram investigar as seguintes áreas ou temas:

a) A vida da mulher ao longo do seu desenvolvimento e visões de gênero

- 1- Quais são as fases ou os acontecimentos importantes na vida da mulher?
- 2- Qual fase você considera ser a melhor da vida das mulheres?
- 3- Qual costuma ser a pior fase da vida das mulheres?
- 4- O que diferencia a vida da mulher da vida do homem?
- 5- Em que você é igual às outras mulheres?

b) Maternidade

- 6- Você tem filhos. Quantos? Quantos gostaria de ter?
- 7- Como foram suas gravidezes? O que achou de gestar?
- 8- Você amamentou? Quanto tempo? Quantas vezes? O que achou, como foi?

9- Usa métodos anticoncepcionais? Quais?

c) Menstruação: associações e vivências

10- Quando eu falo em menstruação, qual é a primeira coisa que vem a sua cabeça?

11- Como é menstruar para você, na sua vida?

12- Como você se sente ao menstruar?

d) A menarca e suas marcas

13- Como foi a primeira vez que você menstruou?

14- O que você já sabia sobre menstruação na época?

15- Quem orientou você?

16- Como sua família reagiu?

17- Teve alguma diferença na sua vida após a primeira menstruação?

d) Experiências atuais com a menstruação e o ciclo: características, percepções e práticas.

18- Como foi seu último período?

19- Quando foi?

20- Como é seu ciclo?

21- Alguma coisa muda durante o ciclo?

22- O que muda na sua vida quando você está menstruada? O que você faz de diferente?

23- Você faz ou deixa de fazer algo específico quando está menstruada?

24- Como se sente com isso (fazer ou deixar de fazer algo)?

e) Valoração da menstruação

25- Qual é “o barato” de menstruar, o que tem de bom nisso?

26- Qual é o lado ruim de menstruar?

f) Percepção da relação das outras mulheres (no ambiente social e no trabalho) com a menstruação.

27- E das suas conhecidas (amigas, parentes, colegas), o que elas costumam dizer sobre suas menstruações?

28- E das mulheres que você atende, o que costuma ouvir ou sabe a esse respeito?

g) Imagem ou estereótipo da menstruação que apreende da cultura geral.

29- No geral, ao longo da sua vida, o que você ouviu e tem ouvido sobre menstruação?

30- Aonde ouviu? Meio de comunicação de massa?

h) Relação da menstruação com as práticas sexuais e percepção da imagem da menstruação manifestada pelo parceiro.

31- Você é casada, namora...? Costuma ter relações sexuais?

32- Como você acha que seu parceiro vê sua menstruação?

i) Relação entre a menstruação e as práticas médicas normatizadas.

33- Você deixaria de menstruar voluntariamente se pudesse? Como? Por quanto tempo?

j) Hábitos de consulta médica

34- Você se consulta regularmente com um ginecologista? É sempre o mesmo? Com que frequência?

Após a fase intermediária aplicou-se o questionário elaborado por Rodrigues (s.d.) para a obtenção dos dados sociodemográficos familiares de cada entrevistada contendo as seguintes questões:

1- Onde nasceram seus avós, do lado de mãe e de pai?

2- Mudaram de cidade ou ficaram sempre no mesmo local? Se mudaram, para onde foram, com que idade, e quanto tempo permaneceram em cada local

3- Em que trabalhavam?

4- Onde nasceram seus pais?

5- Mudaram de cidade ou ficaram sempre no mesmo lugar? Se mudaram, para onde foram, com que idade, e quanto tempo permaneceram em cada local?

- 6- Em que eles trabalhavam?
- 7- Quantos filhos vocês são? Diga a idade e o sexo de cada um. (Se o entrevistado não lembrar das idades, obtenha ao menos a ordem dos nascimentos, com o sexo de cada um e uma idéia aproximada da diferença de idade entre eles. Se houver irmãos mortos, pergunte com que idade morreram.)
- 8- Onde você nasceu?
- 9- Mudou de cidade? Para onde foi, com que idade, quanto tempo permaneceu em cada local?
- 10- Qual a sua idade?
- 11- Quanto tempo você estudou? Onde e com que idade fez cada ano de escola?
- 12- Seus irmãos estudaram até que ano? Onde e com que idade?
- 13- Com que idade você começou a trabalhar? Quantos empregos você teve, com que idade, quanto tempo ficou em cada um? Em que cidade?
- 14- Em que trabalham atualmente seus pais e irmãos? Onde moram?
- 15- Qual a sua religião? Você ou alguém de sua família se converteu a outra religião? Quem? Quando?
- 16- Qual é o seu trabalho atual? (Levantar dados sobre horário de trabalho, cargo, tipo de tarefa.)
- 17- Você faz algum “bico”? Qual?
- 18- Quanto você ganha?
- 19- Quanto entra de dinheiro no total na sua casa?
- 20- Com quem você mora?
- 21- O que você faz nas suas horas de folga? O que fez no último fim de semana? E no penúltimo?
- 22- Qual é o seu estado civil?

No caso das entrevistadas serem casadas (inclusive casamento informal), divorciadas e viúvas e/ou terem filhos, aplicavam-se ainda as questões:

- 1- De onde eram e o que faziam os pais de seu marido?
- 2- Seu marido frequentou a escola? Até que ano?
- 3- Com que idade ele começou a trabalhar? Que empregos teve? Em que período deixou o trabalho?

- 4- Qual a religião dele? Converteu-se a outra religião?
- 5- Qual a idade dele?
- 6- Seus filhos estudam? Em que ano estão? Aonde estudam, como é a escola?
- 7- Seus filhos trabalham? Em que? Desde que idade? Aonde?

### 3.6 - Análise de resultados

A análise do discurso livre (primeira etapa da entrevista) foi feita inicialmente através da leitura flutuante seguida por uma leitura mais sistemática que possibilitou o levantamento de assuntos ou tópicos amplos, agrupados ao se repetirem nas diversas entrevistas.

Na análise da fase intermediária aplicou-se Análise de Conteúdo, especificamente a técnica de Análise Temática realizada a partir da categorização de temas semelhantes nos discursos (Bardin,1977) com o objetivo de levantar significados latentes subjacentes ao discurso manifesto influenciados pelos valores e ideologias da cultura, pelo contexto sociocultural. Acreditou-se na pertinência desse tipo de análise pelas características qualitativas e exploratórias desse estudo.

#### 3.6.1 Conceituação e características da Análise de Conteúdo

Entende-se por Análise de Conteúdo “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” (Bardin, 1977, p.42).

Segundo Minayo, atualmente os adeptos das técnicas qualitativas questionam a minúcia da análise de frequência como critério de objetividade e cientificidade e tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo do conteúdo manifesto da mensagem para atingir, através da inferência, uma interpretação mais profunda (Minayo, 2000, p.202-203).

Retomando a definição de Bardin, a intenção da Análise de Conteúdo é a “inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)”

(Bardin, 1977, p.38). Ainda conforme a autora, “o analista tira partido do tratamento das mensagens que manipula, para inferir (deduzir de maneira lógica) conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio” (Bardin, 1977, p.39). Essas inferências podem responder sobre o que conduziu a um determinado enunciado (causas e antecedentes da mensagem), bem como sobre quais seriam as conseqüências que determinado enunciado pode provocar (efeitos da mensagem).

Neste trabalho partiu-se do pressuposto de que o *habitus* condiciona as percepções e as representações acerca da menstruação e que eles variam a partir da influência das visões sobre os gêneros e da legitimidade das práticas médicas normatizadas assimiladas em cada categoria socioprofissional aqui estudada. Acredita-se que estes sejam fatores que integrem as “condições de produção” (conforme Bardin, 1977) dos discursos e que despontaram através das análises sobre seus conteúdos. Pretendeu-se descrever e ilustrar a forma como esses fatores atuam sobre as representações através dos discursos que atuam sobre as emissoras e sobre seus meios.

O fundamento da especificidade da Análise de Conteúdo reside na articulação entre a superfície dos textos descrita e analisada, ou ao menos alguns elementos característicos (dimensão horizontal da análise) e os fatores que determinam estas características, deduzidos logicamente, ou seja, inferidos (dimensão vertical da análise), como num mergulho. Segundo Bardin:

*“o que se procura estabelecer quando se realiza uma análise conscientemente ou não, é uma correspondência entre as estruturas semânticas ou lingüísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas (por exemplo: condutas, ideologias e atitudes) dos enunciados”* (Bardin, 1977).

E ainda:

*“A leitura efectuada pelo analista, do conteúdo das comunicações não é, ou não é unicamente, uma leitura ‘à letra’, mas antes o realçar de um sentido que se encontra em segundo plano. Não se trata de atravessar significantes para atingir significados, à semelhança da decifração normal, mas atingir através de significantes ou de*

*significados (manipulados), outros 'significados' de natureza psicológica, sociológica, política, histórica, etc.*" (Bardin, 1977, p.41.)

Neste sentido crê-se que a Análise de Conteúdo coube aos objetivos deste estudo ao permitir esse "mergulho" a partir da superfície das falas até a dimensão sociocultural ou "estrutural" nelas refletida.





## Capítulo IV CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS E DOS SERVIÇOS ESTUDADOS

### 4.1 Caracterização dos grupos

Foi possível constatar que todas as entrevistadas, nos dois grupos, provêm de famílias humildes, numerosas, que quase sempre chegaram à cidade de São Paulo ou proximidades em busca de melhores condições de trabalho e de vida. As famílias de origem das auxiliares em sua maioria vieram de estados nordestinos ou do interior paulista e no caso das enfermeiras, três das oito entrevistadas vieram de outros países (Japão e Itália). Num desses casos mencionou-se as dificuldades que o país de origem sofreu após a 2ª Guerra. Em todos, a imigração ocorreu na tentativa de melhorar as condições acima citadas. Aparentemente nenhum dos pais das entrevistadas possuía grau mais elevado de instrução. A grande maioria era de lavradores que trabalhavam nas próprias terras ou nas alheias antes de chegarem à cidade. Muitas das mães foram empregadas domésticas principalmente ao chegarem em São Paulo, especialmente no grupo das auxiliares. Nenhum dos pais exerceu atividade profissional que exigisse maior grau de instrução.

Todas as auxiliares e cinco das oito enfermeiras vêm de famílias com muitos filhos, de três a quinze.

Em ambos os grupos a grande maioria das entrevistadas começou a trabalhar por volta dos 15 anos, antes de concluir o 2º Grau, que equivale atualmente ao Nível Médio. Todas essas exerceram funções que não exigiam qualificação específica para a contratação: recepcionistas, vendedoras, etc. Duas em cada grupo ingressaram em instituições de saúde como atendentes de enfermagem antes de se tornarem auxiliares ou enfermeiras.

## 4.2 Caracterização dos Serviços

Antes de efetivar o contato com enfermeiras e auxiliares buscou-se caracterizar brevemente os Serviços onde atuam a partir de uma entrevista inicial com as enfermeiras-chefes de cada um deles.

A análise do quadro seguinte permite observar, pelo número de leitos atendidos, o contraste entre as dimensões de cada serviço<sup>2</sup>: o número de leitos do Serviço A é o dobro do Serviço B, bem como o número total de enfermeiras somado ao de auxiliares (95 no A e 41 no B).

O Serviço B prioriza intensamente (a partir da observação da distribuição dos leitos) o atendimento aos partos enquanto que no A a priorização é aos leitos ginecológicos, mas mantendo um número significativo de leitos puerperais.

O Serviço A apresenta uma relação de mais de sete auxiliares para cada enfermeira, enquanto no B essa proporção é de menos que três auxiliares por enfermeira. Segundo os artigos 11 e 13 da Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem, ao enfermeiro cabe, entre outros, o exercício do planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, consulta e prescrição da assistência de enfermagem e cuidados diretos a pacientes graves com risco de vida. Ao auxiliar cabe o exercício de “atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão (...), observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; executar ações de tratamento simples; prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente (...)”. Esse dado insinua haver no Serviço B uma maior valorização do trabalho da enfermeira sugerindo maior importância conferida às suas tarefas de planejamentos, planos de atendimento e orientação às pacientes parecendo privilegiar o aspecto menos imediato do atendimento, bem como a esfera profilática objetivada pelas “aulinhas de orientação” rotineiras nesse Serviço. Já no Serviço A parece haver uma valorização do atendimento direto e dos cuidados básicos e mais simplificados (rotineiros) ao paciente normalmente desempenhado pelas auxiliares.

---

<sup>2</sup> A fim de preservar as entrevistadas de uma possível identificação indesejada se continuará chamando os Serviços por A e B.

O regime de contratação, o tipo de tarefas desempenhadas e o esquema de trabalho são bastante semelhantes nos dois Serviços.

A população atendida no Serviço A parece ser essencialmente carente de recursos materiais e mais homogênea que a do Serviço B que, além da comunidade residente na região, inclui em sua clientela a comunidade universitária (alunos, professores e outros funcionários).

Quanto à questão do trabalho do hospital-escola e sua característica ligada à academia, a chefe do Serviço B sublinha a questão do “ambiente” (sic) fomentar o interesse na produção científica e constantes atualizações do pessoal. Já a chefe do Serviço A queixa-se de alguns aspectos da presença de alunos estagiários no sentido do gasto despreocupado de materiais. Esse dado parece reforçar a hipótese considerada acima de que este Serviço prioriza questões mais imediatas e práticas.

A percepção subjetiva e generalizada destas chefes relativa às características de cada categoria estudada no sentido de diferenças e semelhanças entre ambas será apresentada no decorrer do capítulo sobre a diferença dessas categorias e de seus grupos sociais.

	SERVIÇO A	SERVIÇO B
Número de enfermeiras	11	12
Número de auxiliares de enfermagem	Aproximadamente 84	29
Número de auxiliares para cada enfermeira	7,6	2,4
Número de leitos e especificidades	Alojamento conjunto: 29 Centro Obstétrico: 26 Ginecologia (cirurgias ginecológicas): 43 Gestantes de risco: 09  Total: 107	Alojamento Conjunto: 43 Centro Obstétrico : não computado por ser separado do “Alojamento Conjunto” Ginecologia (Cirurgias Ginecológicas): 05 Gestantes de Risco: 05 Total: 53
Número médio de leitos por enfermeira sem considerar turnos	9,7	4,4
Número médio de leitos por auxiliar sem considerar	1,2	1,8

turnos		
Tipo de contrato	CLT – Avaliação de currículo, prova e entrevista.	CLT – Concurso interno.
Rodízio das profissionais	Há rodízio, se necessário, apenas dentro da própria enfermaria	As enfermeiras fazem rodízio esporadicamente para enfermarias afins (Berçário e Centro Obstétrico) e raramente para as demais. As auxiliares fazem rodízio esporadicamente para qualquer enfermaria do hospital.
Presença de estagiários	Pegam um plantão por aproximadamente 2 meses no Serviço.	Permanecem por algumas semanas no Serviço (a permanência não foi especificada pela entrevistada).
Rotina de trabalho	36 horas/semana. As profissionais da manhã e tarde são diaristas e trabalham das 7 às 13 horas ou das 13 às 19 horas. As profissionais que trabalham à noite são plantonistas (12 horas de trabalho seguidas por 36 de descanso) e trabalham das 19 às 7 horas.	Idem Serviço A
Público atendido	Prevalece a comunidade carente. A porta de entrada é o P.S. e o ambulatório sendo que este não possui pré-requisitos para o atendimento.	Prevalece a comunidade do bairro onde fica a instituição. A comunidade de dicentes, docentes e funcionários também é atendida. A principal entrada é através dos postos de saúde da região, sendo que a regionalidade é pré-requisito para o atendimento, exceto nos casos de entrada pelo pronto socorro.
Atendem-se problemas relativos à menstruação ou esse tema é tratado de alguma forma?	Não especificamente.	Normalmente não, até porque a faixa etária característica dos leitos ginecológicos é maior que 50 anos.

Principais funções de cada categoria <sup>3</sup>	<p>Enfermeira – Recebe e passa o plantão. Faz o planejamento da Unidade. Confere diariamente psicotrópicos. Faz pedidos de materiais, medicamentos e manutenção. Passa visita diária ao paciente. Faz escalas de serviço, supervisiona auxiliares, encaminha pacientes para exames. Recebe pacientes na admissão e orienta na alta. Faz alguns curativos específicos. Instala e retira da quimioterapia.</p> <p>Auxiliar – Recebe e passa plantão. Visita pacientes. Recebe na admissão e orienta na alta. Administra e prepara medicamentos. Faz curativos. Despreza sondas, drenos e coletores. Faz encaminhamentos para exames e cirurgias. Auxilia médicos. Orienta sobre amamentação e cuidados aos recém-nascidos. Faz banhos no leito ou auxilia no chuveiro.</p>	<p>Enfermeira – Evolui as pacientes: anamnese, exame físico e prescrição de cuidados para a auxiliar fazer. Oferecer aulas de orientação para puérperas, coletar exames, realizar a consulta da enfermagem a todas as puérperas entre o 7º e 10º dia. Gerenciar a unidade, oferecer treinamento às auxiliares e auxiliar na supervisão de estágios.</p> <p>Auxiliar – proporcionar cuidados assistenciais às pacientes (higiene, medicação, curativo, controle de sinais vitais, acompanhamento de pacientes para exames).</p>
Qual a entrevistada julga ser a influência da característica “hospital-escola” para o Serviço e para as profissionais	A entrevistada aponta uma diferença no Serviço entre os alunos que estagiam no mesmo e os funcionários contratados. Acredita que os alunos se preocupem pouco com os materiais e com o patrimônio e gerem desperdício. Já os funcionários se preocupam com essa questão. A entrevistadora insiste então na questão do caráter em si do hospital-escola e se isso geraria um possível	A entrevistada define a instituição como uma autarquia à universidade e se prestando ao campo de ensino da mesma. Segundo ela, exige-se do profissional atualização em sua área e o desenvolvimento de trabalho científico e o profissional deve apresentar esse perfil ainda que não haja uma exigência formal para isso (cobrança de diplomas de

<sup>3</sup> Procurou-se respeitar a descrição de cada entrevistada na forma e conteúdo da resposta.

	interesse com pesquisas e atualização dos funcionários. A entrevistada acha que isso gera um interesse maior e uma maior motivação para o estudo em algumas enfermeiras.	pós-graduação, por exemplo). Ainda segundo ela, há um plano de carreira onde se requer o desenvolvimento para o ganho de referências, mas o ambiente seria seu maior estimulante no caso das enfermeiras.
--	--	---



## Capítulo V AUXILIARES E ENFERMEIRAS: DIFERENTES GRUPOS SOCIAIS?

A comparação entre as duas categorias socioprofissionais pesquisadas sugere muitas semelhanças entre seus grupos familiares (de origem), apresentadas no capítulo anterior, e algumas distinções bastante significativas.

A primeira grande diferença observada entre os grupos ou categorias refere-se à escolaridade. Inicialmente há a diferença relativa ao grau de instrução que as funções requerem: para enfermeiras, o Nível Superior e para auxiliares o Nível Médio. O que as entrevistas revelam é que nenhuma das auxiliares concluiu o 2º Grau ou Nível Médio no tempo considerado normal (seqüencial à conclusão do 1º Grau sem ter havido repetições de ano), ou seja, todas interromperam seus estudos, quer logo após a conclusão do 1º Grau, quer durante o 2º. Algumas concluíram o Nível Médio há pouco tempo, provavelmente devido a atual determinação de que todo auxiliar possua esse grau de instrução (Lei 7.498, anexo B). Uma delas iniciou curso superior mas desistiu. Em contrapartida, apenas uma das enfermeiras deixou de concluir o 2º Grau no tempo esperado para a idade e ingressou na faculdade aos 28 anos de idade. Também é interessante o fato de que duas enfermeiras mudaram de cidade (na adolescência) e uma de país (já adulta) para estudar e apenas uma das auxiliares o fez (durante a adolescência).

A escolaridade dos maridos das entrevistadas também tende a ser diferente. Dentre as quatro enfermeiras casadas apenas um dos maridos possui Nível Médio, os demais possuem Nível Superior. Apenas um dos maridos das auxiliares concluiu o curso superior. Esse dado parece indicar diferente valoração conferida à formação escolar derivada das crenças e valores familiares em cada categoria. É importante lembrar que as condições materiais das famílias de origem de auxiliares e



enfermeiras eram bastante semelhantes, conforme apresentado no capítulo anterior. Ainda assim, as trajetórias de vida são diferentes especialmente no que se refere ao casamento e à formação, conforme será visto a seguir.

