

C 623710
R 1399349
41/06/01
24/10/05
Ac. 51306

VALÉRIA LERCH LUNARDI

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº. R 1399349.	
04 / 06	1000

05

**DO PODER PASTORAL AO CUIDADO DE SI:
A GOVERNABILIDADE NA ENFERMAGEM**

520.728.01
V. 928.2
1997

**FLORIANÓPOLIS
1997**

UNIVERSIDADE
BIBLIOTECA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**DO PODER PASTORAL AO CUIDADO DE SI:
A GOVERNABILIDADE NA ENFERMAGEM**

VALÉRIA LERCH LUNARDI

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Santa
Catarina para obtenção do título de Doutor em
Enfermagem na área de Filosofia da Enfermagem.
Orientadora: Dra. SANDRA N.C. CAPONI

FLORIANÓPOLIS

1997

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

*Ao Wilson,
pelo que representa na minha vida*

*À Mônica, Ingrid, Cristina e Guilherme,
por serem os filhos que são*

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PROGRAMA DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**DO PODER PASTORAL AO CUIDADO DE SI: A GOVERNABILIDADE NA
ENFERMAGEM**

VALÉRIA LERCH LUNARDI

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

Doutor em Enfermagem

e aprovada em sua forma final em 17 de outubro de 1997, atendendo às normas da legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem - Programa de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

AGRADECIMENTOS

À Sandra Caponi, por suas orientações, disponibilidade e pelo espaço permanente de liberdade construído durante o processo de elaboração e criação deste trabalho.

Aos professores Ivo Gelain, Ana Lucia Magela de Rezende, Maria Tereza Leopardi e Marta Regina Cezar Vaz, pelas contribuições e comentários quando da qualificação do projeto de tese.

À REPENSUL e, em especial, à Maria de Lourdes de Souza, Sueli Zappas e Marta Regina Cezar Vaz, pela ousadia e tenacidade, fomentadoras à aprendizagem do trabalho coletivo.

À Marta, Mara, Zezé, Sueli, Adriana, Teda e Wilson, pelo espaço de possibilidades de criação do novo.

Às colegas de disciplina Marta Riegert Borba, Jacqueline Salette Dei Svaldi e Iara Maria Azenha, por aceitarem incorporar minhas atividades durante o meu afastamento.

A cada um dos novos e especiais amigos, colegas do Doutorado, pelas inúmeras vivências compartilhadas e pelas possibilidades atuais e futuras de enriquecimento mútuo.

Aos professores e funcionários da Pós Graduação em Enfermagem e do Departamento de Enfermagem da UFSC, pela riqueza de oportunidades, trocas e experiências que este período de convívio favoreceu.

À Dona Joana, por sua disponibilidade e carinho com minha família.

A todos que contribuíram para a construção deste trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO	01
1. O GOVERNO DE SI E O GOVERNO DOS OUTROS	06
1.1 Por que Foucault?	06
1.1.2 A liberdade como condição de moralidade	19
1.2 O tema da governabilidade	28
1.2.1 Foucault e as tecnologias do eu	29
1.2.2 Foucault e o poder pastoral	36
1.3 (Des)construção de conceitos de saúde	57
1.3.1 A definição de saúde, segundo a OMS	58
1.3.2 A definição de saúde, segundo a VIII CNS	60
1.3.3 O entendimento de saúde, segundo Horta	62
1.3.4 A compreensão da saúde, a partir das pessoas	66
2. RUPTURAS E CONTINUIDADES NA HISTÓRIA DA ENFERMAGEM	76
2.1 A enfermagem no período cristão	78
2.2 Da enfermagem pré-profissional à enfermagem moderna	87
2.3 Período nightingaleano da enfermagem	94
2.4 A difusão do sistema nightingale	126
3. PERSPECTIVA DE ANÁLISE DO DIAGRAMA DE PODER	130
3.1 O poder pastoral como o governo dos outros	131
3.1.1 A saúde das pessoas como responsabilidade da enfermagem	137
3.1.2 A prática da enfermagem como um ato de doação	148
3.1.3 A mudança de comportamento do outro como objetivo da educação para a saúde	160
3.1.4 O auto-cuidado e a heteronomia dos sujeitos	169
3.1.5 O cliente como objeto do cuidado	179
3.1.6 O cliente como meio para o alcance da sua saúde	183
3.1.7 A avaliação externa do auto-cuidado	191

4.	PERSPECTIVA DE ANÁLISE ÉTICA	200
4.1	O cuidado de si	200
4.1.1	O auto-cuidado como cuidado de si	209
4.1.1.1	O auto-cuidado como objetivo da assistência	210
4.1.1.2	O auto-cuidado como exercício de autonomia do sujeito	215
4.1.1.3	O cliente como sujeito e fim da saúde	222
4.1.1.4	O sujeito e o saber	226
4.1.1.5	O cuidado de si como exigência para o cuidado do outro	237
5.	PERSPECTIVA DE MUDANÇA NA FORMA DE SER E FAZER ENFERMAGEM	246
5.1	O exercício do poder pastoral	247
5.2	Uma mudança na forma de ser	259
5.3	Uma mudança na forma de fazer enfermagem	262
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	265

RESUMO

A presente tese, fundamentada em Foucault, pretende trazer respostas a como se dá a governabilidade na enfermagem, focalizando, especificamente, as fronteiras entre o cuidado de si, como tecnologia do eu própria do pensamento grego e o poder pastoral. O percurso metodológico construiu-se, paralelamente, em dois eixos de análise: pela realização de uma cartografia das relações de força, buscando entender as estratégias e lutas mediante as quais saberes, sujeitos e práticas têm se construído; e pelo delineamento de técnicas que possibilitam a ampliação dos espaços de autonomia do cliente e da enfermagem, na perseguição de um agir ético, entendido como a ação resultante da decisão e vontade autônomas. A cartografia realizou-se por dois caminhos diferenciados, enfocando a ruptura do modelo religioso com Florence Nightingale e do pensamento religioso na produção da Revista Brasileira de Enfermagem, de 1980 a 1995, demonstrando, através da análise do discurso, que onde se apontam rupturas, constata-se a sobrevivência dessas estratégias de poder que Foucault identifica como “poder pastoral.” A perspectiva desta análise de poder apresenta-se como o governo dos outros, focalizando, dentre outros, a saúde das pessoas como responsabilidade da enfermagem e o cliente, aparentemente, destinado a ocupar o lugar de objeto do cuidado. A perspectiva de análise ética aborda o cuidado de si como uma preocupação ética e o auto-cuidado é pensado como cuidado de si e como objetivo da assistência de enfermagem, possibilitando o exercício de autonomia do cliente, sujeito e fim da saúde. O trabalho identifica, nas práticas da enfermagem, a responsabilidade, a obediência, a confissão e a mortificação do eu como elementos próprios do poder pastoral, e as tecnologias de cuidado de si, assim como possibilidades de mudança na forma de ser e de fazer enfermagem.

ABSTRACT

In her thesis, founded on Foucault, the author intends to offer answers to how nursing governs itself, lets itself be governed and govern others, bringing a specific focus to bear on the frontiers between the one's own care, as a technology of the self which is proper of the Greek thought and the "pouvoir pastoral". The methodologic roas has followed two parallel axes of analysis where a cartography of power relationships is developed. Comprehension is sought of the strategies and struggles whereby knowledge, subjects and practices have been built, and also by designing techniques which enlarge those autonomy spaces pertaining to the client and to nursing, in pursuing an ethic enterprising seen as the action resulting from autonomous decision and will. That cartography has been performed along two differentiated routes focusing the rupture of the religious model with Nightingale and of the religious thought in the production of the "Revista Brasileira de Enfermagem" (Brazilian Nursing Journal) from to 1980 to 1995. By discourses analysis, demonstration is thus offered that, where ruptures are pointed, the survival is seen of these strategies of power identified by Foucault as "pouvoir pastoral". The perspective of this analysis of power presents as the government of others, of which one of the focuses is the health of people as a responsibility of nursing, and where the client is apparently destined to occupy the place of object of care. The ethic analysis perspective has an approach to care of oneself as an ethic concern, and self-care is thought of as care of oneself and as the objective of nursing assistance. This allows the client to exercise autonomy both as the subject and as the end to health. Through nursing practices, the study identifies the responsibility, the obedience, confession and mortification of the self characterized as the elements which are proper of "pouvoir pastoral; also, the technologies of one's own care are made evident, as well as the possibilities to introduce changes in the manner of being and doing nursing.

APRESENTAÇÃO

Neste momento, olhando para um aparente resultado desta caminhada que empreendi, acredito ter conseguido trazer algumas respostas de como se dá a governabilidade na enfermagem, ou seja, quais são os limites entre o exercício de poder e as estratégias de cuidado de si, mais especificamente, quais são as fronteiras entre o poder pastoral e as tecnologias do eu, tal como aparecem no pensamento grego.

O trabalho propõe uma análise a partir da ética como o outro das relações de poder. Para Foucault, o poder só pode ser entendido no seu caráter relacional, de relações de forças, indefinidas, móveis e transitórias, nas quais os pontos de resistência, ou no mínimo, a sua possibilidade, indicam o exercício da liberdade dos sujeitos, mediante a relação do eu consigo mesmo, permitindo-se, então, que se fale em ética.

No **Capítulo I** que denomino de **O governo de si e o governo dos outros**, início tentando responder e confirmar, primeiro a mim e depois aos outros, as razões de opção pela continuidade de uma linha teórica foucaultiana que tem me permitido e possibilitado realizar um trabalho crítico do pensamento sobre o meu próprio pensamento, explorando aquilo que em nosso pensamento pode ser mudado, mediante um exercício de problematização de nossos saberes e de nossas práticas. Neste capítulo, abordo o exercício da liberdade como condição da moralidade, e o tema da governabilidade, enfocando o poder

pastoral e as tecnologias do eu, além de uma análise sobre algumas definições de saúde. Estes conceitos aparecem como o suporte teórico através do qual busco responder a questões de “como nos temos governado”, “como outros nos têm governado” e “como temos governado aos outros no exercício da profissão”.

O percurso metodológico construiu-se, paralelamente, em dois eixos de análise: a) pela realização de uma cartografia como um mapeamento das relações de força, buscando compreender as diferentes estratégias e lutas, mediante as quais saberes, sujeitos e práticas têm se construído; b) pelo delineamento de técnicas que possibilitam a ampliação dos espaços de exercício de autonomia do cliente e da enfermagem, na perseguição de um agir ético, entendido como a ação resultante de decisões e de vontade autônomas.

Tendo em vista a realização de uma cartografia, numa linha que se aproxima de um trabalho genealógico, há que destacar que se pretendeu resgatar as lutas no interior do discurso, a história política da construção e da transformação do saber que, neste trabalho, centralizo no tema da governabilidade, tal como se opera na enfermagem. Para Foucault,

"fazer a genealogia dos valores, da moral, do ascetismo, do conhecimento, não será, portanto, partir em busca de sua 'origem', negligenciando como inacessíveis todos os episódios da história; será, ao contrário, se demorar nas meticulosidades e nos acasos dos começos; prestar uma atenção escrupulosa a sua derrisória maldade; esperar vê-los surgir, máscaras enfim retiradas, com o rosto do outro; não ter pudor de ir procurá-las lá onde elas estão, escavando os *basfond*; deixar-lhes o tempo de elevar-se do labirinto onde nenhuma verdade as manteve jamais sob sua guarda" (Foucault, 1990b).

Daí que para fazer uma genealogia, fez-se preciso fazer um uso filosófico da história, buscar um outro olhar sobre a história, não só descrevendo um determinado período histórico, mas analisando o problema formulado, pela análise e desconstrução do discurso,

buscando descontinuidades no percurso histórico. A tradicional pergunta pela origem foi substituída por uma dispersão interrogativa, solidária de uma eventualização, como num esforço de dissipação das evidências "naturais", entre os sujeitos e os saberes, entre os sujeitos e os poderes e entre os sujeitos e seus modos de ser e de agir, entendidos como imutáveis (Caponi, 1989). Para tanto, pretendi buscar a ruptura de algumas evidências sobre as quais se fundamenta o nosso saber acerca do tema proposto.

Ao realizar o trabalho numa linha que privilegia a genealogia e a problematização ética, na medida em que analisa as práticas de governo de si e de governo dos outros, sua construção fez-se através de dois percursos diferenciados. Num primeiro momento, e no que se constituiu o **Capítulo II** nomeado de **Rupturas e continuidades na história da enfermagem**, direcionei um outro olhar sobre a sua história, visando de modo especial, o que poderia ser denominado de "ruptura nightingaleana", pela introdução do modelo vocacional, em substituição ao modelo religioso. Pretendo apresentar alguns elementos "pinçados" da história da enfermagem, muitos deles reconhecidos ou naturalizados e que nos parecem, até, óbvios, ou talvez "inquestionáveis", na tentativa de tornar mais claro como tem se difundido e perdurado muitas das suas [das nossas] práticas de governabilidade.

Num segundo momento, e no que constitui os capítulos III e IV, direcionei um olhar sobre a produção da Revista Brasileira de Enfermagem (RBEn), de 1980 a 1995. A escolha deste período constitui-se numa tentativa de dar respostas aos achados de Raimunda Medeiros Germano (1993a). Lembremos que ela constata, em sua pesquisa sobre a ética e o seu ensino na formação da enfermeira no Brasil, uma diminuição, na década de 80, de artigos sobre o tema da religiosidade.

Em oposição tanto ao apontado por diversos autores no que diz respeito à ruptura nightingaleana do modelo de enfermagem religiosa, quanto ao que foi afirmado por Germano em relação ao abandono de tópicos próprios do pensamento religioso na produção da RBEEn, a partir da década de 80, pretendo mostrar que ali onde se apontam rupturas, de fato, verifica-se a sobrevivência de estratégias de poder vinculadas a esse diagrama de poder, identificado como “poder pastoral”.

O **Capítulo III**, denominado de **Perspectiva de análise do diagrama de poder**, referente à estratégia de poder pastoral, apresenta-se como o governo dos outros, focalizando, dentre outros, “a prática da enfermagem como um ato de doação”, “a saúde das pessoas como a responsabilidade da enfermagem”, “a mudança de comportamento como objetivo da educação para a saúde” e “o auto-cuidado e a heteronomia dos sujeitos”. Nesta perspectiva, o cliente parece estar destinado a ocupar o lugar de objeto do cuidado, de meio para o alcance da sua saúde, como um fim que deve ser atingido a qualquer custo.

Já no **Capítulo IV**, intitulado **Perspectiva de análise ética**, aborda-se o cuidado de si como uma preocupação ética e o auto-cuidado é pensado como o cuidado de si, como objetivo para o qual deveria direcionar-se a assistência, na medida em que possibilita o exercício de autonomia do sujeito, do cliente como sujeito e fim da saúde.

O **Capítulo V**, denominado **Perspectiva de mudança na forma de ser e fazer enfermagem**, busca demarcar alguns dos limites e fronteiras percebidos na cartografia sobre o governo de si e o governo dos outros na enfermagem, enfocando, primeiramente, os elementos próprios do poder pastoral apontados por Foucault, a responsabilidade, a obediência, o exame e a direção de consciência e a mortificação de si, para, finalmente,

apontar algumas das tecnologias de cuidado de si evidenciadas, além de possibilidades de mudanças na forma de ser e de fazer enfermagem.

Acredito, por fim, que um distanciamento daquilo que parece tão evidente e natural em nossas práticas, fazeres e discursos, propiciou um outro olhar, permitindo enxergar melhor e de modo diferente o presente, na tentativa não de rechaçá-lo, mas sim de transformá-lo, refletindo e aprofundando as questões teóricas neles embutidas numa tentativa de ampliação dos espaços de atuação da enfermagem e dos clientes, como sujeitos morais das suas ações.

Para finalizar esta apresentação, considero importante destacar que a possibilidade de construir este trabalho, a partir da problematização de uma moralidade predominantemente heterônoma, evidenciada nas práticas das enfermeiras, buscando respostas à questão proposta, na verdade, tem uma forte motivação pessoal e profissional. Consiste na tentativa de irradiar luzes sobre a minha e a nossa história, buscando saber e responder "em que medida o trabalho de pensar a sua [a nossa] própria história [ainda que se trate de nossa história recente] pode liberar o pensamento daquilo que ele pensa silenciosamente e permitir-lhe pensar diferentemente" (Foucault, 1984, p.14).

CAPÍTULO I

O GOVERNO DE SI E O GOVERNO DOS OUTROS

Neste capítulo, justifico o porquê da minha opção por um referencial foucaultiano, além de apresentá-lo, delineando o suporte teórico desta tese, ou seja, a liberdade como condição da moralidade e o tema da governabilidade, enfocando as tecnologias do eu, o poder pastoral, além da proposta de repensar alguns conceitos de saúde, prevalentes na área da enfermagem.

1.1 - POR QUE FOUCAULT?

Com a pretensão de apoiar-me nesta tese de doutorado, fundamentalmente, em Foucault, pretendo reafirmar e justificar tal opção teórica através da apresentação de algumas respostas à questão presente no título enunciado. Ao resgatar e explicitar tais argumentos, tenho a pretensão, também, de esclarecer o porquê da eleição de um referencial foucaultiano como apoio ou eixo teórico norteador da construção de uma tese na área da enfermagem.

São múltiplas as razões que poderiam ser expostas como justificativas à pergunta de "por que Foucault?". Poderia iniciar pelo fascínio exercido pelo seu permanente convite e

estímulo a olhar para o que se dá em torno de nós, no nosso cotidiano, àquilo que parece natural, talvez banal, pequeno, desinteressante, quem sabe, obscuro, tal como as práticas do dia-a-dia, os pequenos gestos, atitudes, escritos e falas de autores até desconhecidos, vistos como detalhes, aparentemente, sem importância. Tais fatos serem percebidos como naturais e banais, entretanto, não significa que não existam, não significa que não participem, provavelmente, de modo direto, da construção da sociedade como um todo, das suas diferentes relações de desigualdade com que nos defrontamos, continuamente. Cabe-nos buscar descobrir, como diz Foucault, quais são os problemas específicos e, talvez, originais embutidos nestas pequenas banalidades que vêm construindo e sustentando o nosso cotidiano e, quem sabe, a nossa própria existência.

Pretendo, no entanto, iniciar meu arrazoado de respostas pelo que por primeiro me cativou nos escritos de Foucault, ou seja, o seu entendimento de poder que possibilitou e possibilita uma maior compreensão das relações e dos diferentes jogos e lutas nos quais estamos, continuamente, imersos.

