
**AIDS E A INSTITUIÇÃO HOSPITAL: POR QUE
PENSAR/REPENSAR ESTA RELAÇÃO?***
AIDS and the hospital institution: why to think/rethink this relation?

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas¹

RESUMO

Através do relato de uma situação ocorrida dentro da instituição hospitalar, o artigo busca problematizar a forma como tem sido pensada a questão da AIDS neste local. Além disso, aborda a possibilidade de contemporizar o hospital enquanto espaço de discussão e reflexão. Como instância de análise, articula os sujeitos implicados na situação com questões de gênero, sexo, sexualidade, raça e etnia. Articula, também, AIDS com grupos de risco; como forma de promover o ocultamento e, as relações de poder na instituição hospitalar. Como reflexão, o artigo propõe questões para continuarmos repensando nossa prática enquanto profissionais inseridos/as neste contexto.

UNITERMOS: SIDA, Educação em Saúde.

UMA SITUAÇÃO

Encontro-me num CTI Pediátrico (Centro de Tratamento Intensivo) exercendo a função de Enfermeira em um Hospital Particular de Porto Alegre. Neste local, trabalhamos, enquanto equipe multiprofissional com auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, enfermeiras, médicos pediátricos intensivistas, cirurgiões pediatras, nutricionistas, entre outros. Além da equipe, há toda uma infraestrutura hospitalar capaz de proporcionar um atendimento qualificado e complexo. Há duas semanas, tenho sob os meus cuidados uma menina de seis meses, branca, olhos azuis, loira, com diagnóstico da doença ainda indefinido e mantendo-se refratária a inúmeras possibilidades de abordagens terapêuticas. O pai desta menina é branco, lo-

1 Este artigo resultou do trabalho elaborado para a disciplina Gênero, Saúde e Educação em Enfermagem do Curso de Mestrado em Enfermagem/UFRGS, ministrada pelas professoras Marta Júlia Marques Lopes e Dagmar Estermann Meyer.

2 Mestranda do Programa de Pós-graduação em Educação/UFRGS. Enfermeira HCPA/UFRGS. Professora UNISINOS.

ro, olhos azuis e militar. A mãe é branca, olhos e cabelos castanhos, filha de uma família que ocupa uma posição privilegiada na sociedade. Devido a gravidade do caso e a mais absoluta indefinição sobre o que fazer, decidimos realizar o teste para AIDS, e para surpresa geral, a menina além de soro positiva, já havia desenvolvido a doença. A próxima atitude foi investigar qual teria sido o portador da doença. Convém fazer aqui uma observação bem pertinente, na medida em que “naturalmente” nos voltamos, antes de efetuarmos o teste nos pais, para a hipótese de que o provável portador seria o pai e, a mãe teria se contaminado com o mesmo. Obtido o resultado do teste, para abalo de nossas convicções, o pai era soro negativo e a mãe, soro positivo, transmitindo a doença para a filha durante a gestação. Nesta situação o pai faz parte dos casos em que não houve contaminação através da relação sexual. Com relação à mãe, quando indagada sobre como haveria se contaminado, argumentou que teria tido um namorado na adolescência e soubera que o mesmo morreria, no ano anterior, por AIDS. Explicou também, que mesmo ciente da morte do ex-namorado, não achou pertinente fazer o teste do HIV, por não ter desenvolvido a doença. Logo, considerou-se como não infectada. A menina faleceu uma semana após confirmado o diagnóstico de AIDS.

1 DEMARCANDO O CONTEXTO DA DISCUSSÃO

Os trabalhos a que aludimos como “teoria” são aqueles que tiveram o poder de tornar estranho o familiar e de fazer os leitores perceberem seus próprios pensamentos, comportamentos e instituições sob novos ângulos. (Culler, 1997, p.15)

Especificar alguns dados do contexto onde a situação relatada se desenvolveu busca, muito mais do que pretender identificá-la, considerar que situações aparentemente semelhantes e passíveis de ocorrer em outros contextos e tempos, podem alterar a forma como contamos, vivenciamos e identificamos os diversos sujeitos implicados.

Outro fato importante é explicitar que atualmente, entre outras atividades, trabalho numa instituição hospitalar universitária que tem deveres para com a sociedade que a sustenta. Estamos – enquanto profissionais de saúde – em permanente discussão sobre como abordar em nossa prática diária questões relativas a saúde/doença dos indivíduos. Enfatizar este aspecto, significa dizer: as marcas deste convívio – num contexto e em um tempo específicos – tem propiciado que eu possa fazer determinadas perguntas.