O segundo diferencial importante refere-se à constituição da própria família. No grupo das auxiliares há uma grande valorização atribuída à formação da própria família a partir do casamento, que, às vezes, se antecipa em função de uma gravidez no namoro. As enfermeiras também valorizam bastante o casamento, e as solteiras, em sua maioria, se referem a ele e ao desejo de ter filhos provavelmente como o maior sonho a ser concretizado:

*“Então eu vou falar um pouco dos meus sonhos... Acho que depois de tantos anos de trabalho com criança, tal, o meu sonho é ter um filho. Eu adoraria ter um filho (...). Eu acho assim, falando particularmente de mim, excluindo um pouco o lado profissional, seria isso a única coisa que eu gostaria mesmo... O resto eu acho que... Tá tudo muito bom...”* (Esmeralda, 35, enfermeira.)

Entretanto, ao longo de suas vidas, as enfermeiras parecem haver priorizado a formação profissional e o trabalho (ainda que possa não haver nisso uma intencionalidade consciente), ou seja, no caso delas, o casamento “só ocorre” mais tarde. Tendem a se casar mais velhas e, ainda que pretendam ou tenham (no caso das casadas) consolidado uma estrutura material em parceria com o marido, procuram construí-la ainda solteiras e, de certa forma, atingir algum grau de independência econômica. Muitas vezes esses dois temas “realização material” e “casamento/maternidade” aparecem entrelaçados nas falas enquanto sonho ou meta a ser atingida:

*“(...) então tô esperando o príncipe encantado que tá difícil, né. Enquanto esse príncipe não chega, eu... Eu estudei, me formei, eu me... Voltei aos estudos (segue falando de seu percurso educacional até graduar-se enfermeira). (...) e hoje em dia eu tenho... Eu reformei minha casa, eu tenho meu carro pago, a minha vida financeira, meu lado social, ele é realizado. Mas meu lado sentimental, não. O lado sentimental não porque falta um filho. Falta um marido. E assim, eu, com 44 anos, pode até, pode até ser assim, que... Que eu deva perder a ilusão. Mas meu sonho ainda é um*

*casamento. Não é morar com alguém, é alguém morar comigo.” (Flor, 44, enfermeira, solteira.)*

*“(…) vou querer também me preparar pra fazer pós-graduação no ano que vem, né. Então vou ter que tá lendo mais, estudando tudo sobre minha profissão, né. Quero também ganhar dinheiro, né, procurar outro emprego, assim, né... Eu tô pensando, tô tentando planejar o que eu vou fazer no ano que vem, né, e melhorar o salário também... E... Finalmente, mais ou menos é isso... Eu não tenho namorado, né... Acho que só...” (Cindy, 33, enfermeira, solteira.)*

*“E então eu consegui pegar um dinheirinho, comprei meu apartamento pra ficar mais tranqüila (...) juntei, comprei, comprei à vista (...) talvez em 2004 ter um bebê, são meus planos.” (Sofia, 36, enfermeira, adquiriu seu apartamento ainda solteira.)*

Apenas metade das enfermeiras é casada e todas as auxiliares o são ou o foram (formalmente ou não)<sup>4</sup>. Casaram-se, na maioria das vezes, bastante jovens e a partir daí buscaram constituir uma estrutura material junto ao marido:

*“(…) e depois que eu casei eu achei que foi a melhor fase (...) fui conquistando as coisas, eu fui... Antes eu nunca tinha, tudo que eu ganhava não era só meu (...) eu morava com minhas irmãs e a gente ajudava a casa do meu pai (...) depois que eu casei, não. Aí eu pude comprar um apartamento, um carro, a gente foi guardando (...)” (Talita, 39, auxiliar.)*

Nesse processo muitas auxiliares interromperam seus estudos, fato pouco freqüente entre as enfermeiras. A necessidade de constituir uma base econômica adveio do casamento e do nascimento dos filhos, no início da vida adulta. O trabalho do companheiro somado ou não ao próprio trabalho objetivava gerar renda rapidamente o que parece tê-las levado a abandonar sua formação, além da necessidade de cuidar dos filhos pequenos:

---

<sup>4</sup> Soube-se através dos comentários de uma das entrevistadas que, de todas as auxiliares que compõem o quadro de funcionárias do Serviço B, apenas uma não foi casada nem tem filhos. Soube-se ainda que essa funcionária é tema, entre suas colegas, de piadinhas e insinuações quanto a sua opção sexual por esse motivo.

*“Tá, vamos lá. Meu pai era assim, tipo muito repressor. Repressor, tal... E eu engravidei (...) Então casei com 18 anos (...) Casei, foi difícil no começo porque eu fiquei morando com minha mãe. Não tinha essa estrutura, né. Era nos fundos e... Depois, aos poucos, a gente foi indo, foi melhorando a situação, consegui arrumar uma casa... Eu trabalhava fora também, ele também. Depois a gente batalhou um pouquinho mais, conseguiu comprar um apartamento (...)” (Ametista, 39, auxiliar.)*

A questão do estudo, entretanto, quase sempre é mencionada (seis das oito auxiliares se referem ao desejo de estudar ou fazer faculdade) como projeto, no caso das mais jovens, ou como sonho abandonado no caso das mais velhas:

*“Ah, da minha vida é isso, eu queria quando eu era mais nova, eu queria muito ter estudado. Ter feito... ter feito a faculdade. Não tive oportunidade de fazer quando eu era mais nova... Minhas filhas eram pequenas, eu morava com a sogra. Aí depois minha sogra faleceu, eu tive que trabalhar, meu marido ganhava pouco (...) então eu não tive condições de estudar. E agora muito menos, né, eu me acho de idade, passada da época de estudar faz muito tempo.” (Vitória, 49, auxiliar.)*

*“Minha vontade é ainda fazer a faculdade. É que eu tava comentando com ele (marido) esses dias. Tem três coisas que eu tenho vontade e ainda vou realizar. A primeira coisa que eu quero terminar é fazer meu curso de computação. Eu tenho uma noção mais ou menos de computador, mas eu quero terminar o curso de computação. Quero fazer inglês. Ele falou ‘Mas pra que que você, você trabalha em enfermagem, pra que você quer saber inglês?’ Mas eu falei ‘Não! Pra mim, pra minha cultura.’ Eu sinto falta disso. Eu tenho vontade, queria fazer computação, inglês, aprender a dirigir e fazer uma faculdade. Entendeu? São metas que eu ponho assim pra minha vida (...)” (Rosa, 23, auxiliar.)*

A formação é valorizada pelas auxiliares enquanto projeto ou meta na geração das próprias entrevistadas, mas não é priorizada sobre o casamento e os filhos ao contrário do que se deduz pelas histórias de vida das enfermeiras. Na trajetória de cada auxiliar a formação da própria família ocorreu antes e, geralmente, condicionou a possibilidade de perseverar nos estudos. Resta saber quanto essas contingências de vida restringiram a possibilidade de estudar ou se a escolarização foi menos

valorizada (quando comparada à formação da família) pelas auxiliares e suas famílias.

Todas as entrevistadas casadas (nos dois grupos) têm filhos, exceto por uma auxiliar que está tentando engravidar e por uma enfermeira que se casara há poucos dias na ocasião da entrevista. O número de filhos por família é equivalente nos dois grupos variando entre um e três. Os filhos das auxiliares só freqüentam escolas particulares na faculdade ou antes de ingressarem no Ensino Fundamental, já os das enfermeiras estudam em escolas particulares mesmo no Ensino Fundamental.

A terceira característica que distingue as categorias refere-se à renda na atual família das entrevistadas. A renda familiar das enfermeiras é o dobro da renda familiar das auxiliares o que acaba gerando diferença nas condições materiais atuais.

De forma geral, os salários das auxiliares tende a ser mais representativo para a renda total na família do que o das enfermeiras. No caso das primeiras é mais comum que seus salários representem toda ou a maior parte da renda familiar. O salário individual das enfermeiras também é aproximadamente o dobro das auxiliares em cada instituição pesquisada.

Com relação à escolha religiosa, os dois grupos são bastante parecidos e se dividem entre evangélicas, católicas e espíritas ou espiritualistas numa proporção bastante aproximada.

Quanto ao lazer ou atividades exercidas nos horários de folga, os cuidados à casa e aos filhos é bastante citado, bem como o lazer direcionado a eles quando crianças. As compras, as viagens curtas e as atividades religiosas são bastante citadas em ambos os grupos, já as viagens internacionais aparecem apenas entre as enfermeiras, sendo que duas delas pretenderam ou chegaram efetivamente a viver algum tempo no país de origem de seus pais (ambas visitaram esses países mais que uma vez). A menção expressa ao shopping aparece especialmente entre as auxiliares, ocorrendo o inverso no que se refere às atividades corporais, como ginástica ou academia, que predominam entre as enfermeiras.

Poderia-se dizer, ao considerar as semelhanças e diferenças entre as duas categorias, que, provavelmente, as enfermeiras e as auxiliares provêm de grupos com condições econômicas ou materiais semelhantes (renda familiar semelhante, trabalho dos pais parecido) mas percebidas como “berços” distintos, conforme se verá a seguir.

Segundo Bourdieu (1989) o mundo social pode ser representado enquanto um espaço que se organiza em diversas dimensões ou campos (econômico, religioso, artístico, cultural, por exemplo) e os agentes ou grupos se distribuem nesses campos ocupando posições conforme um *quantum* de poder possuído relativo a cada um deles, chamado capital. O capital pode existir de forma objetivada enquanto propriedades materiais no campo econômico ou enquanto títulos acadêmicos no cultural, títulos de nobreza no social ou ainda prestígio e reconhecimento como capital simbólico. No campo profissional estudado, enfermeiras e auxiliares ocupam posições diferentes, sendo que as enfermeiras ocupam lugar mais privilegiado por possuírem maior capital simbólico e cultural, ou seja, maior reconhecimento social e maior poder. A fala de uma entrevistada ilustra essa percepção:

*“Aqui no (fala nome do Serviço) o médico é o médico, a enfermeira é a enfermeira, a auxiliar é a auxiliar, a limpeza é a limpeza. Sabe aquela coisa bem ‘cada um na sua’, ali não tem muita... Assim, na sala do café, se tá a enfermeira, a auxiliar não entra; se tá o médico, a menina da limpeza não passa nem perto (...) Por causa que tem aquela hierarquia assim, muito... visível ali, muito presente, entendeu?”* (Ana, 35, auxiliar.)

Certas colocações obtidas pelas entrevistadas possibilitam observar que essa posição parece transcender o campo específico da atuação profissional, ou seja, enfermeiras e auxiliares se vêem enquanto diferentes ou ocupando esses diferentes lugares e chegam a afirmar que a formação não é suficiente para nivelar as diferenças percebidas nas posturas de umas e outras, conforme as falas das chefias dos Serviços:

*“Elas (ex-auxiliares que viraram enfermeiras) falam o que pensam, rodam a baiana.”*

*“Isso tem a ver com berço. Estar buscando. A família, o teu meio, favoreceu você a ter acesso a mais informação. As outras (auxiliares que estão cursando enfermagem) já têm certa dificuldade (...) A história de vida influencia muito (...). Elas não têm esse perfil.”*

As chefias entendem as enfermeiras como mais interessadas na questão da produção e difusão de conhecimentos, mais adequadas no que tange à postura profissional e observam diferenças entre os "perfis" dessas categorias. Mesmo que uma auxiliar conclua a graduação em enfermagem e atue como enfermeira, ela continuará sendo percebida com características de auxiliar pelas enfermeiras. Neste estudo essa imagem é explicada pela percepção de um grupo pelo outro em seus (e a partir dos) diferentes *habitus*, característicos de cada um deles.

A última fala (da chefe de um dos Serviços) denota claramente uma percepção de distinção entre a origem dos agentes que compõem as categorias pesquisadas e aponta uma noção de rigidez na distribuição dessas pelo espaço social atribuindo à origem papel de determinação estigmatizante e demarcação intransponível da posição no campo. Nessa visão, por mais que haja acúmulo de conhecimento técnico-científico pela representante da categoria das auxiliares (independente de sua individualidade), o reconhecimento de seu capital social não se alterará, pois fica implícito na questão da "falta de perfil" uma falta de atributos simbólicos não especificados que parecem compor a categoria das enfermeiras para além de sua formação profissional, já em seu meio de origem e em seu grupo social.

Conforme a teoria apresentada, ainda que as famílias ou grupos das duas categorias socioprofissionais pesquisadas detenham o mesmo capital econômico visto a semelhante condição financeira e do tipo de trabalho que desenvolviam, é possível supor que possuísem valores culturais e diferentes crenças (talvez ainda diferentes capitais simbólicos) que influíram e condicionaram a "escolha" profissional das entrevistadas assegurando-lhes em certa medida essas posições diferentes no espaço social.

A fim de ilustrar essa questão considera-se interessante apresentar a história da família da enfermeira Sofia, cujos pais são imigrantes.

Os pais de Sofia vieram para o Brasil em busca de melhores condições de vida posto que na época (década de 1950) seu país de origem vivia o período de pós-guerra e existiam muitas e diversas dificuldades. O avô paterno possuía muitas terras, mas na divisão de herança seu pai foi lesado e, revoltado, decidiu emigrar. O avô materno de Sofia era professor de colégio. Sua mãe não tinha perspectivas de casar-se onde vivia, pois havia poucos homens e "fazer faculdade" (*sic* Sofia) era permitido e incentivado apenas aos irmãos homens. Sem se conhecerem, optaram por

um casamento arranjado e partiram para o Brasil na crença enganosa de que aqui havia ouro em abundância. Chegando, trabalharam sob as condições mais adversas na lavoura e mudaram diversas vezes de cidade e estado até se estabilizarem na Grande São Paulo, sempre buscando um lugar com melhores condições gerais e “que fosse próximo de uma cidade que tivesse escola” (sic Sofia) para os filhos.

Os pais de Sofia não tinham escolaridade diferenciada e nem condições materiais superiores às das demais famílias das entrevistadas dos dois grupos. Entretanto, apesar de viverem no Brasil sob condições de limitação, trouxeram de suas famílias de origem a experiência de possuir maior capital cultural e econômico, já que seus pais (os avós de Sofia) tinham a posse de terras e um nível diferenciado de instrução.

Sofia é a caçula de quatro irmãos. Suas duas irmãs mulheres também são enfermeiras. Todas se graduaram por uma universidade pública. Conta ela:

*“Minha mãe falou assim: ‘Ou vocês estudam na USP ou não estudam’, porque eles não tinham condições de pagar uma faculdade. Então tinha que entrar na primeira, não podia repetir (...). Tinha que entrar na primeira, estudar na USP e começar a produzir logo. Medicina, por exemplo, que a minha irmã queria, era muito tempo: anos pra se formar, fazer residência... Até começar a trabalhar ia demorar muito, né.”*

Dois terços dos irmãos das enfermeiras concluíram o estudo superior, enquanto apenas um terço dos irmãos das auxiliares o fizeram. Observa-se, entretanto, que mesmo nas famílias das enfermeiras o que se espera em termos de formação para os filhos também é limitado, tanto pelas condições materiais atuais como pelas crenças enraizadas conforme os *habitus* que orientam e conformam as possibilidades e as ambições. É esperado na família de Sofia, ou poderia-se dizer ainda que “é natural” a essa família que seus filhos se formem e os pais acreditam em sua capacidade para ingressar numa das universidades mais concorridas do país em que vivem. No entanto, a escolha do curso é balizada também por crenças que acabam limitando-a aparentemente num leque bastante restrito de opções e impedindo, aparentemente, maiores ambições representadas pela escolha do curso de medicina (profissão socialmente mais valorizada que enfermagem).

As diferenças observadas entre as categorias aqui pesquisadas são indícios que apontam no sentido de uma provável diferença na valorização familiar relativa ao estudo típica a cada suposto grupo. A vocação relatada por várias enfermeiras desde a infância parece estar relacionada a isso:

*“Sou enfermeira porque eu sempre quis, né. Foi um sonho desde criança, não sei por onde começou...”* (Irani, 42, enfermeira.)

*“(...) desde o primário que eu sempre quis ser enfermeira... Nas redações que a professora dava que a gente... Que ela sempre perguntava o que que a gente queria ser quando crescesse, né, sempre deixava livre, eu sempre dizia que eu queria ser enfermeira pra cuidar dos doentes. De que maneira, eu não tinha a mínima noção...”* (Flor, 44, enfermeira.)

É possível crer que, de maneira geral, as famílias das enfermeiras valorizaram mais intensamente a formação dos filhos, acreditaram e ambicionaram que eles poderiam ascender em relação ao nível de escolaridade dos próprios pais e priorizaram a escolarização sobre outras possibilidades. Esses diferentes valores e os relatos da forma com que deixaram de apoiar as filhas na chegada da menstruação podem estar associados a diferenças culturais, lembrando que três das oito famílias de enfermeiras eram imigrantes. Segundo Bourdieu (1989), a filiação étnica pode ser um dos fatores que interfere na colocação no espaço social. No caso das entrevistadas, mesmo que não tenha conferido capital social ou simbólico às famílias imigrantes, pode ter gerado maior capital cultural aos filhos através dessa valorização e do acesso à escolarização.

Essas diferentes características familiares e suas diversas perspectivas de mundo (origem natal, valores culturais, expectativas sobre os filhos), somadas às diferentes representações e práticas relativas ao corpo entre auxiliares e enfermeiras (apresentadas ao longo deste trabalho), podem ser interpretadas como indicadores sugestivos de que as famílias de origem, ainda que mantenham semelhante condição material, constituem ou provêm de diferentes grupos sociais e, portanto, apresentam diferentes *habitus* ou diferentes formas na internalização da estrutura social, lembrando que *habitus* é um conceito e que os *habitus* só podem ser inferidos a partir das práticas e das representações (estas passíveis de observação).





## Capítulo VI MULHER E HOMEM

Conforme foi possível perceber através do estudo e se demonstrará ao longo dos capítulos, a extensão das práticas médicas sobre o corpo feminino (em geral) e sobre o próprio corpo é bastante diferente nos dois grupos pesquisados. Nas visões do “homem” e da “mulher”, entretanto, diferem pouco.

“Ser mulher” significa, na maioria dos casos, “ser mãe”. Nos dois grupos, ser mãe aparece sempre de forma benevolente, chegando a ser considerado como missão. Destacam-se os aspectos do carinho, paciência, alimentação, cuidados e educação dados aos filhos conjugados à questão do acúmulo de tarefas e papéis relativos à atividade profissional fora do lar. Perpassa ainda a imagem da mulher enquanto um ser não-agressivo. “Ser mulher” seria saber perdoar e “trocar agressividade por flores” (Flor, 44, enfermeira). Ela é mencionada como equivalente ao homem, tendo o mesmo potencial que ele para o trabalho fora de casa, ou seja, para as funções que até pouco tempo eram masculinas, mas superior a ele por acumular as tarefas relativas à casa e aos filhos. Há uma conotação de superioridade feminina por essa versatilidade:

*“A vida da mulher é muito mais sofrida (risos). (...) Ela tem que trabalhar, hoje em dia ela tem que trabalhar, se não a família não se sustenta, né... Ela é a base da família... dos filhos. Cuida dos filhos, cuida do marido, cuida dela mesma, né... E o homem não faz tudo isso que a mulher faz. Tem que parir, alimentar, criar, educar, tudo a mulher faz!... Então, ao mesmo tempo que ela tem que ser forte, e ela é forte, né, tem que ter... Então é a base (...) O homem assume a responsabilidade... mas*

*praticamente ele só trabalha e... Não... eu acho que não tem participação na família como as mulheres (...)* (Sofia, 36, enfermeira.)

O homem aparece como menos capacitado na criação dos filhos, necessitando da presença feminina para fazê-lo e menos responsável com relação a isso, capaz de abandoná-los facilmente:

*“O homem não consegue criar (os filhos). Ele precisa sempre arrumar uma mulher pra ajudar ele criar. Porque ele não consegue (...) O homem, ao primeiro desespero, ele larga (abandona os filhos).”* (Flor, 44, enfermeira.)

Ele também é visto como carente da presença da esposa e mais dependente da atividade sexual do que a mulher:

*“(...) a mulher que faz o homem. E o homem é muito carente, muito carente e se torna fraco perante a mulher. Nós mulheres, não. Somos pra tudo. A gente trabalha, estuda, tem filhos, cuida do filho, dá atenção pro marido... A parte sexual também, a gente dá conta, né... A gente supera também, se não tiver essa parte sexual. Já o homem, não. Ele é muito dependente da parte sexual... Ele é muito dependente. A gente se torna mãe também pro marido, né?”* (Jéssica, 40, enfermeira.)

O homem é mencionado nos dois grupos como inferior se comparado à mulher. É tido como menos capaz de amar incondicionalmente, menos responsável em manter a estrutura familiar, menos sensível para os filhos e o relacionamento amoroso, menos capacitado para se manter sozinho do que a mulher. Os discursos muitas vezes apresentam um tom de ressentimento pelo acúmulo de responsabilidades e funções que a mulher desempenha:

*“O homem simplesmente acorda cedo, vai trabalhar, volta, tá tudo pronto”* (Sônia, 45, auxiliar.)