Frente aos conceitos de poder, até então tradicionalmente apresentados, numa aparente visão de estaticidade, determinação e posse, mesmo reconhecendo não ter sido seu propósito "analisar os fenômenos do poder, nem elaborar os fundamentos de tal análise" (Foucault, 1995, p. 231), ou muito menos construir uma teoria sobre o poder, Foucault tematiza a noção de poder como relações de força, numa visão de possibilidade, processo, movimento com um permanente convite ao jogo, trazendo embutido o desvelamento de **que podemos ser imensamente mais livres do que acreditamos ou do que nos fazem acreditar que somos.**

No seu primeiro livro sobre a História da Sexualidade, *A Vontade de Saber*, Foucault afirma que ao falar em poder, não quer falar do "Poder, como conjunto de instituições e aparelhos garantidores da sujeição dos cidadãos em um Estado determinado" (Foucault, 1980, p. 88) ou do poder com a forma de regra, em que à violência e ao autoritarismo se oporiam a sujeição e a submissão, viés que reconheço como mais facilmente identificado como poder. Tal forma de ver o poder como repressão, considerada "totalmente inadequada para dar conta do que existe justamente de produtor no poder" (Foucault, 1990b, p.7), restringe-se a uma concepção jurídica de poder, numa visão negativa e limitada, porque poder seria, então, apenas aquilo que diz não, proíbe, estabelece fronteiras entre o permitido e o proibido.

Contrariamente, Foucault propõe uma análise de poder que tenha a soberania do Estado, o reconhecido como juridicamente legal e o caráter mais solidificado de dominação, não como formas iniciais, mas como formas terminais de poder. Tais formas sustentam-se e alicerçam-se numa trama de poder cotidiana e microfísica, muitas vezes imperceptível, de técnicas, de equilíbrios e desequilíbrios de forças, geradora de positivities, de produtividades, de subjetividades, de construção de corpos e almas, de tal modo

que seus efeitos de dominação não sejam atribuídos a uma 'apropriação', mas a disposições, manobras, a táticas, a técnicas, a funcionamentos; que se desvende nele (no poder), antes, uma rede de relações sempre tensas, sempre em atividade, que um privilégio que se pudesse deter; que lhe seja dado como modelo antes a batalha perpétua que o contrato que faz uma cessão ou a conquista que se apodera de um domínio (1991, p. 29).

Foucault dissecou como, na Idade Clássica, o corpo do homem torna-se objeto e alvo de poder, através de uma maquinaria disciplinar que dissocia o poder do corpo,

potencializando suas forças para o trabalho útil e produtivo e, concomitantemente, reduzindo seu potencial político, tornando-o obediente, submisso e dócil. Tais tecnologias disciplinares encontram-se presentes nas sociedades modernas, como um todo, e seu estudo e análise mais aprofundada, em diferentes grupos, como na enfermagem, possibilitam a compreensão de muitos dos seus fazeres e práticas, de muitas das suas contradições e paradoxos.

O poder é apresentado por Foucault sem localizações definidas, concretizando-se por múltiplas forças e clivagens presentes em todo o corpo social, nas famílias, nas escolas, nos diferentes grupos e instituições, que nos atravessa a todos e nos produz, constituindo-se no alicerce, no fermento e na sustentação das grandes dominações e hegemonias, muitas vezes incompreensíveis. O poder visto como uma trama difusa, constituída por fios, visíveis e invisíveis, móveis e desiguais, que representam possibilidades permanentes de exercício de forças de ação e reação, de poder e de contra-poder, de força e de resistência, diferentemente do entendimento de poder como propriedade de alguns, como "coisas" que podem ser arrebatadas, compartilhadas ou usufruídas apenas por poucos, quem sabe, determinados ou escolhidos.

O reconhecimento do poder como exercício de relações produtivas, mobilizadoras e imanentes a outras relações que se dão, contínua e permanentemente, na nossa sociedade, tais como as econômicas, raciais ou de gênero em que o poder, então, não se encontra numa posição de exterioridade ou de "superestrutura" (Foucault, 1980, p. 90), não se constitui apenas em efeito, mas, principalmente, em condição interna e propulsora das referidas relações.

Uma segunda razão que me leva a optar pelo referencial foucaultiano, e que está diretamente relacionada às questões do poder e da produção de saberes, é a própria trajetória intelectual de Foucault. Ele propõe como tarefa filosófica a análise crítica do mundo em que vivemos que tem se feito pela construção de uma história dos diferentes modos que os homens têm desenvolvido um saber sobre si, na nossa cultura, em diferentes ciências, como na medicina, na psiquiatria, na economia, analisando estes saberes não como um "valor dado", mas analisando-os como "jogos de verdade específicos", intrinsecamente ligados e relacionados às tecnologias utilizadas pelos homens para compreenderem-se a si mesmos.

Tal análise incita-nos a, também, realizar um exercício filosófico na tentativa de esclarecer "em que medida o trabalho de pensar a sua [a nossa] própria história pode liberar o pensamento daquilo que ele pensa silenciosamente, e permitir-lhe pensar diferentemente" (Foucault, 1984, p. 14), ou seja, a possibilidade de buscar entender através de quais jogos de verdade, temos permitido ao nosso próprio ser se pensar quando se percebe como enfermeira, se olha como enfermeira, deseja como enfermeira, quando reflete sobre si como sujeito, ser vivo pensante, participante e trabalhador, quando se julga e pune, assim como aos outros, pelas mais variadas formas. O exercício de pensar de modo diferente, de se permitir pensar de outro modo, não deve ser encarado apenas como um mero exercício intelectual, mas muito mais do que isto, constitui-se na própria condição de possibilidade para a criação da liberdade, assim como em condição de possibilidade de uma ação política transformadora.

Acredito que Foucault torne mais clara a possibilidade de realizar um trabalho filosófico, como um "ensaio" que não só permite, mas, principalmente, favorece à

"experiência modificadora de si no jogo da verdade" (Foucault, 1984, p. 13), mediante as "problematizações através das quais o ser se dá como podendo e devendo ser pensado e as práticas a partir das quais essas problematizações se formam" (Foucault, 1984, p.15). Tais problematizações, num processo de realimentação, incitam-nos a nos perguntarmos sobre as verdades que circulam, não mais como "as verdades", nem como "uma história das aquisições, nem uma história das ocultações da verdade" (Morey, 1990, p. 26), mas como jogos e regimes de verdade, como produções e emergências de verdade, vinculadas a sistemas de poder que sustentam diferentes formas de hegemonia com discursos reconhecidos como verdadeiros (Morey, 1990).

Associado, diretamente, então, à temática do poder e aos regimes de verdade, encontra-se o que tem sido denominado por Foucault de **governabilidade**: a questão da construção do sujeito, como temos nos convertido e transformado de indivíduos em sujeitos na nossa cultura, impondo-nos uma normalidade e uma identidade, como uma lei de verdade, pela qual parece que os outros e nós precisamos nos reconhecer e identificar. Esta forma de poder, que nos classifica, individualiza mas, também, totaliza, submete-nos enquanto sujeitos que se subjugam a um outro por sistemas de controle e dependência e sujeitos que se atrelam a sua própria identidade pela consciência e conhecimento de si. A questão consiste, então, não só em descobrir como temos nos construído como sujeitos, mas em rechaçar a individualidade que nos tem sido imposta, buscando a constituição positiva de um novo eu que não signifique o rechaço a si mesmo (Foucault, 1995a).

A questão da construção dos sujeitos enfermeiras, sob o prisma do poder disciplinar, foi focalizada na pesquisa que realizei no mestrado (Lunardi, 1994), quando busquei clarear as relações entre o processo de formação das enfermeiras e o seu exercício profissional em

que, predominantemente, mostram-se obedientes e submissas a quem represente o poder e autoritárias com quem não o representa.

Durante o Curso de Mestrado, ao deparar-me com o texto "A disciplina", terceira parte da obra "Vigiar e punir" (Foucault, 1991), identifiquei a descrição e a análise de muitas práticas que se assemelhavam às presentes no dia-a-dia da enfermagem e do seu ensino. O próprio conceito de disciplina ou de poder disciplinar, de Foucault, como uma arte de dominação dos corpos que busca não só aumentar suas habilidades e torná-los mais úteis economicamente, mas também, aumentar sua sujeição, tornando-os dóceis politicamente, favoreceu o entendimento de alguns questionamentos que, há anos, já vinha fazendo sobre a produtividade econômica das enfermeiras e a sua docilidade política. Focalizei, então, o **como** do poder disciplinar, buscando investigar e analisar como tem se dado a formação disciplinar das enfermeiras, ou seja, quais são as técnicas/táticas disciplinares presentes na formação das enfermeiras que evidenciam este processo.

Na perseguição de respostas à tal questão de pesquisa, mas principalmente, à medida que me afastava daquele trabalho, novas articulações e alinhavos foram se construindo. Foi possível enxergar aquilo que passou a se mostrar visível e explícito e delinear aquilo que ainda se apresenta obscuro e de modo nebuloso nesta caminhada em busca de um outro fazer enfermagem, já que a prática e a teoria, enfim, algumas das verdades, que aprendera e vinha reproduzindo como enfermeira e docente enfermeira, continuavam e continuam a não mais me satisfazer.

Ao realizar aquele trabalho, ainda não tinha clareza de que já enfocava a formação (ou talvez, a não formação) da enfermeira como um sujeito moral das suas ações. Ao longo de toda investigação, ficou evidente a sujeição das enfermeiras e futuras profissionais ao

controle externo, à vontade do outro, do que está fora de mim, como decisivo, ou no mínimo preponderante, no encaminhamento da tomada de decisões, do que e de como fazer ou agir. Ampliando o foco e buscando visualizar não mais só a relação enfermeira-enfermeira ou enfermeira-futura enfermeira, mas a relação enfermeira-cliente, constato que o reconhecimento (ou o não reconhecimento) do indivíduo cliente também como sujeito moral das suas ações poderia e deveria ser problematizado.

Para Foucault, faz-se necessário "analisar, não os comportamentos, nem as idéias, não as sociedades, nem suas "ideologias", mas as *problematizações* através das quais o ser se dá como podendo e devendo ser pensado, e as *práticas* a partir das quais essas problematizações se formam" (Foucault, 1984, p. 15). Evidenciou-se, então, naquela pesquisa, de modo dominante, ao analisar as diferentes práticas ou decisões conflituais, a importância da relação e sujeição ao outro, aquele que configura o poder, o sujeito que está fora de si, que parece deter o controle, o poder de punição e a sanção normalizadora.

A problematização de como temos nos construído e reconhecido como sujeitos dotados, predominantemente, de uma moral heterônoma, em que predomina a obediência a outrem, com as pequenas mortificações diárias de si e do desejo próprio, favorece o questionamento, a indagação e a uma retomada investigatória, em busca de respostas acerca da enfermeira e do cliente como sujeitos éticos, dotados de uma moral com autonomia de vontade.

Na perseguição de uma construção da história dos diferentes modos de subjetivação dos seres humanos na nossa cultura, Foucault tem se ocupado de três modos de objetivação que transformam os indivíduos em sujeitos: - os modos de investigação que outorgam a si próprios o status de ciência, como, a objetivação do sujeito produtivo no estudo da

economia e da riqueza ou do ser vivo, no estudo da biologia; - a objetivação do sujeito, mediante "práticas divisórias", em que o sujeito mostra-se dividido dentro de si ou dos outros, como o sujeito doente e o sadio, o louco e o normal; - a maneira como o indivíduo se transforma a si mesmo em sujeito e passa a se reconhecer e ser reconhecido pelos demais como sujeito (Foucault, 1995a).

Daí, o renovado interesse por Foucault, pelo que foi denominado por Morey de "ontologia histórica de nós mesmos na relação ética por meio da qual nos constituímos como sujeitos de ação moral"¹, em especial pela governabilidade, pelas técnicas de governo através das quais os indivíduos objetivam-se como sujeitos, entendida e "caracterizada como ponto de contato entre a tecnologia política dos indivíduos e as tecnologias de si" (Morey, 1990, p. 34).

A ambiguidade da palavra "moral" é explicitada por Foucault, podendo se entender moral como um "código moral", ou seja, "um conjunto de valores e regras de ação propostas aos indivíduos e aos grupos por intermédio de aparelhos prescritivos diversos" (Foucault, 1984, p. 26). A palavra "moral" pode, ainda, ter o significado de "moralidade dos comportamentos", consistindo no comportamento real e concreto dos sujeitos frente às prescrições que lhes são propostas, ou seja, sua maior ou menor sujeição, obediência e adesão aos valores e princípios dominantes, enfim, ao sistema prescritivo, explícito ou

¹ Frente a uma periodização convencional e tradicional da produção intelectual de Foucault, em moldes mais cronológicos, com a sucessão de procedimentos arqueológicos (resgate descritivo dos discursos), genealógicos (resgate explicativo das relações de poder nos discursos) e de tecnologias de subjetivação, e a substituição de um procedimento pelo posterior, Morey, apoiando-se em notas manuscritas de Foucault, propõe uma ordenação distinta da obra foucaultiana. Os procedimentos metódicos não se sucederiam uns aos outros, mas se englobariam em círculos sempre mais amplos, apresentando, então, três eixos principais: uma "ontologia histórica de nós mesmos em relação à verdade que nos constitui como sujeitos de conhecimento", uma "ontologia histórica de nós mesmos nas relações de poder que nos constituem como sujeitos atuando sobre os demais" e a ontologia histórica de nós mesmos, numa relação ética, em que nos construímos como sujeitos morais (Morey, 1990, p. 25).

implícito, da sua cultura. Ainda, segundo Foucault, há as normas de comportamento e os comportamentos que se podem contrastar com as normas, mas há, ainda, os modos pelos quais os indivíduos devem constituir-se e conduzir-se a si mesmos como sujeitos morais diante dos códigos prescritivos, de modo a que não atuem, apenas, como agentes e objetos, mas como sujeitos morais do seu agir.

Em busca de um melhor entendimento de como podemos tornar-nos sujeitos predominantemente autônomos, sujeitos morais das nossas próprias ações, remeto-me, a partir desta problematização, à questão feita por Kant: "que devo fazer?" ao nos introduzir na ordem da moralidade, das práticas morais, ou seja, do "como devo agir?".

Resgato com Foucault, a pergunta feita por Kant, em 1784: "Was heisst Aufklärung?"², e a resposta kantiana à tal questão:

A Ilustração consiste no fato pelo qual o homem sai da minoridade. Ele mesmo é culpado dela. A minoridade encontra-se na incapacidade de servir-se do próprio entendimento sem a direção do outro. O próprio indivíduo é culpado desta minoridade quando a causa desta não se encontra num defeito do entendimento, senão na falta de decisão e ânimo para servir-se com independência dele, sem a condução de outro. Sapere aude! Tem valor de servir-te de teu próprio entendimento! Aqui está a divisa da Ilustração (Kant, 1964, p. 58).

Para Kant, manter-se na minoridade, deixar que um sujeito pense e decida pelo outro, que um pastor conduza sua consciência moral, que um médico decida sobre sua dieta, parece ser cômodo; não exige sequer a necessidade de pensar. No entanto, todo homem tem como vocação, o pensar por si mesmo.

² "O que é a Ilustração?".

A *Aufklärung*, caracterizada como uma “saída”, como um processo que nos liberta do estado de minoridade, na verdade, “é definida pela modificação da relação pré-existente entre a vontade, a autoridade e o uso da razão” (Foucault, 1996, p. 87). O homem, como diz Kant, é responsável pelo seu estado de minoridade, e somente poderá sair desta situação através de uma mudança operada, por ele, sobre si mesmo. Então, a *Aufklärung* não se constitui apenas um processo ao qual os homens aderem coletivamente, como, também, uma tarefa e um ato de coragem assumido pessoalmente (Foucault, 1996, p.88).

A moral kantiana, como uma teoria deontológica, segundo a qual "todo ser humano deve seguir certos princípios ou regras, independente das consequências" (Luna e Salles, 1995, p. 19), tem sido utilizada por teóricos, sociólogos e filósofos, preocupados com o estudo da moralidade das ações, com o reconhecimento dos indivíduos como sujeitos autônomos, dotados de razão e de vontade.

Voltando a olhar para a pesquisa que realizei, constato que muitas das ações praticadas por nós, enfermeiras, não parecem decorrer de uma vontade oriunda de um processo predominantemente racional ou de um processo decorrente de uma argumentação, entendidos e reconhecidos como objetivamente necessários. Decorrem, outrossim, de processos, aparentemente determinados por diferentes sentimentos, nos quais se destacam e preponderam o medo do outro, a insegurança, a passividade e o conformismo frente a quem representa o poder.

É possível perceber uma grande contradição entre uma formação que busca, essencialmente, a competência técnica das enfermeiras, que as prepare para atuar, competentemente, junto aos clientes e a constatação da não competência política das enfermeiras, concretizada no processo de acomodação em muitas situações práticas, das

quais a enfermeira participa, em que os sujeitos (cliente e enfermeira) se vêem desrespeitados na sua autonomia e permitem desrespeitar-se, por diferentes formas. No cotidiano profissional das enfermeiras, muitas das suas práticas e outras com que se depara, parecem corresponder à vontade de outrem, à qual elas têm, frequentemente, se sujeitado, tais como, as normas explícitas e implícitas, os diferentes códigos, as determinações prescritivas e as ordens "inquestionáveis".

Germano (1993a), destacando o cunho conservador e de submissão presentes no ensino da enfermagem, o viés importante de religiosidade e de obediência presentes na ética ensinada e reconhecendo tais elementos como fundamentais, tanto na formação da enfermeira como no seu exercício profissional, empreendeu um estudo sobre a ética e o seu ensino na formação da enfermeira no Brasil. Utilizou como fonte de pesquisa principal a Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), a partir da sua criação, em 1932, até o ano de 1990, além de outras fontes documentais, implementando um estudo sobre a evolução do pensamento ético da enfermagem, a partir das categorias "religiosidade, autoritarismo, hierarquia, obediência, subserviência, burocratização/desumanização da assistência" (Germano, 1993a, p. 19).

Apesar das transformações e avanços detectados nos últimos anos, especialmente a partir dos anos 80, no que concerne à formação ética da enfermeira no Brasil, Germano conclui que ainda prevalece o que denominou de *ética alienada*, já que requer de quem a exerce

o sacrifício individual, a obediência, a submissão irrestrita a uma autoridade, ao poder, a uma coerção externa (...) Trata-se, portanto, de uma ética cristã de cunho conformista, (...) Uma *ética utilitarista* (...) na qual um grupo de homens é utilizado sempre como meio para que outro grupo atinja o fim que busca alcançar, qual seja, a salvação da alma. (...)

Uma ética, portanto, que *impõe sofrimentos*, embora proponha, ao contrário, o *alívio dos sofrimentos* (Germano, 1993a, p. 129-30).