Ao reconhecer que as relações são emaranhadas e complexas, pretendo apontar para um modo diferenciado de conceber a relação teoria/prática. Para tanto, a dúvida e a reflexão passam a fazer parte do processo

de construção do conhecimento. Dito de outra maneira, percebo o quanto é relevante sustentar um olhar capaz de produzir/gerar estranhamento sobre as atividades que desenvolvemos. Nesta direção, incluo buscar analisar o mundo, a ciência e os sujeitos como efeitos de um processo histórico, tramado por relações de poder e tendo a conflitualidade como pressuposto. É ainda, baseada neste a priori, que também considero pertinente uma maior compreensão dos diferentes referenciais teóricos – enquanto possibilidade de maiores intercâmbios e ganhos concretos.

Os intelectuais estão abandonando o universal, o verdadeiro, o absoluto, e invadindo setores determinados que os situam em suas condições de trabalho e de vida – a moradia, o hospital, o asilo, o laboratório, a universidade, as relações familiares ou sexuais. Desenvolvem uma consciência muito mais concreta e imediata das lutas. Encontram problemas específicos, que também podem ser compreendidos num complexo de relações de poder e regimes de verdade. Esta perspectiva de análise evidencia que a crise da universalidade não pode ser entendida como perda de forças mas, pelo contrário, como multiplicador de efeitos de poder nestas relações (Foucault, 1992).

Para isso, sustentar estes espaços e expor o pensado novamente ao ar puro, ao impensável conforme Nietzsche (1984), possibilita desenvolver projetos que estabeleçam algumas formas de atuação, levando-se em conta, também, a sua dimensão educativa. Neste sentido, enfatizar o caráter local, parcial e múltiplo do encontro pedagógico (Moreira, 1998), torna-se prioritário.

Outra reflexão possível de se fazer é entender o hospital com um duplo limiar entre a privacidade da casa e o espaço público. Desta forma, torna-se um local onde representações de identidade são oferecidas e policiadas (Britzman, 1996). Ao mesmo tempo, fundamentada na perspectiva pós-estruturalista – enquanto teorização sobre a linguagem e os processos de significação – considero a instituição hospitalar como uma das possibilidades de produzir os sujeitos implicados. Eu disse, uma das possibilidades, pois muitos estudiosos tem trazido para discussão que somos constituídos enquanto sujeitos em diversas instâncias pedagógicas. A situação relatada, por exemplo, além de ser analisada como capaz de ultrapassar a órbita hospitalar, poderia ser contada por sujeitos situados em diferentes instâncias culturais, tais como: a escola, a igreja, a justiça, o cinema, entre outras.

Assim sendo, ao produzir este texto, baseando-me na situação narrada – enquanto estudo de caso, proponho articular os sujeitos implicados com categorias sociais de gênero, sexo, sexualidade, raça e etnia. Os sujeitos, neste caso, refere-se aos atores relacionados mais explicitamente à situação apresentada, ou seja, a criança, o pai, a mãe e a equipe multiprofissional. Outras instâncias de análise buscam articular a questão da AIDS com os grupos de risco; como forma de promover o ocultamento e,

as relações de poder. Termino o artigo lançando outras indagações, com o objetivo de continuar repensando esta prática.

2 ANALISANDO A SITUAÇÃO

2.1 Diversas posições do sujeito

Início esta discussão baseada no pressuposto de que homens e mulheres são, ao mesmo tempo, muitas coisas, ocupam muitas posições, que se articulam de modo conflitante e contraditório (Hall, 1998).

A situação relatada reporta a questões relacionadas à família, à posição social relativa de homens e mulheres, à sexualidade. Logo, entendendo que perceber os sujeitos implicados enquanto pertencentes a diferentes grupos – étnicos, sexuais, de classe, de gênero, entre outros e, como capaz de os constituírem, poderá conduzir a uma instigante perspectiva de análise. Louro (1998, p.33) enfatiza este aspecto ao colocar que “*os homens e mulheres de várias classes, raças, religiões, idades, etc. e suas solidariedades e antagonismos podem provocar os arranjos mais diversos, perturbando a noção simplista e reduzida de ‘homem dominante versus mulher dominada’*”.