O suprimento material da casa ainda é atribuído a ele mesmo quando a mulher também desempenha essa função e é o único aspecto que goza de uma visão

mais “benevolente” e solidária, sendo a única aqui valorizada. Observa-se a permanência deste lugar de poder, “o cabeça” da família, atribuído ao homem, mesmo que a sustentação financeira seja, na prática, efetuada pela mulher:

*“O homem se estressa porque tem que trabalhar. Ele tem essa preocupação. Acho que o homem sofre muito por ser “o cabeça” da família, mesmo quando a mulher banca a casa.”* (Talita, 39, auxiliar.)

*“(...) ele tem que ser o suporte da família.”* (Cindy, 33, enfermeira.)

*“(...) o homem se preocupa com a situação financeira, pôr dinheiro dentro de casa.”* (Vitória, 49, auxiliar.)

Nas duas categorias a mulher é vista como estruturalmente emocional e sentimental, sensível e amorosa e o homem é referido como menos sensível. É interessante observar que, do ponto de vista da entrevistada abaixo (talvez do ponto de vista dessas mulheres em geral), ser humana significa ser capaz de emocionar-se:

*“(...) eu acho que a mulher é mais , né... emotiva... Eu acho mais humana do que o homem (...) homem é mais bruto.”* (Rosa, 23, auxiliar.)

*“A mulher age mais com o coração. A mulher é mais amor mesmo, eu acho que tudo que ela faz tem amor.”* (Irani, 42, enfermeira.)

*“(...) eu acho mais superficiais, não tão emotivos, não tão ligados à emoção, né”* (Esmeralda, 35, enfermeira.)

Paradoxalmente ela é tida como mais forte que o homem:

*“(...) agüenta coisas que um homem não agüentaria. Um parto, por exemplo.”* (Rosa, 23, auxiliar.)

A mulher é ainda percebida nos dois grupos como a presença organizadora e harmonizadora do lar:

*“(...) ela é a principal num lar, ela é a rainha do lar, realmente é... Ela que dá o amor, dá o carinho, ela que direciona (...)”* (Jéssica, 40, enfermeira.)

Os homens são vistos como mais inconstantes nas escolhas amorosas, mais impulsivos e quase inconstantes no sentido de pouco zelar pela manutenção da estrutura familiar:

*“(...) o homem não ama uma pessoa em especial. Ama todas, ama o filho enquanto está com a mãe.” (Ana, 35, auxiliar.)*

Enquanto a mulher é tida como companheira, o homem em nenhum momento foi visto nesse aspecto. Ao contrário, o homem parece alienado afetivamente da relação e da família como se os laços de união fossem apenas da mulher para ele e não no sentido oposto.

Na maior parte das respostas dos dois grupos o homem é referido dentro de uma estrutura familiar e é “analisado” a partir desse lugar enquanto pai ou marido. A questão do companheirismo no relacionamento afetivo predomina entre as auxiliares, o que parece reforçar a importância que esse grupo atribui ao casamento. De forma geral o homem é visto como um ser quase automatizado, “menos humano”, que não percebe as necessidades familiares ou não se importa com o que transcenda o lado material. De certa maneira ele aparece infantilizado, pouco responsável e dependente da mulher, chegando a ser mais identificado a um filho mais velho do que a seu companheiro. Não aparecem diferenças na percepção dos grupos com referência a sua figura, que é vista de forma bastante estereotipada e limitada, geralmente baseada na divisão de tarefas dentro da família.

Combinando doçura e cuidados com força e capacidade para “fazer as mesmas coisas que o homem faz”, a mulher tende a ser vista nos dois grupos oscilando entre “a guerreira” e “a santa (mãe)”.

Assim como a imagem masculina, a da mulher também é estereotipada, porém inversamente. Segundo Paiva (2000), os gêneros se constroem subjetivamente de forma complementar. A imagem feminina é idealizada e hipervalorizada, prevalecendo essa visão bipolarizada dos gêneros que se estende aos dois grupos:

*“Ela pode fazer as mesmas coisas que os homens: trabalhar fora, dirigir, etc., mas ela tem que ser muito mais, ela tem que ser amiga, companheira, tem que ser tudo.”*  
(Vitória, 49, auxiliar.)

*“Mulher é ser mãe, companheira... Ela é tudo, né.”* (Sofia, 36, enfermeira.)

“Ser tudo” ou “ter que ser tudo” sugere uma elevada auto-exigência. Se por um lado as enche de orgulho, por outro parece reforçar a mágoa diante do masculino.

Apesar das imagens entre masculino e feminino serem semelhantes entre as categorias, a apreciação e significados atribuídos ao corpo feminino e suas funções é bastante diferente para cada uma e foi neste âmbito que as diversas influências das visões de gênero puderam ser observadas. Este ponto será discutido ao longo dos próximos capítulos.



## Capítulo VII O CORPO

Ao longo das entrevistas, a importância dos temas que se referem ao corpo e seus eventos fisiológicos surgiram enquanto marcadores das fases de vida da mulher e da própria identidade feminina. Ao contrário do tema menstrual, os demais eventos do corpo feminino foram referidos, ainda que com pouca frequência, na fase do discurso livre nas entrevistas. A maioria dos temas trazidos enquanto relevantes para a vida da mulher envolve as funções exclusivamente femininas (menstruar, gestar, parir, aleitar).

Observou-se existirem divergências entre enfermeiras e auxiliares na forma de perceber e representar o corpo, bem como uma diferença nas vivências e no seu “uso”. As enfermeiras tendem a fazer colocações mais abstratas e generalizadas a respeito dos eventos corporais e a percebê-lo mais constantemente através do referencial da medicalização, ou seja, das práticas médicas normatizadas sobre o corpo feminino. As auxiliares tendem a representá-lo a partir das próprias experiências e de suas vivências corporais oferecendo, de certa forma, maior concretude na própria conceituação que é menos atrelada à visão médico-científica vigente. Além disso, as auxiliares em sua maioria têm vida sexual ativa e quase todas vivenciaram as funções relativas à maternidade.

Através dos temas seguintes pretende-se expor a importância dos aspectos corporais manifestada pelos grupos e as diferenças apresentadas por eles em suas visões. Apesar de menstruação ser um desses temas, considerou-se interessante analisá-la separadamente em capítulo exclusivo posto ser ela o assunto principal deste trabalho.



## 7.1 Ser mulher

Ser e definir o que é ser mulher apareceu associado ao corpo feminino, especialmente para as enfermeiras, tanto no aspecto externo quanto em sua funcionalidade biológica, tanto no prazer e na satisfação de ser diferente do homem quanto na dor física:

*“(...) Ser mulher é ter essa oportunidade mesmo de ter uma gestação, de... Passar por esses períodos bons (já havia se referido extensivamente ao aleitamento) que a mulher tem que a diferencia do homem (...)”* (Cássia, 36, enfermeira.)

*“Corpo, a parte do corpo, a parte bonita da mulher eu acho que é o corpo. A feminilidade dela tá no corpo da mulher, nas mamas, no rosto, na beleza do rosto (...)”* (Jéssica, 40, enfermeira.)

*“Ser mulher, além de menstruar, ter cólica, ter TPM? (risos)”* (Irani, 42, enfermeira.)

Foi possível observar também o tema da beleza. Para as enfermeiras essa questão da aparência física é mais fortemente apresentada do que no outro grupo. Fazer ginástica, freqüentar academia e ter corpo ou rosto bonito foram referidos em três das oito entrevistas das enfermeiras. Entre as auxiliares mencionou-se o “fazer caminhadas” em contexto mais sugestivo de práticas de saúde e bom funcionamento físico e menos relativo à estética.

Observou-se que a noção da feminilidade ou identidade feminina apareceu atrelada diretamente ao corpo ao contrário da imagem apresentada sobre o homem.

## 7.2 Adolescência

A adolescência foi apontada nos dois grupos como momento envolvendo também o corpo: enquanto descoberta do sexo oposto e do primeiro amor, como vergonha ou como época de beleza e juventude.

*“Que se acha bonita, que tem o corpo bonito, que tudo é alegria, não tem preocupação (...)” (Jéssica, 40, enfermeira.)*

No contexto da adolescência a menstruação foi mencionada como evento importante na vida da mulher para três das entrevistadas, duas auxiliares e uma enfermeira, sempre referentes à primeira menstruação:

*“Pra uma mulher... Eu penso que é primeiramente... que é novo pra uma mulher quando vem a primeira menstruação. Isso é importante, isso é novo, toda menina fica encantada, umas ficam nervosas.” (Rosa, 23, auxiliar.)*

*“(...) eu acho que é quando a mulher menstrua. É uma fase importante. Eu, por exemplo, fiquei muito feliz quando eu... fiquei menstruada porque eu via minhas irmãs ficarem ‘ah, eu também quero!’. Quando eu fiquei, fiquei super feliz!” (Talita, 39, auxiliar.)*

*“... Na vida de uma mulher?... Bom... eu acho que quando ela menstrua, existe já... Passa de uma fase para outra (...)” (Sofia, 36, enfermeira.)*

A chegada da menstruação e seu significado para as entrevistadas e suas famílias serão discutidos separadamente, mais à frente.

### **7.3 Gravidez**

Nos dois grupos a gravidez foi apresentada como uma experiência importante e bastante valorizada:

*“(...) a gestação, a gravidez, acho que é uma das fases muito importantes da mulher, porque você vê crescer a barriga. Acompanhei minhas cunhadas, minha irmã, então... a barriga crescendo, eu acho uma fase muito importante.” (Talita, 39, auxiliar.)*

Em ambos os grupos foram comuns as menções aos problemas de saúde nesse período, quer positivamente, para dizer que foram manifestados, quer negativamente, para dizer que não o foram. Esse dado evidencia a assimilação da

gestação ao âmbito médico sob o repertório dos sintomas para as duas categorias, bem como os partos cujas descrições costumam se ater aos problemas físicos e por sempre ocorrerem no ambiente hospitalar, em meio às práticas médicas normatizadas.

*“Eu tive bastante náusea, fiquei, passei mal nos três primeiros meses. Foi bem chato no começo.”* (Vitória, 49, auxiliar.)

*“É... de saúde, bem... Não tive nenhuma alteração nem doença (...)”* (Irani, 42, enfermeira.)

*“O R. nasceu parto fórceps, foi um parto difícil... é foi um parto meio complicado, ele nasceu supermal, o médico me machucou muito (...)”* (Sônia, 45, auxiliar.)

Observou-se no grupo das enfermeiras unanimidade na valorização da experiência de gestar enquanto potencialidade feminina, o gestar em si:

*“É, eu acho a gravidez um negócio mágico, né... ela é... é um negócio que só a mulher vai ter... eu acho que isso também... um privilégio nosso, é muito doido você ter alguém vivo dentro da sua barriga”* (Irani, 42, enfermeira).

Já no outro grupo as falas foram sobre a experiência vivida e concreta. Percebeu-se uma tendência à valorização positiva da gestação e a associação da gravidez enquanto evento médico no sentido de haverem ou não “problemas”. Entretanto as referências foram mais pessoalizadas:

*“Então, quando eu engravidei, eu curti minha gestação assim ao máximo.”* (Sônia, 45, auxiliar.)

*“Não tive nada, não passei mal em nenhum momento, não senti nada.”* (Ana, 35, auxiliar.)

*“Foi tranqüilo. Eu nunca tive problema nenhum na gestação.”* (Célia, 35, auxiliar.)

#### **7.4 Maternidade**

Ter filhos apareceu como o evento mais importante na vida das mulheres para a maioria das enfermeiras e o segundo mais mencionado pelas auxiliares (o evento tido como mais importante pelas auxiliares é o casamento). Todas as entrevistadas dos dois grupos pesquisados que não têm filhos afirmaram o desejo de tê-los.

Enfermeiras e auxiliares que têm filhos (desde bem pequenos até adultos) aparentaram muita semelhança no que se refere a priorização das próprias vidas, quer em termos de programação de orçamento, atividades da rotina, ocupação de tempo livre, divertimento e preocupações até as decisões mais importantes, como sustentar um casamento pouco satisfatório para manter a presença paterna na casa e preservar os filhos de possíveis conseqüências negativas, como, por exemplo, a dor pela ausência do pai, a imagem social da família estruturada e moralmente respeitável.

“Ter um filho” ou “o nascimento do filho” apareceu na grande maioria das referências de ambos os grupos estudados e sugerindo que tornar-se mãe (com o primeiro ou único filho), ganhar esse novo papel, essa nova identidade, seria o acontecimento principal na vida feminina:

*“...Ah, acho que um momento inesquecível é o dia em que ela (a mulher) ganha um filho,...né? É um momento assim... pra mulher, muito importante porque só pra ela foi dado esse direito, né, de gerar uma criança, de sentir mexer na barriga... Do carinho, você conversar, poder amamentar, afetividade, né, do aleitamento materno... e ser, ser chamada de mãe, ser mais querida, ser mais amada...”* (Jéssica, 40, enfermeira.)

Nessa fala a maternidade apareceu como “um direito dado”, conferido (por Deus ou pela natureza) somente à mulher, onde amar e ser amada seriam, aparentemente, inerentes à experiência e à condição de mãe. A maternidade foi vista como um privilégio feminino.

Ter um filho seria uma possibilidade de conhecimento do que é ser mulher ou de acessar uma suposta natureza feminina em sua essência:

*“(...) a minha fase melhor, assim, eu acho que a fase de... você tá... você ter seu filho, você ter o primeiro filho, assim, você saber o que é ser uma mulher, sabe, você saber dar carinho pro seu filho, você saber que uma vida saiu de dentro de você, que*

*você vai poder ter ele durante muito tempo... Eu acho que é uma fase boa essa... Eu gostei.”* (Célia, 35, auxiliar.)

*“Casamento também, eu acho assim, que toda mulher tem que casar e tem que ter filho, ainda que ela fale depois que não foi bom, foi ruim, que o marido não presta. (...) uma pessoa que nunca casou, que nunca teve filhos (...), eu percebo que ela tem um trauma. (...) elas são geralmente pessoas vazias (...), falta alguma coisa na vida delas.”* (Ana, 35, auxiliar.)

O casamento foi referido como mais importante evento da vida da mulher para o grupo das auxiliares, mas geralmente foi associado à maternidade. Tornar-se mãe apareceu como um meio de atingir o ápice do feminino, uma verdadeira completude.

Para as auxiliares a importância do casamento e a meta da constituição da própria família foram prioritárias dentre outras e se realizaram mais precocemente do que para as enfermeiras. Apareceu quase como uma urgência em termos de suas histórias de vida e é assim significada, conforme visto anteriormente.

Além de ter filhos, criá-los foi visto como “auto-realização” feminina:

*“Ah, a melhor, eu acho que é ela conseguir (...) se realizar como mulher. É... como mulher, como esposa, como mãe. (...) Ela conseguiu realizar o que ela planejou pra ela (...) Eu tô pegando agora a melhor parte da minha vida porque eu consegui ter meus filhos (...) eles não me dão trabalho (...) eles têm uma educação boa (...) eu tô colhendo o fruto que eu já plantei (...).”* (Sônia, 45, auxiliar.)

## **7.5 Aleitamento**

Também se observou nos dois grupos grande valorização conferida ao aleitamento materno enquanto experiência positiva. Houve unanimidade na concepção da amamentação enquanto algo benéfico que necessariamente deve ocorrer. Nas palavras da enfermeira Jéssica, “*quando o bebê pega o peito é uma vitória pra gente que é mulher*”. Em pelo menos um dos Serviços a orientação sobre amamentação dada às puérperas é formalizada e integra o programa de atividades, ou seja, na rotina profissional a amamentação constitui fator importante e valorizado a ser alcançado junto às pacientes internadas. Esse fator, somado às diversas

campanhas em prol do aleitamento materno, parece ter inculcado nas mulheres pesquisadas a idéia da amamentação enquanto algo tremendamente valorizado.

Novamente se percebe o papel das práticas de saúde normatizadas e legitimadas. Entretanto foi apresentada uma parcela importante nos dois grupos de dificuldades nas vivências pessoais, principalmente quanto à produção insuficiente de leite que na maioria dos casos determinou o aleitamento de poucos meses, muito aquém do esperado e orientado, muitas vezes, por elas próprias a outrem. Nesses casos foi possível observar uma insatisfação acompanhando o relato da experiência e uma tendência a justificar esse não-êxito.

No grupo das enfermeiras a dificuldade na produção de leite foi atribuída à própria responsabilidade pela entrevistada estar “estressada” ou “ansiosa”, e essa responsabilidade foi referida enquanto culpa. Não conseguir amamentar foi interpretado como fracasso.

No grupo das auxiliares essa dificuldade para produzir leite apareceu associada a uma falta de orientação e conhecimento na época do ocorrido, ou seja, não houve a atribuição de “culpa” a si própria como no caso das enfermeiras. Isso talvez ocorra porque realmente na época em que amamentaram geralmente não possuíam a formação e o conhecimento técnico atuais (muitas vezes sequer atuavam na área da saúde). Já as enfermeiras quando amamentaram já possuíam a graduação e supõe-se que também o conhecimento nesse sentido.

Nos dois grupos a amamentação foi tida como um dever da boa mãe:

*“Eu sonhava ser uma boa mãe e isso faz parte (...) meu sonho era amamentar.”*  
(Sônia, 45, auxiliar.)

*“(...) então, eu não me conformava, sabe? (...) necessitava às vezes dar algum complemento e eu não aceitava isso (...) eu sou uma enfermeira obstetra, eu oriento isso todos os dias (...)”* (Cássia, 36, enfermeira.)

## **7.6 Envelhecimento**

O envelhecimento do corpo foi considerado pelas enfermeiras como a pior fase da vida da mulher. Apareceu associado à perda dos potenciais corporais femininos (saúde, beleza, fertilidade e vigor) e tudo que eles significam em termos de

expectativa social. A mulher valorizada socialmente é justamente a que possui esses atributos. A perda da menstruação ficou implícita nos dois exemplos que seguem e foi associada à deterioração do aspecto e do potencial físico, chegando a afetar o equilíbrio emocional e, assim, o campo profissional e o das relações pessoais da mulher:

*“O climatério (é a pior fase da vida de uma mulher)... Porque... Se valoriza muito a mulher jovem, né...(...) então, ainda mais pra mulher, mulher com uns 40, 50 anos... então, sabe, eu acho que a partir dos 50 a gente fica, não tá com aquele vigor, aquela beleza, né, e começa uma faixa, começa o climatério também, que se não for bem trabalhada é difícil, em termos eu acho que de tudo. Acho que na parte pessoal dela, profissão, se você não tem uma cabeça boa e equilibrada, eu acho que é uma fase muito difícil pra mulher.”* (Sol, 38, enfermeira.)

*“(...) talvez tanto o homem quanto a mulher, acho que na velhice, viu?... Eu acho que as mulheres... talvez fique mais... Apesar dos pesares ela é mais frágil que o homem... Assim, organicamente, né, biologicamente tem mais... Eu vejo muitas mulheres que têm vários problemas no útero, nas mamas... no ovário (...) eu acho que ela pode ficar mais debilitada... Eu acho que talvez seja uma preocupação minha, né, não sei se eu posso dizer que é uma pior fase.”* (Sofia, 36, enfermeira.)

Ficou implícita, através dessas falas, a associação entre o climatério ou a menopausa e supostos problemas de saúde advindos da diminuição hormonal e ainda entre a supressão menstrual e a velhice. Através destas e outras falas relativas à perda da menstruação percebeu-se o quanto esta carrega em si significados de saúde e juventude que ampliam o capital simbólico da mulher que menstrua.





## **Capítulo VIII VISÕES E PERCEPÇÕES DA MENSTRUACÃO**

Serão apresentadas a seguir as visões da menstruação conforme as entrevistas obtidas. Para efeito de organização das informações optou-se em separá-las por temas, porém, algumas vezes, esses temas se sobrepõem ou se relacionam intrinsecamente e uma fala pode conter mais que um deles.

As experiências e vivências relativas especificamente às primeiras menstruações serão apresentadas no próximo capítulo.

### **8.1 Percepção do ciclo**

A percepção do ciclo menstrual geralmente restringiu-se ao sangramento. Os aspectos descritos na grande maioria dos casos dos dois grupos focalizaram a frequência e a regularidade baseados na ocorrência da menstruação. Os períodos identificados e relatados se referiram ao pré ou pós-menstrual e ao período do sangramento em si. Apenas uma das entrevistadas referiu-se à percepção da ovulação. Esse dado parece sugerir um apego à dimensão física visível do ciclo menstrual caracterizada pelo sangramento, dimensão esta que também recebe atenção especial nas práticas médicas instituídas no que se refere ao ciclo ao se considerar, por exemplo, a divulgação de informação médico-científica sobre ciclo menstrual através da mídia.