Para Germano, a constatação de uma ética impositora de sofrimentos, presente na enfermagem brasileira, pode se fazer, já que: - a exploração, a alienação e a não-liberdade não são questionadas; há o uso utilitário do homem como meio para que outros alcancem a salvação eterna; - existe uma contradição entre a atuação prática das enfermeiras e outros profissionais de saúde, que discriminam os pacientes, e o discurso de "bons sentimentos" presente na ética codificada e, por último, permanece a conduta de passividade, falta de criticidade e a aderência cooperativa às políticas de saúde governamentais.

São muitas as situações de conflito enfrentadas pelas enfermeiras, especialmente no que se refere ao como tem se dado a assistência de saúde aos clientes, de um modo geral, que podem lhes trazer sentimentos de desconforto, mal-estar, angústia e sofrimento, denotando contradições frente ao que, racionalmente, se reconhece como uma ação ou uma prática decorrente de uma vontade boa ou de uma vontade que pudesse tornar-se uma legislação universal.³

Assim, a vontade constitui-se na causalidade dos seres racionais e a liberdade constitui-se na propriedade desta causalidade, ou melhor, a liberdade é "a autêntica 'razão' de ser da moralidade e cuja ausência, como sabemos bem, determinaria não tanto a frustração da moralidade, quanto a sua pura e simples impossibilidade" (Muguerza, 1991, p. 28).

³ Ao se falar em legislação universal não se quer dizer outra coisa além do que a necessidade de que nos ergamos acima de nosso ponto de vista particular e adotemos uma perspectiva na qual o nosso papel possa ser generalizável e universalizável a qualquer um.

1.1.2 - A liberdade como condição da moralidade

Nos últimos cinco anos de sua vida, Foucault trabalhou arduamente focalizando a história da sexualidade. Na verdade, a sua empreitada tinha a intenção de desenvolver um projeto de maior amplitude com fortes articulações ao projeto de construção de uma genealogia da moral de Nietzsche. Para Alvarez-Uría (1987), o seu trabalho superava, ultrapassava e ia além de um rastreamento das proibições e restrições morais, da ‘repressão capitalista’, dos personagens históricos que no Ocidente articularam o sujeito com a verdade e que foram afetados, por diferentes maneiras, por novas racionalizações acerca da verdade sobre o sujeito, impostas pelo cristianismo:

Este titânico projeto intelectual resulta incompreensível se não se tem em conta que toda a obra de Foucault gira em torno de um compromisso apaixonado em defesa da liberdade. É o problema da liberdade, o que na realidade, atravessa seus primeiros trabalhos destinados a desvelar a estrutura profunda das relações de saber (Alvarez-Uría, 1987, p. 8).

A moralidade advém da liberdade como uma propriedade, e a liberdade e a legislação da vontade estão intimamente ligadas ao conceito de autonomia. Segundo Kant, o homem, como ser racional que pertence ao mundo inteligível, só pode pensar a causalidade da sua vontade própria e, portanto, autônoma, a partir da idéia de liberdade, já que a liberdade consiste na possibilidade de independência em relação às causas que determinam o mundo sensível. Por outro lado, a humanidade, como fim em si mesma, constitui-se, na verdade, na condição que impõe e estabelece limites ao uso da liberdade de cada homem.

Buscar respostas à questão “o que é liberdade?”, enquanto propriedade da vontade, causalidade dos seres racionais, parece ser uma tarefa impossível de realizar. Dentre outras razões que poderiam ser apontadas, pela contradição existente entre a consciência humana

que lhe diz ser um sujeito livre, e conseqüentemente responsável por seus atos, e o que vivencia cotidianamente, quando suas ações têm sido orientadas, fundamentalmente, pelo princípio da causalidade. Daí que, para Arendt,

se há porventura um eu primeiramente livre em nós mesmos, ele certamente jamais aparece de modo claro no mundo fenomênico e, portanto, nunca pode se tornar objeto de verificação teórica (Arendt, 1992, p. 189).

Ao se refletir sobre um ato exercido e dito orientado pelo dom da liberdade, parece ser possível enquadrá-lo em dois tipos de causalidade: seja a da motivação interna, seja a da causalidade que dirige o mundo externo. Kant teria salvado a liberdade destes dois domínios, pela distinção feita entre razão teórica e razão prática que tem como eixo a vontade livre. O sujeito dotado de livre arbítrio, no entanto, não pode ser percebido no mundo fenomênico, tanto na sua exterioridade, quanto na percepção interna que tem de si mesmo. A tentativa de superar a dificuldade da liberdade ver-se dominada, seja pela causalidade da motivação interna, seja pela causalidade que rege o mundo externo, pela oposição entre o que diz a vontade e o entendimento da razão, não é suficiente para anular a estranheza presente no fato de “que a faculdade da vontade, cuja atividade essencial consiste em impor e mandar, seja quem deve abrigar a liberdade” (Arendt, 1992, p. 190).

Os sujeitos não possuem “o dom da liberdade”, assim como não possuem o poder; os homens somente são livres na ação, não antes e nem depois dela, já que ser livre e atuar, fazer e agir, podem significar o mesmo. O agir, então, enquanto ação livre, não está subjogado nem ao intelecto, nem à vontade, apesar de depender tanto da razão quanto da vontade para o estabelecimento das metas e objetivos de uma ação. A liberdade da ação

origina-se do que é denominado de princípios universais (como “a honra, a glória, o amor à igualdade”) que emergem do exterior, da relação com o outro, e não da internalidade do sujeito (Arendt, 1992, p. 199).

A liberdade é a grande causa pela qual os homens vivem e convivem organizados politicamente, já que sem a possibilidade de exercer a liberdade, a vida política se tornaria esvaziada de sentido (Arendt, 1992, p. 192). Para Foucault, em qualquer relação que se estabeleça, econômica, sexual, institucional, o poder se faz presente, na medida em que, nestas relações, alguém busca conduzir o outro, dirigir a sua ação. Por outro lado, o importante quanto a tais relações, é que elas são móveis, não estando determinadas *a priori*, construindo-se e se desconstruindo no próprio exercício da relação de poder.

Foucault, frequentemente, refere-se aos jogos de verdade no sentido de “um conjunto de regras de produção da verdade” (Foucault, 1987, p. 135), não tendo a intenção de fazer uma imitação ou “de fazer de conta”; na verdade, o jogo constitui-se num conjunto de ações que encaminham a determinados resultados, os quais de acordo com as regras e princípios definidos, podem ser reconhecidos como revestidos ou não de validade. Destaca que ao referir-se à relações de poder e aos jogos de verdade, não significa o entendimento de que tais jogos não seriam nada além do que relações de poder; diferentemente, quer dizer que determinados saberes, como jogos de verdade, estão articulados a diferentes processos, históricos, sociais, econômicos, assim como, também, a jogos, instituições e práticas de poder. Tal constatação nem legitima e nem elimina a validade científica de determinados saberes que circulam e são reconhecidos no meio científico.

Neste entendimento, os jogos de produção de verdade pressupõem a possibilidade de descoberta de novos ou diferentes fatos e de mudança em determinadas regras, o que pode reverter em mudanças nos jogos de verdade:

Quem diz a verdade? Dizem a verdade indivíduos que são livres, que organizam um certo consenso e que se encontram inseridos numa determinada rede de práticas de poder e de instituições coercitivas (Foucault, 1987, p. 136).

O movimento de forças presente nas relações de poder, só se faz possível em relações estabelecidas entre sujeitos livres, entre sujeitos que têm a possibilidade de resistir e de tentar modificar tais relações. Diferentemente do que se costuma acreditar, a positividade do poder encontra-se justamente nas possibilidades de exercício de liberdade dos diferentes sujeitos envolvidos nas relações de forças. Foucault, buscando diferenciar estados de poder de estados de dominação, situa como eixo central a possibilidade ou a exigência do exercício da liberdade pelos diferentes sujeitos envolvidos nas relações de poder. À pergunta “se o poder está presente, então, não existe liberdade?”, responde “se existem relações de poder através de todo o campo social, é porque existem possibilidades de liberdade em todas as partes” (Foucault, 1987, p. 127).

Na “História da Sexualidade I, A vontade de saber”, o poder é apresentado como

a multiplicidade de correlações de forças imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização; o jogo que, através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte; os apoios que tais correlações de força encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas ou, ao contrário, as defasagens e contradições que as isolam entre si; (...) é o suporte móvel das correlações de força que, devido a sua desigualdade, induzem continuamente estados de poder, mas sempre localizados e instáveis (Foucault, 1984, p. 88-9).

A possibilidade de lutas, conflitos, divergências e enfrentamentos por diferentes e desiguais forças presentes num espaço de relações, instáveis e móveis, caracterizam a existência de relações de poder e também o exercício da liberdade. A possibilidade do confronto e do embate de forças num campo estratégico de relações de poder demonstra o jogo de ação e reação, do exercício de poder e do exercício do contra-poder, ou seja, do poder enquanto resistência ao poder. O poder só pode ser entendido, para Foucault, no seu caráter relacional, de correlações de forças, indefinidas, móveis e transitórias, em que os pontos de resistência, como práticas de liberdade, constituem o outro das relações de poder. A resistência, ou no mínimo, a sua possibilidade, indicam o exercício da liberdade dos sujeitos, permitindo-se, então, que se fale em ética.

Quando as relações de forças se mostram fixas, “perpetuamente dissimétricas”, com espaços muito limitados de exercício de liberdade, referimo-nos não mais a relações de poder, mas a estados de dominação (Foucault, 1987, p. 127). Nestes, o problema ético da liberdade encontra-se ausente, já que as relações de poder entre os sujeitos mostram-se imóveis, fixas, sem a mínima reversibilidade de movimentos, pela possibilidade de diferentes instrumentos de coação. Não há como praticar e exercer a liberdade eticamente em estados de dominação. Não há como falar em ética em estados de dominação. A ética é

a prática da liberdade, a prática reflexiva da liberdade; a liberdade é a condição ontológica da ética; porém a ética é a forma reflexiva que a liberdade adota (Foucault, 1987, p. 111).

Daí que, principalmente para os gregos, para conduzir-se bem e exercer a liberdade como deveriam, fazia-se necessário o ocupar-se de si, o cuidar de si. O cuidado de si, como trajetória necessária para alcançar o auto-conhecimento, a própria formação de si, era

entendido como a superação de si mesmo, já que compreendia o domínio e o controle sobre os apetites e os desejos que poderiam dominá-los. A liberdade individual tinha uma grande importância, pois o não ser escravo, seja dos governantes, seja daqueles com quem convivia, seja de si próprio e das suas paixões, era uma preocupação fundamental. Desta questão decorre que, na Antiguidade, a ética como prática reflexiva da liberdade focalizava e girava “em torno a este imperativo fundamental ‘cuida de ti mesmo’” (Foucault, 1987, p. 113).

O cuidado de si mesmo, nesta perspectiva, surge como uma exigência ontológica, de aprendizagem e como uma questão ética na tentativa de tornar-se um bom dirigente: constituir-se em um sujeito que governa e dirige outros pressupõe a constituição de um sujeito que governa e dirige a si, ou seja, cuida de si, ocupa-se de si (Foucault, 1987, p. 129). O homem que tem a intemperança dos seus desejos, os prazeres dos sentidos, como o seu senhor, na verdade, não é um homem livre, mas um escravo das suas paixões:

quem deve comandar os outros é aquele que deve ser capaz de exercer uma autoridade perfeita sobre si mesmo: ao mesmo tempo porque, em sua posição e com o poder que ele exerce, lhe seria fácil satisfazer todos os seus desejos e, portanto, entregar-se a eles, como também porque as desordens de sua conduta têm efeitos sobre todos e na vida coletiva da cidade (Foucault, 1984, p. 75).

A problematização da liberdade individual como um problema ético, para os gregos, significava o *ethos* (a conduta), ou seja, o modo de ser e de comportar-se ou de se conduzir. A concretização da liberdade, assim como a sua problematização, fazia-se pela possibilidade de admiração desencadeada diante do exercício da prática da liberdade, como a de um *ethos* nobre, capaz de ser admirado e apontado, como exemplo, pelo modo tranquilo como se conduz e se expressa nas diferentes situações enfrentadas.

Foucault não acredita ser necessário uma conversão do sujeito para que se pense a sua liberdade como *ethos*; pelo contrário, o *ethos* consiste na própria problematização da liberdade. Daí a necessidade de todo um trabalho do sujeito sobre si mesmo, para que o exercício da liberdade adote o caráter de um *ethos* que seja “bom, belo, honorável, estimável, memorável e que possa servir de exemplo” (Foucault, 1987, p. 115).

Como o significado de liberdade para os gregos era “a não escravidão”, o conceito de liberdade tinha um caráter fundamentalmente político, já que quem se encontrava em estado de escravidão, não era dotado de ética. Não ser escravo, principalmente de si mesmo, dos seus próprios apetites e desejos, significava que o sujeito que é livre estabelece, consigo mesmo, uma relação de comando, de poder e de autoridade (Foucault, 1987, p. 116).

Para os gregos, “o ser político, viver numa *polis*, significava que tudo era decidido mediante palavras e persuasão e não através de força ou violência” (Arendt, 1993, p. 35). A ausência da palavra, o uso da força e da violência eram entendidos como formas pré-políticas de relacionar-se com as pessoas, próprias da esfera privada em que o chefe da casa podia exercer o seu poder e a sua autoridade de forma despótica. No privado, no doméstico, na família, os homens vivem juntos em decorrência das suas necessidades e carências. A esfera pública, a esfera da *polis* era o espaço da liberdade, o espaço da política:

a *polis* diferenciava-se da família pelo fato de somente conhecer ‘iguais’, ao passo que a família era o centro da mais severa desigualdade. Ser livre significava ao mesmo tempo não estar sujeito às necessidades da vida nem ao comando de outro e também não comandar. Não significava domínio, como também não significava submissão (Arendt, 1993, p. 41).

A relação do sujeito consigo mesmo, isto é, construir-se como um sujeito ético, cuidar de si, ontologicamente, é a primeira relação; depois, e até como decorrência, pode vir

o cuidado do outro, já que quem sabe cuidar de si adequadamente, sabe conduzir-se, encontra-se em condições de conduzir-se na relação com e para o outro. Diferentemente da necessidade de uma conversão do sujeito para que se pense sua liberdade como *ethos*, o cuidado de si requer uma conversão do poder, seu controle e delimitação, já que o oposto da escravidão poderia ser entendido como o abuso do poder. O homem que é tirano e autoritário na relação com o outro, que ultrapassa os limites do exercício do seu poder, seja pela situação em que se encontra, poder aquisitivo, *status*, na verdade, é escravo de seus desejos e não exerce o poder sobre si mesmo. O exercício de poder sobre si dirige e serve de regra ao exercício de poder sobre os outros (Foucault, 1987).

Aquele que cuida de si, conhece a si, conhece, também, quais são os seus deveres e limites nas diferentes relações que estabelece com os outros. O sujeito, conforme o papel que assume ou o tipo de relação que empreende com os outros, adquire ou adota diferentes formas, conduzindo-se diferentemente em tais relações. Tais papéis ou constituições do sujeito, na verdade, representam esquemas e modelos próprios sugeridos, propostos ou, até, impostos pela sua construção cultural, pelo seu grupo social, pela sociedade (Foucault, 1987).

Se concordamos com Foucault no fato de que não existem sociedades sem relações de poder⁴, poderíamos dizer que tal constatação não se constitui num problema. A problematização deveria se fazer no sentido de que se participe destes jogos de poder com o mínimo possível de dominação, buscando-se as regras de direito, de governabilidade, das práticas de si, da moral e do *ethos*. A condução de um sujeito pelo outro, seja nas relações

⁴ Relações de poder entendidas como relações estratégicas, entre liberdades, através das quais, determinados sujeitos buscam conduzir e guiar a ação de outros (Foucault, 1987, p. 138).

pedagógicas, seja em relações terapêuticas, por si, não implica problemas, já que se supõe que um professor ou um terapeuta, sabendo e conhecendo mais, busque transmitir e repassar aos outros determinados saberes. A problematização decorre do abuso de autoridade, do abuso de poder concretizado em relações autoritárias, que caracterizariam estados de dominação.

Uma nova ética se faz através da articulação entre “a preocupação ética e a luta política para o respeito dos direitos, da reflexão crítica contra as técnicas abusivas de governo, e de uma ética que permita fundamentar a liberdade individual” (Foucault, 1987, p. 139). A governabilidade apóia-se na ação de sujeitos livres que tentam conduzir e determinar a ação dos outros, restringindo a sua liberdade, utilizando-se de determinados recursos e instrumentos. Apóia-se, portanto, no exercício da liberdade, na relação do sujeito consigo mesmo, e na relação que estabelece com o outro. É possível dizer que a governabilidade “constitui a materialidade mesma da ética” (Foucault, 1987, p. 141).

A filosofia na sua vertente crítica, e num entendimento de crítica em um sentido amplo, por sua vez, tem questionado diferentes fenômenos de dominação, tanto quanto a sua forma, como em relação à intensidade adotada, numa concretização do princípio socrático que recomenda “ocupa-te de ti mesmo, isto é, fundamenta-te na liberdade mediante o domínio de ti mesmo” (Foucault, 1987, p. 142).

Assim como Foucault justifica seu interesse pela interrogação kantiana, problematizadora da relação dos sujeitos com o presente, do seu modo de ser histórico e da sua constituição como seres autônomos, frente à contemporaneidade presente na mesma, também me pergunto, numa análise de nós mesmos e do nosso presente vivido: “Quem somos nós, enfermeiras e demais elementos da equipe de enfermagem, profissionais da

saúde, neste momento da história?"; "Quais têm sido as relações que temos estabelecido com nossos clientes?"; "Quais têm sido as relações que temos estabelecido conosco?"; "Como temos nos governado e nos deixado governar?"; "Como temos governado outros sujeitos?".

Apresento, a seguir, o tema da governabilidade em que se inserem as tecnologias do eu e o poder pastoral como uma necessária fundamentação para a busca de respostas de como nos temos governado, como outros nos têm governado e, principalmente, como temos governado os outros no exercício da profissão.

1.2 - O TEMA DA GOVERNABILIDADE

Nesta etapa do trabalho, constituído pelo que denomino "Foucault e as tecnologias do eu" e "Foucault e o poder pastoral", busco apresentar o suporte teórico acerca da governabilidade dos sujeitos com a finalidade de clarear e destacar o que me parece mais significativo e relevante para a compreensão da caminhada empreendida.