É nessa perspectiva que considero importante explicar como estou utilizando os termos sexualidade, sexo e gênero. Sexualidade é entendida como uma descrição geral para a série de crenças, comportamentos, relações e identidades socialmente construídas e historicamente modeladas. Também pode ser compreendida a partir de como prazeres e desejos são vividos. Sexo, por sua vez, é usado como um termo descritivo para as diferenças anatômicas básicas, internas e externas ao corpo, que é visto como diferenciando homens e mulheres. Para descrever a diferenciação social entre homens e mulheres utilizo o termo gênero (Weeks, 1999).

A menina, o pai e a mãe são descritos de forma a contemplar características demarcadoras de um padrão de normalidade e regulação. Ou seja, em nossa sociedade – enquanto caracterizada em uma hegemonia branca, masculina, heterossexual e cristã – os sujeitos arrolados, neste caso, seguem à norma. Dito de outra maneira, são estabelecidas fronteiras onde firma-se a “ferro e brasa” um modelo de família nuclear, raça branca (de preferência loiros), classe média alta, tendo a heterossexualidade como norma de comportamento sexual. São noções de elos de “verdade” dos quais a representação de uma identidade cultural e social torna visível uma forma de conhecimento do Outro, ocupando o centro da conexão saber-poder (Silva, 1999). E, é justamente por isso, que a situação relatada torna-se interessante, pois ao tratarmos da temática da AIDS, neste caso, não estamos falando do Outro, do diferente, das culturas da minoria. Estamos falando de pessoas que, por enquadrarem-se nesse padrão hegemônico ocidental, não têm sido apontadas. Não damos

nome à norma: demarcamos, sim, o exótico, o Outro. Na verdade, ao utilizar-me desta situação específica, quero falar de todos nós – enquanto pessoas ocupando múltiplos espaços. Neste sentido, tratar a situação narrada como sendo produto do lidar “com os outros”, “com o diferente”, é, no mínimo, conflitante.

Ao abordar esses aspectos, talvez justifique a expressão utilizada na descrição da situação, “para abalo de nossas convicções”, quando faço referência ao fato de que foram se conjecturando, de maneira normativa, as possibilidades de contaminação da menina. O fato do pai ser considerado o primeiro “suspeito”, remete à questão do homem assumir – enquanto constructo cultural determinado histórica e socialmente – comportamentos sexuais mais arriscados. Além disto, em tempos atuais, a manutenção do pressuposto de que relações sexuais entre homens ocorrem de fato e o que tem sido enfatizado é a situação de que o homem assuma o papel ativo na vida adulta, não vindo a sofrer nenhuma perda de status ou de virilidade, reporta-se ao que Weeks (1999, p.20) sinaliza:

Uma boa parte da atividade que ocorre entre pessoas do mesmo sexo nunca é definida como “homossexual” e não afeta radicalmente sua auto-identidade (...) Para que identidades distintas se tornem visíveis e se coloquem contra as normas heterossexuais de nossa cultura, algo mais do que atividade sexual ou mesmo desejo homossexual é necessário: a possibilidade de algum tipo de espaço e apoio social ou rede que dêem sentido às necessidades individuais.

Tomar a mãe como última opção de contaminação é consequência desses mesmos padrões de normatização já expostos, mas direciona também a questões de gênero e classe. Em primeiro lugar, remete a questões e gênero na medida em que à mulher são atribuídas as atividades biológicas de reprodução. Dentro deste aspecto também deve ser abordada a lógica das oposições binárias – entre outras, as relações dicotômicas homem/mulher, reforçando um jeito feminino de ser – que permite transformar diferenças em desigualdades. Ainda hoje, na perspectiva de Foucault (1988), a mulher é produto de um conjunto de padrões normalizadores dos corpos. Em segundo lugar, remete a questões de classe, na medida em que esta e os padrões da vida sexual estão imbricados, principalmente nos aspectos relacionados ao controle de natalidade, tipos de emprego, poder de compra e acesso a conhecimentos aceitos hegemonicamente, assim como a crença, legitimada até hoje pelas classes altas, de que é nas classes inferiores que prolifera a promiscuidade. Contudo, tratar da questão de gênero não implica falar só de mulheres e dos papéis assumidos por elas na sociedade contemporânea. Implica, também, – levando em consideração as distintas sociedades e os distintos momentos históricos – dizer dos homens.

Por último, não é por acaso que se fez referência à raça dos pais e da menina. Serem brancos, loiros, de olhos azuis reforça a concepção de uma “linhagem racial” superior: o que de melhor existe na sociedade. Meyer (1998a) problematiza a relação dicotômica estabelecida entre raça e etnia (raça relegada ao reino da natureza e etnia entendida como identidade cultural) ao demonstrar que, na verdade, esta relação acaba por enfatizar a relevância racial – mesmo que se contemple atualmente a negação da existência da raça como categoria biológica. Ainda sobre isso, Meyer (id) reafirma a necessidade deste tipo de discussão em torno das noções de cultura e poder, na perspectiva proposta pelos estudos culturais.