É possível que o destaque conferido ao sangue seja devido ao rico conteúdo simbólico por ele despertado. Esse simbolismo será discutido ao longo do presente capítulo.

### **8.2 Sintomas e outras queixas**

A diferente percepção da menstruação em cada grupo estudado ficou evidente já a partir das associações livres com o tema.

No grupo das enfermeiras a tônica das associações se referiu aos sintomas físicos: “cólica”, “dor”, “enxaqueca”, “inchaço”. A menstruação foi vista sob o prisma da ruptura com um hipotético estado habitual “mais saudável”. Também se repetiram, porém com pouca frequência, os termos negativos não específicos: “incômodo”, “transtorno”, “irritação” e “desconforto”.

Ao se reportarem às próprias experiências vividas, as enfermeiras relataram queixas de sintomas físicos ou emocionais associados ao período pré-menstrual:

*“Tenho sofrido muitas cólicas, então não tá sendo bom.”* (Cindy, 33, enfermeira.)

*“Tenho muita enxaqueca... me deixa de mau humor (...)”* (Irani, 42, enfermeira.)

Grande parte das respostas se refere a queixas de humor: “Mau humor”, “irritação”, “choro”, “nervosa”, “sem paciência” foram os termos empregados. Houve também menção à dificuldade de se trabalhar mal-humorada. Essas variações de humor tendem, mais notadamente nesse grupo, a ser mal aceitas ou consideradas como um transtorno demonstrando mais intolerância a flutuações da disposição geral física e emocional.

A falta de continência às flutuações manifestada pelas mulheres pode refletir uma intolerância social, já que o ritmo no desempenho das tarefas e a produtividade, são exigências constantes. É inesperado, entretanto, que o aborrecimento seja maior entre as enfermeiras do que entre as auxiliares, e que a queixa relativa à diminuição da eficiência no trabalho se restrinja a elas. Segundo Boltanski (1989), seria esperado que as auxiliares estivessem mais preocupadas com a produção e com o corpo envolvido nesse processo, já que dependem mais dele.

As enfermeiras tendem a depender menos do corpo e mais do intelecto na realização de suas tarefas: planejamentos, supervisões, etc. As auxiliares tendem a realizar mais atividades que dependem da atividade física: medir temperatura, pressão arterial, administrar medicamentos, ajudar as pacientes a se sentarem, tomarem banho, etc. Conforme o autor, portanto, as enfermeiras, por utilizarem menos a atividade corporal no processo de produção, deveriam, em tese, se

incomodar menos com a menstruação. Porém o próprio Boltanski (1989) coloca que as classes sociais mais elevadas, que dependem menos do corpo para a produção, são as que mais se preocupam com ele, que gastam mais tempo e mais dinheiro com o físico. Nessa linha pode-se compreender também o consumo do conhecimento e de produtos médicos ser maior nessas classes. Observa-se, por exemplo, apenas entre as enfermeiras, referências ao uso aparentemente costumeiro de medicação (nesse caso, analgésica) para evitar os sintomas dos quais se queixam:

*“Até que foi bom, que eu não tive assim... Bom que eu falo é que eu sangrei pouco, três dias. Tive dores, cólica, aí tomei a medicação.”* (Cindy, 33, enfermeira.)

*“Até que não foi ruim esse mês, porque tem um mês melhor e um pior, alternadamente. Tive cólica e o incômodo da cólica, mas nada que uma medicação não resolva.”* (Cássia, 36, enfermeira.)

Entre as auxiliares, mesmo quando atribuem características negativas (“incômodo”; “odor fétido”), estas não são necessariamente “sintomas” como geralmente ocorre no outro grupo. Geralmente são queixas pelas restrições de hábitos ou alterações higiênicas:

*“Um incômodo horrível cê ficar se trocando sempre, não poder pôr roupa branca (...)”* (Rosa, 23, auxiliar.)

Ainda que haja queixas, no grupo das auxiliares a menstruação aparece relacionada de fato à rotina e à “natureza” da mulher. Em geral, o incômodo que acompanha o sangramento é representado como “característica” e não como um “sintoma”. A menstruação parece um evento mais corriqueiro, mais rotineiro, do que no outro grupo:

*“(...) o seio fica mais duro.”* (Vitória, 49, auxiliar.)

É interessante observar através dessa fala que o inchaço dos seios geralmente tratado como sintoma físico é referido aqui simplesmente como característica do processo que antecipa a menstruação, ou seja, o evento não é assimilado pela

entrevistada à teia das práticas e conhecimentos médicos normatizados sobre o corpo feminino. Em suas descrições, as enfermeiras usam o termo “mamas” e esta auxiliar usa “seio”. Entende-se que “mama” é o termo médico-técnico e seio é mais comum nas outras esferas sociais.

Esses dados enriquecem a tese de que a medicalização do corpo feminino influi mais na visão das enfermeiras do que na das auxiliares. As enfermeiras se utilizam mais de uma visão técnico-científica para perceber, compreender e significar as próprias experiências corporais. Utilizam também a linguagem técnica traduzindo como sintoma características não apreciadas.

### 8.3 Normalidade

No grupo das auxiliares predominam as referências à normalidade (ainda que apareçam queixas em diferentes sentidos): “sangramento normal”, “coisa normal da mulher”. Aparecem ainda sentidos de saúde e fertilidade ou feminilidade e prazer relacionados à menstruação:

*“Ah, eu gosto de menstruar (...) pra mim é bom menstruar todo mês. (...) A gente fica mais sensível, mais sentimental, mais apaixonada (...).”* (Camila, 30 auxiliar.)

Esse tipo de conotação positiva foi observado entre as enfermeiras apenas quando apresentaram respostas genéricas, o que, conforme já foi dito, ocorreu com bastante frequência. Apareceram sentidos de naturalidade, normalidade, e a menstruação como sendo intrínseca à mulher enquanto ser biológico, à mulher abstrata e não a elas mesmas:

*“É natural, é algo fisiológico. Normal!”* (Esmeralda, 35, enfermeira.)

*“É fundamental, é bom...”* (Cássia, 36, enfermeira.)

*“Eu acho que é uma necessidade, eu acho que a mulher tem (...) é uma coisa natural que Deus fez.”* (Sofia, 36, enfermeira.)

No grupo das auxiliares ressalta-se ainda a questão da regularidade e frequência (referenciais bastante utilizados) enquanto tranqüilidade. São comuns as menções a datas e durações:

*“(...) fica sangrando 3, 4 dias pra mim. Normal! (...) eu sangrei 4, 5 dias. Sangramento normal.”* (Vitória, 49, auxiliar.)

*“Foi há uns 10 dias atrás... Acho que foi como todos os outros (períodos), normal, né.”* (Camila, 30, auxiliar.)

Ao contrário das enfermeiras, as auxiliares geralmente enfatizam a própria opinião ou as próprias experiências:

*“Não queria (menstruar). Não quero. Não gosto.”* (Célia, 35, auxiliar.)

*“Eu gosto de menstruar!”* (Camila, 30, auxiliar.)

*“Não é uma coisa que me incomoda. Não é uma coisa que eu goste de estar nem é uma coisa que eu odeie estar.”* (Ana, 35, auxiliar.)

Assim como na questão da gestação, observa-se que o grupo das enfermeiras responde geralmente de forma menos pessoal tratando a menstruação enquanto característica potencial da mulher. Dessa forma, a menstruação é valorizada positivamente mesmo quando a entrevistada sofre de problemas e sintomas físicos bastante desagradáveis, conforme relatado por elas próprias. No grupo das auxiliares as respostas são referentes às experiências vividas. Neste grupo a valorização conferida à menstruação é mais congruente com a vivência: as entrevistadas que têm problemas menstruais costumam referir-se a ela negativamente e as que não têm experiências desagradáveis referem-se de forma mais positiva, enquanto normalidade, regularidade e afirmando neutralidade ou gosto por menstruar.

Ainda que auxiliares possam atribuir significados ou sentimentos contraditórios à menstruação, essa ambivalência é mais arraigada no grupo das enfermeiras. Acredita-se que seja, ao menos em parte, derivada da medicalização sobre o próprio corpo que chega ao ponto de alienar a representação da experiência vivida: se por um lado é visto como “natureza da mulher” (impessoal), por outro, e este mais relacionado às próprias vivências, é associado a uma série de sintomas e

queixas físicas que aproximam a menstruação a um estado de suspensão da saúde e bem-estar rotineiros e, dessa forma, da doença.

#### 8.4 Saúde

A partir das respostas emitidas pelos dois grupos tem-se a hipótese de que os sentidos de saúde e bom funcionamento orgânico sejam atribuídos essencialmente nos casos onde a entrevistada não menstrue ou esteja se havendo com a possibilidade premente de não mais menstruar por indicação médica (ainda que temporariamente, através do uso de hormônios, como é o caso de uma delas), quer por quadros clínicos (que em dois casos levaram à retirada do útero), quer pela aproximação da menopausa:

*“(...) não sentir os sintomas da menopausa (...) pelo menos ta menstruando, os hormônios tão em dia.”* (Vitória, 49, auxiliar.)

*“Eu sabia que as coisas tavam assim... que o organismo tava em dia. Que não tinha nada de errado.”* (Ametista, 40, auxiliar.)

*“Saber que meu corpo tava saudável... que eu era uma pessoa saudável.”* (Jéssica, 40 enfermeira.)

*“(...) é bom saber que ta funcionando... seu ciclo, seus hormônios.”* (Cindy, 33, enfermeira.)

A iminência da supressão do sangramento parece despertar o sentimento de perda de saúde e da normalidade representada pela regularidade menstrual. Frente à possibilidade de não mais menstruar, a valorização positiva do sangramento aumenta.

#### 8.5 Fertilidade

A correlação entre a fertilidade, a concepção e o sangramento menstrual é percebida já entre as culturas primitivas. Associações entre o sangue menstrual e a formação do feto são comuns na literatura antropológica, conferindo uma suposta

fertilidade ao sangue menstrual em si considerado matéria-prima para a formação desse feto (Sardenberg, 1994).

Entre as entrevistadas a relação entre a fertilidade feminina e a menstruação aparece também nos dois grupos, porém de forma diferente em cada um deles. Sugere que a importância da menstruação enquanto fertilidade varia conforme os projetos de ter filhos ao longo da vida e a presença ou ausência de vida sexual ativa.

Percebeu-se maior correlação entre a observação da frequência menstrual e a fertilidade imediata (mensal) no grupo de auxiliares. Quando questionadas sobre o lado bom de menstruar responderam como segue:

*“Antes da laqueadura era saber que não estava grávida.”* (Sônia, 45, auxiliar.)

*“Saber que não está grávida e ficar despreocupada, mais solta.”* (Ana, 35, auxiliar.)

Duas auxiliares não souberam precisar quando fora o último período menstrual. Uma alegou não ter certeza da data porque não tem vida sexual ativa e, portanto, não presta atenção. A outra alegou não prestar atenção porque deseja engravidar. Nessas duas respostas subjaz a noção da observação da frequência dos períodos atrelada ao uso de método contraceptivo. Ou seja, atentar para a regularidade menstrual só seria necessário para evitar uma gestação. A importância da frequência menstrual seria mediada pelo desejo de não engravidar e, neste sentido, seria indireta. Compreende-se esse sentido imediatista e, de certa forma, essa menor importância ao considerar-se que na grande maioria dos casos, as auxiliares não pretendem ter mais filhos porque já tiveram o número desejado ou mais que isso. A fertilidade potencial foi concretizada através desses filhos já nascidos.

Já para as enfermeiras, mesmo não havendo necessidade contraceptiva, o controle da frequência menstrual se mantém. A importância maior da regularidade menstrual não está atrelada à questão da contracepção, mas à fertilidade potencial em suas vidas:

*“(...) é muito importante (menstruar) porque é como se isso garantisse que eu ainda posso ter filhos. Muito legal!”* (Esmeralda, 35, enfermeira.)

A frequência da menstruação parece ser importante em si para o grupo das enfermeiras. Isso talvez seja explicado em grande parte pelo número de profissionais entrevistadas sem filhos entre elas. Conseqüentemente, a fertilidade potencial talvez tenda a ser mais importante nesses casos onde o projeto (ou o sonho) de ser mãe ainda não se concretizou.

Uma das enfermeiras é hysterectomizada e outra está em menopausa (entrou precocemente por volta dos 34 anos) há aproximadamente dez anos e menstrua através de reposição hormonal.<sup>5</sup> Dentre as auxiliares apenas uma é hysterectomizada. As demais afirmaram menstruar regularmente.

## 8.6 Feminilidade

A associação da menstruação ao “sentir-se mais mulher” é bastante recorrente, especialmente no grupo das auxiliares, denotando a correlação desse evento com o sentimento de identidade feminina ou feminilidade:

*“Então, essa é uma das diferenças entre o homem e a mulher, né, uma característica da mulher é a menstruação. Se você tá menstruando, você sente que é mulher, né. Então eu acho que ter essa parte, você aceitar de ter essa parte... Feminilidade. Feminilidade sua mesmo (...)”* (Sol, 38, enfermeira.)

*“Ah, a gente se sente mais mulher, né.”* (Vitória, 49, auxiliar.)

*“Eu gosto de menstruar. Eu acho que a gente fica mais sensível, a gente se sente mais mulher mesmo. Não sei, me dá uma sensação boa. (...)”* (Camila, 30 auxiliar.)

Os dois grupos significam a menstruação enquanto feminilidade, não apenas enquanto diferencial homem-mulher, mas como fonte de valorização feminina. Menstruar assume um significado de poder e de potência, como se a mulher que menstruasse tivesse mais valor social (“fosse mais mulher”) do que a mulher que não menstrua. Neste sentido fica subentendida a noção de juventude associada ao poder e à potencia:

---

<sup>5</sup> O fato do sangramento não ser uma menstruação natural não pareceu importante para a entrevistada, portanto a questão do termo técnico correto ser ou não “menstruação” foi considerado irrelevante.



*“Me sentia mulher... que é uma coisa que os homens não têm. Então, me sentia muito mais valorizada.”* (Jéssica, 40, enfermeira.)

*“Menstruação é vida, é... você se sentir mais mulher (...) Prefiro sangrar até morrer. (Risos pelo trocadilho e o duplo sentido da expressão que se refere ao “envelhecimento” sinalizado pela suspensão da menstruação.)”*(Ana, 35, auxiliar),

Pode-se afirmar que a menstruação garante capital simbólico à mulher que apresenta tal função e isso não varia conforme as categorias socioculturais pesquisadas.

A condição do exercício potencial dos eventos ou funções fisiológicos femininos garante à mulher um poder maior dentro de sua condição de gênero.

### **8.7 Restrições, recolhimento e o cuidar de si**

O grupo das auxiliares menciona a questão do descanso no período menstrual. Juntamente com o voltar a atenção para si própria nesse período obtém-se no grupo o tema da introversão, do voltar-se para si e ter menor disponibilidade para as tarefas rotineiras, sugerindo uma intensificação do auto-cuidado, do resguardar-se do “mundo lá fora”:

*“(...) de você estar prestando mais atenção a você, né, porque é uma hora que você acaba até se preocupando mais com você, você sabe que tem uma coisa sua, você tem que ir lá, tem que trocar o absorvente, né, tem que ficar... ficar se cuidando mais, que a gente acaba, né, quase não olhando pra gente às vezes, né, e nessa hora você não tem outra opção, você tem que estar indo, tá fazendo, estar cuidando, eu acho que é isso.”* (Camila, 30, auxiliar.) Camila trabalha como diarista, mantém um segundo emprego como plantonista e tem dois filhos pequenos;

*“O lado bom é que eu descanso mais.”* (Célia, 35, auxiliar.)

Para as enfermeiras, o cuidar-se envolve em grande parte a medicalização: utilizam analgésico (enquanto que as auxiliares descansam) e passam pelas consultas de rotina com o ginecologista ainda que não haja demanda presente, conforme se constatará ao final do capítulo.

Boa parte das entrevistadas dos dois grupos menciona uma lentificação do ritmo e uma alteração na qualidade das tarefas desempenhadas sugerindo maior autocuidado e certo resguardo associados ao mal-estar físico (“cansaço”, “vontade de ficar deitada”, “diminuição da disposição”, “dor” foram características citadas nos dois grupos). Houve referências a abster-se de relacionamento sexual (melhor explorada adiante) e uma tendência a evitar assumir compromissos, inclusive postergação de passeios e outras formas de lazer, a fim de poder descansar.

As respostas dos dois grupos apontam no sentido de um certo recolhimento e do preservar-se, não se expor. “Não lavar os cabelos”, “tomar menos gelado” e “não andar descalça” foram exemplos mencionados de cuidados. Derivam, aparentemente, de costumes observados em gerações anteriores a das entrevistadas, de acordo com as crenças e conhecimentos médicos que vigoravam à época. Essa questão será mais explorada no capítulo X.

Conforme colocado anteriormente, no grupo das enfermeiras notou-se um maior aborrecimento frente aos comportamentos alterados em função da diminuição do ritmo ou de restrições relativas ao período menstrual e ainda o uso de medicação para eliminar desconfortos físicos. O grupo das auxiliares tende a encarar essas alterações de forma indiferente (“não me aborreço”, “não me incomoda”) ou até de forma positiva, conforme os casos acima citados, onde as entrevistadas aparentemente despendem mais tempo consigo mesmas. A maior relutância das enfermeiras em recolherem-se e o apelo aos medicamentos parecem corresponder aos valores sociais implícitos na visão medicalizada atual e à maior colonização dessa visão sobre o corpo em sua categoria.

### **8.8 Higiene e velamento do sangue**

Chama a atenção a recorrente menção à intensificação dos hábitos de higiene nos dois grupos:

*“Ah (suspiro), tomo muito banho.”* (Cindy, 33, enfermeira.)

*“Você passa mais tempo no banheiro.”* (Sol, 38, enfermeira.)

*“Ter que tomar banho a toda hora.”* (Célia, 35, auxiliar.)

*“A gente fica mais bonita, acho mais cheirosa, até por tomar mais banhos, estar se arrumando toda hora.”* (Camila, 30, auxiliar.)

Observa-se um cuidado intenso relativo à higiene e uma preocupação quanto aos cuidados com o absorvente higiênico (seu uso, a necessidade de trocá-lo freqüentemente e o risco que vaze) e o receio de manchar a roupa. A esse “trabalho” higiênico é atribuído um tom enfadonho. O nível de atenção dispensado ao absorvente parece estar associado à preocupação em que ele vaze.

É consenso que o sangue menstrual deve ser escondido, não deve ser visto. O próprio estado “estar menstruada” deve, em nossa sociedade, ser velado e geralmente é associado a um estado emocional alterado negativamente (preocupação, tensão e aborrecimento).

Deixar transparecer que se está menstruando parece ser algo imensamente constrangedor, vergonhoso, indecoroso. Esse tema é recorrente nas descrições relativas à primeira menstruação e será aprofundada mais à frente.

### **8.9 Abstinência sexual**

Assim como ocorre em outras esferas, o isolamento e o recolhimento tangem as práticas sexuais. Entretanto, crê-se que a visão negativista do feminino aparece aqui de forma mais evidente através das significações atribuídas ao sangue feminino e onde o homem entraria em contato físico direto com esse sangue.

Por consenso do casal ou não, as práticas sexuais são quase sempre evitadas no período menstrual, conforme as entrevistadas afirmam. Apenas uma das profissionais relata manter esse tipo de relacionamento durante o sangramento.

Quando questionadas, a maioria das enfermeiras afirmou que o parceiro vê a menstruação com naturalidade. Geralmente as que não mantêm vida sexual ativa (três delas) não souberam precisar. Destas, duas dizem que elas próprias não gostariam de ter relações sexuais no período menstrual, pela “sujeira”.

Uma boa parte dos parceiros das enfermeiras sexualmente ativas é vista como se opondo a manter práticas sexuais no período menstrual:

*“Eles (ex-parceiros) achavam nojento (...) eu insistia porque me dava o maior prazer.”* (Flor, 44, enfermeira.)

*“Ele não gosta muito de sangue (risos).”* (Sofia, 36, enfermeira.)

*“Ele não aceita assim, relação sexual... quando eu tô menstruada, penetração. Isso eu também nem vou me sentir confortável.”* (Cássia, 36, enfermeira.)

Em outros casos a própria enfermeira se recusava ao relacionamento mas acreditava que os parceiros aceitariam:

*“Ah, incomoda ...um certo nojo (...) eu aprendi que diminui a flora bacteriana (...) também fica uma coisa assim desagradável, né, pode sujar (...) sujo de sangue...”* (Jéssica, 40, enfermeira.)

*“Eu não gosto, eu acho... é uma meleca!”* (Irani, 42, enfermeira.)