As **tecnologias do eu** são apresentadas como práticas próprias utilizadas pelos gregos, em relação aos seus corpos e almas, como estímulo ao dever do cuidado de si para conhecer-se a si, com a finalidade de atingir um determinado estado de perfeição ou felicidade; tais técnicas, a partir do cristianismo, tomam um sentido diferenciado, ou seja, passa a ser necessário não mais cuidar de si, mas sim conhecer-se para renunciar a si. Já o **poder pastoral** é apresentado através e a partir da metáfora do grande pastor divino e do pastor do rebanho de ovelhas, sendo entendido como um poder político, individualizador e

totalizante, presente na estrutura do Estado, tendo se disseminado, por vários séculos e por toda a sociedade, de modo muito estreito com os ideais cristãos.

Na tentativa, então, de ampliar a compreensão e o conhecimento acerca dos modos de se conduzir como sujeito moral das suas ações, trago, a seguir, as tecnologias do eu⁵ apresentadas por Foucault como a análise da hermenêutica do eu, mediante o estudo das diferentes relações e dominações que se estabelecem entre o *conhece-te a ti mesmo (gnothi sauton)* e o *ocupa-te de ti* ou o *cuidado de si (epimeleia heautou)*, na especificidade da Grécia clássica, nos séculos I e II da cultura greco-romana e na da espiritualidade cristã, nos séculos IV e V.

1.2.1 - Foucault e as tecnologias do eu

Há, segundo Foucault, quatro tipos principais de tecnologias utilizadas pelos homens para se entenderem a si próprios, constituindo-se cada uma delas, numa matriz da razão prática: - tecnologias de produção, - tecnologias de sistemas de sinais, - tecnologias de poder⁶ e tecnologias do eu.

Cada uma destas tecnologias compreende determinadas formas de aprendizagem e de transformação de indivíduos em sujeitos, mediante a aquisição de determinadas habilidades e de determinadas atitudes. Apesar de estarem relacionadas com um tipo específico de dominação, tais tecnologias quase que não atuam de modo isolado ou

⁵ As tecnologias do eu são apresentadas no texto "Tecnologias del yo y otros textos afines" (Foucault, 1990a), uma coletânea de seis seminários ministrados por Foucault, em 1982, na Universidade de Vermont.

⁶ As tecnologias de produção permitem a produção, a transformação e a manipulação das coisas; as tecnologias de sistemas de sinais possibilitam o uso de sinais, símbolos, sentidos ou significações; e as tecnologias de poder consistem na objetivação dos sujeitos, pela determinação da sua conduta e sujeição a determinados fins ou dominações (Foucault, 1990a).

separadamente. As tecnologias de produção e de sistemas seriam mais utilizadas no estudo das ciências e da lingüística, enquanto que as tecnologias de poder e do eu, como tecnologias de domínio e do sujeito, podem e devem ser utilizadas no estudo do conhecimento e do saber acerca do sujeito e da sua dominação. Daí o que Foucault denomina de governabilidade, ou seja, o ponto de encontro entre as tecnologias de dominação dos outros e as que dizem respeito a si mesmo.

As tecnologias de si ou as tecnologias do eu⁷ podem ser caracterizadas como as técnicas que possibilitam aos indivíduos, por si só ou com o auxílio dos outros, realizarem determinadas operações em seus próprios corpos, em suas almas, em seus pensamentos, nas suas disposições, desejos e condutas, de tal forma que os transformem a si mesmos, os modifiquem com o propósito de alcançar um certo estado de sabedoria, perfeição, felicidade, pureza, poder sobrenatural ou imortalidade (Foucault, 1990a, p. 48).

Ao investigar como se dá a formação disciplinar das enfermeiras, ainda não tinha clareza de que, em verdade, além de pesquisar o poder disciplinar como uma tecnologia de objetivação dos sujeitos, já estava questionando como se faz, profissionalmente, a construção de sujeitos morais na enfermagem, ou melhor, mediante que jogos de verdade as enfermeiras têm se construído (ou não) como sujeitos morais das suas próprias ações, têm se reconhecido e se feito reconhecer como enfermeiras.

Contudo, naquele trabalho, muitas questões sequer foram formuladas, tais como, quais são os limites e os contatos entre a tecnologia política dos indivíduos e as tecnologias

⁷ A expressão *technologies of the self* ou *les techniques de soi*, é utilizada, neste texto, como tecnologias do eu ou tecnologias de si, ao invés de técnicas ou tecnologias de si mesmo, de modo semelhante ao já adotado por Morey (1990). Este eu ou este si significam o "si mesmo", como o próprio interlocutor interior do sujeito.

de si, como tem se articulado e concretizado em práticas, em diferentes engrenagens que dão sustentação, se retro-alimentam, vindo a constituir a sociedade como um todo.

O desenvolvimento da hermenêutica do eu, as tecnologias do eu, é apresentado por Foucault em dois períodos históricos diferentes e sucessivos, na filosofia greco-romana e no contexto da espiritualidade cristã e dos princípios monásticos, relacionando esta temática com um conjunto de práticas próprias que se davam no final da antiguidade. Tais práticas reconhecidas em grego como *epimelesthai sauton*, constituem-se em "o cuidado de si", 'a preocupação por si', 'o sentir-se preocupado, inquieto por si" (Foucault, 1990a, p. 50), consistindo o princípio principal das cidades, como uma regra fundamental para a arte de viver e para a conduta pessoal e social, apesar de o princípio *gnothi sauton*, *o conhece-te a ti mesmo*, representar o princípio moral mais significativo na filosofia antiga. No entanto, antes da prática de conhecer-se a si, era necessário ocupar-se de si e, por extensão, ocupar-se de si mesmo com a cidade.

Foucault procura mostrar as razões pelas quais na nossa tradição filosófica moderna o *conhece-te a ti* tem obscurecido o *cuida-te a ti*. A partir do cristianismo, tais princípios passam a tomar um sentido completamente diferente, com o significado de não mais cuidar de si e da cidade, mas de renunciar a si e ao mundo. Observa-se a transformação dos princípios morais, na sociedade ocidental, que não reconhece mais *a preocupação e o cuidado de si* como princípio fundamental, mas antes como uma imoralidade e uma tentativa de desobediência às regras: a moralidade cristã estabelece, então, como princípio de salvação eterna, *o rechaço de si*, o que requer o prévio conhecimento de si mesmo. É preciso antes conhecer-se para, daí, poder renunciar a si: "o que alguém deve ser capaz de saber sobre si para desejar renunciar a algo?" (Foucault, 1990a, p. 47).

Nesta transformação dos princípios morais, a lei externa, assim como as regras de conduta aceitáveis nas relações com os outros, tornam-se o fundamento da moralidade, deixando sem lugar e como contraditório, o cuidado e o respeito de si como princípio fundamental da moralidade: "o conhece-te a ti mesmo' tem obscurecido o 'preocupa-te de ti mesmo', porque nossa moralidade insiste em que o que se deve rechaçar é o sujeito" (Foucault, 1990a, p. 54). O preocupar-se consigo significa não o preocupar-se com o corpo, com o que este veste ou com o que possui, mas significa o preocupar-se com o corpo⁸ no sentido da alma que o dirige e impulsiona ou o refreia; o cuidado da alma como princípio da atividade, da ação. Para cuidar da alma, é preciso conhecer em que consiste a alma, o que se concretiza pela sua contemplação, como num espelho, diante do divino, de modo a "descobrir as regras que lhe servem de base unicamente para a conduta e a ação política" (Foucault, 1990a, p. 59). O cuidado e a preocupação consigo mesmo consiste, então, no conhecimento de si, que se transforma em objeto da busca do cuidado de si.

A cultura do cuidado de si não implica em algo abstrato, mas numa rede de obrigações e atividades para a alma: o parar, afastar-se um pouco, retirar-se dentro de si, pensar e meditar; a escrita de si, também como um exercício de si, uma nova preocupação de si, em que o eu e o que vive no cotidiano tornam-se tema e objeto de atividade literária; o diálogo como método para a descoberta da verdade da alma; o exercício da escuta e o desenvolvimento da arte do silêncio como condição para adquirir a verdade.

Diferentemente do exame de consciência realizado, usualmente, no cristianismo, o exame dos estóicos não representa uma prática jurídica ou um juízo, mas uma prática

⁸ Foucault mostra na obra *Vigiar e Punir* (1991), que na sociedade clássica, descobre-se o corpo como objeto e alvo de poder, entendido como corpo, essencialmente, a alma: o coração, o intelecto, o desejo, as vontades e as disposições.

administrativa, de administração de bens, na administração de si mesmo, da sua vida, das "boas intenções" que não foram cumpridas, sem a conotação de julgamento do que já aconteceu ou deixou de acontecer. Não há a intenção de descoberta de pecados, das faltas cometidas, mas antes da descoberta ou do recordar a falta de êxito no alcance do pretendido, frente às regras de ação ou leis de conduta: "o sujeito constitui a intersecção entre os atos que devem ser regulados e as regras sobre o que há de se fazer" (Foucault, 1990a, p. 72).

Além da escrita de si e da revelação do eu, do exame de si e da consciência, Foucault apresenta uma terceira técnica estoíca do eu, a *askesis*, não como *renúncia de si*, mas como "consideração progressiva do eu, ou domínio sobre si mesmo, obtido não através da renúncia à realidade senão através da aquisição e assimilação da verdade" (Foucault, 1990a, p. 73) com a finalidade de acesso à realidade que se vive. No cristianismo, diferentemente, faz-se a apologia da renúncia não só de si, mas da realidade, já que o eu também faz parte da realidade a renunciar, em busca de um outro nível de realidade. Na verdade, a *askesis* são exercícios (*melete y gymnasia*)⁹ pelos quais o sujeito vê se encontra-se preparado (*paraskeuazo*) para o enfrentamento de acontecimentos com os recursos de que dispõe.

Foucault resgata um dos jogos de verdade do eu, próprios do cristianismo, que "devem conduzir o indivíduo de uma realidade à outra, da vida à morte, do tempo à eternidade" (Foucault, 1990a, p. 80), pela imposição de condições e regras de conduta que

⁹ A *askesis* possibilita por à prova a preparação de transformação da verdade num princípio permanente de ação, fortalecendo a subjetividade, "encontra-se esta verdade o suficientemente assimilada para tornar-se ética, de modo tal que possamos comportarmo-nos como devemos quando se apresenta o próprio acontecimento?" (Foucault, 1990a, p. 74). Dois tipos de exercícios foram caracterizados pelos gregos: *melete* significa um exercício do pensamento e de meditação, dialógico e imaginário, como preparo antecipado de um discurso com argumentos que possam vir a ser úteis, numa tentativa de imaginar como se reagiria em determinadas situações; já *gymnasia* significa a preparação e o treinamento em situações reais, apesar de serem provocadas artificialmente, como rituais de purificação.

buscam a modificação e a transformação do eu; a aceitação dogmática de verdades inquestionáveis, as quais o cristão não apenas aceita e crê, mas deve também externalizar e testemunhar, assim como o conhecimento de si, das suas faltas, tentações, desejos, em busca da purificação da alma. A alma purifica-se mediante o conhecimento de si e, antes de ser introduzida a confissão e a penitência, os cristãos dos primeiros séculos adotaram diferentes formas para o conhecimento da verdade do eu: a *exomologesis* e a *exagoreusis*¹⁰.

A finalidade da *exomologesis*, entretanto, não era revelar a verdade, mas, paradoxalmente, apagar o pecado e, concomitantemente, apresentar, revelar e expor o verdadeiro pecador, já que "a exposição é o coração da *exomologesis*" (Foucault, 1990a, p. 84). O ritual da penitência representa a renúncia e o rechaço de si, em que o penitente, como um mártir, entrega e renuncia a sua vida e ao seu eu, rompendo com sua identidade passada pelo enfrentamento da morte, pois ao mesmo tempo em que se dá a revelação do seu eu, dá-se, também, a sua destruição.

Com os estoícos, estabelecia-se uma relação, de caráter mais instrumental e profissional, entre o mestre e o discípulo, em que este era guiado e dirigido, mediante conselhos, tendo como finalidade o alcance de uma vida feliz e autônoma, finalizando-se tal relação quando o discípulo atingia este patamar. Já no cristianismo, a única forma de assegurar a discriminação e o reconhecimento da pureza ou não do que é pensado dá-se através da confissão de todos os pensamentos a quem sabe mais, é mais experiente e pode

¹⁰ A palavra *exomologesis*, o "reconhecimento do fato", podia ser entendida pelos cristãos como o reconhecimento público da verdade da sua fé e como um ritual no qual o penitente reconhece e confessa de modo dramático e teatral, o seu arrependimento, humilhando-se, demonstrando modéstia e vergonha. As ações pelas quais ele se auto-castiga devem ser as mesmas pelas quais ele descobre o seu eu e a verdade de si mesmo. Já *exagoreusis*, considerada por Foucault como mais importante, consistia num exame de si pela verbalização contínua e analítica dos pensamentos, numa estreita relação de obediência para com outrem e na contemplação permanente de Deus. A obediência compreende toda a vida do monge, tudo o que pensa, todos seus desejos e vontades como um permanente sacrifício do seu eu que se submete ao mestre: o eu constrói-se e constitui-se através da obediência, sem que haja espaço para a autonomia.

dar conselhos, ou seja, o mestre ou o diretor de consciência. Compreende uma atitude de completa obediência pela permanente verbalização do que pensa, do que deseja, de tudo o que lhe chega à consciência, estabelecendo-se uma relação hermenêutica tanto com o mestre, como consigo mesmo. Há implícito um ato de humilhação, de revelação e de renúncia de si pelo ato da confissão que possibilita a saída do demônio de si, e que impedia uma maior aproximação de si com Deus, tornando-se a confissão "a marca da verdade" (Foucault, 1990a, p. 92). Como a verbalização permanente de todos os pensamentos é impraticável e um ideal a ser alcançado, tudo o que não pode ser revelado, é visto como uma falta, como um segredo, como a ocultação de um pecado.

Foucault destaca que o grande traço comum presente entre a *exomologesis* e a *exagoreusis* é que "não pode haver revelação sem renúncia" (Foucault, 1990a, p. 93), ou seja, na *exomologesis*, que tem como modelo o martírio, dá-se a revelação, a renúncia e a mortificação do eu, enquanto que na *exagoreusis*, pela exposição dos pensamentos e pela total obediência ao mestre, dá-se, também, a renúncia e a negação dos desejos e do eu. Tais práticas desenvolvem-se do início do cristianismo até o século XVII, tendo sido impulsionadas, ainda mais, no século XIII, com a descoberta da penitência. A partir do século XVIII, até os dias atuais, as tecnologias de verbalização do eu têm sido reinseridas, pelas ciências humanas, em contextos diferentes, numa tentativa não de renúncia do eu, mas de construção positiva de um novo sujeito.

A seguir, busco abordar o tema do poder pastoral, cuja problemática fundamental é a genealogia da racionalidade política moderna com o duplo esforço dos sistemas políticos que, permanentemente e de modo relacional, estimulam tanto a individualização do sujeito, como a sua integração a uma totalidade.

1.2.2 - Foucault e o poder pastoral¹¹

Foucault ressalta que o papel da filosofia, desde Kant, tem sido o de não permitir que a razão ultrapasse os limites do que é dado pela experiência. Já com o estabelecimento dos Estados modernos e de uma nova organização política da sociedade, a filosofia passa, também, a desempenhar o papel de vigilante do poder da racionalidade política, dos seus abusos e excessos, o que pode ser considerado tanto um fato banal como evidente.

Ao invés de julgar a razão ou buscar o tipo específico de racionalismo da nossa cultura moderna que teria origem na Ilustração, como o fazem os frankfurtianos, Foucault propõe-se a aprofundar as relações existentes entre a racionalidade e o poder, não na totalidade da sociedade, mas em campos específicos, como o da loucura, da enfermidade, do crime, assim como poderia ser o campo da enfermagem, tentando averiguar qual tem sido o tipo específico de racionalidade empregado ou como tem se racionalizado suas práticas. Propõe-se, também, a ir além do período da Ilustração, para períodos mais longínquos, na tentativa de compreender como os sujeitos, ao longo da história, têm construído sua individualidade através de um poder reconhecido como poder individualizante ou poder pastoral.

O poder político, nas sociedades européias e modernas, tem se transformado, mostrando-se cada vez mais centralizado e centralizador, pela organização administrativa e burocrática do Estado. O poder individualizador, por sua vez, numa aparente oposição ao

¹¹ Esta parte do trabalho apóia-se, fundamentalmente, no texto "Omnes et singulatim: hacia una critica de la 'razon política'" (Foucault, 1990a).

poder do Estado, mediante técnicas de poder dirigidas aos indivíduos, pretende alcançar o seu total e completo governo e controle.

Foucault, com a intenção de resgatar as origens do poder pastoral e das suas principais características na antiguidade, inicialmente, registra a figura do rei, do faraó ou do chefe como um pastor de rebanhos ou de homens, nas sociedades orientais antigas. Há a associação de papéis entre o rei-pastor e Deus como o grande pastor divino, principalmente, porque exercem a mesma função, cuidando do mesmo rebanho. Algumas destas características do poder pastoral, presentes nas associações das metáforas do Deus-pastor e do seu povo-rebanho, e que se diferenciam do que se dava nas sociedades gregas, em que não se identifica a figura do chefe como a de um pastor que guia o rebanho de ovelhas, são estas:

- O exercício de poder do pastor faz-se, originalmente e de modo principal, sobre um rebanho, mais do que sobre a terra que pode ser uma dádiva prometida e concedida por Deus ao seu rebanho; na sociedade grega, os deuses tinham a posse de uma terra e esta posse é que determinava as relações entre as divindades e os homens.
- O pastor reúne e conduz as ovelhas dispersas que podem tornar a se dispersar na sua ausência; entre os gregos, os chefes buscavam reduzir as divergências e os conflitos, favorecendo a unidade e a coesão do grupo, mediante o seu fortalecimento por leis que, independente da presença do dirigente, permanecem atuando.
- O pastor tem como função garantir a salvação do seu rebanho, através de uma "bondade constante, individualizada e finalizada" (Foucault, 1990a, p. 101), que se concretiza no dia a dia, pela manutenção de cuidados com a alimentação, hidratação e segurança que se fazem

para cada ovelha, individualmente, tendo esta bondade constante uma meta a ser alcançada. Os deuses gregos tinham, também, como função a salvação das cidades, garantir terras férteis e boas colheitas que também asseguravam os cuidados com a alimentação e segurança necessários, porém a salvação era buscada, não pela bondade individualizada, mas para o grupo de cidadãos como um todo.