2.2 AIDS e os grupos de risco

Ainda que a questão das diversas posições dos sujeitos tenha sido abordada no tópico anterior, proponho um encadeamento destas questões com a temática da AIDS. Para isso, desenvolvo esta análise partindo do pressuposto de que AIDS continua sendo, predominantemente, relacionada aos grupos de risco. Desta forma, mesmo com as diferentes abordagens utilizadas no contexto hospitalar, a correlação AIDS/grupos de risco ainda é percebida, se não de maneira explícita mas, implicitamente. Muitos poderão se contrapor a essa colocação, mas o hospital é visto, dentro das relações de poder, envolvido num processo de identificação problemática e hostil. Há um referencial de trabalho sustentado no positivismo possibilitando que se contemple um jeito de ser paciente. Isto inclui todas as formas legitimadas e viáveis de se relacionar e ser aceito no contexto onde o mesmo está inserido. Neste sentido, mesmo que atualmente, exista uma tentativa de não privilegiar uma identidade fixa/fechada, sabemos que o conhecimento construído nas instituições organiza o pensamento e a ação, assim como o que é permitido e o que é proibido. Conforme Britzmann (1998) estas instituições incluem estabelecimentos médicos, policiais, governamentais, escolares e religiosos. Assim, na medida em que nenhum dos atores da situação narrada preenchia os critérios estabelecidos pela sociedade para a contaminação da AIDS: uso de drogas injetáveis, homossexualidade e prostituição, ou seja, os designados grupos de risco, tornava-os vulneráveis à contaminação. Antes de dar prosseguimento convém esclarecer o que é entendido, aqui, como grupo de risco, comportamento de risco e vulnerabilidade. Para isso me reporto a Ayres (1998) e Seffner (1998) quando relatam que a estratégia, já abandonada, de relação da AIDS com “grupos de risco” (no qual seriam enquadrados os homossexuais masculinos, as prostitutas e os usuários de drogas injetáveis) direcionava, ora, para uma grande discriminação dos que aí se enquadravam, ora, para uma despreocupação inadequada, com relação à contaminação, dos que não se enquadravam nos referidos critérios. Os mesmos autores falam que, atualmente, utiliza-se a expressão “comportamentos de risco”. Tal expressão

situa toda a população como potencialmente alvo da infecção pelo HIV, desde que se perceba adotando um comportamento arriscado. Mas, a noção de vulnerabilidade segundo Mann et al. citado por Ayres (1998, p.416). “... busca reconhecer diferentes susceptibilidades de indivíduos e grupos populacionais à AIDS, resultantes do conjunto das condições individuais e coletivas que os põem em maior ou menor contacto com a infecção e com as chances de se defender dela.”

Ainda com relação a este aspecto, Weeks (1999, p.37) ao questionar o fato do corpo expressar uma verdade fundamental sobre a sexualidade, diz o seguinte:

“Mas que verdade poderia ser esta? Sabemos agora que o vírus HIV, responsável pelo colapso das imunidades do corpo, causando a AIDS, não é seletivo no seu efeito. Ele afeta heterossexuais e homossexuais, mulheres e homens, jovens e velhos. Além disso, ao mesmo tempo, ele não afeta todas as pessoas nessas categorias, nem mesmo necessariamente os/as parceiros/as das pessoas infectadas com HIV. Contrair o HIV é, em parte, uma questão de acaso, mesmo para aquelas pessoas que estão envolvidas no que agora chamamos de “atividade de alto risco”.

Deste modo, uma instância de análise busca, dentro do hospital, a justificativa de que identificar grupos e comportamentos de risco protegeria a equipe profissional da possibilidade de uma contaminação. Em certa medida, tem sido difícil sustentar esta hipótese, haja visto que, atualmente, são utilizadas, para todos/as os/as pacientes/clientes, precauções universais³, procurando reduzir a vulnerabilidade da equipe à contaminação.

Outra instância de análise, evidencia o que pode estar “por trás” de tudo isso. Neste caso, Louro (1998) aponta que um olhar crítico sobre nosso cotidiano revela que práticas reformadas e mais sutis de discriminação estão sendo constantemente exercidas. Logo, o discurso médico pode ser entendido, nessa perspectiva, como necessário para reconduzir, curar ou reorientar o “sujeito desviante”. Posso inferir disto, que o enfrentamento à AIDS é construído pela sociedade de forma a orientar a vida sexual dos indivíduos. Assim fica difícil estabelecer a fronteira entre o discurso médico-preventivo e o discurso moralizador.