Para uma parcela dos grupos o parceiro não aceita, mas elas aceitariam se ele também quisesse:

*“Ele nem podia chegar perto.”* (Esmeralda, 35, enfermeira.)

*“(...) dou o sinal vermelho porque sei que ele não gosta.”* (Camila, 30, auxiliar.)

A grande maioria do grupo das auxiliares afirma não manter prática sexual no período menstrual por decisão própria:

*“Acho muito nojento.”* (Célia, 35, auxiliar.)

*“É um incômodo, sujeira, né. Acho meio anti-higiênico. (...) Ele não chega perto, nem chega muito perto.”* (Rosa, 23, auxiliar.)

Independente de quem no casal faça a opção, o fato é que quase todas se abstêm de manter relacionamento sexual durante o período menstrual. A própria entrevistada que afirma manter relações se refere a antigos parceiros que se negavam a tê-las e a outras épocas de sua vida em que ela também não aceitava.

Apesar disso há relatos de aumento do desejo sexual no período menstrual ou da “paixão” de forma geral. Uma dessas entrevistadas faz reposição hormonal e

associa imediatamente isso ao fato de menstruar. Afirma que através disso “voltam as sensações normais” e recupera o desejo de ter um relacionamento amoroso “tipo alma”. Se não menstrua (porque deixa de usar os hormônios), percebe diminuição do desejo sexual, perda da vaidade e do desejo de ter esse relacionamento romântico.

Mesmo quando a entrevistada afirma que aceitaria o relacionamento sexual no período parece que essa possibilidade, na grande maioria dos casos, jamais é aventada. É como se houvesse uma regra maior implícita proibitiva embasando a abstenção ainda que a mulher possa sentir a intensificação do desejo sexual ou da paixão sensorial de modo geral.

A “sujeira”, a “meleca”, o “nojo” que o sangue provoca, aparecem como justificativa presente em quase todas as respostas negativas. A aceitação da abstinência sexual no período ou a recusa em manter relações parecem manter e se embasar na visão de que o sangue menstrual é impuro (“sujo”, “nojento”, “melecoso”), além de possíveis outras conotações não-conscientes relacionadas aos aspectos simbólicos desse sangue.

Os comentários em duas das entrevistas sugerem um mal-estar relativo à rejeição do parceiro a algo que é delas e que eles ou elas próprias possam julgar “sujo”, “nojento” ou “melecoso”. Observa-se essa questão, por exemplo, no seguinte trecho da entrevista de Cássia:

*“C<sup>6</sup>- (...) é muita, como é que eu posso dizer, não é sujeira... mas é muito... é desconfortável, eu acho, sangue (...)”*

*P - Você acha que não é sujeira?*

*C – Não. Acho que é... é lambuzeira mesmo.*

*P – Você acha que tem diferença entre sujeira e lambuzeira?*

*C – Eu acho que tem. Sujieira é alguma coisa que dá nojo, não é?*

*P – E a lambuzeira?*

*C – E a lambuzeira é lambuzar tudo, lençol, você vai ter que limpar tudo e fazer tudo.*

*P – Não é uma coisa suja?*

---

<sup>6</sup> “C” – Cássia e “P” – pesquisadora.

*C – Não. E eu acho que eu nem aceitaria se ele achasse que fosse uma coisa suja (pausa de 3 segs.). Se ele acha, ele não me fala, porque se ele falar eu acho que eu vou achar... porque é uma coisa minha, né...*

*P – Você não gostaria que ele achasse suja?*

*C – Não, não gostaria (...) É que eu ouço de algumas amigas que tem homens que nem chegam perto da mulher porque acham nojento e eles verbalizam isso, né: ‘Ah, tá menstruada, é muito nojento.’ Eu não gosto, se ele pensa isso, eu não gostaria que ele me falasse dessa forma, entendeu?*

*P- Por quê?*

*C – Porque... porque ele não tá aceitando uma coisa que é minha mesmo (pausa de 3 segs.) A gente não aceita o esperma, que é um pouco parecido (...) Por que que a mulher tem que aceitar e eles não?” (Cássia, 36, enfermeira.)*

No trecho transcrito também se ressalta uma diferenciação entre o que é sujo e o que “lambuza” sem ser sujo em si que será aprofundada no capítulo final.

É importante destacar o fato de que as duas categorias pesquisadas procedem de forma muito parecida com relação a evitar a sexualidade no período menstrual.

### **8.10 Purificação**

No grupo das enfermeiras o alívio dos sintomas físicos e emocionais aparece englobando uma imagem de purificação onde o escoamento sangüíneo não ocorreria simultaneamente ao alívio desses sintomas, mas seria sua causa em si:

*“Ah, eu sinto como se limpasse... limpasse o corpo... vai aliviando a TPM, parece que volta ao normal.” (Sofia, 36, enfermeira.)*

*“(...) Quando menstruo me sinto bem. Esses sintomas vão embora.” (Cássia, 36, enfermeira.)*

O sangue escoado carregaria consigo para fora do organismo uma série de males e possíveis impurezas aparentemente associadas ao sangue retido. O alívio dos sintomas viria da “limpeza” e não das flutuações hormonais mencionadas pela literatura fisiológica, supostamente conhecida pelo grupo.

O seguinte comentário de uma auxiliar também apresenta a idéia da purificação associada ao sangramento pós-parto. A imagem deste é a de um sangue que ficou estagnado durante a gestação que agora está sendo posto para fora através da ferida mencionada:

*“(As pacientes) Perguntam se o sangramento delas agora é menstruação. A gente explica que é uma ferida que tá cicatrizando, que tá botando a sujeira pra fora, né,...”* (Sônia, 45, auxiliar.)

Essa resposta sugere que na explicação dada pela profissional à paciente se misturam o conhecimento médico (“o sangramento atual não é menstruação”) e a fantasia sobre o sangue impuro.

Esse tipo de representação está presente nas duas categorias profissionais independente das diferenças entre os níveis socioeconômicos ou de escolarização. Ou seja, ainda que tenham acesso às informações científicas componentes de seu campo profissional, aparecem nas representações das diferentes categorias elementos “fantasiosos” derivados de concepções arcaicas e que outrora compuseram o corpo de conhecimentos da medicina:

*“Essa agitação acontece em cada quatro semanas com a expulsão de todos os restos e coisas mortas. (...) Esta expulsão tem a finalidade de não deixar nada morto ali onde o homem deve ser concebido para nascer. (...) A menstruação é então uma confluência de coisas excrementícias que vão parar na matriz para morrer nela e daí serem expulsas em seguida.”* (Paracelso, 1566, anexo C.)

*“(...) devemos suspeitar de alguma malignidade oculta no sangue menstrual; é assinalada não só com o nome de excreção como também de secreção, realizada devido à benéfica obra de certa fermentação, por nós ignorada, de partículas salinas e de todos os gêneros, que, despedidas pelo corpo, vão ter às glândulas do útero.”* (Ramazzini, 1700.)

É possível observar novamente que muitas vezes o requinte das informações científicas ou da assimilação da medicalização sobre o corpo desvanece frente a sentimentos e idéias arraigados e pouco conscientes para os dois grupos.

### 8.11 O que se conversa sobre menstruação

Assim como o sangue menstrual deve ser oculto, também o tema da menstruação não costuma ser freqüente em situações sociais. Ao contrário do que acontece com a gravidez, a amamentação, o parto e a própria sexualidade que costumam ser assunto nas “rodinhas” de amigas, a menstruação e a menopausa geralmente permanecem confinadas ao âmbito medicalizado: sintomas, queixas, enfim, incômodos diversos. Parece ser politicamente incorreto perceber e principalmente partilhar qualquer satisfação com a menstruação ainda que, principalmente para as auxiliares, ela tenha sido observada na experiência vivenciada individualmente. Não há espaço social para o tema da menstruação, que, seguindo a linha das propagandas de absorventes, deve ser dissimulada em “protetores” higiênicos discretíssimos e descartáveis que abreviam e minimizam o contato com o sangue a fim de ignorar o período da melhor forma possível.

Conforme as respostas dos dois grupos, os comentários sobre a menstruação entre as mulheres em situações sociais são raros e se limitam geralmente a queixas referentes aos sintomas, ao desprazer e à conveniência de não menstruar.

Aparentemente o saber médico assimilado pelas mulheres acerca do tema vem ditando padrões de referência ao assunto e conformando suas falas em situações rotineiras e informais. Além dos sintomas e outras queixas tem-se falado, segundo as entrevistadas, sobre a divulgação da proposta da suspensão da menstruação via hormônios:

*“Olha, tem umas que não gostariam de menstruar. Falam: ‘Ah, porque tem um médico agora que tá na televisão falando que a mulher não precisa menstruar.’ Tem umas que falam: ‘Ah, eu não gostaria de menstruar.’ Mas outras... outras... normal. Aqui, por exemplo, minhas colegas, a gente, falam: ‘Ah, hoje eu tô com cólica’. Então a gente já sabe que ela não tá bem, a gente procura ajudá-la mais, né.”*  
(Talita, 39, auxiliar.)

A medicação hormonal aparece com imenso poder para resolver os transtornos que a menstruação possa representar:



*“Algumas... algumas casadas se sentem incomodadas porque não podem ter relação sexual porque o marido não aceita. Já vi algumas tomando medicação, principalmente as que namoram, né... Tomam medicação porque vai encontrar o namorado... Eu particularmente acho isso um absurdo.”* (Cássia, 36, enfermeira.)

*“Uns falam que é bom menstruar. Outros, que é desnecessário, tem medicamentos que cortam totalmente. Uns contra, outros a favor.”* (Ametista, 40, auxiliar.)

Com relação à imagem da menstruação divulgada pela mídia no grupo das enfermeiras há menção às propagandas de medicação para cólicas e de absorventes higiênicos e à TPM em metade das entrevistas. Esse fator parece reafirmar para esse grupo a importância e o espaço dos produtos médico-farmacológicos (acrescidos dos de higiene).

No grupo das auxiliares também há referências às conversas sobre queixas menstruais e aos sintomas físicos, mas estas aparecem de forma mais difusa (e não há referências a medicamentos), enquanto que entre as enfermeiras os sintomas aparecem organizados sob a sigla TPM, que é uma designação oferecida pela medicina ao agrupá-los. Novamente o grupo das auxiliares aparenta maior distanciamento dos produtos, dos saberes e discursos médicos em seus cotidianos.

### **8.12 Hábitos e frequência às consultas ginecológicas**

É possível observar uma diferença acentuada entre os grupos no que se refere às práticas de consultas médicas e exames.

No grupo de enfermeiras encontra-se maior frequência de consultas anuais, sugerindo que essa categoria atribui maior importância aos exames de rotina. Nas auxiliares aparentemente as consultas ocorrem de acordo com a necessidade premente. Esse padrão talvez esteja associado à hipótese da atenção ao corpo ser mais frequente entre as categorias com níveis socioeconômicos mais altos, justamente quando o corpo não é usado diretamente para a produção (Boltanski, 1989). Isso faria com que lhe fosse dada maior importância ainda que não haja a presença de uma demanda. Além disso, poderia-se associar o aspecto da assimilação do discurso médico que recomenda a execução de exames de rotina periodicamente.

Na grande maioria dos casos as entrevistadas se consultam com médicos que atendem nas próprias instituições onde trabalham e tendem a preferir o acompanhamento de um mesmo profissional na medida do possível.

Uma das enfermeiras afirmou se consultar conforme a frequência de sua atividade sexual. Segundo ela:

*“A mulher é mais predisposta (a ter algum problema ginecológico) se tem uma vida sexual mais freqüente.”* (Sol, 38, enfermeira.)

Essa resposta sugere uma identificação da sexualidade à impureza que traz doenças e a interferência da medicina sobre o corpo da mulher, novamente mais importante no grupo das enfermeiras.

### **8.13 Interrupção voluntária da menstruação**

Foi perguntado diretamente às entrevistadas se interromperiam suas menstruações voluntariamente. Acredita-se que a adesão ao método hormonal de supressão do sangramento proposto por Elsimar Coutinho (1996) e amplamente divulgado pela mídia represente até o momento uma das mais importantes formas de adesão à visão medicalizada sobre o corpo feminino no que se refere à menstruação.

Observou-se inicialmente que nem todas as profissionais em cada grupo possuíam informação, ainda que superficial, referente a tal proposta. Várias mencionaram não ter ouvido falar sobre o tema.

Entre as enfermeiras que sempre mantiveram postura mais queixosa, ou melhor, visão da menstruação como fonte de sintomas, obteve-se a seguinte afirmação:

*“As mulheres, vamos supor algumas mais modernas e as modelos, né, que menstruam, né? Então, não é uma coisa obrigada, porque antigamente você não tinha opção. (...) A medicina evoluiu para esse lado.”* (Cindy, 33, enfermeira.)

Ainda que esse tipo de colocação não tenha sido freqüente mesmo entre elas (enfermeiras), acredita-se que seja bastante importante e significativa. A supressão

da menstruação pode ser considerada como avanço e sofisticação tecnológica, libertação das imposições da Natureza e, nesse sentido, libertação feminina do “castigo” bíblico. Aparece ainda sua associação ao exponencial de beleza imensamente valorizado “modelo” e da modernidade “as mais modernas”, ou seja, referências que sugerem alto valor simbólico à potencial usuária do método hormonal.

Num contexto onde a menstruação não tem espaço social positivo e o prazer relativo a ela não deve ser compartilhado com outras mulheres e menos ainda com os homens, a medicação que inibe ou controla a menstruação pode satisfazer o eterno desejo do Homem em controlar a Natureza. Mais que isso, se a mulher que menstrua pode ser vista como suja, lasciva, inconstante ou privada de seu juízo perfeito (como sugere o senso comum e o discurso médico referente à TPM), a supressão menstrual conferiria à mulher uma característica asséptica bastante desejável socialmente.

Entretanto, surpreendentemente, enfermeiras e auxiliares responderam a essa questão de forma bastante semelhante. Apesar do método ter sido bastante citado nas entrevistas, todas as entrevistadas negaram aceitar suspender suas menstruações através dele:

*“Eu gosto de ser normal. Eu gosto de ser mulher com todos os direitos de mulher!”*  
(Vitória, 49 auxiliar.)

*“(a entrevistada afirma inicialmente que gostaria de suspender sua menstruação a fim de evitar sintomas desagradáveis) mas eu fico com medo porque às vezes eu penso assim: ‘é a natureza, a natureza faz tudo certinho’...”*(Talita, 39, auxiliar.)

*“a menstruação é uma coisa natural, embora às vezes a gente não aceite ela.”*  
(Rosa, 23, auxiliar.)

*“(...) deixaria passar os anos. Se as pesquisas provassem que não desse efeito colateral grave...”* (Jéssica, 40, enfermeira.)

*“(A entrevistada assume inicialmente que gostaria de deixar de menstruar porque tem diversos sintomas desagradáveis) Mas eu tenho medo, assim, eu não conheço o suficiente. Eu tenho medo de mexer com o corpo... Eu acho que é mexer demais com a sua natureza.”* (Irani, 42, enfermeira.)

A representação da menstruação enquanto “natureza” da mulher parece predominar acima de todas as vivências classificadas como ruins ou sintomáticas das entrevistadas, inclusive para aquelas que têm indicação clínica de suspensão da menstruação por endometriose ou miomas e foram aconselhadas por seus médicos a deixar de menstruar. Uma das entrevistadas chega a mencionar o argumento apresentado na mídia pelos médicos que defendem o método acima citado: menstruar não seria natural na frequência em que menstruam as mulheres das sociedades contemporâneas que utilizam os métodos anticoncepcionais (por exemplo, Coutinho, 1996). Mesmo conhecendo essa explicação, ou seja, tendo essa informação, a entrevistada ainda entende que o natural é menstruar:

*“(...) pra mim isso é o normal (...) pra mim isso é o natural.”* (Esmeralda, 35, enfermeira.)

A única entrevistada que utiliza pílulas para não engravidar refere ainda nessa questão sua não-satisfação com esse método anticoncepcional por afetar o ciclo menstrual natural.

Desperta a atenção dois fatores relativos ao uso da pílula anticoncepcional: primeiro, o fato de apenas uma entre as 16 mulheres fazer uso do método atualmente. Segundo, o fato de a grande maioria já ter usado mas tê-lo abandonado. Mesmo entre essas mulheres, profissionais de saúde, tão próximas das práticas médicas normatizadas sobre o corpo feminino, a proposta técnica do possível controle hormonal esbarra nos valores relativos à “natureza da mulher”.

Há a idéia generalizada de que os hormônios têm efeitos imprevisíveis e que podem alterar o funcionamento do organismo de forma indesejada. Há uma percepção ou avaliação de que o uso desses hormônios não é totalmente controlado e que os conhecimentos atuais são insuficientes para haver um consenso dentro da própria medicina.

Se, por um lado, a opção em deixar de menstruar significa liberdade (conforme discutido acima), no outro extremo menstruar é avaliado como “direito” da mulher. Esta parece ser uma questão importante e variar conforme a posição e os interesses da própria menstruante.



## Capítulo IX MENARCA

Conforme visto no capítulo anterior, existem diferenças nas representações da menstruação entre auxiliares e enfermeiras. Porém, no que tange às vivências da menarca ou das primeiras menstruações, essas diferenças são especialmente marcantes.

No grupo das auxiliares observou-se a prevalência de sentimentos positivos. A chegada da menstruação é mais comumente tida enquanto um evento importante, esperado e significativo e é vivenciado de forma mais tranqüila. As mudanças trazidas pela menstruação são vistas num sentido de desenvolvimento positivo:

*“Ah, eu fiquei muito feliz a primeira vez que, como eu falei, eu queria menstruar. Eu tava morando com a minha irmã (...). Ela gostava muito de lençol branco, então, apesar de morar na roça, a roupa de cama dela era branca, mas era toda branquinha. Só sei que eu levantei de manhã... Tinha uma, uma camisola de florzinha branquinha também. Eu levantei de manhã, tava toda ensopada: o lençol branco dela, a minha camisola, e não senti.”* (Talita, 39, auxiliar.)

*“Eu acho que a gente se sente mais mulher, né, já acha que já é mocinha.”* (Camila, 30, auxiliar.)

*“Meu corpo era muito miudinho, muito magrinha, aí eu comecei a desenvolver um pouco mais.”* (Sônia, 45, auxiliar.)

*“Senti que eu tinha, tava ficando mais velha porque tava menstruando (risos). Porque minha mãe falava assim: ‘Aí você vai ficar moça, toda moça, o que, que diferença tem moça e menina? Porque menstruou. Então já é moça.’ Então eu sabia que era moça porque tinha menstruado.”* (Vitória, 49, auxiliar.)

No grupo das enfermeiras, mesmo havendo um conhecimento prévio desse evento, a primeira experiência é relatada geralmente como “traumática” e inesperada:

*“Não foi muito bom porque eu não sabia o que estava acontecendo, minha mãe não tinha me explicado. Tenho duas irmãs. Eu tinha visto Modess, mas eu perguntava o que era e elas falavam que eu saberia quando chegasse a minha hora... E aí eu tava na 7ª série... Eu tava voltando da escola com uma calça bege e aí tinha manchado toda minha calça. Eu pensei que eu tivesse me machucado, que tivesse doente. Mas eu não tava sentindo dor nem nada. Eu fiquei meio com medo (...)”* (Sofia, 36, enfermeira.)

*“(...) não foi muito tranqüilo, não...era algo que me causava incômodo (...) eu ficava constrangida, sim, imagina eu com cinco homens em casa (irmãos) e só eu de mulher, né.”* (Sol, 38, enfermeira.)

*“Ah, assustada! Eu assustei porque minha mãe, a minha mãe não me esclareceu nada (...) Quando não vinha (o sangramento) eu ficava assim ‘pra quem eu vou falar? Pra quem vou falar que não tá vindo?’”* (Flor, 44, enfermeira.)

Esse grupo (das enfermeiras) demonstra, na grande maioria das vezes, sentimentos de preocupação, cuidado, medo e limitação no que concerne ao velamento da menstruação, como visto no capítulo anterior:

*“Foi só a minha mãe que soube. Era tudo escondido em casa.”* (Flor, 44, enfermeira.)

*“Só a minha mãe que soube (...)Eeu tinha vergonha também, né, do meu pai (...) Era uma falta de respeito se ele soubesse, uma vergonha.”* (Jéssica, 40, enfermeira.)