- O pastor exerce o poder da sua bondade como o cumprimento de um dever, que se aproxima à abnegação, pois "tudo o que faz o pastor, o faz pelo bem de seu rebanho" (Foucault, 1990a, p. 102), dedica-se totalmente a ele, descuidando de si, mas velando, individualmente, pelas suas ovelhas, pelas suas necessidades, tendo como objetivo final do exercício deste poder a garantia de salvação individual em outro mundo. Também, os deuses gregos tinham como dever agir no interesse do seu povo, em detrimento do seu próprio interesse, porém tal dever era reconhecido como um dever glorioso, que, em caso de perda da vida, não significava perda porque já lhes estava garantida a imortalidade.

Foucault apresenta tais características como temas paradoxais e contraditórios, sem propor uma coerência nesta percepção de poder político ou assegurar que era esta a forma como se exercia o poder político entre os hebreus. Ressalta, entretanto, a predominante agressividade e violência das sociedades, que surgiram ao final da antiguidade, contra si mesmo e contra outras, as mudanças nas formas políticas e nas estruturas jurídicas, assim como a importância histórica do desenvolvimento de tecnologias de poder que determinam relações complexas e circulares entre os homens, assegurando o governo e o controle de um grupo de indivíduos reunidos como num rebanho e guiados por pastores.

Em busca da metáfora política do pastor nos textos gregos, Foucault depara-se com o argumento metodológico utilizado por Platão, em *El político*, de que é preciso analisar as

ações de um pastor, o seu fazer, para, então, decidir se o rei constitui-se ou não em um tipo de pastor, constatando que tanto o pastor como o rei encontram-se encabeçando, respectivamente, o rebanho e a cidade. As demais funções, porém, como a alimentação, a saúde, dentre outras, não são executadas pelo rei, mas por outros cidadãos, os quais, assim, poderiam requerer para si o título de "pastores de homens".

Platão admitia que o médico, o padeiro, assim como outros, poderiam desempenhar funções de pastor; no entanto, estavam proibidos de imiscuir-se em funções políticas, o que não lhes possibilitaria o tempo necessário para prestar o cuidado e a atenção individual que cada indivíduo requer do seu pastor. Já uma divindade poderia responsabilizar-se pela vida e pelo desenvolvimento de um grupo de indivíduos. Os homens, que detém o poder político, não são nem deuses e nem pastores, e o seu papel não

consiste em salvaguardar a vida de um grupo de indivíduos. Consiste em formar e assegurar a unidade da cidade. Dito em poucas palavras, o problema político é o da relação entre um e a multidão no marco da cidade e dos seus cidadãos. O problema pastoral concerne à vida dos indivíduos (Foucault, 1990a, p. 110).

A relevância do poder pastoral e do poder político para a compreensão da organização e funcionamento das sociedades modernas situa-se no relacionamento que se estabelece entre o poder político exercido pelo Estado como estrutura jurídica e o poder denominado pastoral que tem como papel a ajuda e o exercício do cuidado contínuo e permanente de cada um e de todos e melhores condições de vida.

A intenção de Foucault ao resgatar o pastorado não é reconstituir a sua evolução através do cristianismo, mas destacar alguns aspectos entendidos como relevantes, na sua evolução, para a compreensão desta tecnologia de poder que age sobre os indivíduos em

busca da exposição da sua vontade particular, tais como, a articulação entre a responsabilidade, a obediência, o exame de consciência e a direção de consciência e, por último, a mortificação neste mundo, ressaltando nestas idéias o que era, originalmente, alheio ao pensamento grego:

- Responsabilidade - O pastor está ligado por laços morais a cada membro do seu rebanho, devendo responsabilizar-se por todo o rebanho e por toda ovelha individualmente, por todos os seus atos, de modo que entre o pastor e a ovelha circulem e transitem tanto pecados como méritos; tudo o que acontece à ovelha, seja de bom, seja de mau, também repercute e será imputado ao pastor no juízo final.

- Obediência - Estabelece-se entre a ovelha e o pastor, na sociedade hebraica, uma relação de dependência completa e individual, de submissão pessoal, em que a obediência, como uma virtude e um estado não provisório, mas contínuo e permanente, torna-se um fim em si mesma. A vontade do pastor deve ser seguida pelo rebanho como uma lei, independente ou não de ajustar-se a uma lei, mas, simplesmente, por ser a vontade do pastor que deve ser exercida sobre o sujeito. Difere do conceito de obediência dos gregos, porque

se um grego tinha que obedecer, o fazia porque era a lei ou a vontade da cidade. Se surgia o caso de que obedecesse a uma vontade particular (médico, orador ou pedagogo), era porque esta pessoa havia logrado persuadir-lhe racionalmente. E isto com uma finalidade estritamente determinada: curar-se, adquirir uma competência, levar a cabo a melhor escolha (Foucault, 1990a, p. 113).

- O exame de consciência e a direção de consciência - Estabelece-se entre o pastor e cada uma das ovelhas do rebanho, uma relação de conhecimento individual, das suas necessidades, das suas faltas, do que se passa na intimidade da sua alma em caminho da purificação, de modo que o pastor disponha do conhecimento da sua consciência e da

habilidade para dirigi-la e guiá-la, possibilitando uma condução contínua e permanente do discípulo pelo mestre. Já com os gregos, o exame de consciência favorecia o conhecimento de si, do controle das suas paixões em busca da perfeição, e a direção de consciência podia se dar, em situações específicas de enfrentamento de dificuldades, podendo ser, também, retribuída pelo discípulo ao mestre.

- Mortificação neste mundo - Trata-se da finalidade que se encontra implícita nas tecnologias de obediência, de exame de consciência, de confissão e direção de consciência, como uma identidade forte do cristianismo: a aceitação de uma morte cotidiana nesta vida, de modo a assegurar a vida em outro mundo, uma espécie de jogo de verdade cujos elementos são

a vida, a morte, a verdade, a obediência, os indivíduos e a identidade; um jogo que parece não ter nenhuma relação com o da cidade que sobrevive através do sacrifício dos cidadãos. Nossas sociedades têm demonstrado ser realmente demoníacas no sentido de que associaram estes dois jogos - o da cidade e do cidadão, e o do pastor e o rebanho - nisso que chamamos Estados modernos (Foucault, 1990a, p. 116).

O poder pastoral, segundo Foucault, aparentemente, nos primeiros dez séculos de cristianismo católico e romano, não se mostrou tão triunfante, seja por razões econômicas, culturais e sociopolíticas¹², apesar de ter se evidenciado como objeto de preocupação e de enfrentamentos entre os indivíduos¹³. Por outro lado, recomenda que se diferencie entre

¹² No início do período medieval, a economia se fazia, predominantemente, no meio rural e mais pobre, o que de certo modo, se mostrava incompatível com as características mais urbanas do pastorado; o desenvolvimento do poder pastoral requer um certo nível de cultura, tanto por parte do pastor, como das ovelhas do rebanho; as relações que se estabelecem entre os indivíduos, no feudalismo, mostram-se diferenciadas das estabelecidas no pastorado (Foucault, 1990a).

¹³ A idéia do governo pastoral dos homens e do desejo de instituir relações pastorais entre os homens mostrou-se presente, durante a Idade Média, podendo ser evidenciada nas modificações que se fizeram no interior das ordens monásticas, com seu estabelecimento rigoroso entre os monges; nas relações pastorais que se determinaram entre os membros das novas ordens religiosas criadas, como as franciscanas e dominicanas, e os fiéis; e também, nos embates à Igreja pelo não atendimento das suas obrigações, com

dois aspectos do poder pastoral: a instituição eclesiástica em si, que se encontra num processo de desvitalização a partir do século XVIII e a institucionalização do poder pastoral que se estendeu e proliferou fora da instituição eclesiástica (Foucault, 1990a, p. 9).

Busca, então, apresentar e

propor algumas indicações fragmentárias sobre algo que se encontra à metade do caminho entre o Estado, como tipo de organização política e seus mecanismos, a saber, o tipo de racionalidade implicada no exercício de poder do Estado (Foucault, 1990a, p. 120).

Do século XVI ao final do século XVIII, surgem vários escritos ou tratados, não mais como conselhos aos príncipes quanto ao modo de exercer o poder e não ainda como uma ciência política, porém como uma arte de governar¹⁴. Há que destacar que o século XVIII encontra-se no cruzamento de dois movimentos: a superação da organização feudal e a implantação dos Estados territoriais e administrativos. Além destes, mas intrinsecamente a eles relacionados, situam-se os movimentos de Reforma e Contra-Reforma em que os indivíduos se perguntam sobre o modo como querem ser guiados para alcançar sua salvação (Foucault, 1990b, p. 278).

Por outro lado, na sociedade ou no Estado, não há só o governo do príncipe ou do soberano, mas há múltiplas práticas de governo que se inter cruzam no seu interior, como o

críticas a sua organização hierárquica e com a perseguição de um modo de organização mais espontâneo, associado à escolha de um pastor conforme as suas necessidades. Segundo Foucault, o preço destas lutas era o próprio poder pastoral (Foucault, 1990a, p. 119).

¹⁴ A razão do Estado, como uma arte do governo dos Estados, pode ser entendida como uma tecnologia que se concretiza, segundo determinadas regras de conhecimento racional que extrapolam os costumes e as tradições; esta arte provém da reflexão sobre a natureza do que é governado, isto é, do próprio Estado, do que o constitui e das suas exigências; a arte de governar busca o fortalecimento do próprio Estado e não só o fortalecimento do poder exercido pelo príncipe sobre os seus domínios; a arte de governar racionalmente o Estado potencializando suas forças e de acordo com sua natureza requer e subentende o estabelecimento de determinados saberes, como a "estatística ou a aritmética política" (Foucault, 1990a, p. 126), sobre as forças, as potencialidades e capacidades do próprio Estado, assim como dos demais. A aplicação da "razão, da sabedoria e da prudência" não são mais suficientes para a arte de governo.

governo da casa, da família, de um convento, os quais têm significativas implicações políticas, sendo imanentes em relação ao Estado. As teorias da arte de governar buscam mostrar uma continuidade ascendente e descendente entre o poder do príncipe e as demais formas de poder. Uma continuidade ascendente, já que quem pretende governar o Estado, precisa saber governar a si (moral), assim como a sua família e suas propriedades (economia), caracterizando a pedagogia do príncipe; uma continuidade descendente porque frente a um bom governo do Estado, também há um adequado governo da família e dos seus bens, sendo a polícia, nesta época, quem deveria exercer tal linha descendente (Foucault, 1990b, p. 281).

A racionalidade presente no poder do Estado não se expressa, como se poderia imaginar, por exercícios espontâneos ou impensados, mas como decorrência de processos reflexivos, denotando tanto conhecimento, como, também, consciência da sua especificidade. Foucault utiliza-se de uma linha de investigação em que resgata reflexões, desenvolvidas em diferentes países, sobre o tema da razão do Estado e da polícia¹⁵, pois a experiência lhe tem demonstrado que "a história das diversas formas de racionalidade resulta, as vezes, mais efetiva para quebrar nossas certezas e nosso dogmatismo do que a crítica abstrata" (Foucault, 1990a, p. 137).

A necessidade de uma população numerosa e crescente faz parte do pensamento político e econômico do final do século XVII e durante o século XVIII, pelo entendimento

¹⁵ No início dos Estados modernos, as expressões *razão do Estado e teoria da polícia* ainda não tinham o sentido pejorativo e restrito dos dias atuais (Foucault, 1990a). O conceito de polícia proveniente do grego *politeia*, significando constituição ou administração de um Estado, já começa a aparecer na Alemanha, a partir do século XVI, mesmo que de forma ainda imprecisa. Rosen (1980) apresenta o seu desenvolvimento e os métodos de polícia médica expressos nas reflexões e escritos de vários autores, já no século XVI, até a sua definição mais precisa e finalizada com a publicação das obras de Johann Peter Frank, a partir de 1779. Até o final do Antigo Regime, por polícia entende-se não só a instituição policial, mas "o conjunto dos mecanismos pelos quais são asseguradas a ordem, o crescimento canalizado das riquezas e as condições de manutenção da saúde 'em geral'" (Foucault, 1990b, p. 197).

de que mais pessoas significaria maior produção, maior consumo e maiores riquezas para o Estado. Na verdade, a preocupação com a densidade populacional insere-se num esquema mais abrangente conhecido, na Inglaterra, como mercantilismo ou como cameralismo na Alemanha. O mercantilismo tem sido descrito como uma política de poder, mas, segundo Rosen, tratou-se de uma concepção da sociedade: “um esquema político e organizacional cujo objetivo supremo era colocar a vida econômica e social a serviço dos poderes políticos do Estado” (Rosen, 1980, p. 146). O bem-estar da sociedade era reconhecido como o bem-estar do Estado. No desenvolvimento do cameralismo, na Alemanha, a idéia de polícia é fundamental quanto aos problemas de saúde e de doença.

A partir da apresentação de definições de razão do Estado, Foucault examina e busca aprofundar a reflexão acerca de algumas idéias nelas presentes, tais como a afirmação de La Perrière de que "governo é uma correta disposição das coisas de que se assume o encargo para conduzi-las a um fim conveniente". O "governo das coisas" pode ser analisado como o governo dos homens e das diferentes relações que estabelecem entre si e com coisas que tanto podem ser seus bens e propriedades, assim como seus meios de subsistência, o território, os costumes e os modos de se conduzir, o enfrentamento de catástrofes, como enchentes ou a seca. Daí que como são várias coisas a dispor para encaminhá-las a um fim conveniente, também os fins a alcançar serão específicos, variados e diversificados, de modo a alcançar a finalidade do governo. Na soberania e principados, o alcance do objetivo do soberano requeria, apenas, a obediência à lei, já que o soberano e a lei estavam intrinsecamente identificados. Diferentemente, na teoria do governo, a lei deixa de ser o instrumento principal para o alcance dos fins do governo, sendo necessário "utilizar mais táticas do que leis, ou utilizar ao máximo leis como táticas" (Foucault, 1990b, p. 284).

No século XVIII, então, uma nova função¹⁶ é assumida pelo Estado: a organização da sociedade como meio de bem-estar, saúde e longevidade (Foucault, 1990b). As funções de preservação da ordem, enriquecimento e preocupação com a saúde foram assumidos e assegurados pelo aparelho denominado de “polícia”, entendido como “técnica de governo própria dos Estados; domínios, técnicas, objetivos que requerem a intervenção do Estado” (Foucault, 1990a, p. 127), o conjunto de estratégias e mecanismos através dos quais é preservada a ordem, o crescimento dirigido das riquezas e as condições de conservação da saúde.

Num texto de Turquet de Mayenne, reconhecido como uma utopia para um Estado provido de polícia, a polícia junto à justiça, ao exército e à economia, participa diretamente da administração do Estado, estendendo a sua possibilidade de função e interferência em todas as situações de vida com que o homem se depara: o homem, tudo o que faz, o modo como vive, as diferentes relações que estabelece, os riscos a que está sujeito, demonstrando que, em verdade, o homem se constitui no “verdadeiro objeto da polícia” (Mayenne, *apud* Foucault, 1990a, p. 130), como expressão da função política da polícia.

No *Compendium* de Delamare, resultado de um trabalho de compilação de regulamentos da polícia de todo o reino francês, aparece a concepção de polícia como a vigilante de, aparentemente, tudo que acontece dentro do Estado: a religião; a moral; a saúde; os abastecimentos; as estradas; os canais, os portos e os prédios públicos; a segurança pública; as artes; o comércio; as fábricas; os trabalhadores e os pobres. A lógica que parece justificar tamanha intervenção é a de que a polícia zelaria por tudo o que diz

¹⁶ O poder político, tradicionalmente, desde o início da Idade Média, exercia as funções da guerra e da paz e as funções judiciárias; a partir do final da Idade Média, passa a assumir, também, a preservação da ordem e a organização do enriquecimento.

respeito à felicidade dos homens, por tudo o que se refere à sociedade (Foucault, 1990a, p. 132-3).

Foucault (1990a, p. 135) analisa na obra *Elementos de polícia* de Justi, a problemática da polícia quanto ao paradoxo presente na sua função de assegurar o aumento de poder e uso de força do Estado e na sua função de assegurar a felicidade dos cidadãos, mediante determinadas condições de sobrevivência, de vida e de uma vida em melhores condições; a definição explícita da finalidade moderna da arte de governar, ou seja, o desenvolvimento dos elementos que constituem a vida dos indivíduos, assegurando, assim, o fortalecimento do Estado. Mostra-se mais clara, na obra de Justi, a noção de população como um grupo de homens que vivem numa área específica, com determinadas taxas de mortalidade e natalidade e como objeto da atuação da polícia. Diferentemente da obra de Turquet, este texto não se constitui em um rol de prescrições utópicas, mas trata-se de uma ciência da administração, de uma forma de observar e analisar o Estado, suas riquezas, população, território, relacionando a descrição estatística dos Estados e a arte de governá-los.

Justi, defensor do despotismo esclarecido, foi um dos principais representantes do cameralismo, no século XVIII. Entendendo o Estado como o resultado de um contrato social em que os homens renunciavam à sua liberdade, adotou o pressuposto de felicidade geral como base ética aos regulamentos impostos pelo governante. Comparava a relação entre o monarca e seus súditos como uma relação entre pai e filho, em que o povo, como objeto dos cuidados governamentais, devia obedecer e cumprir as leis e determinações administrativas quanto à saúde e em outros aspectos, já que o governante sabia o que era melhor para os seus súditos (Rosen, 1980, p. 157-8).

Foucault afirma que toda sociedade realiza uma certa “noso-política” e, ao analisar a política de saúde do século XVIII, como expressão de uma noso-política refletida, não situa apenas nos aparelhos do Estado o seu foco de iniciativa, organização e controle:

a problematização da noso-política, no século XVIII, não traduz portanto uma intervenção uniforme do Estado na prática da medicina, mas sobretudo a emergência, em pontos múltiplos do corpo social, da saúde e da doença como problemas que exigem, de uma maneira ou outra um encargo coletivo (Foucault, 1990b, p. 195).

Parece importante destacar o desenvolvimento da tecnologia hospitalar, associada à sua medicalização, para a constituição do indivíduo e da população como objetos de saber e da prática médica.

Até meados do século XVII, não se evidenciava no ambiente hospitalar a função médica. O hospital era entendido como um local de exclusão, de assistência e de transformação espiritual, no qual os pobres, necessitados de assistência e enquanto doentes, possíveis fonte de contágio, eram recolhidos para receberem assistência material e espiritual, sem a finalidade de cura. As pessoas que ali atuavam junto aos pobres, num caráter essencialmente assistencialista e caritativo, buscavam sua própria salvação eterna, assim como a dos moribundos.

A partir do século XVIII, realizam-se viagens-inquérito em países da Europa, para observar, de modo sistemático e comparativo, os hospitais, efetivando-se descrições funcionais da sua organização, numa perspectiva de encarar “o hospital como uma máquina de curar” (Foucault, 1990b, p. 101).