2.3 Ocultamento

A situação descrita sinaliza ainda, uma determinada forma de

3 Precauções universais compreende uma série de medidas, entre outras, o uso de luvas para qualquer contato com secreções e fluídos do paciente.

ocultamento. Neste caso, refere-se à omissão da mãe de dados que possibilitariam, talvez, uma intervenção mais direcionada aos problemas apresentados pela criança. Mas, na verdade, considero que a questão do ocultamento antecede a estes fatos, na medida em que pode ser compreendido dentro de uma esfera em que “desconhecer” as implicações de determinados comportamentos também é uma forma de ocultamento. Por exemplo: Estando a mãe “ciente” da possibilidade de contaminação com o ex-namorado, poderia ter evitado a gravidez? Mesmo que não evitasse a gravidez, poderia, através de intervenções na gestação, evitar que a criança fosse contaminada? Antes disso, poderia ter praticado um “sexo mais seguro” e talvez, evitado a sua própria contaminação? Pensando nesta perspectiva, inúmeras perguntas poderiam ser levantadas onde a questão giraria em torno do quanto devemos/podemos assumir algum tipo de identidade considerada marginalizada e o que isso representa nas relações de trabalho, familiares, ou seja, no convívio nas mais diversas instituições. Assumir publicamente uma identidade sexual e/ou comportamento marginalizado envolve, entre outras questões, um maior comprometimento político e a possibilidade de sair de uma posição que oferece conforto, segurança e confiança. A preocupação em se esconder é referida por Britzman (1996) quando fala dos constrangimentos institucionais e da inviabilidade em validar as práticas e preocupações gays e lésbicas, levando-os a um processo de isolamento.

Ao contemporizar a questão do ocultamento, incito a equipe multiprofissional a pensar em outra instância: a que analisa não só a possível omissão de informações por parte dos pacientes/familiares, mas a omissão de indagações, na medida em que se tem dificuldade em abordar e discutir assuntos relacionados à sexualidade, uso de drogas, comportamentos de risco que tenham ou que venham a comprometer a saúde de um indivíduo. Acredito que, tudo isso passa pela inexperiência em lidar com estas temáticas.

3 REPENSANDO A PRÁTICA

As questões que andam me inquietando estão muito próximas do meu cotidiano. Sendo assim, repensar minha prática é o que pretendi, neste artigo. Como já referi anteriormente, outras situações poderiam ser relatadas para tornarem-se objeto de análise. O hospital é um ambiente complexo em que se misturam: situações ainda pouco questionadas e pouco problematizadas; situações que obtiveram formas de intervenção comprometidas com o nosso contexto específico, propiciando intervenções com os agentes efetivos, que são os indivíduos. Nesta direção, estabelecer formas de intervenção, não significa solucionar a questão. Significa, sim, problematizar e intervir de modo dinâmico e relativo. Reforço esta idéia com Meyer (1998b, p.39) ao referir que “... não se trata mais de perseguir

a grande e definitiva transformação social, mas de introduzir e valorizar, nas nossas práticas as idéias de movimento, de fluidez e as pequenas mudanças nas ações cotidianas.” Repensar aqui, significa também, considerar que nenhuma identidade, é natural, biologicamente determinada, mas socialmente constituída e culturalmente produzida.

Redirecionar a prática implica desenvolver espaços diferentes, possibilitando novos agenciamentos e desreificar algumas situações. Sabermos que a vida social é feita entre tentativas de fixação, e de não fixação, e, de processos fluídos, que poderão tornar nosso ambiente mais vivo e oxigenado. Neste sentido, falar sobre questões sexuais, de gênero, classe, etnia e raça, muitas vezes, é imprescindível, já que as polêmicas existem e não há como fingir que não se viu, não se ouviu.

Não foram poucas as vezes em que, ao levantar em um Histórico de Enfermagem⁴ e/ou me deparar com situações semelhantes com a que estou relatando, o/a paciente, o/a familiar, ou o/a colega de trabalho, olhar para mim e dizer: *Eu te respondi/falei. E agora? O que você tem a me dizer sobre este assunto? O que vocês fazem com essas informações?* Na verdade, outras instituições estão envolvidas em processos de constituição da identidade. Mas, as instituições escolares, hospitalares e familiares dificilmente eximir-se-ão dos questionamentos.