Esse sigilo também é bastante mencionado pelas auxiliares. Entre as enfermeiras aparecem diversos relatos de susto, vergonha e desorientação sobre o que estava acontecendo, bem como a aura de mistério e tabu na própria família. Todas essas falas se remetem a um estado de maior tensão e atenção com relação ao sangramento para que não fosse evidenciado e nem o estado menstrual em si, e ainda com relação aos cuidados no comportamento geral e também no sexual:

*“Você procura se comportar mais como uma mocinha (...) fica mais limitada nos seus movimentos (...) menos moleca.”* (Jéssica, 40, enfermeira)

*“O desejo sexual aumentou (risos) (...) Tinha muito tabu naquela época e o medo predominava.” (Flor, 44, enfermeira.)*

*“Acho que tem essa preocupação, né, a data que vai menstruar; ficar preocupada, andar com Modess, né, esse tipo de coisa... que tem até hoje (risos).” (Sofia, 36, enfermeira.)*

*“Eu acho que eu tinha medo de sujar a roupa, da menstruação chegar e eu não saber quando. Eu lembro que eu tinha um certo receio disso (...) a preocupação em esconder.” (Irani, 42, enfermeira.)*

Observa-se nessas falas uma tentativa de prever e controlar o sangramento sugerindo um sentimento de vulnerabilidade e vergonha, de sentir-se exposta e constrangida, desproporcionais (de certa forma), a ter a roupa manchada. Se por um lado a menstruação evidencia a sexualidade potencial da menina que virou mulher, por outro, acredita-se que outras dimensões transcendentais à sexual interferiram nessa representação. O sangue menstrual, assim como o do parto, por exemplo, é relatado na literatura contendo diversos simbolismos e despertando emoções e sentimentos irracionais, conforme mencionado no capítulo anterior. Além dos significados culturais do sangue, a imagem da mulher na sociedade e as normas advindas das relações de gênero também são responsáveis por esses sentimentos negativos e limitantes.

De maneira geral, nos casos onde se relata uma experiência de medo ou constrangimento e prevalece a caracterização de uma vivência desagradável, observam-se sentimentos de desamparo e receios e especialmente de solidão e sofrimento, nos dois grupos:

*“Foi muito ruim, muito ruim... Me pegou de surpresa, eu estava brincando (...) e, assim, senti alguma coisa estranha. Achei até que eu tava fazendo xixi, né (...) e, assim, eu tinha muita vergonha de falar que eu tava menstruada, entendeu... Minha mãe descobriu porque descobriu, não porque eu contei (...) Passava na rua, alguém mexia, por exemplo, né, vamos supor um rapaz que mexe, ‘Ai, meu Deus, eu acho que ele percebeu que eu to menstruada’, sabe aquela coisa meio boba. Falta de orientação, mesmo... Mas minha mãe nunca foi muito aberta, mesmo...” (Ana, 35, auxiliar.)*



A questão da necessidade de esconder o estado “estar menstruada” e o sangramento, especialmente das figuras masculinas, parece indicar, além da visão sobre o feminino implícita, uma suposta capacidade de despertar a sexualidade masculina. Na fala de Ana, é como se seu estado menstrual pudesse ser “farejado” por um rapaz na rua e ele se direcionasse a ela, numa espécie de cio.

As imagens citadas acima (nos dois grupos) que apresentam o contraste do vermelho do sangue com o branco da camisola e da roupa de cama, ou com o bege da calça, são bastante impressionantes e ficaram estampadas nas lembranças. Talvez simbolizem a pureza maculada.

Parece haver uma crença maior e partilhada pelos grupos socioeconômicos das entrevistadas de que a primeira menstruação acusa ou traz, além do despertar dos significados inconscientes arcaicos atribuídos ao sangue, o despertar de uma sexualidade supostamente adormecida na infância. Essa sexualidade potencial parece ungi-la com a ameaça da impureza e esse assombro a acompanha todo o tempo numa vivência de angústia e ansiedade. A mítica visão da mulher portadora do sangue, do desejo sexual e da perdição (apresentada no capítulo seguinte) talvez seja reavivada e, assim como Lilith ou Eva, a menina se vê expulsa do paraíso da infância. Essas crenças podem embasar a dificuldade das famílias (apresentadas a seguir) em falar com as filhas sobre o tema da menstruação. Há talvez uma lógica de que não falar sobre esse assunto conteria esse despertar sexual e essa mudança de estado (de menina para mulher). O próprio termo “mocinha” usado com frequência parece referir-se à sexualidade potencial mas não atuada e denota dificuldade cultural de reconhecer uma passagem direta do estado de menina para o de mulher.

Ambos os grupos se referem explicitamente à mudança de estado de menina para “mocinha”. O grupo das enfermeiras menciona ligeiramente essa mudança. Já o grupo das auxiliares apresenta maior riqueza de conteúdos e diversidade no tipo de conhecimentos: regularidade da frequência, normalidade da menstruação, a questão da sexualidade, da fertilidade e dos cuidados no sentido de velar a menstruação para que não fosse percebida:

*“Não podia ter relação porque já engravidava.” (Célia, 35, auxiliar.)*

*“Tinha que se proteger pra não sujar a roupa.” (Ana, 35, auxiliar.)*

Muito além de um aparente cuidado higiênico, as falas se referem a um obscuro perigo no contato e da literal necessidade de proteger-se. Observando a fala que se segue é possível supor que as recomendações maternas se refiram a um contato sexual indireto, via local “contaminado”. Causa a impressão dum receio de que a filha, ao sentar em tal local, possa contaminar-se e “pegar um filho” como quem “pega” uma micose, por exemplo. Essa impressão do contato sexual também aparece implícita no encadeamento das lembranças relatadas por Rosa que, continuando a reproduzir os conselhos da mãe (desta vez para a irmã mais nova), fala sobre os “perigos” de “mãos pra lá e pra cá”:

*R<sup>7</sup>. “Minha mãe tinha explicado, né, que a partir dos 10 anos começa a nascer seios, pêlos e que a menstruação é normal, né, toda mulher tem. Que é uma forma, né, dela poder ter filho mais tarde. Assim que ela me falou: ‘É a forma de você ter filhos mais tarde através... Você tá menstruada, quando você não menstruar é porque você engravidou. Agora você tem que tomar muito cuidado, aquela coisa.. Ela falou: ‘Toma cuidado onde é que você senta. Agora muito cuidado! Antigamente dava pra você sentar em qualquer lugar. Olha bem! Não senta em banheira de ninguém, não seca com a toalha de ninguém’, minha mãe sempre falava e eu ouvia tudo.*

*P. Mas era medo de gravidez?*

*R.. Não sei.*

*P. Ela falava pra você tomar cuidado...*

*R. Creio que sim, que ela fala a mesma coisa que ela falou pra mim, ela fala pra minha irmã, né: ‘Toma cuidado, a vida não, né... tem que tomar cuidado, você é muito nova. Assim que começar a namorar com alguém, toma cuidado: mão aqui, mão ali.’ Minha mãe sempre explicou muito as coisas pra gente.*

*P. Sei.*

*R. Só que hoje eu penso assim, eu lembro e falo: ‘Gente! Não tem nada a ver’ (risos). O negócio da toalha... Mas ela falava, tô te falando o que ela falou.. (Rosa, 23, auxiliar.)*

---

<sup>7</sup> R. é Rosa e P. é pesquisadora.

Parece ainda haver uma grande cumplicidade entre mãe e filha a partir da fala acima. Os conselhos maternos são bastante obscuros à luz da ciência, entretanto Rosa, mesmo sem saber o que a mãe quis dizer no sentido de se tomar cuidado, sente-se aparentemente muito esclarecida: “Minha mãe sempre explicou muito as coisas pra gente.” Somente através de seu relato e das perguntas da pesquisadora é que a entrevistada parece perceber a falta de sentido do ponto de vista racional. Mãe e filha parecem compartilhar uma espécie de código onde uma fala e a outra compreende intuitivamente o que está sendo colocado. Segundo Bourdieu (1999) a intuição é uma linguagem dos dominados que precisam perceber e compreender os sinais não verbais por serem apartados da linguagem verbal, típica dos dominantes.

Há diversas menções à mãe nos dois grupos, tendo ela ou não oferecido orientação. Isso sugere a presença da noção generalizada de que menstruação é um assunto feminino e que deveria ser passado de mãe para filha. Nesse sentido, ambas partilham os mesmos sentimentos e talvez as mesmas angústias relativas ao sangue e à sexualidade e encontram-se submetidas à relação de dominação de gênero.

No grupo das enfermeiras não se observa a mesma cumplicidade nem a intimidade entre mãe e filha. A orientação da mãe foi mais freqüente após a menarca, ou seja, após as primeiras experiências, onde, na maioria das vezes, a entrevistada sentia-se um tanto despreparada. Nesses casos essa orientação é lembrada como bastante superficial e pouco esclarecedora ou pouco acolhedora:

*“Eu estava com cólica, não sabia por que e falei pra minha mãe. Ela disse: ‘Ah, é porque você tá menstruada’. Pronto. Me deu um absorvente e pronto.”* (Cássia, 36, enfermeira.)

*“A minha mãe só falou assim: ‘Agora que você tá mocinha você não, você não... precisa ter muito cuidado com o namorado.’”* (Flor, 44 anos.)

Mesmo quando houve orientação materna, o que não aconteceu muitas vezes, a entrevistada conservou a sensação de desamparo e dúvidas. Tem-se como exemplo o caso de Flor (acima citado), onde a mãe não explicou por que ou como ter cuidado, apenas pareceu avisar duma ameaça misteriosa ou dum perigo indizível que, por incluir o namorado, certamente se refere à sexualidade e a uma possível gravidez indesejada.

Normalmente as enfermeiras obtiveram informação através da leitura de material gráfico informativo distribuído pelas escolas e produzido por laboratórios de absorvente higiênico, acompanhado ou não de palestra com orientação. Apesar de haver o conhecimento prévio por essa via, a experiência da primeira menstruação foi “constrangedora” ou “assustadora” em vários casos. Num deles, além dessa forma de aquisição de informações, o grupo de amigas serviu de apoio partilhando experiências e sendo solidário. Neste caso e onde houve uma orientação da mãe antes da chegada da menstruação foram observados relatos de uma experiência mais agradável na menarca. Isso sugere uma possível correlação entre a orientação afetivamente continente e uma experiência vivida ou representada enquanto “boa” ou “tranqüila”. Sugere ainda que a informação desvinculada do contato com uma figura afetivamente importante (mãe ou grupo de amigas) é insuficiente por não oferecer o suporte emocional que a experiência da primeira menstruação parece requerer.

O conhecimento mais técnico fornecido pelos livretos informativos dados pelas escolas foi mencionado em apenas uma entrevista do grupo das auxiliares e neste caso houve também a orientação de uma professora querida da entrevistada. Essa forma de contato com o tema, privilegiada apenas pelo grupo das enfermeiras, sugere que desde cedo esse grupo talvez tenda a valorizar os conteúdos advindos da escola e do material escrito, técnico, além das explicações mais científicas contidas nesses livretos. Sugere ainda que a informação técnica foi utilizada para compreender a vivência da menarca quando faltou o apoio afetivo, assimilando, desde cedo, uma forma precoce de medicalização na significação dos eventos do próprio corpo.

Ainda que ambos os grupos descrevam a necessidade (em diversos graus) de conservar a menstruação em segredo, entre as auxiliares são relatadas algumas reações comemorativas da família a sua chegada. Em uma, há menção à mãe que comentava o ocorrido com outras mulheres, aparentemente orgulhosa. Em outra, a entrevistada viajava com a tia e o evento foi “festejado” pela tia e suas amigas. Estes casos sugerem que a menstruação é uma forma de inclusão no grupo das mulheres, algo que as identifica e as diferencia dos homens, que cria uma cumplicidade entre elas e as une, talvez na maioria dos casos relatados, pelo segredo ou pelo tabu, tanto na preocupação dos cuidados a serem tomados acima mencionados como no companheirismo solidário e orgulhoso das amigas.

De forma geral (nos dois grupos), a primeira menstruação apareceu como um evento pouco divulgado à família, especialmente aos homens da família. Foi, de alguma maneira, um segredo revelado a poucas pessoas escolhidas pelas entrevistadas, chegando a ser escondido inclusive da mãe e quase sempre envolvendo uma vivência de sofrimento nesses casos.

Ainda assim, no grupo das auxiliares a menstruação aparece como um tema menos velado e duas das entrevistadas chegaram a ser orientadas previamente pelos pais e não pelas mães.

Na maior parte das colocações das enfermeiras observou-se um sentimento de desamparo ao terem que desempenhar, solitariamente, comportamentos pouco compatíveis com suas condições na época. O aspecto financeiro [“Então imagina, uma menininha com 10, 11 anos ter dinheiro para comprar essas coisas” (Sol, 38, enfermeira, referindo-se à compra de absorventes higiênicos)]; os padrões higiênicos; a necessidade de velar o sangramento (não deixar manchar a roupa, por exemplo); lidar com cólicas e especialmente, para compreender os significados e conseqüências do novo estado de “mocinha” acompanhado pelos perigos insinuados (mas não esclarecidos) pela família, especialmente no que se refere à sexualidade. Em síntese, faltou às enfermeiras o conhecimento não-teórico, afetivo.

No grupo das auxiliares, primas, tias, irmãs e amigas, quando não o próprio pai, ofereceram algum tipo de apoio e continência à experiência quando a mãe não o fez. Neste grupo, a experiência de menstruar pareceu mais partilhada com outras pessoas.

Ao comparar os dois grupos ficou claro que as auxiliares mantêm melhores lembranças de suas primeiras menstruações. Possuíam maior quantidade e diversidade de informações (independente de serem ou não corretas à luz da ciência) e, de modo geral, foram melhor acolhidas em termos afetivos. Essa continência e a riqueza de significados possibilitaram a constituição de um repertório mais adequado para dar conta dos sentimentos despertados pela experiência.

Fica a interrogação de por que no grupo das enfermeiras o amparo familiar à chegada da menstruação foi tão pequeno enquanto que no outro pareceu bem maior. A hipótese seria a das diferenças nas práticas relativas à criação dos filhos conforme normas e valores culturais. Boa parte das famílias das enfermeiras era estrangeira e duas delas de procedência oriental. Supõe-se que ver e falar aos filhos sobre os temas

relativos à sexualidade e ao corpo, assim como o diálogo em si entre as gerações, talvez fosse bastante difícil. Imagina-se que nessas famílias alguns assuntos não eram discutidos, enquanto que nas famílias das auxiliares talvez tenha havido menores restrições nesse sentido.

Essa diferença enriquece a tese deste estudo de que auxiliares e enfermeiras provêm de grupos com *habitus* distintos. Sugere ainda que as pressões e restrições de gênero foram mais intensas sobre as enfermeiras ao longo de suas vidas, ao menos em parte, por razões de cultura familiar.



## Capítulo X O SANGUE E A MULHER

A chegada e o término da menstruação, a gestação, o parto, o aleitamento e a sexualidade são temas que emergiram nas diferentes fases da entrevista, quer no discurso espontâneo, quer a partir das diversas questões propostas, demonstrando sua grande importância na vida das entrevistadas.

A clareza e os detalhes relativos à chegada da menstruação que apareceram em suas lembranças com tanta nitidez parecem revelar tratar-se de experiência marcante na vida de cada uma. De forma geral, esses relatos causaram na entrevistadora um vago mal-estar apreensivo. Acredita-se que tal sensação reflita o clima gerado por essas primeiras vivências menstruais na vida das entrevistadas meninas: um medo difuso, uma grande tensão e a necessidade de tomar cuidado com perigos obscuros. Essas preocupações indicam a importante ruptura com o estado supostamente despreocupado e ingênuo da infância e a passagem a um outro estado ou “ciclo” (Grupo Ceres, 1981) de vida.

Em *Espelho de Vênus* (Grupo Ceres, 1981), as autoras classificam os ciclos biológicos femininos como: infância, adolescência (marcada pela menarca), defloração (marcando a vida sexual), maternidade (marcada pelo parto) e menopausa (marcada pelo término da menstruação). A partir da infância todas as mudanças entre esses ciclos seriam iniciadas literalmente pelo sangue.

Dentre as funções exclusivamente femininas envolvendo ou não o sangue visível (menstruar, gerar, parir e aleitar), a menstruação pode ser considerada uma das mais controversas: ao mesmo tempo que encerra significados como saúde, juventude, fertilidade e feminilidade e garante um reconhecimento positivo à “menstruante”, é considerada suja, vergonhosa, antiestética, restritiva, um verdadeiro



empecilho ao ritmo de vida da mulher e ao desempenho de suas atividades de trabalho e lazer.

Vieira (1990) observou a frequência elevada com que o tema da menstruação surgiu durante consultas ginecológicas enquanto queixa ou motivo de preocupação e ressalta a descrição rica e detalhada feita pelas pacientes sobre o fluxo menstrual nessas ocasiões. Esse dado parece apontar o quanto a maioria das mulheres, em maior ou menor grau, assimilou a medicalização à menstruação, assim como a importância desse aspecto nas representações sobre o tema. D'Oliveira (2000) atenta para o fato de que muitas das queixas seriam traduções à linguagem médica, mais ou menos "adequadas", de diversos outros problemas que a mulher vivencia mas que não poderiam ser contados (ou ouvidos) de outra forma no espaço das práticas médicas (no caso, de consultas ambulatoriais no serviço público). Sofrimentos não-físicos seriam assim atribuídos ao corpo enquanto doença, na busca de alívio.

Assim como a imagem da menstruação levantada na literatura pesquisada (Campos, 1991; Sardenberg, 1994; Leal, 1993; Vieira, 1990; Chahon, 1991; Menegon *in* Spink, 1999), as representações obtidas neste estudo também apresentam sentidos e significados dúbios que caracterizam a visão geralmente ambivalente relativa ao tema.

A literatura antropológica é pródiga na investigação do caráter simbólico atribuído à menstruação e aos rituais e tabus decorrentes. Estudos feitos nas Ilhas Trobriandesas, com os Dobu, com os Manu (Nova Guiné), com os esquimós do Alasca, e outras culturas "primitivas" (Mead, Fortune, Malinowski *apud* Sardenberg, 1994; Tannahill, Frazer, Rheingold, Ballint *apud* Campos, 1991), sugerem uma grande frequência da existência de proibições sexuais, isolamento das mulheres menstruadas, prática de tabus alimentares e rituais de purificação. Essas práticas refletem os significados de poluição, impureza, poderes mágicos, geralmente maléficos, atribuídos ao sangue menstrual que, juntamente com o do parto, é tido enquanto pertencente a uma categoria diferente do que corre pelas veias, e que desperta, geralmente, sentimentos de aversão ou nojo e, conseqüentemente, de vergonha para a mulher menstruada.

Esses significados se mantêm em grande parte nas sociedades atuais. Vera Menegon (*in* Spink, 1999), por exemplo, compreende os significados encontrados em conversas de mulheres da nossa sociedade (de saúde, feminilidade, sexualidade e

procriação) em função de supostos poderes com caráter mágico atribuídos ao sangue menstrual.

Ondina Fachel Leal (1993), em sua pesquisa com mulheres de baixo nível sociocultural no sul do Brasil, observou que o sangue menstrual é entendido como quente, úmido e sujo (entre outros), e o corpo da mulher que está menstruando é considerado “aberto” em oposição às outras fases do ciclo considerado “fechado”. Esta compreensão “aberto/fechado” do corpo está associada (nos sujeitos estudados por Leal) à crença de que o período de fertilidade da mulher se sobrepõe ao período menstrual (corpo aberto e receptivo), além do entendimento do sangue enquanto fértil e equivalente ao esperma masculino.

Araújo, citado por Sardenberg (1994), pesquisou tabus alimentares para as menstruadas em Piaçabuçu, em Alagoas, Brasil, na região do Vale do Rio São Francisco. Às mulheres da região é vedado o consumo de alguns alimentos como laranja, quiabo, abóbora, etc., por serem consideradas comidas frias. Não devem beber nada gelado, tomar leite, nem montar cavalos ruços. Alguns pesquisadores encontraram em várias regiões brasileiras uma série de atividades a serem evitadas, especialmente manuais, por mulheres menstruadas. Fala-se ainda do poder enfeitiçador do sangue para “prender” o homem amado, caso ele coma ou beba algo que esteve em contato com o mênstruo.

Retomando a visão de Bourdieu (1999) a respeito da formação das representações de gênero, constata-se nessas restrições a presença de categorias simples e opostas estruturando as representações sobre o sangue menstrual: sujo/limpo, puro/impuro, quente/frio. Observa-se ainda a presença das relações de gênero hierarquizadas que faz com que homens e mulheres atribuam ao corpo feminino e a seus fluxos conteúdos depreciativos que, por sua vez, geram sentimentos de vergonha a estas e exprimem a relação de dominação/submissão entre os sexos e os corpos. As restrições impostas à menstruante relativas a espaços e tarefas e o próprio sentido de poluição ou sujeira atribuídos ao sangue menstrual poderiam ser entendidos nesse sentido.