Mediante a disciplinarização do ambiente hospitalar¹⁷ e com o deslocamento da intervenção médica¹⁸ para o seu interior, dá-se uma transformação no seu sistema de poder, em que o médico assume o topo da hierarquia de organização hospitalar, em substituição ao poder dos religiosos.

Com a organização e controle do meio hospitalar, consolidado num campo documental, aparece a clínica como espaço essencial para a formação e transmissão do saber na qual o indivíduo emerge como objeto tanto de saber como de prática médica. A partir da observação documental de um indivíduo e de vários indivíduos internados, assim como das comparações e confrontações dos registros, realizadas entre hospitais de várias localidades, são identificados processos patológicos e outros indicadores de saúde comuns a toda população. A partir da tecnologia hospitalar, não só o corpo do indivíduo torna-se objeto da intervenção médica, mas também o corpo da população como um todo.

O bem-estar físico da população e a sua saúde tornam-se um objetivo fundamental do poder político não só como manutenção da força de trabalho necessária, mas, principalmente, pela necessidade econômico-política de seu gerenciamento, administração e controle:

os traços biológicos de uma população se tornam elementos pertinentes para uma gestão econômica e é necessário organizar em volta deles um

¹⁷ Com o treinamento do soldado no uso do fuzil e o decorrente investimento na sua formação, as regulamentações econômicas mais rigorosas no mercantilismo, assim como com a intenção de prevenir a disseminação de epidemias, inicia-se o esquadramento disciplinar do hospital na tentativa de reduzir ou anular os seus efeitos negativos. Dá-se uma reorganização física e social do ambiente hospitalar, através do poder disciplinar, como um instrumento de controle e dominação dos corpos que ali circulam e se inserem.

¹⁸ No sistema epistemológico do século XVIII, a medicina do meio, em que a doença é percebida como um fenômeno natural que atende a leis naturais, substitui a medicina da crise em que a doença e a natureza entravam em luta e o médico trabalhava no sentido de assegurar a vitória da saúde e da natureza sobre a doença. Nesta nova visão epistêmica, o olhar e a intervenção médica dirige-se não mais à doença em si, mas ao que a rodeia, como o ar, o ambiente, o regime alimentar. Daí, também, a importância de disciplinarização e controle do ambiente em que o doente se instala (Foucault, 1990b, p.102-7).

dispositivo que assegure não apenas sua sujeição, mas o aumento constante de sua utilidade (Foucault, 1990b, p. 198).

A higiene¹⁹, entendida como o regime de saúde dos indivíduos e das populações, implica e possibilita intervenções autoritárias e instituição de medidas de controle. Faz-se um controle e uma intervenção médica autoritária sobre o espaço urbano, sua distribuição, arejamento, umidade, sistema de águas e esgoto, cemitério e matadouros, densidade da população, como elementos significativos para a mortalidade e morbidade da população.

As normas e regras fundamentais de higiene devem ser ensinadas pelos médicos às pessoas, que devem respeitá-las, em benefício da sua saúde pessoal e da saúde dos outros indivíduos. A saúde torna-se um imperativo: dever individual e de todos (Foucault, 1990b, p. 197).

A medicina, então, como uma tecnologia de saúde, insere-se nas diferentes estruturas administrativas e instâncias de poder da sociedade constituindo um saber médico-administrativo com forte ascendência político-médica sobre a população, possibilitando enquadramentos prescritivos referentes ao modo de viver e de se comportar e não só em relação às doenças:

O médico se torna o grande conselheiro e o grande perito, senão na arte de governar, pelo menos na de observar, corrigir, melhorar o “corpo” social e mantê-lo em um permanente estado de saúde. E é sua função de

¹⁹ Vigarello destaca que a palavra higiene, no início do século XIX, assume um espaço novo. Os manuais que, até então, intitulavam-se como manuais que tratavam de saúde, do seu cuidado ou conservação, passaram a ser denominados como manuais ou tratados de higiene. A palavra higiene, antes como qualificadora da saúde, constitui-se em disciplina específica dentro da medicina, com um conjunto de conhecimentos próprios, “um conjunto de dispositivos e saberes que favorecem a manutenção da saúde”. Nestes tratados ou manuais de higiene, observam-se mudanças nas práticas preconizadas, como a referente ao uso do sabão nas lavagens como instrumento de limpeza, de purificação, de saúde, “a serviço das fisiologias”, apesar das reservas iniciais quanto ao seu uso e aceitação na higiene do banho (Vigarello, 1996, p.186-190).

higienista, mais que seus prestígios de terapeuta, que lhe assegura esta posição politicamente privilegiada (Foucault, 1990b, p. 203).

A população torna-se a meta final do governo, com suas características e regularidades próprias, "como sujeito de necessidades, de aspirações, mas também como objeto nas mãos do governo; como consciente, frente ao governo, daquilo que ela quer e inconsciente em relação àquilo que se quer que ela faça" (Foucault, 1990b, p. 289). Os interesses e as aspirações individuais de cada indivíduo e os interesses e aspirações da população, independente dos interesses e aspirações dos indivíduos que a compõem, passam a ser o objetivo do governo da população.

A família, a partir de meados do século XVIII, antes como modelo de governo²⁰, passa a ser um elemento constituinte da população e um instrumento privilegiado do governo, tendo papel importante na implementação das campanhas que buscam tanto quadricular como medicalizar a população.

Parece importante destacar que à medida que se avança de uma arte de governar para uma ciência política, o problema da soberania mostra-se agudizado pela busca de novas

²⁰ Até o século XVIII, a família constituía-se em sujeito e objeto do governo. Sujeito, pela distribuição de poder na internalidade da família: a sujeição da mulher, dos filhos e dos domésticos ao chefe de família; objeto, pois o chefe de família encontrava-se, também, em relações de dependência, já que a família se insere em grupos de pertencimento, como redes de solidariedade e/ou bloqueios de dependência do tipo feudal ou religioso. Daí que o chefe respondia pelos seus membros familiares: em troca da proteção e do reconhecimento da sua condição, assegurava e garantia a fidelidade dos seus à ordem pública. O Estado apoiava-se, de forma direta, sobre a família, a fim de alcançar e assegurar a ordem pública, utilizando tanto o seu medo e receio ao descrédito público, como as suas ambições privadas. Em meados do século XVIII, a família já não consegue conter seus membros e responsabilizar-se pela sua manutenção. Há um aumento considerável de pedintes nas ruas; muitos mendigos transformando-se em vagabundos perigosos que, seja por piedade, seja por chantagem, impõem à população um imposto competitivo com o Estado. A autoridade familiar é contestada. Com o movimento da tomada da Bastilha e a participação daqueles que os aparelhos sócio-familiares já não podem conter, alimentar e manter, o Estado é levado a assumir a responsabilidade pela satisfação das necessidades de seus cidadãos; concomitantemente, a destruição da arbitrariedade familiar e da sua cumplicidade com a soberania real, situam a família no centro de debates políticos pela sua importância na definição do Estado (Donzelot, 1990, p. 51-55).

formas jurídicas e institucionais para a soberania, de modo a caracterizar-se como Estado. Do mesmo modo, a disciplina como instrumento fundamental para a construção dos sujeitos no interior das fábricas, dos quartéis, escolas e hospitais, a partir do século XVIII, também torna-se fundamental para a condução e o governo da população, especialmente, por suas diferentes técnicas e táticas de controle e fabricação de sujeitos. Na verdade,

trata-se de um triângulo: soberania-disciplina-gestão governamental, que tem na população seu alvo principal e nos dispositivos de segurança seus mecanismos essenciais (Foucault, 1990b, p. 289).

Foucault mostra como, em torno do século XVIII, deu-se uma nova organização deste tipo de poder individualizante e que o desenvolvimento do "Estado moderno" constitui-se numa "estrutura muito sofisticada na qual podem integrar-se os indivíduos com uma condição: que esta individualidade adquira uma nova forma e se veja submetida a um conjunto de mecanismos específicos" (*op. cit.*, 1995a, p. 237). O Estado, então, pode ser reconhecido como uma nova forma de poder pastoral, que apresenta algumas modificações, tais como:

- a busca da salvação, não mais num outro mundo, mas neste mundo em que vivemos, tendo a palavra salvação, um sentido de alcance de fins "mundanos", como saúde, bem-estar, qualidade de vida, segurança. A substituição das metas religiosas, originais e tradicionais do poder pastoral por estas finalidades se fez de modo fácil até porque o papel da medicina e da sua função de benfeitoria, assim como da enfermagem, por muitos séculos, foi assegurado, tanto pelas Igrejas católica, como protestante.

- o número de funcionários do poder pastoral aumentou, sendo assumido pelo próprio aparelho do Estado, como pela instituição pública da polícia, e por empresas privadas,

sociedades beneficentes e de filantropia, assim como pela instituição da família, pela medicina e pelos hospitais.

- a proliferação de metas e de funcionários do poder pastoral focalizou-se no desenvolvimento do conhecimento do homem em relação a dois papéis: "um globalizador e quantitativo, concernente à população; o outro, analítico, concernente ao indivíduo" (Foucault, 1995a, p. 238).

Deste modo, Foucault procura demonstrar como o poder pastoral, estreitamente relacionado com o cristianismo por vários séculos, disseminou-se por toda a sociedade, encontrando um campo fértil para a sua implantação, em múltiplas instituições. Ao invés do desenvolvimento de um poder pastoral e de um poder político articulados entre si ou como rivais, desenvolveu-se uma "tática" individualizadora, própria e característica de diferentes poderes, tais como os "da família, da medicina, da psiquiatria, da educação e dos empregadores" (*op. cit.*).

Na história das sociedades ocidentais, a racionalidade política do Estado como princípio individualizante e totalitário se desenvolveu, se aprimorou e se impôs, primeiramente, através do poder pastoral, que individualiza os sujeitos, e a seguir, pela própria razão do Estado que totaliza e insere os sujeitos no todo da população. Daí que "a liberação não pode vir mais que do ataque, não a um ou outro destes efeitos, senão das raízes mesmas da racionalidade política" (Foucault, 1990a, p. 140).

Já na "História da Sexualidade I" (Foucault, 1980), Foucault focaliza um outro tipo de poder, também relacionado com a sobrevivência e a vida das pessoas e das populações, o **bio-poder**. Enquanto o poder pastoral já vem se desenvolvendo e se manifestando desde a

Idade Média, mesmo que não com as mesmas características que assume, a partir do século XVIII, o bio-poder aparece no final do século XVIII, como uma preocupação explícita pela vida, pelo corpo dos sujeitos, pela sua saúde.

Ao tratar do “direito de morte e poder sobre a vida”(Foucault, 1980, p. 127-149), Foucault esclarece que, segundo os escritos dos teóricos clássicos, o soberano podia exercer o direito de vida e morte sobre os seus súditos e sobre os escravos, condicionado à defesa e à sobrevivência do soberano. O poder do soberano concretizava-se num direito de vida e morte, ou seja, “o direito de *causar* a morte ou de *deixar viver*”, de tomar conta e poder apoderar-se do tempo, dos corpos e, até, da vida dos outros (*op. cit.*, p. 128).

No final da Idade Clássica, modificam-se, no Ocidente, tais mecanismos de poder que, antes de um poder de morte e de destruição ou anulação, **priorizam um poder de potencialização da vida e crescimento das forças**. A partir daí, os massacres e as guerras são travados em nome da existência de todos e não mais apenas em defesa do soberano. Em nome da sobrevivência e da necessidade de viver, parece que “populações inteiras são levadas à destruição mútua” (*op. cit.*, p. 129). O princípio de sustentação das guerras de poder matar para poder viver, como princípio estratégico entre Estados, passa a sustentar-se não mais numa questão jurídica da soberania, mas na questão biológica das populações.

Segundo Foucault, este poder sobre a vida, o bio-poder, concretiza-se sob duas modalidades principais, como pólos interligados por uma trama de relações: em primeiro lugar, a anatomia política do corpo humano e um pouco mais tarde, a bio-política das populações (*op. cit.*, p. 131). O cruzamento entre estes dois modos se dará no final do século XVIII e início do século XIX.

As disciplinas, como uma anátomo-política do corpo humano, investem sobre o corpo-máquina, em diferentes instituições, como na família²¹, na escola, no exército, buscando seu adestramento, a potencialização das suas aptidões, a extorsão das suas forças, numa relação de docilidade-utilidade, favorecendo a sua inserção e utilização pelos sistemas econômicos.

As intervenções e os controles reguladores, como uma bio-política da população, investem sobre o corpo-espécie, sobre o corpo atravessado e perpassado

pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar (Foucault, 1980, p. 131).

A sujeição e a dominação dos corpos pela disciplina, tornando-os úteis e produtivos à sociedade em construção, e o controle e a intervenção sobre as populações pela sua bio-política, com os saberes sobre a demografia, a produção e a circulação de riquezas, a sua relação com o número de habitantes, a duração da vida, dentre outros pontos de interesse, caracterizam os dois pólos em torno dos quais se deu a organização do poder sobre a vida, o bio-poder.

Esta modalidade de poder - o bio-poder - , na verdade, constituiu-se em elemento fundamental para o desenvolvimento do capitalismo, tanto pelo atrelamento controlado dos corpos ao aparelho de produção, quanto pela adequação de fenômenos populacionais aos processos econômicos. O conhecimento crescente sobre a vida dos homens, sobre o biológico, sobre as suas forças, as suas condições de existência, a saúde individual e a

²¹ A família constitui-se em um espaço privilegiado tanto para a disciplina dos corpos, através de “um conjunto de obrigações que se impõem tanto aos pais quanto aos filhos”, quanto para a política médica enquanto a primeira e mais imediata instância de medicalização dos indivíduos (Foucault, 1990b, p. 200).

coletiva, possibilitam o exercício de um controle do saber e de intervenções de poder. O corpo do homem, a sua saúde, como se alimenta, como mora e como vive, enfim, a sua existência, tornam-se objeto de investimento e de atuação política.

Através das disciplinas, aparece, também, a norma e o seu poder. A sua importância, como a do poder normalizador, do domínio da sociedade normalizadora, enquanto outra consequência do desenvolvimento de uma tecnologia que se centra na vida e na existência do sujeito, é destacada por Foucault. No ensino, na medicina, na indústria, o normal estabelece-se como princípio de coerção, de estandarização, de regularização e enquadramentos (Foucault, 1991, p. 164).

No sistema jurídico, a ameaça de morte ou de suspensão da vida é encarada como um instrumento possível de uso para garantir a obediência à lei. Já, quando a vida passa a ser objeto de exercício de poder, o processo da vida em si requer um controle contínuo, regulador e corretivo. É importante destacar que não se dá o desaparecimento da lei ou das instituições jurídicas, mas que a lei passa a exercer-se cada vez mais como norma; gradativamente, em diferentes instâncias, como nas administrativas, médicas, educacionais e familiares, a lei se exerce com um poder normalizador e a instituição judiciária vê-se integrada nos mais diferentes aparelhos que constroem o nosso dia-a-dia (Foucault, 1980, p. 135):

Normas, ao contrário das leis que são estabelecidas por convenção, são consideradas regras naturais; é por conhecer a natureza que a medicina detém o poder de ditar as normas. É nesse sentido que Foucault diz que a verdade faz a lei, que estamos submetidos à verdade, pois essas tecnologias de poder, as disciplinas e a polícia, a partir de então, agindo articuladamente, são dispositivos produtores dos saberes que veiculam poder, entre eles, o saber médico. Mas a medicina não é apenas um saber entre outros, é o saber sobre a vida dos homens, que é, por excelência, o objeto da polícia. Está dada, portanto, a integração da prática médica à gestão política e econômica. As normas médicas não se referem apenas ao

cuidado individual, mas também às ações sobre o meio, ao modo de vida, à educação (Barison, 1996, p. 27).

Na verdade, para Foucault, no século XIX, os movimentos de resistência que questionam o sistema geral de poder não o fazem em nome do resgate de antigos direitos, mas

o que é reivindicado e serve de objetivo é a vida, entendida como as necessidades fundamentais, a essência concreta do homem, a realização de suas virtualidades, a plenitude do possível. (...) O 'direito' à vida, ao corpo, à saúde, à felicidade, à satisfação das necessidades, o 'direito', acima de todas as opressões ou 'alienações', de encontrar o que se é e tudo o que se pode ser, esse 'direito' tão incompreensível para o sistema jurídico clássico, foi a réplica política a todos esses novos procedimentos de poder que, por sua vez, também, não fazem parte do direito tradicional da soberania (Foucault, 1980, p. 136).

O ato de administração e de gestão dos corpos, das populações, a preocupação com as taxas de nascimento, com a morbidade e a longevidade, enfim, o exercício de poder sobre a vida e a saúde das pessoas e das coletividades, nas suas múltiplas modalidades de exercício, podem ser identificadas tanto no bio-poder quanto no poder pastoral. O tema da saúde, assim como o do "bio" e da vida encontram-se permeando e dando sustentação a estas duas modalidades de poder.

A questão da norma e do que é normal, assim como do direito (e do dever?) ou não à vida, à saúde, ao corpo, à felicidade, à satisfação das necessidades dos sujeitos, ao direito de se ser o que se é, são questões que podem, ou não, estar perpassando muitas das práticas dos profissionais que atuam na área da saúde e que agem em nome da defesa da saúde das pessoas. Poderíamos perguntar-nos, então, o que persiste deste "bio" que vem dando

suporte aos bio-poderes próprios da modernidade. Para isso, talvez, seja importante problematizarmos alguns conceitos de saúde hegemônicos. Ainda, considero fundamental ampliar a compreensão do que é saúde, por tratar-se de um conceito central no tema do poder pastoral, o qual pretendo focalizar como uma das faces da governabilidade na enfermagem.

1.3 - (DES)CONSTRUÇÃO DE CONCEITOS DE SAÚDE

Constato, na minha prática docente, que, freqüentemente, utilizamos, em nossas falas, determinados conceitos de saúde, de modo aparentemente abstrato, idealizado e teórico, sobre os quais, possivelmente, não tenhamos suficiente e completo entendimento e compreensão do seu sentido. Cabe destacar que mesmo não tendo, inicialmente, como pretensão discutir as definições de saúde, seja a da Organização Mundial da Saúde (1946), da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), ou a de Wanda de Aguiar Horta (1979), reconheço que o seu resgate e a sua análise, entretanto, justificam-se, também, pela própria dificuldade pessoal e profissional constatada de alcançar uma identificação ou uma aproximação razoável entre o que tem sido apontado como saúde nestas definições e o percebido nas diferentes situações vivenciadas por sujeitos; sujeitos, aparentemente saudáveis, provenientes dos mais variados meios sociais e culturais, com histórias de vida, vidas familiares e ambientes de trabalho tão diversificados e, muitas vezes, em situação de aparente contradição frente ao estabelecido nas referidas definições.