Por este prisma, analisar a situação relatada – enquanto questão capaz de afetar todas as pessoas, poderá facilitar o estabelecimento de diferentes maneiras de ser e de viver. Logo, ao desenvolvermos nosso trabalho – enquanto profissionais da saúde – temos que buscar a construção de espaços para o diálogo, onde os indivíduos possam não só esclarecer, mas expressar os diversos componentes que podem estar vinculados à prevenção da AIDS.

ABSTRACT

Through the report of a situation occurred within the hospital institution, the article tries to focus on the way how the AIDS question has been thought in this environment. Furthermore, it broaches the possibility of compromising the hospital as a space for reflection and discussion. Through the analysis, it articulates the subjects implicated in the situation with gender, sex, sexuality, race and ethic questions. It also relates AIDS to risk groups, as a meaning to promote the occultation, and to power relations within the hospital institution. As a conclusion, the article proposes more questions for us to think over our practice as professionals inserted in this context.

4 Histórico de Enfermagem é um instrumento utilizado pelas enfermeiras para coletar dados do paciente e é uma das etapas do Processo de Enfermagem.

KEY WORDS: *AIDS, Health education.*

RESUMEN

Através del relato de una situación ocurrida dentro de la institución hospitalar, el artículo busca problematizar la forma como há sido pensada la cuestión del SIDA en este local. Además de eso, trata la posibilidad de contemporizar el hospital como espacio de discusión y reflexión. Luego, como instancia de análisis, articula los sujetos implicados en la situación con cuestiones de género, sexo, sexualidad, raza y etnia. Articula, también, SIDA con grupos de riesgo; como forma de promover el ocultamiento y a las relaciones de poder en la institución hospitalar. Como conclusión, el artículo propone más cuestiones para que continuemos repensando nuestra práctica como profesionales comprendidos/as en este contexto.

DESCRIPTORES: *SIDA; Educación en salud.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 AYRES, J. R. de C. M. Mídia e produção de sentidos: A adolescência em discurso. In: SILVA, Luiz H. da (org.). *A escola cidadã no contexto da globalização*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- 2 BRITZMAN, D. P. O que é esta coisa chamada amor: identidade homossexual, educação e currículo. *Educação & Realidade*, v.21, n.1, p.71-96, jan/jun. 1996.
- 3 _____. Sexualidade e cidadania democrática. In: SILVA, L. H. da (org.) *A escola cidadã no contexto da globalização*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- 4 CULLER, J. *Sobre a desconstrução*. Teoria e crítica do pós-estruturalismo. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.
- 5 HALL, S. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A, 1998.
- 6 FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1992.
- 7 _____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1988.
- 8 LOURO, G. Segredos e mentiras do currículo. Sexualidade e gênero nas práticas escolares. In: SILVA, L. H. da (org.). *A escola cidadã no contexto da globalização*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- 9 _____. *Gênero, sexualidade e educação*. Uma perspectiva pós-estruturalista. 2 ed. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.
- 10 MEYER, D. Etnia, raça e nação: o currículo e a construção de fronteiras e posições sociais. In: COSTA, M. V. (org.) *O currículo nos limiares do contemporâneo*. Rio de Janeiro: DP&A, 1998a.
- 11 _____. Espaços de sombra e luz: Reflexões em torno da dimensão educativa da enfermagem. In: MEYER, D. et al. (orgs.) *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médicas, cap. 2, p.27-42, 1998b.
- 12 MOREIRA, A. F. B. A crise da teoria curricular crítica. In: COSTA, M. V. (org.) *O currículo nos limiares do contemporâneo*. Rio de Janeiro: DP&A, 1998.
- 13 NIETZSCHE, F. W. *Genealogia da moral*. Porto Alegre: Res, 1984.
- 14 SEFFNER, F. AIDS & Escola. In: MEYER, D. E. E. (org.) *Saúde e sexualidade na escola*. Porto Alegre: Mediação, 1998. (Cadernos educação básica; 4).
- 15 SILVA, Tomaz T. da. *Documentos de identidade*. Uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

- 16 WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, G. (org.) *O corpo educado*. Pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

Agradeço à Doutora Liana Lautert (Professora e Vice-Diretora da Escola de Enfermagem da UFRGS) pela revisão e sugestões durante a elaboração deste artigo.

Endereço da autora: Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Author's address: Rua Jerônimo Coelho, 184/5B - Centro
90.010-240 - Porto Alegre - RS