Sardenberg (1994), Owen (1994) e Koltuv (1992) referem-se a antigas ou distantes culturas onde a mulher menstruada ficava isolada de seu grupo, sozinha ou junto a outras no mesmo estado. De diversas formas, nessas culturas era esperado que a mulher não ficasse exposta. O insistente esconder e dissimular dos indícios

sugestivos do estado menstrual, relatado pelas entrevistadas, parece se assentar no mesmo princípio arcaico que levava a mulher a velar-se em outras culturas, por exemplo, afastando-se do convívio com os familiares ou da própria tribo (Owen, 1994). Esse isolamento foi interpretado como uma imposição masculina à mulher julgada impura e poluente ou como forma de protegê-la por se encontrar num período onde poderes sobrenaturais positivos (“o corpo aberto”) a circundariam. Isso varia de acordo com o conjunto de simbolismos e as visões sobre a mulher em cada sistema cultural (Sardenberg, 1994).

Em meio aos atributos conferidos ao sangue feminino, Diniz destaca a esfera do sagrado “ou religiosa, ritual, metafísica, simbólica, etc. Esta dimensão, difícil de nomear, está presente hoje, como sempre esteve, religando, integrando e conferindo os mais diferentes sentidos à experiência do parto” (Diniz, 1996, p.183), e, por extensão, acredita-se que também à menstruação. Esse “poder sobrenatural” atribuído ao sangue tanto pode ser reverenciado como temido e evitado.

Nas culturas ocidentais, ainda hoje as proibições sexuais durante a menstruação são bastante claras e regradas, por exemplo, na cultura judaica (Chahon, 1982). O termo *Nidá* significa mulher menstruada, e também separação. Essa mulher é considerada impura durante a duração de seu fluxo, por no mínimo cinco dias, e mais o período de sete dias a partir do último sinal de sangramento. Durante esse período seu marido não deve manter intercurso sexual com ela, nem sequer deve haver qualquer expressão física do amor. Após esse período, a mulher deve submeter-se a um banho ritual de purificação e daí ter relações com seu marido. A noção de impureza vigente no judaísmo vem desde o Velho Testamento, onde se considera impuro tanto o sangue menstrual quanto o do parto, estendendo-se a impureza desses sangues à mulher que os manifesta.

No Gênesis há a sugestão da existência de uma mulher anterior a Eva: Lilith, a misteriosa primeira mulher de Adão, recusada por ele por ser cheia de sangue e saliva. Associada aos demônios, Lilith representa o atrelamento da imagem feminina ao lascivo desejo sexual figurado pelo sangue e pela saliva. O sangue menstrual está associado nesse mito ao despertar do desejo que corrompe e que perturba a ordem hierárquica entre os gêneros: Lilith foi expulsa do paraíso ao descontentar Adão por querer ficar sobre ele no ato sexual, ao buscar igualdade (Sicuteri, 1985).

Manson (1984) ocupou-se da questão dos tabus acerca da menstruação e da questão do medo masculino que ela desperta e procedeu um levantamento da posição relativa ao tema a partir de diversos autores. Segundo Freud (*apud* Manson, 1984) esse medo se remeteria à angústia de castração por haver no lugar do pênis um local de onde flui sangue de tempos em tempos. O psiquiatra Lederer (*apud* Manson, 1984) atribui aos mitos sobre a *vagina dentata* a evidência para a universalidade da ansiedade de castração. Devereux (*apud* Manson, 1984), entretanto, sugeriu uma nova perspectiva (já apresentada brevemente aqui) para explicar as restrições, enfatizando a ambivalência do "sagrado": a menstruada seria investida por um poder sobrenatural que poderia ser considerado perigoso para o homem comum. O isolamento, nesse caso, seria tomado no sentido de preservar, de certa forma, a mulher, apartando-a e colocando-a acima da humanidade. Esta seria, segundo Sardenberg (1994), uma compreensão mais freqüente nas análises feitas por antropólogas feministas que estudaram sociedades mais matriarcais e, ainda, quando se pesquisam as mulheres de uma tribo e não os homens. Bethelheim (*apud* Manson, 1984) concorda com esta perspectiva e crê que a circuncisão masculina seja uma tentativa de equiparação à menarca (primeira menstruação de uma mulher) e à passagem que ela simboliza. Segundo Manson (1984), diversos estudos apontam para a intensificação do desejo sexual na mulher logo antes, durante, ou logo depois do período menstrual. Para alguns autores listados por ele (Ellis, Kinsey, Master e Johnson, Benedeck *apud* Manson, 1984), esse aumento do desejo sexual feminino assustaria os homens ao perceberem um enfraquecimento ou diminuição da própria agressividade. Eles reforçariam sua solidariedade entre si ideologicamente e ritualisticamente através das crenças de poluição sexual e uma série de iniciações masculinas que visam torná-los resistentes ao apelo sexual feminino e aos supostos poderes maléficos do seu sangue. Manteriam, assim, a oposição hierarquizada entre os sexos.

Segundo Sardenberg (1994), as noções e costumes acerca da menstruação diferem em cada sociedade e só podem ser compreendidas dentro dum sistema de símbolos, significados e práticas inter-relacionados entre si. Esses sistemas geralmente associam as relações e ideologias de gênero a outros elementos tornando-os específicos conforme a cultura, a sociedade, o grupo e o momento histórico. A experiência subjetiva de menstruar se torna significativamente diferente para as

mulheres situadas nos diversos contextos. Segundo a autora, a sociedade brasileira é uma sociedade bastante segmentada e culturalmente complexa, que tem passado por diversas transformações decorrentes do acelerado processo de industrialização e urbanização capitalistas. Vários discursos disputam um poder simbólico sobre a menstruação e sobre a construção social da mulher: o discurso feminista, o médico, o da produção de fármacos e absorventes. O confronto desses discursos e as representações de feminino que oferecem repercutem na sociedade e na subjetividade das mulheres (Sardenberg, 1994).

No que tange à necessidade de repouso relatada pelas entrevistadas, por exemplo, a “diminuição da eficiência no trabalho” e a “introspecção” podem ser compreendidas como constituintes do “conjunto de sintomas ligados a alterações do comportamento” típicos da “síndrome disfórica pré-menstrual” ou da SPM – síndrome pré-menstrual –, ou ainda da TPM – síndrome de tensão pré-menstrual, segundo Elsimar Coutinho (1996, pág. 93). Subjaz a noção de que diminuir o ritmo e o desempenho nas tarefas é errado e vai contra a idéia de saúde. Aparentemente tal julgamento condiz com a nova condição social feminina em que é valorizada a mulher que trabalha fora e produz.

Essa visão contrasta com a de Gusmão, que recomendava às mulheres menstruadas (ao menos, às de classe social alta, a quem se dirige no presente trecho) o descanso e o recolhimento:

*“As imprudencias durante as regras são fonte fecunda de affecções genitales e podem produzir violentas dysmenorrhéas congestivas e mesmo endometrites. Durante um periodo em que os ovarios e o utero são a séde de um engorgitamento, em que a superficie do ovario é rota pelo ovulo que se escapa, em que o systema nervoso está em um estado de excitabilidade insolita, a prudencia a mais elementar aconselha agasalhar o corpo, deixar em repouso os orgãos congestionados e evitar, cuidadosamente, a exposição ao frio e á humidade.”* (Gusmão, 1938.)

O que foi preconizados no passado é tomado no presente como sintoma duma síndrome.

Ambas as visões são paralelas a ideais, paradigmas e relações de gênero vigentes em cada contexto. Conforme apresentado nos capítulos iniciais, o discurso médico pode funcionar como mantenedor de uma determinada estrutura social.

Por outro lado, a questão do recolhimento e da diminuição no ritmo de produção pode ser compreendida de forma diversa. Por exemplo, Lara Owen (1994) observou a partir das próprias vivências que o período menstrual disponibilizaria a mulher para focar sua atenção nos conteúdos internos (psíquicos), capacitando-a a resolver conflitos de forma criativa. Segundo autores que se embasam nas teorias de Carl Gustav Jung (Harding, 1985; Koltuv, 1992), no período menstrual, representado e associado à lua nova, haveria uma introjeção da energia psíquica para o inconsciente arquetípico e a diminuição da atenção para o mundo externo. O próprio Elsimar Coutinho (1996) relata que o eletroencefalograma de mulheres na fase pré-menstrual revela, entre outros, um aumento na frequência e amplitude das ondas alfa. Tal oscilação parece condizente com essas alterações nos estados de consciência. A aproximação entre a consciência e os conteúdos simbólicos inconscientes intensificaria, assim, a criatividade da mulher nessas fases. A flutuação psíquica corresponderia à flutuação hormonal do ciclo menstrual.

Koltuv (1992) associa o velamento ou o isolamento da menstruada à necessidade de introspecção, de fechar-se e recolher-se da própria mulher. Assim como a lua nova deixa de brilhar, a retirada da energia psíquica da consciência geraria na mulher o desejo de velar-se.

Partindo dessas hipóteses é possível dimensionar a imensa importância de tal recolhimento para a manutenção de um equilíbrio dinâmico na psique feminina:

*“Essa introversão, a ida para dentro do Self da pessoa e o afastamento de um sistema de valores masculino ou patriarcal pode ser uma época de restabelecimento, criatividade e espiritualidade. (...) A mulher que está conscientemente ligada ao seu ciclo lunar interior continua a trabalhar, a relacionar-se com os outros e a viver sua vida, mas estabelece a ligação a partir de um lugar diferente, mais escuro, mais profundo. Não se trata de uma síndrome de doença. Trata-se de um evento cíclico necessário, que ocorre naturalmente, que é biologicamente determinado e culturalmente benéfico.”* (Koltuv, 1990, pág. 22 e 23.)

Ainda que a introspecção possa ser benéfica é geralmente mal aceita frente aos referenciais de produção socialmente valorizados. Considerá-la constituinte de uma “síndrome” demonstra como o discurso médico pode perpetuar esses valores sociais revestindo com a roupagem da doença um fator contrário ao que é esperado numa sociedade voltada à produção e consumo e onde reinam a constância, estabilidade, linearidade, homogeneidade, extroversão e desempenho como ideais estruturados a partir dos valores patriarcais (Paiva, 1986).

De maneira geral, no entanto, foi possível constatar que os atributos (valores e crenças) arcaicos relativos ao sangue feminino estão contidos e subsidiam as relações de gênero ainda que possam variar conforme os contextos históricos e os valores sociais. Esses atributos informam as representações da menstruação e convivem, em algum grau, com o rol de significados interpretativos proporcionados pelo conhecimento científico, por exemplo, com o “saber médico” presente no campo de atuação profissional das auxiliares e enfermeiras aqui entrevistadas.





## Capítulo XI CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo buscou descrever como enfermeiras e auxiliares de enfermagem vêem a menstruação.

Alguns fatores deixaram de ser analisados pelo número limitado de entrevistas e podem ter interferido nos resultados.

O primeiro deles refere-se à escolha de instituições públicas ligadas ao ensino médico na cidade de São Paulo. É possível imaginar que tanto auxiliares quanto enfermeiras atuantes em hospitais com outras características ou situados em outros locais talvez proviessem de outros grupos sociais, com outros *habitus* e possuíssem outras representações sobre o corpo da mulher.

O segundo refere-se a prováveis interferências geracionais ou etárias. As representações variam, teoricamente, entre as gerações, e uma profissional de 49 anos supostamente tem um conjunto de referenciais diferente de uma de 23, mesmo que pertençam ao mesmo grupo social. Além da cultura, a idade em si, o conjunto de experiências vividas e acumuladas e o momento de vida ou “ciclo biológico” (Grupo Ceres, 1981) no qual se encontra provavelmente influem nas representações do corpo e do mundo.

O terceiro fator seriam as vivências que envolvem o corpo: se a entrevistada tem filhos ou não, se deseja ou não ter mais, número e qualidade das gestações, vida sexual ativa, presença de um parceiro, relacionamento afetivo com o parceiro, etc. Acredita-se que as vivências corporais femininas e a apreciação do corpo e seus componentes ou funções pelo outro (no caso, geralmente o parceiro) influam na própria apreciação.

O quarto fator seriam possíveis diferenças nas representações das mulheres com diferentes etnias ou cor de pele.

Foi possível observar através deste estudo que, apesar das duas categorias pesquisadas atuarem profissionalmente no campo da saúde e estarem em contato direto com as práticas médicas, os atributos simbólicos conferidos ao sangue feminino, arcaicos e irracionais, ainda persistem extensamente e diluem com sua presença as diferenças nas visões de enfermeiras e auxiliares no que tange a certos aspectos menstruais. A vivência da menstruação enquanto forma de purificar o organismo, por exemplo, foi relatada pelos dois grupos, bem como a tendência a evitar as práticas sexuais durante o período menstrual. Referências à juventude, à feminilidade, e ao mesmo tempo, ao perigo e à impureza, foram associadas ao sangramento e sugerem ambivalência e a conservação de algum tabu menstrual.

Independente das diferenças de escolarização, de tradições culturais familiares e da distinta assimilação do discurso médico sobre o corpo, enfermeiras e auxiliares geralmente percebem o sangue menstrual como antiestético: sujo, feio, indecente. É ainda visto como mágico de certa forma, capaz de “limpar” o organismo de impurezas e fornecer alívio, bem como denotar lascívia ou a loucura feminina. Esses significados parecem embasar a abstinência sexual durante o sangramento encontrado tanto em culturas “primitivas” quanto nas falas das entrevistadas. O medo de um suposto contágio parece pouco consciente ao considerar-se que o uso de um método anticoncepcional de barreira evitaria o sangramento ou o contato com o sangue no momento do ato sexual; mais ainda tratando-se de profissionais da área da saúde e, especificamente, da área da ginecologia.

Foram relatados nos dois grupos sentimentos negativos de constrangimento e vergonha sugestivos de receio de ser vista como uma mulher lasciva ou suja (nos sentidos físico e moral) e de ser assim rejeitada pelo parceiro. Em uma das falas apresentada em capítulo anterior houve uma diferenciação sobre o que é sujo e o que “apenas lambuza”. Essa diferenciação parece refletir uma elaboração da entrevistada para minimizar o receio acima referido e negar numa não-aceitação rebelde a impureza atribuída social e historicamente ao sangue menstrual, extensiva à mulher.

Aparentemente os significados arcaicos e irracionais associando o sangue à morte e ao sobrenatural podem contribuir para a valorização negativa do corpo

feminino e, conseqüentemente, da mulher. Pode ainda justificar os costumes de isolamento, a preocupação com o ocultamento do sangue, as restrições impostas à menstruada em diversas culturas e os sentimentos de inadequação e doença relatados pela entrevistadas.

Conforme foi possível perceber, a instrução ou o grau de escolaridade pouco ilumina o que é obscurecido pelo tabu e marcado por definições tradicionais muito antigas referentes aos gêneros e ao corpo feminino. Este corpo é temido, provavelmente, por ser valorizado negativamente nessa tradição.

Conforme Bourdieu (1999), a visão que a mulher tem de seu corpo é embasada nos valores que o gênero masculino tem dos atributos femininos ainda que possam não ser necessariamente compartilhados pelos homens em si, inclusive por aqueles com quem as entrevistadas convivem. Essa visão, segundo o autor, envolve as relações de poder e posições assimétricas entre os gêneros. Foi possível observar através das entrevistas que a visão negativa do sangue e da mulher menstruada não se restringe ao mundo masculino. Qualidades femininas relativas ao sangue são malvistas pelas próprias mulheres que o portam.

Em outras tradições culturais geralmente se encontram rituais que possibilitam lidar de alguma forma com os sentimentos despertados pelos atributos simbólicos associados ao sangramento. À primeira vista, nossa sociedade parece ter eliminado esses rituais. Numa reflexão mais profunda, entretanto, seria possível questionar se os conhecimentos e práticas médicas, a imensa divulgação das categorias sintomatológicas que acompanham a tensão pré-menstrual (TPM), a possibilidade dos controles hormonais, a atenção dispensada às queixas relativas à menstruação entre as mulheres, os modernos absorventes higiênicos que tanto se empenham em garantir o velamento do sangramento menstrual não estariam justamente ocupando o lugar dos antigos tabus e seus rituais, ainda baseados em visões tradicionais sobre os gêneros.

Assim como no estudo de Diniz (1996) sobre o parto, os dados encontrados neste trabalho sugerem que a tentativa de controle da menstruação pela medicina ocupou, em grande parte, a função simbólica dos antigos tabus e crenças que auxiliavam homens e mulheres a integrar psiquicamente esse aspecto fisiológico. A autora, baseada em Davis-Floyd (*apud* Diniz, 1996), aponta a transferência da casa para o hospital não como sua definitiva desritualização, como se costuma crer, mas

como a mais elaborada proliferação de rituais em torno deste evento: uma série de procedimentos (cirúrgicos ou ligados à cirurgia), muitas vezes não justificados pela técnica, empreendidos irracionalmente como resposta ao medo extremo dos processos naturais dentro duma sociedade tecnocrática.

Nas diversas culturas, a menstruação sempre ocupou espaço social e simbólico informado por um conjunto de saberes, crenças, restrições, rituais e comportamentos específicos. Na vida cotidiana atual das mulheres paulistanas é possível dizer que o conhecimento médico e a produção de absorventes e fármacos são propagadores do conjunto de saberes, crenças, técnicas, rituais e comportamentos que estão a todo momento significando a menstruação, ainda que sobrevivam em suas crenças alguns significados arcaicos relativos ao sangue.

Esse conjunto de conhecimentos e técnicas pode servir de resposta a sentimentos e crenças despertados pelo sangramento justamente porque carrega em si elementos simbólicos que refletem visões sobre o feminino e a mulher. Mistura-se ainda aos valores emergentes na vida cotidiana das mulheres como a necessidade de produção, o ritmo acelerado, o controle da natureza, a previsibilidade, a eficácia e a eficiência, o imediatismo e o pragmatismo que estão associados ao mundo público e masculino. As visões de gênero que compõem e organizam a estrutura social influem no corpo de conhecimentos e práticas médicas que acabam misturando valores subjetivos ao conhecimento técnico, fazendo com que a técnica seja direcionada para a perpetuação dessas visões e de seus valores. Conforme Bourdieu (1983), as práticas e as representações tendem a reproduzir a estrutura encontrada em seu princípio gerador.

O olhar que a mulher tem de si é referido pelo olhar de quem a domina (Bourdieu, 1999): se não mais o olhar masculino personificado pelo parceiro, agora o olhar do conhecimento e das práticas médicas normatizadas sobre o corpo feminino. As relações de gênero permanecem nas entrelinhas do conhecimento científico.

A influência exercida a partir dos atributos simbólicos do sangue contidos no senso comum reflete-se da mesma forma para enfermeiras e auxiliares. Já a exercida pela via da medicalização produz efeitos mais intensos entre as enfermeiras, que, de maneira geral, percebem o corpo como mais inadequado do ponto de vista funcional e social. O corpo é visto muito próximo a um estado de doença. Do ponto de vista da

vida social e pública, menstruar geralmente é tido como obstáculo ao ritmo de produção, ao desempenho e ao prazer.

A maior distinção entre as representações da menstruação de enfermeiras e auxiliares referiu-se justamente à extensão das práticas médicas sobre o corpo. É possível afirmar que as enfermeiras assimilaram mais as influências dessas práticas para representar o corpo feminino. Isso ganhou evidência no tema específico da menstruação. Ser mãe, amamentar ou gestar, por exemplo, foram representados de forma semelhante. Já menstruar é percebido ou vivido de forma peculiar. Para as auxiliares, a menstruação é experienciada como rotina e naturalidade mesmo quando relatada como pouco agradável. As enfermeiras, porém, tendem a vivenciar o período como suspensão de um estado de normalidade muito próximo à doença envolvendo sintomas físicos e emocionais. Essa visão atinge inclusive o autocuidado: enquanto as auxiliares procuram descansar mais para evitar os desconfortos do período menstrual, as enfermeiras utilizam medicamentos analgésicos, além de recorrerem rotineiramente às consultas médicas, ao contrário do outro grupo, que as condiciona à presença de uma demanda.

É importante destacar a visão das queixas relativas ao período conforme as categorias: elas são significadas pelas enfermeiras como “sintomas” e pelas auxiliares como características negativas não especificadas.

A forma de responder às questões da entrevista também é diferente, inclusive nos demais aspectos que envolvem o corpo. As auxiliares tendem a se colocar mais e basear-se nas próprias experiências para constituir as imagens e valores sobre o tema. Enfermeiras costumam responder de forma genérica, referindo-se à “Mulher” (abstrata e potencial).

As variações tanto de conteúdo quanto de forma podem estar relacionadas a maior escolarização das enfermeiras e, portanto, ao maior acesso à linguagem, aos conhecimentos e às práticas médicas instituídas sobre o corpo feminino: o discurso médico legitimado condiciona e confere significados à vivência, às próprias sensações e sentimentos, oferecendo, através de sua terminologia, referenciais interpretativos para essas experiências e transformando em “sintomas” o que as auxiliares (menos colonizadas pela “medicalização”) consideram “características”. Além disso, poderia-se dizer que as enfermeiras tendem a perceber mais o corpo como oportunidade para o consumo de insumos médicos de acordo com a tendência

comum às classes sociais mais altas que utilizam menos o corpo no processo de produção (Boltanski, 1989).