A saúde, o estado de estar com saúde, ser saudável, são termos verbalizados, freqüentemente, como metas e objetivos a serem buscados e atingidos pelo exercício da

profissão. Acredito que este exercício que ora me proponho de pensar tais conceitos, no sentido de refletir o conteúdo do que se fala, problematizando-os, faz-se necessário de modo que o exercício da enfermagem, como uma profissão que se diz da área da saúde, na qual atuo e para a qual contribuo com a formação de novos profissionais, não implique, necessariamente, e num modo quase linear, a extrapolação dos limites da governabilidade dos sujeitos que dizemos assistir. A seguir, então, inicio a análise proposta, focalizando o conceito de saúde da OMS.

1.3.1 - A definição de saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)

Ao analisar a definição de saúde da OMS, “saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, Dejours e Caponi reafirmam suas crenças, com as quais concordo, de que a saúde das pessoas deve ser encarada como “um assunto ligado às próprias pessoas” (Dejours, 1986, p. 8), “alheia a qualquer padronização e a qualquer determinação fixa e pré-estabelecida” (Caponi, 1997, p.2), de modo a impedir diferentes interpretações e legitimações, *a priori*, de controle e governo dos outros.

O caráter dito utópico presente no conceito da OMS ao entender que saúde consiste “num estado de **completo bem-estar físico, mental e social**”, frequentemente apontado e criticado, parece não ser o elemento mais problemático deste conceito. É possível entender este “máximo de bem-estar” como algo desejável de ser alcançado, uma máxima que deva, como um direito inalienável do homem, ser insistentemente buscada e procurada por todos os homens (Caponi, 1997, p. 3). Numa linha semelhante, Dejours, inicialmente, afirma que

este estado perfeito de completo bem-estar não existe, apontando, a seguir, para uma certa visão idealizada, como uma ficção, uma ilusão ou uma utopia, que temos esperanças de atingir, como um objetivo ou meta a ser alcançada, um estado desejável do qual procuramos nos aproximar (Dejours, 1986, p. 8).

Dessa forma, a crítica mais incisiva feita por Dejours refere-se à dificuldade de definição “do estado de bem-estar”, pois o que, na verdade, constituiria este bem-estar? Parece que todos temos uma certa noção do seu significado, porém, ainda de forma bastante imprecisa e vaga. Para sujeitos com situações de vida semelhantes, necessariamente, o bem estar de cada um representa o mesmo estado de bem-estar de todos? E para sujeitos, com situações de vida muito diferentes, o estado de bem-estar de cada um significa o mesmo estado de bem-estar? Uma mesma situação de doença compromete, de modo semelhante, o estado de bem-estar de diferentes indivíduos?

Para Caponi, o caráter “mutável”, “móvel” e “subjetivo” atribuído ao conceito de bem-estar, antes de uma crítica, reafirma o caráter de subjetividade como um elemento inerente à oposição saúde-enfermidade. Mesmo numa visão de saúde que se restrinja apenas ao âmbito do biológico, a expressão dos sintomas pelo indivíduo, do que sente, do que percebe como manifestação em si, estará, sempre, carregada da sua subjetividade, da sua forma de perceber e sentir que é ou pode ser diferente do que é sentido e percebido por outro indivíduo.

A crítica apontada por Caponi a esta definição, mais do que ao seu caráter utópico e de subjetividade, refere-se à possibilidade desta definição de saúde ser politicamente utilizada “para legitimar estratégias de controle e de exclusão do que consideramos como indesejável e perigoso” (Caponi, 1997, p. 4). Ao afirmar-se o bem-estar como um valor

desejável, seja físico, emocional ou social, parece que tudo o que é reconhecido como positivo na sociedade, como produtor da sensação e do sentimento de bem-estar, passa a poder fazer parte do âmbito da saúde²², caracterizando, ao contrário, como um desvalor, como o seu “reverso patológico”, tudo o que se apresenta como negativo, perigoso, indesejável, ou o que é reconhecido como maléfico.

Por outro lado, se a subjetividade, a condição e o vivido do sujeito, sua história e o seu modo de viver são fundamentais, será possível determinar externamente ao sujeito, o que é ou não é o seu próprio estado de bem-estar? Será que o que considero e reconheço como bem-estar será o mesmo bem-estar percebido por outras pessoas que vivem em contextos, situações sociais, extremamente diferentes das minhas? É possível determinar, externamente aos sujeitos o que é o seu estado de bem-estar?

Apresento, a seguir, a definição de saúde aprovada pela VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS)²³.

1.3.2 - A definição de saúde, segundo a VIII Conferência Nacional da Saúde

Nascimento (1992, p. 189), ao analisar o conceito ampliado de saúde proposto pela VIII CNS, realizada em 1986, em que a saúde resultaria, dentre outras, de condições de alimentação, moradia, educação, lazer, transporte e emprego, e das formas de organização social de produção, constata que, além de se dar a superação da tradição higienista e

²² “a laboriosidade, a convivência social, a vida familiar, o controle dos excessos” (Caponi, 1997, p. 4).

²³ “Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987, p.382)

curativa pela determinação social da doença, a saúde parece situar-se, assim, num âmbito superestrutural, resultante de uma base sócio-econômica.

Apesar do mérito deste conceito em articular saúde e sociedade, concordo com Nascimento de que a saúde não pode ser entendida como um meio e um instrumento de transformação da sociedade como um todo, como o eixo principal e norteador das lutas de mudanças da sociedade. Mesmo reconhecendo a importância da saúde, da sua promoção, preservação e recuperação, em muitas das reivindicações que se fazem necessárias, há que reconhecer não ser este o foco primordial ou, necessariamente, a trajetória a ser construída, frente às exigências sociais que se fazem prementes. Por outro lado, sabe-se que tais condições exigidas para alcançar-se a saúde, na verdade, podem constituir-se apenas em uma possível facção do problema da saúde, já que, em países desenvolvidos, tais condições foram alcançadas e, no entanto, as pessoas continuam adoecendo por outros problemas.

Além destes argumentos, outros riscos desta conceptualização são destacados por Caponi: primeiro, a perda de referência a uma especificidade biológica ou psíquica da enfermidade, excluindo da polaridade saúde-doença qualquer afecção não resultante das condições sociais dos indivíduos, como já abordado em relação às populações dos países mais ricos. Como segundo problema, indica a amplidão e a extensão do conceito que permitiria a inserção de praticamente todos os âmbitos da existência dos homens numa relação de saúde-doença, possibilitando a sua medicalização, isto é, tornando, de uma certa forma, até “desejável” a medicalização da existência. Dentre outros equívocos possíveis, decorrentes do uso de um conceito de saúde tão abrangente, é ressaltado o perigo nas exigências de “reivindicações e direitos que nem sempre podem ser reduzidos à parâmetros

de saúde, como é o caso por exemplo do direito à autonomia, como ao legitimar uma extensão de respostas ‘terapêuticas’ para qualquer conflito social” (Caponi, 1997, p.7).

Garcia, em pesquisa realizada em um Centro de Saúde de Florianópolis, com o objetivo de discutir o caráter educativo das ações em saúde, constata, por parte dos usuários, a vinculação de saúde com um estado de bem-estar, como algo “que sente”, de sentir-se bem, de “estar bem consigo”, de “estar feliz”, de “estar de bem com a vida”. Os entrevistados não fazem qualquer referência à saúde como decorrente de determinantes que não estejam relacionados com o seu sentir individual e próprio (Garcia, 1997, p. 103-4).

Parece importante destacar que tal análise não tem a intenção de legitimar as desigualdades sociais vividas pelos homens, na sociedade, com as quais discordo profundamente. Antes, objetiva reconhecer e admitir que há pessoas, por exemplo, que não usufruem de lazer ou da liberdade, segundo minha concepção e valores e, entretanto, podem e se reconhecem, freqüentemente, como vivendo em estado de saúde. Por outro lado, mesmo que num sentido abrangente, se a saúde fosse a resultante de tais condições (transporte, emprego, entre outras) como entender que pessoas que não desfrutam de tais condições, aparentemente, possam encontrar-se e reconhecer-se em estado de saúde?

Prosseguindo, busco analisar o significado de saúde para Horta.

1.3.3 - O entendimento de saúde, segundo Wanda de Aguiar Horta

Ao buscar o entendimento de saúde de Horta, apresentado como “estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço”, constato que sua concepção encontra-se fortemente associada à compreensão de que

a enfermagem como integrante da equipe de saúde, implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrio pela assistência ao ser humano no atendimento das suas necessidades básicas; procura, sempre, reconduzi-lo à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço (Horta, 1979, p. 29).

Mesmo reconhecendo o mérito de Horta de, já na década de sessenta, apresentar uma proposta de teoria de enfermagem, articulando, dentre outras, concepções de saúde e de enfermagem, considero como necessário e procedente tecer algumas considerações a respeito do seu entendimento de saúde, especialmente, pela sua freqüente utilização no meio acadêmico. A princípio, um elemento que poderia ser destacado, e que pode estar associado à época em que Horta apresentou seus estudos, refere-se à falta de qualquer relação estabelecida entre o conceito de saúde e de sociedade.

Reconhecendo a enfermagem como uma profissão da saúde que assiste ao ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas, tendo em vista a sua saúde, ou seja, o seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço, Horta parece incorrer numa abrangência do conceito de saúde que, sob outras formas e roupagens, adquire uma amplitude e extensão, semelhante ao observado nos conceitos da OMS e da VIII CNS.

Ao denominar e classificar as necessidades em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, segundo João Mohana, deixa explícito que, praticamente, toda a existência do ser humano relaciona-se a sua saúde, podendo, então, ficar à mercê da ação e da “assistência” dos trabalhadores da saúde e, em especial, da enfermagem, que pretendem como “missão” assegurar o atendimento das suas necessidades básicas, mantendo-o ou deixando-o em situação de equilíbrio.

Este conceito vem sendo utilizado, principalmente na formação das enfermeiras, sem darmos conta, talvez, do significado da sua amplitude e até da possível “onipotência” presente no profissional que acredita poder interferir e “atender” a um rol tão abrangente de necessidades. Ao afirmar, como papel da enfermagem, o exercício da implementação de estados de equilíbrio do ser humano pelo atendimento das suas necessidades básicas, há o risco não só implícito, mas bastante claro, de que em nome da saúde dos clientes, os profissionais possam ou busquem “atuar” e interferir no atendimento de todas as necessidades dos sujeitos, o que, na verdade, pela sua abrangência, poderia significar a interferência na existência do homem como um todo.

Ainda, ao se realizar o denominado “histórico de enfermagem” para o levantamento de dados sobre o cliente e a posterior identificação das suas necessidades afetadas, constata-se a amplitude comumente presente neste roteiro, até tendo em vista o atendimento de necessidades psico-biológicas, psicossociais e psicoespirituais. De uma certa forma, esta coleta tem exigido e requerido, dos clientes, uma exposição de si, pela informação de muitos dados, talvez pessoais e íntimos, sobre os quais, possivelmente, não tenhamos condições de atuar e, talvez, não devêssemos atuar.

Há, também, a ressaltar que, mesmo que Horta reconheça o ser humano como um elemento participante ativo no seu auto-cuidado, a relação profissional proposta parece fazer-se num sentido mais diretivo, “de quem sabe para quem não sabe”, já que, segundo a autora, “o conhecimento do ser humano a respeito do atendimento de suas necessidades é limitado por seu próprio saber, exigindo, por isto, o auxílio de profissional habilitado” (Horta, 1979, p. 25). Uma questão que poderia ser colocada, ainda, refere-se ao significado individual e pessoal tanto das diferentes necessidades, como das suas alterações, que podem,

de acordo com a situação sócio-histórica, individual de cada ser humano, alcançar, em diversos sentidos, variados matizes e manifestações.

Focalizando, de modo mais específico, o seu conceito de saúde, questiono se será possível, além de ético, externamente aos sujeitos, reconhecidos como conscientes, livres e autônomos, determinar e identificar seus estados de equilíbrio ou desequilíbrio?

Ainda, é possível e desejável que o atendimento de muitas das necessidades psicobiológicas dos clientes, quando manifestamente afetadas e sem condições de serem pelo próprio cliente satisfeitas, possam ser atendidas pela enfermagem. Sabe-se, porém, que nem mesmo estas (as psicobiológicas) poderão ser, sempre, adequadamente atendidas, de acordo com as suas diferentes manifestações, expressões individuais e implicações. Porém, reconheço como questionável, numa relação profissional que se faz entre dois sujeitos, a possibilidade e o significado de atender necessidades como de auto-realização, auto-imagem, amor, ou de filosofia de vida, dentre outras que poderiam ser destacadas.

Constato, então, a partir das análises realizadas sobre os conceitos de saúde da OMS, da VIII CNS e de Horta, que as três conceptualizações parecem ter elementos comuns que poderiam ser apontados e criticados:

- a extensão da saúde a todos os âmbitos da existência, em relação ao alcance de um estado de bem-estar físico, social e mental; seja pelo conceito abrangente de saúde; seja através do atendimento das necessidades psico-biológicas, psico-sociais e psico-espirituais;
- a medicalização da saúde e, conseqüentemente, da vida dos indivíduos, já que toda a sua existência torna-se passível de ser focalizada, abordada e “assistida” como um assunto de saúde, e, em especial, pelos profissionais de saúde, especialistas desta área;

- o domínio do saber médico e, por extensão, do saber da enfermagem como possibilidade para resolver, até, os problemas e conflitos existenciais mais internos, o que parece mais explícito e evidente em Horta;

- a função do médico ou da enfermeira podendo assemelhar-se à função do pastor: no conceito de saúde da OMS, quando não apenas o bem-estar físico é reconhecido como saúde, mas, também, o bem-estar mental e social; no conceito da VIII CNS, ao abranger no seu conceito de saúde, não só as condições de alimentação, transporte e moradia, mas as de liberdade, do uso do tempo livre e do lazer, por exemplo; em Horta, ao abordar a possibilidade de atendimento, dentre outras, de necessidades como de auto-realização, auto-imagem, amor e filosofia de vida.

Com a intenção, então, de buscar compreender a saúde como um conceito que não seja determinado, fundamentalmente, de modo externo, pelo Estado, pelos profissionais de saúde, pelo saber médico e pelo poder pastoral, que se exerce para atender as necessidades das pessoas, promovendo o seu bem-estar; podendo, daí, estabelecer-lhes regras de como viver e solicitar-lhes a exposição de como vivem e de como são; enfim, de impor aos sujeitos e lhes exigir múltiplas mortificações cotidianas na sua existência, em nome da sua saúde e da sua vida, trago, a seguir, alguns dos conceitos de Georges Canguilhem e de Christophe Dejours sobre a saúde.

1.3.4 - A compreensão da saúde das pessoas, a partir das pessoas

Pretendo, a partir de Dejours, mas apoiando-me principalmente em Canguilhem, buscar outros subsídios que, além de ampliar a compreensão sobre o termo saúde,

possibilitem instrumentalizar-me para uma atuação profissional que tenha como propósito principal encontrar caminhos para atuar na área da saúde, sem que isto signifique avançar os limites e as fronteiras da governabilidade dos próprios sujeitos.

Dejours, após efetivar sua crítica à noção de saúde definida pela OMS (1946), reconhece, aponta e explica que o acúmulo de novos conhecimentos e experiências nas áreas da fisiologia, da psicossomática e da psicopatologia do trabalho, permitiram avançar e progredir esta definição de saúde. Destaca, inicialmente, a importância e o significado da saúde num entendimento de permanente processo vivido pelas pessoas, e diferentemente pelas pessoas, em nível orgânico e psíquico. Este movimento pode ser evidenciado, por exemplo, no seu crescimento, no seu envelhecimento, nos diferentes níveis de concentração de glicose no sangue, na angústia vivida, na resolução da angústia, assim como no enfrentamento de novas angústias:

O estado de saúde não é certamente um estado de calma, de ausência de movimento, de conforto, de bem-estar e de ociosidade. É algo que muda constantemente e é muito importante que se compreenda esse ponto. Cremos que isso muda por completo o modo como vamos tentar definir saúde e trabalhar para melhorá-la. Isto significa que, se quisermos trabalhar pela saúde deveremos deixar livres os movimentos do corpo, **não os fixando de modo rígido ou estabelecido de uma vez por todas** (Dejours, 1986, p. 8).²⁴

Parece interessante e necessário trazer, também, alguns dos pressupostos apresentados por Canguilhem em sua obra “O Normal e o Patológico” (1990a). O uso do normal, no sentido de uma média ou de uma norma, de um padrão a ser buscado e utilizado como parâmetro na área médica, é criticada por ele, pois

²⁴ As palavras destacadas sob a forma de negrito nos textos apresentados têm a intenção de ressaltar uma idéia ou um aspecto considerado relevante para a apresentação e discussão dos dados. Não se pretende justificar, novamente, quando da repetição da sua realização.

norma significa esquadro - aquilo que não se inclina nem para a esquerda nem para a direita, portanto, o que se conserva num justo meio termo; daí derivam dois sentidos: é normal aquilo que é como deve ser; e **é normal, no sentido mais usual da palavra, o que se encontra na maior parte dos casos de uma espécie determinada ou o que constitui a média ou o módulo de uma característica mensurável** (Canguilhem, 1990a, p. 95).

Problematizando o significado de normal como um estado a ser restabelecido, Canguilhem questiona-se porque o normal é assim considerado, isto é, é normal porque é visto como um fim a ser atingido pela terapêutica ou é normal porque assim é considerado pelo próprio interessado, o doente (*op. cit.*, p. 96), ou seja, o que ou quem tem definido o que é normal?

A importância do próprio indivíduo que sente e percebe um sintoma para a sua classificação como patológico é, incansavelmente, enfatizada por Canguilhem. Para ele, um sintoma ou um mecanismo funcional podem passar a ter significado patológico, a partir da sua relação de articulação com o todo indivisível de um comportamento individual, o que é apreendido e obtido pela **clínica** que põe em contato o médico com o indivíduo concreto e completo: “Sempre se admitiu, e atualmente é uma realidade incontestável, que a medicina existe porque há homens que se sentem doentes, e não porque existem médicos que os informam de suas doenças”²⁵ (*op. cit.*, p. 69).

Kant, em 1798, afirmava que não foi a fisiologia que deu origem às doenças, mas a patologia e a clínica que possibilitaram o início da medicina, já que não se sente o bem-estar,

²⁵ Scliar destaca que o médico, ao substituir o diálogo com o cliente e o exame realizado com suas próprias mãos por uma bateria de exames diagnósticos, pode ter ganho precisão tecnológica na realização de alguns diagnósticos mais sofisticados, porém perdeu sua humanidade e a possibilidade de uma relação de humanidade com o cliente que pode necessitar de alguém que o escute e tente entender sua situação (Scliar, 1997, p. 10).