Por outro lado, parece que a colonização do corpo pela visão medicalizada ganha espaço mediante o tipo de educação e cultura familiar que condicionou as vivências relativas à primeira menstruação (ou seja, dos *habitus* familiares). A falta de continência pela família e pelo grupo de pessoas afetivamente próximas (provavelmente em função de normas e crenças culturais relativas ao corpo feminino e à sexualidade) aparentemente deixou um vazio preenchido pelo conhecimento técnico através de seu rol de significados e valores que interpretaram a importante experiência da chegada da menstruação.

Além das imagens, notou-se que há diferenças nas categorias socioprofissionais pesquisadas no que se refere à frequência das vivências corporais e “o uso do corpo”. As auxiliares geralmente têm filhos e vida sexual ativa, o que aparentemente altera expectativas em relação à menstruação em função dos significados de fertilidade atribuídos a ela.

A necessidade do cuidar-se gastando mais tempo consigo, a desaceleração no ritmo de trabalho ou a abstinência das práticas sexuais são vistos com maior tolerância e mais bem aceitos pelas auxiliares. O corpo feminino parece, assim, menos inadequado ou menos carente de intervenções técnicas como medicamentos para controle da frequência do sangramento ou analgesia.

Conforme Bourdieu (1999), a escolarização e o acesso da mulher ao espaço público através da atividade profissional seriam importantes fatores para a ruptura nas hierarquias e para a reorganização da ordem social a fim de reverter uma divisão assimétrica entre os gêneros.

Verificou-se que auxiliares e enfermeiras consideram a profissionalização importante, obtiveram maior grau de escolarização do que outras mulheres nas gerações anteriores de seus grupos, contribuem ativamente na renda da casa, julgam-se tão ou mais capazes que os homens, mas ainda sofrem os efeitos negativos pela visão que têm do próprio corpo e seus eventos, por exemplo, sentimentos de constrangimento e inadequação.

Considerando-se que as enfermeiras ocupam no campo profissional uma posição com maior prestígio e reconhecimento, parece estranho que possuam uma imagem do próprio corpo geralmente mais negativa (atribuindo sintomas e mantendo

sentimentos de inadequação) que as auxiliares. É possível conceber tal diferença como resultante da assimilação dos valores propagados pela medicalização. Simone Diniz, inspirada em Jurandir Freire Costa, marca a atual condição da mulher como resultado “de um duplo e contraditório movimento: por um lado, a emancipação do poder patriarcal da Igreja e do marido, e, por outro, sua colonização pelo poder médico” (Diniz, 1996, p.156). Ou seja, mesmo aumentando seu reconhecimento social, ocupando o espaço público e contribuindo ativamente na renda familiar “como o homem”, as enfermeiras foram melhor “colonizadas pelo poder médico”, possivelmente através do processo de escolarização que legitimou e conferiu acesso ao discurso médico ampliando seu poder simbólico e, paradoxalmente, a submissão aos valores patriarcais/masculinos contidos em suas práticas e em seu conhecimento científico.

Ainda assim, por mais que os valores do discurso médico possam sugerir uma associação entre a menstruação e a doença, e por mais que a mulher que menstrua possa ser vista como menos racional, doente ou inconstante em seus períodos ou ainda suja, lasciva, etc., o corpo feminino jovem e funcional (capaz de menstruar) confere à mulher um aumento de capital simbólico em sua vida cotidiana. Garante a ela maior *quantum* de poder e maior valorização no que tange ao “ser mulher”, conforme as colocações das entrevistadas. Os potenciais fisiológicos exclusivamente femininos (gerar, menstruar, aleitar), ainda que possam ser considerados de forma negativa em muitas situações, como incômodo ou obstáculo ao ritmo de produção e restrição à “liberdade” feminina, garantem à mulher reconhecimento no aspecto de “ser mulher”, no aspecto da saúde, da juventude e da sexualidade. Estes atributos são valorizados pelas próprias mulheres, que se sentem inferiorizadas em sua condição feminina quando perdem uma dessas capacidades, quer por motivo de “doença” (retirada do útero, por exemplo), quer pelo processo natural do envelhecimento. Isso denota que as relações de gênero, ainda que possam ser hierarquicamente assimétricas, seguem servindo como referenciais na distribuição de atributos femininos e masculinos e podem garantir maior *quantum* de poder à mulher que mantém tais atributos femininos (por exemplo, a capacidade de menstruar, gerar, etc.). Isso parece explicar em parte a opção das entrevistadas em não utilizar métodos hormonais para suprimir a menstruação.

Poder escolher entre menstruar ou deixar de menstruar voluntariamente através da supressão hormonal parece representar a liberdade oferecida à mulher pela tecnologia médica. Através das entrevistas, porém, observou-se que menstruar é tido como um “direito da mulher” tanto quanto interromper a menstruação. Entretanto, é difícil dizer que há verdadeira liberdade de escolha quando de um lado se tem todas as pressões sociais que vêm na menstruação um estorvo à produção e ao consumo de maneira geral e, do outro, oferece-se hormônios cujos efeitos pouco previsíveis são objeto de polêmica dentro da própria medicina.

Os resultados deste estudo corroboram as idéias que inspiraram sua realização:

- a) A construção social sobre o corpo feminino e sobre o próprio corpo das entrevistadas emerge através de suas falas marcadas por fatores sociais e culturais. As representações sobre o corpo não são “naturais”. Dependem de um contexto e da posição de cada agente no espaço social.
- b) Enfermeiras e auxiliares de enfermagem representam a menstruação de formas distintas.
- c) As práticas e os conhecimentos médicos instituídos sobre o corpo feminino foram assimilados diferentemente pelas categorias. Influem mais intensamente nas representações da menstruação para as enfermeiras conferindo-lhe conotação de doença.
- d) As enfermeiras, estando mais subordinadas à influência da visão medicalizada do corpo feminino, sofrem mais os efeitos dos valores negativos relativos ao corpo da mulher, encerrados nessa visão.
- e) Ainda que o “saber médico” vise libertar a mulher das imposições da natureza ao tentar preservá-la dos “sintomas” ou “incômodos” característicos da menstruação, as práticas médicas normatizadas sobre o corpo da mulher podem funcionar como promotoras da submissão feminina (binômio “mulher-vítima de sua natureza” – “médico varão-salvador”), perpetuando a relação de hierarquia entre o masculino e o feminino e o que se chamou de “opressão de gênero”.



- f) As práticas médicas sobre o corpo feminino podem funcionar como substitutas dos antigos rituais de isolamento, velamento e purificação sem nenhuma “vantagem” no sentido da promoção da equidade entre os gêneros.

Conforme apresentado anteriormente, uma das formas de ruptura no padrão de “retroalimentação” entre as práticas, os *habitus* e a estrutura que os gera seria a crítica reflexiva dos agentes sobre suas práticas (Cunningham *apud* Bernardo, 2001). Este estudo teve como objetivo maior fornecer dados para uma “crítica reflexiva” sobre a menstruação, dando voz a mulheres que menstruam ou já menstruaram e compreender, através delas, qual a importância disso em suas vidas.

Como objetivo mais prático acredita-se que este trabalho forneceu dados sobre a imagem da menstruação em profissionais de saúde que atendem mulheres em ginecologia ou obstetrícia. Conforme Dufort, Lemelin & Charron (1998), as representações dessas profissionais podem interferir em suas práticas de trabalho e nos valores que transmitem através delas às pacientes que atendem, interferindo nas visões que essas mulheres possam ter sobre as próprias vivências.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1977.
- BERNARDO, M. H. **Riscos na usina química: os acidentes e a contaminação nas representações dos trabalhadores**. São Paulo, 2001. Dissertação (mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 3ª edição. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1989.
- BOURDIEU, P. **Esboço de uma teoria da prática**. Trad. Renato Ortiz (org.). São Paulo, Ática, 1983.
- \_\_\_\_\_. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1989.
- \_\_\_\_\_. **A economia das trocas lingüísticas**. São Paulo, EDUSP, 1996.
- \_\_\_\_\_. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1999.
- BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**.
- CAMPOS, N. A. A. **Amenorréia: um estudo psicológico de seu significado**. São Paulo, 1991. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica.
- CHAHON, V. L. **A mulher impura: menstruação e judaísmo**. Rio de Janeiro, Achiamé, 1982.
- COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro, Graal, 2.ed., 1983.
- COUTINHO, E. **Menstruação: a sangria inútil**. São Paulo, Gente, 1996.
- DINIZ, C. S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. São Paulo, 1996. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- \_\_\_\_\_. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. São Paulo, 2001. Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços em atenção primária**. São Paulo, 2000. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

DUFORT, F., LEMELIN, S. & CHARRON, L. Social Representations of Menstruation, Pregnancy and Menopause: A Study of Community Health Care Practitioners. **Journal of reproductive and infant psychology**, v. 16, p.293-300, 1998.

GRUPO CERES **Espelho de Vênus**: identidade sexual e social da mulher. São Paulo, Brasiliense, 1981.

GUSMÃO, H. Imprudências durante a menstruação. In: **Porque as mulheres envelhecem**. 3ª Edição, 1938.

HARDING, E. **Os mistérios da mulher**. São Paulo, Paulinas, 1985.

HEILBORN, M. L. De Que Gênero Estamos Falando? **Sexualidade, gênero e sociedade**. ano 1, n.2, 1994.

KOLTUV, B. B. **A tecelã**. São Paulo, Cultrix, 1992.

LEAL, O. F. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. [Apresentado no XIII Congresso Internacional de Ciências Antropológicas e Etnológicas, Cidade do México, 1993].

LOUREIRO, M.C. Histerectomia: Possíveis Alterações Sexuais e Influências do Nível Sócio-Econômico. In: **Psicologia: ciência e profissão**, v.17 (3), p. 12-19, 1997.

MANSON, W.C. Desire And Danger: A Reconsideration of Menstrual Taboos. In: **The journal of psychoanalytic anthropology**, v.7 (3), p. 241-255, 1984.

MENEGON, V. M. Por que jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano. In: SPINK, M. J., org. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo, Cortez, 1999.

NOGUEIRA, T. O admirável mundo novo do doutor Coutinho. (Entrevista com Elsimar Coutinho). **República**, ano 4, n.46, p.44-50 e 102-103, ago. 2000.

OWEN, L. **Seu sangue é ouro**. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1994.

PAIVA, V. **Fazendo arte com a camisinha**: sexualidades jovens em tempos de Aids. São Paulo, Summus, 2000.

\_\_\_\_\_ **Evas, Marias, Liliths, Amélias, Diadorins, Rebordosas...** Caminhos singulares da identidade feminina no patriarcado em crise. São Paulo, 1986. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

RAMAZZINI, B. (1700). Doenças das parteiras. In: RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores**. Trad. de Raimundo Estrêla. São Paulo, FUNDACENTRO, 1999.

RODRIGUES, A. M. **Operário, operária** – um estudo exploratório sobre o operariado industrial da Grande São Paulo. 2.ed. São Paulo, Símbolo, 1980.

\_\_\_\_\_. **Instruções para a entrevista**. São Paulo, Instituto de Psicologia da USP, sem data. 10p. [Digitado]

RUBIN, G. **O tráfego de mulheres**: notas sobre a “economia política” do sexo. Recife, SOS Corpo, 1993.

SARDENBERG, C. M. B. De sangrias, tabus e poderes: a menstruação numa perspectiva sócio-antropológica. **Estudos feministas**, v.2, n.2, p.315-45, 1994.

SELLTIZ, W. & COOK. **Métodos de pesquisa nas relações sociais** - medidas na pesquisa social. São Paulo, EPU, v. 2, 1987.

SICUTERI, R. **Lilith, a lua negra**. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1987.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Instituto de Psicologia. Serviço de Biblioteca e Documentação. **Manual de orientação**: Normalização de referências bibliográficas. São Paulo, 1997.

\_\_\_\_\_. Instituto de Psicologia. Serviço de Biblioteca e Documentação. **Manual de orientação**: Citações no texto e notas de rodapé. São Paulo, 1997.

\_\_\_\_\_. Instituto de Psicologia. Serviço de Biblioteca e Documentação. **Diretrizes para a elaboração de dissertações e teses**. São Paulo, 1999.

VIEIRA, E. M. **Prática médica e corpo feminino**. São Paulo, 1990. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, G. L. **O corpo educado** – pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte, Autêntica, 2000.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO

## CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA

### A- Identificação e Proposta

Ana Paula Quintanilha Augusto do Nascimento é psicóloga, com registro no CRP 06/38969-7 e aluna do curso de mestrado em Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Ela, sob a orientação da Prof. Dra. Vera Paiva do Depto. de Psicologia Social do mesmo Instituto (Av. Prof. Mello de Moraes, 1721, Cidade Universitária, São Paulo, fones 3091-4361 ou 3091-4184), está conduzindo este estudo, “Práticas e representações de aspectos da feminilidade em mulheres que atendem mulheres na área da Saúde”, para pesquisar a visão de mulheres que atendem mulheres a respeito de determinados aspectos da feminilidade e as práticas decorrentes dessa visão no atendimento às pacientes. O estudo tem como meta aumentar a compreensão sobre essas pessoas no que se refere ao feminino e possibilitar a criação de estratégias e intervenções para melhorar e desenvolver o treinamento de outras profissionais nesses atendimentos.

### B- Convite e Recusa

Eu estou sendo convidada a participar deste estudo, assim como outras profissionais atuando na enfermaria de Obstetrícia e Ginecologia nesta instituição e em outras, durante este período.

Eu sei que a participação neste estudo é absolutamente voluntária. Eu tenho o direito de recusar a participar ou desistir em qualquer ponto deste estudo. Minha decisão em participar ou não desta pesquisa não terá influência em meu trabalho.

### Procedimentos

Caso eu concorde em participar deste estudo, o seguinte ocorrerá: a própria pesquisadora, Ana Paula Quintanilha Augusto do Nascimento, irá me entrevistar individualmente, uma ou duas vezes, em lugar, data e hora que eu escolher e que for conveniente para ambas, num ambiente em que somente eu e ela escutemos o que estarei dizendo. As perguntas serão sobre MINHAS EXPERIÊNCIAS DE VIDA, MEUS VALORES, CRENÇAS E OPINIÕES, ENFIM, SOBRE MIM MESMA E COMO VEJO CERTOS ASPECTOS DA VIDA. A entrevista terá a duração aproximada de 1hora a 1h30min e será gravada em fita k7.

### C- Risco/Desconforto

Esse estudo não oferece qualquer risco a minha integridade física. Se alguma questão me deixar desconfortável, sou livre para me recusar a responder a qualquer momento.

### **Sigilo**

Meus dados serão guardados e usados o mais confidencialmente possível. Nenhuma identidade pessoal será usada em qualquer relato ou publicação que possam resultar do estudo.

### **D- Benefícios**

Ao final do estudo, eu terei a oportunidade de receber uma “entrevista devolutiva” em grupo, onde a pesquisadora falará sobre os resultados obtidos através da pesquisa e sobre as possíveis contribuições destes para a questão da mulher, quer enquanto paciente, quer enquanto profissional de saúde.

### **E- Dúvidas e Concordância**

Para esclarecimento de qualquer dúvida em qualquer tempo, poderei entrar em contato com a pesquisadora Ana Paula, fone 3641-3812(residencial) ou ainda, com a sua orientadora Profa. Dra. Vera Paiva, pelos telefones acima mencionados.

### **F- Consentimento**

Conversei com Ana Paula Quintanilha Augusto do Nascimento sobre o estudo e foi dada uma cópia deste consentimento para mim. Eu entendi o que li e ouvi e tive minhas perguntas respondidas. A participação neste estudo é voluntária. Eu sou livre para recusar estar no estudo ou desistir a qualquer momento. Minha decisão não irá afetar meus direitos de profissional desta instituição.

### **I.1 Identificação da participante**

Nome:

Função:

Data de nascimento:

Telefone:

Nome do hospital:

Data e local:

---

assinatura da participante

Ana Paula Q. A. do Nascimento  
CRP 06/38969-7  
RG 19 119 586



ANEXO B - LEI N° 7.498

**Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**

**Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências**

**O presidente da República.**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1º** - É livre o exercício da Enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta Lei.

**Art. 2º** - A Enfermagem e suas atividades Auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

**Parágrafo único** - A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

**Art. 3º** - O planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de Enfermagem.

**Art. 4º** - A programação de Enfermagem inclui a prescrição da assistência de Enfermagem.

**Art. 5º** - (vetado)

§ 1º - (vetado)

§ 2º - (vetado)

**Art. 6º** - São enfermeiros:

I - o titular do diploma de enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II - o titular do diploma ou certificado de obstetriz ou de enfermeira obstétrica, conferidos nos termos da lei;

III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz;

IV - aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiverem título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea "d" do **Art. 3º**, do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

**Art. 7º**. São técnicos de Enfermagem:

I - o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente;

II - o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

**Art. 8º - São Auxiliares de Enfermagem:**

I - o titular do certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da Lei e registrado no órgão competente;

II - o titular do diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;

III - o titular do diploma ou certificado a que se refere o inciso III do Art. 2º. da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;

IV - o titular de certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto-lei nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

V - o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;

VI - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

**Art. 9º - São Parteiras:**

I - a titular de certificado previsto no Art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1964, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

II - a titular do diploma ou certificado de Parteira, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 2 (dois) anos após a publicação desta Lei, como certificado de Parteira.

**Art. 10 - (vetado)****Art. 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe:**

I - privativamente:

a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;

b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem;

d) - (vetado)

e) - (vetado)

f) - (vetado)

g) - (vetado)

h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;

i) consulta de Enfermagem;

j) prescrição da assistência de Enfermagem;

l) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

m) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante da equipe de saúde:

a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;

e) prevenção e controle sistemática de infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;

f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência

de Enfermagem;

g) assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;

h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

i) execução do parto sem distocia;

j) educação visando à melhoria de saúde da população;

**Parágrafo único** - às profissionais referidas no inciso II do Art. 6º desta Lei incumbe, ainda:

a) assistência à parturiente e ao parto normal;

b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

**Art. 12** - O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- a) participar da programação da assistência de Enfermagem;
- b) executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no Parágrafo único do Art. 11 desta Lei;
- c) participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar;
- d) participar da equipe de saúde.

**Art. 13** - O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- b) executar ações de tratamento simples;
- c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- d) participar da equipe de saúde.

**Art. 14** - (vetado)

**Art. 15** - As atividades referidas nos arts. 12 e 13 desta Lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.

**Art. 16** - (vetado)

**Art. 17** - (vetado)

**Art. 18** - (vetado)

**Parágrafo único** - (vetado)

**Art. 19** - (vetado)

**Art. 20** - Os órgãos de pessoal da administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, do Distrito Federal e dos Territórios observarão, no provimento de cargos e funções e na contratação de pessoal de Enfermagem, de todos os graus, os preceitos desta Lei.

**Parágrafo único** - Os órgãos a que se refere este artigo promoverão as medidas necessárias à harmonização das situações já existentes com as disposições desta Lei, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

**Art. 21** - (vetado)

**Art. 22** - (vetado)

**Art. 23** - O pessoal que se encontra executando tarefas de Enfermagem, em virtude de carência de recursos humanos de nível médio nesta área, sem possuir formação específica regulada em lei, será autorizado, pelo Conselho Federal de Enfermagem, a exercer atividades elementares de Enfermagem, observado o disposto no Art. 15 desta Lei.

**Parágrafo único** - A autorização referida neste artigo, que obedecerá aos critérios baixados pelo Conselho Federal de Enfermagem, somente poderá ser concedida durante o prazo de 10 (dez) anos, a contar da promulgação desta Lei.

**Art. 24** - (vetado)

**Parágrafo único** - (vetado)

**Art. 25** - O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 120 (cento e vinte) dias a contar da data de sua publicação.

**Art. 26** - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 27** - Revogam-se (vetado) as demais disposições em contrário.

Brasília, em 25 de junho de 1986, 165º da Independência e 98º da República

**José Sarney**

**Almir Pazzianotto Pinto**

Lei nº 7.498, de 25.06.86

publicada no DOU de 26.06.86

Seção I - fls. 9.273 a 9.275

---

## ANEXO C – Sobre a menstruação

PARACELSO (1566). Sobre a menstruação. In: **A chave da alquimia**: estudos e coletânea de textos de Paracelso. Impress – SP, São Paulo, 1973. [Capítulo reproduzido na Revista *Femina*, volume não identificado, p. 46].