“pois este bem-estar é simples consciência de viver e só seu impedimento suscita a força da resistência” (*apud* Canguilhem, 1990a, p. 206). O fato de sentir-se bem não assegura, segundo Kant, poder saber se realmente se está bem, possibilitando, apenas, afirmar que aparentemente se vai bem. Para Canguilhem, tais observações de Kant, de visível simplicidade, “fazem da saúde um objeto fora do campo do saber”, permitindo-lhe admitir, mesmo que provisoriamente, que “não há ciência da saúde”, já que saúde não seria um conceito científico, porém vulgar, o que não significa ser trivial, porém um conceito comum e ao alcance de todos (Canguilhem, 1990b, p. 13-4).

Frente a proposta de pensar a saúde como a verdade do corpo, Canguilhem afirma que a verdade do próprio corpo não seria suscetível de representação, apesar de haver uma idéia do corpo em geral, constituída a partir de conhecimentos biológicos e médicos, que vêm se desenvolvendo e se verificando. Por isto, a necessidade do profissional de saúde aceitar a instrução do cliente acerca dos sintomas que percebe, porém têm um sentido incompreensível para si:

a definição de saúde que inclui a referência da vida orgânica no prazer e na dor provados como tais, introduz sutilmente o conceito de ‘corpo subjetivo’ na definição de um estado que o discurso médico pensa poder descrever na terceira pessoa (Canguilhem, 1990b, p. 30).

Dai, Canguilhem concordar com Leriche de que **“a saúde é a vida no silêncio dos órgãos**; que, por conseguinte, o normal biológico só é revelado, como já dissemos, por infrações à norma, e que não há consciência concreta ou científica da vida a não ser pela doença” (Canguilhem, 1990a, p. 90).

A saúde, então, mais do que a vida no silêncio dos órgãos, seria a vida na discreção das relações sociais. A resposta proferida num cumprimento de que “vou bem” interrompe

uma série de interrogações, por vezes estereotipadas, de pessoas que querem saber por que não vou bem, qual o meu problema, se disponho de seguro de saúde: “o interesse por uma falha orgânica individual transforma-se, eventualmente, em interesse pelo déficit orçamentário de uma instituição” (Canguilhem, 1990b, p. 28).

Canguilhem destaca, então, que uma anomalia, como um termo descritivo que designa um fato biológico, deve ser **explicado pela ciência biológica e não apreciado** (Canguilhem, 1990a, p. 101). Por si só, uma anomalia não significa um fato patológico, mesmo que seja tomada como um conceito descritivo ou como um desvio estatístico (*op. cit.*, p. 103). **A anomalia, enquanto não desencadear uma incidência funcional experimentada pelo indivíduo e para o indivíduo, ou é ignorada, ou trata-se de uma “variedade indiferente”, ou é uma “irregularidade insignificante”, podendo constituir-se, enquanto anomalia, como objeto de estudo da história natural ou da biologia, mas não da patologia** (*op. cit.*, p. 105).

O anormal, por si só, não é patológico, “diversidade não é doença”; **o que é patológico implica em *pathos*, ou seja, em percepção e sentimento de contrariedade, de vida contrariada, em percepção e sentimento direto de impotência e sofrimento; o patológico, sim, é anormal** (*op. cit.*, p. 106).

Um equivalente cientificamente válido e objetivo de norma ou de normal, para o fisiologista, parece ser encontrado no conceito de média. No entanto, **cabe à fisiologia, a determinação exata do conteúdo das normas dentro das quais é possível a vida estabilizar-se, sem a preocupação de um pré-julgamento da possibilidade ou da impossibilidade de correção de tais normas** (Canguilhem, 1990a, p. 142), se está ou não em estado de saúde, se sua saúde é ou não é perfeita. Na verdade, falar em saúde perfeita é

falar em algo idealizado e num conceito normativo. Para Canguilhem, se raciocinarmos com todo rigor,

uma norma não existe, apenas desempenha seu papel que é de desvalorizar a existência para permitir a correção desta mesma existência. Dizer que a saúde perfeita não existe é apenas dizer que o conceito de saúde não é o de uma existência, mas sim o de uma norma cuja função e cujo valor é relacionar esta norma com a existência a fim de provocar a modificação desta. Isto não significa que saúde seja um conceito vazio (Canguilhem, 1990a, p. 54).

Então, uma média alcançada estatisticamente não possibilita afirmar se um indivíduo é normal ou não (*op. cit.*, p. 144). **As normas só podem ser tomadas como indicativos de normal e patológico, portanto, enquanto normas individuais.** Os limites entre o normal e o patológico são imprecisos, considerando-se vários indivíduos simultaneamente, porém, podem ser precisos ao se considerar, sucessivamente, um indivíduo. **Daí a importância de que o próprio homem avalie as mudanças e as transformações que sofre,** pois é ele que percebe as conseqüências de tais alterações ao não conseguir, por exemplo, desempenhar papéis ou realizar tarefas frente à situação vivida.

O risco embutido em adotar freqüências estatísticas, médias, como normatividade social decorre de que, na espécie humana, os fenômenos biológicos não se encontram dissociados dos sociais; o homem é, também, produto do seu meio social e da atividade social. O estabelecimento de uma média resultante da constância e freqüência de determinados traços pode resultar de fidelidades conscientes ou não a certas normas da vida. Logo,

a freqüência estatística não traduz apenas uma normatividade vital, mas também uma normatividade social. Um traço humano não seria normal por ser freqüente; mas seria freqüente por ser normal, isto é, normativo num determinado gênero de vida (Canguilhem, 1990a, p. 126).

Ao focalizar as variações da duração de vida média do homem, numa sociedade e através do tempo, Canguilhem destaca que ao se apontar o aumento progressivo da vida do homem, a vida média tem sido relacionada com a ação que o homem, entendido coletivamente, exerce sobre si mesmo. A morte tem sido tratada como um fenômeno social por Halbwachs, resultando tanto de condições fisiológicas quanto sociais. O número de mortos, assim como a sua incidência por faixa etária, estariam associados, então, à importância ou à não importância dada por uma sociedade à vida e ao prolongamento da vida, ou seja, “tudo acontece como se uma sociedade tivesse ‘a mortalidade que lhe convêm’” (Halbwachs, *apud* Canguilhem, 1990a, p. 127).

Estando as condições sociais dos indivíduos associadas ao prolongamento ou não da vida, respectivamente, encontram-se, também, implicados e dependentes tanto as técnicas de higiene coletiva como os hábitos de negligência. Ao expressar-se um número abstrato que representa a duração média da vida humana numa dada sociedade, expressa-se, também, um julgamento de valor - o valor dado à vida por uma determinada sociedade. Na verdade, a norma não tem sido deduzida da média, mas traduzida pela média (Canguilhem, 1990a, p. 127). Nas referências feitas à sociedade, esta tem sido vista globalmente, como uma sociedade nacional, desconsiderando-se as suas especificidades, como as de classe, profissão, escolaridade, dentre outras.

Numa linha semelhante à apontada por Canguilhem, da necessidade de tomar o próprio indivíduo como referência para distinguir quando se inicia a doença, Dejours assinala a importância da psicossomática. Por psicossomática, refere-se às relações existentes entre “o que se passa na cabeça das pessoas” e o funcionamento dos seus corpos

e a possível evolução ou não de doenças,²⁶ ou seja, parece haver uma relação muito próxima entre o que se passa no plano afetivo, psíquico, mental e orgânico.

Ao focalizar, especificamente a saúde mental, Dejours questiona “o que é saúde mental?”, admitindo não só a sua dificuldade de responder de modo preciso à tal questão, como reconhecendo o perigo presente em estabelecer o que é normal e anormal em saúde mental. Aponta tanto o alcoolismo quanto a angústia como situações vivenciadas, diferentemente, pelos indivíduos, de acordo com suas trajetórias pessoais, seus contextos de vida, suas famílias e suas experiências, reafirmando a necessidade de que se evite fazer “julgamentos definitivos sobre o que é normal e o que não é” (Dejours, 1986, p. 9).

Especificamente em relação à angústia, indaga se o normal seria o controle sobre tudo, de modo a que os indivíduos não tivessem este sentimento. Afirmado que “**a saúde mental não é certamente o bem-estar psíquico**”, reconhece que a vida dos homens pode ser concebida como uma seqüência de passos, “etapas e compromissos entre a sua história passada e seu ambiente, para tentar transformá-lo”. Neste processo de viver, os objetivos, os fins, as metas, a angústia, a esperança, e, fundamentalmente, o desejo dos sujeitos têm um papel significativo (*op. cit.*).

Reafirmando suas concepções, Dejours observa que a saúde não provém de fora das pessoas, não sendo, portanto, “assunto dos outros, não é assunto de uma instância, não sendo também assunto do Estado ou dos médicos. É uma questão que não vem do exterior” (Dejours, 1986, p. 11). Como a saúde não provém do exterior, o homem tem um papel individual fundamental em relação à sua própria saúde.

²⁶ Segundo Dejours, dois tipos de doenças não se relacionam com a vida psíquica: as intoxicações e as parasitoses (1986, p. 9).

Nesta percepção de movimento do homem no mundo e, também, da sua saúde como um estado instável, para Dejours, a saúde seria, antes de tudo, compromisso do homem com a sua realidade²⁷, os quais não são nem duradouros e nem permanentes, mas se modificam, são conquistados e reconquistados, defendidos, ganhos ou perdidos.

A partir de suas observações e percepções, então, propõe um conceito de saúde como “o ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social”, explicitando que a posse destes meios, fundamentalmente, é a liberdade de regular por si as variações e oscilações que se dão no organismo - bem-estar físico; a liberdade do desejo pessoal em organizar e administrar sua própria vida - bem-estar psíquico; e a liberdade de agir, tanto individualmente como coletivamente, na sua relação com o outro, não só no trabalho organizado, como afirma o autor, mas nas relações sociais como um todo - bem-estar social (Dejours, 1986, p. 11).

Cabe destacar, ainda, que para Canguilhem, a doença caracteriza uma espécie de norma biológica, de valor negativo, de modo que o patológico só pode ser considerado como anormal em relação a uma situação específica e determinada. A saúde, mais do que uma normalidade, é a capacidade de instituir novas normas²⁸. Caracteriza-se pela possibilidade de transgressão da norma habitual que define o normal momentâneo, pela

²⁷ A realidade entendida como ambiente material, físico, químico e biológico; realidade emocional e afetiva, das relações, da mente e da psique: e a realidade social (Dejours, 1986, p.11).

²⁸ Numa linha que se aproxima da proposta por Canguilhem, Oliver Sacks, neurologista inglês (autor de “Tempo de Despertar”, 1974, dentre outras obras), tem como objeto de estudo, os meios de adaptação individuais através dos quais os organismos humanos se reconstróem frente às enfermidades. Segundo o autor, as doenças e os distúrbios podem ter um papel criativo, possibilitando formas de vida e desenvolvimento, provavelmente desconhecidos, se não tivessem acontecido tais deficiências. Reconhece uma grande variação entre os conceitos de doença e de saúde, os quais devem ser redefinidos quanto à capacidade do organismo de instituir uma nova organização adequada as suas necessidades; o que leva à valorizar e considerar cada caso como um caso, individualmente, na instituição dos tratamentos (Almeida, 1997).

possibilidade de suportar infrações à norma usual, defrontar-se com variações e infidelidades, instituindo novas normas em novas situações.

Na verdade, “a saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio” (Canguilhem, 1990a, p. 159), entendendo-se por infidelidades do meio, a certeza de vivermos num mundo de acidentes possíveis, no qual existem erros, infrações, falhas, transgressões, sem as quais não existiria a possibilidade de construção e transformação histórica. A saúde pode ser definida, também, como um conjunto de seguranças para o presente e de seguros como prevenção do futuro; mais do que isto, “estar com boa saúde é poder cair doente e se recuperar; é um luxo biológico” (*op. cit.*, p. 160).

As definições de saúde de Canguilhem, assim como a de Dejours, apontam-nos alternativas e permitem-nos sair de um vínculo próprio do poder pastoral, entre o pastor e o rebanho. A saúde, nestas concepções, já não se refere aos especialistas, às autoridades, a um padre, a um médico, a uma enfermeira, senão a cada um de nós como sujeitos da nossa saúde. A saúde das pessoas, enfim, “é um assunto ligado às próprias pessoas” (Dejours, 1986, p. 8), “não é assunto dos outros” (*op. cit.*, p. 11).

Apresento, a seguir, no que denomino “Rupturas e continuidades na história da enfermagem”, o resultado de um percurso que buscou a partir do denominado como o período cristão da enfermagem, até o período nightingaleano e de sua difusão, apontar algumas das discontinuidades e das persistências de alguns elementos na história da profissão.

CAPÍTULO II

RUPTURAS E CONTINUIDADES NA HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

Focalizando a enfermagem, especificamente, num primeiro momento, pretendo direcionar um olhar sobre a sua história, não com a intenção de descrever uma sequência de momentos históricos, mas, analisando o discurso, a partir de Foucault, buscar discutir o tema da governabilidade, ou seja, os limites percebidos entre as tecnologias de exercício do poder pastoral e as tecnologias do eu e como tais conceitos vêm retro-alimentando e sustentando a sua prática. Na perseguição destes limites do governo de si e do governo pelos outros, em verdade, tenho a pretensão de realizar um trabalho cartográfico numa linha genealógica, isto é, uma história política da construção e da transformação dos saberes, das verdades e das práticas de governabilidade na enfermagem, enfocando, de um modo especial, o que denominei de ruptura nightingaleana.

Apesar da intenção de focalizar este marco divisório entre a enfermagem pré-moderna ou pré-profissional e a enfermagem moderna ou profissional, como uma possível ruptura ao modelo de religiosidade, trago, inicialmente, alguns indicativos da governabilidade dominantes no período cristão e no período que antecede a própria entrada de Florence Nightingale no cenário histórico da profissão. A intenção de apresentar tais fragmentos mais remotos na construção da profissão enfermagem, justifica-se como uma

tentativa de demonstrar que muitos elementos aparentemente próprios e específicos de uma época histórica, parecem não se restringir a tais espaços históricos, mas podem se encontrar permeando e dando sustentação, talvez sob outras roupagens e formatos, a práticas e comportamentos de governabilidade atuais.

A partir de textos produzidos por enfermeiras, inicialmente, focalizo o período cristão até o denominado período de transição da enfermagem, o que inclui o referido período de decadência da profissão até "o amanhecer dos tempos modernos" (Donahue, 1993, p. XIV). Tomo, como primeira referência, a metáfora do poder pastoral com a do bom pastor empreendida por Foucault e a ressaltada importância do cristianismo como fundamento da enfermagem, já que para Donahue,

a história da enfermagem se converte em uma constante com o advento do cristianismo. Os documentos pré-cristãos sobre a enfermagem são fragmentários e dispersos; entretanto, as referências a esta disciplina desde os tempos dos primeiros trabalhadores cristãos até a atualidade são contínuos. A doutrina de Cristo do amor e da fraternidade não só transformou a sociedade senão que, além disso, deu lugar ao desenvolvimento da enfermagem. A 'enfermagem organizada' consequência direta destes ensinamentos, traduzia o conceito de altruísmo puro introduzido pelos primeiros cristãos. O termo altruísmo deriva da palavra latina alter (outro); daí que altruísmo signifique pensar e interessar-se pelos demais. Naquele momento, o altruísmo não era uma idéia nova senão uma idéia velha com uma nova motivação (Donahue, 1993, p. 93).

Justifico, também, esta incursão inicial às influências do cristianismo para a enfermagem, na tentativa de explicitar alguns dos sentimentos e ações prevalentes, nesta época, que parecem extrapolar tanto o significado quanto o conteúdo presentes numa simples e usual referência ao "período religioso da enfermagem". Para um trabalho genealógico, faz-se necessário

um indispensável demorar-se: marcar a singularidade dos acontecimentos, longe de toda finalidade monótona; espreitá-los lá onde menos se os esperava e naquilo que é tido como não possuindo história - os sentimentos, o amor, a consciência, os instintos; apreender seu retorno não para traçar a curva lenta de uma evolução, mas para reencontrar as diferentes cenas onde eles desempenharam papéis distintos; e até definir o ponto de sua lacuna, o momento em que eles não aconteceram (Foucault, 1990b, p. 15).

2.1 - A ENFERMAGEM NO PERÍODO CRISTÃO

Ao buscar-se a inserção das enfermeiras e da sua história na história antiga, constata-se que há muito pouco escrito sobre as enfermeiras ou o cuidado dos enfermos. Possivelmente isto se deva a que os homens, ao registrarem a sua história, priorizem os acontecimentos notáveis e mais significativos, ao invés dos acontecimentos cotidianos. O cuidado, entretanto, existe desde que há vida, já que é necessário "tomar conta" da vida para que ela possa acontecer e continuar; a sobrevivência do homem é um fato cotidiano, que, continuamente, requer que se cuide ou que se "tome conta":

Cuidar é, pois, manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são necessárias à sua manifestação. (...) Velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de atos que têm por fim e por função, manter a vida dos seres vivos com o objetivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida dos grupos (Collière, 1989, p. 28-9).

Na era hipocrática, a medicina racional exerce-se sem a referência à presença da enfermagem, já em outros períodos, como na Idade Média, a enfermagem parece exercer-se sem a presença da medicina racional. Por outro lado, o cuidado prestado aos indivíduos sadios e aos enfermos tem sido visto pelos povos como algo natural. Com o

desenvolvimento e a intensificação dos problemas, o cuidado da doença passa a exigir um destaque maior (Donahue, 1993).

A origem da enfermagem está bastante associada ao cuidado materno prestado aos filhos indefesos e, dentro desta concepção, a enfermagem sempre deve ter existido. A mãe, então, tem sido vista como a "enfermeira nata". O papel da enfermeira, gradativamente, foi ampliando-se, extrapolando a função, até biológica, da mãe cuidadora que amamenta ao recém-nascido, para significar o cuidado ao doente, ao velho, ao necessitado e ao pobre. A palavra "*cuidado*" também passa a abarcar o afeto, a preocupação, solidariedade e responsabilidade para com os necessitados" (Donahue, 1993, p. 9). Com a complexificação dos cuidados, apesar de outros fatores como a habilidade, a experiência e o conhecimento também passarem a ser necessários, a motivação entendida como "*altruísmo ou humanitarismo, nas formas mais nobres de amor e bondade*" (op. cit.), permanece sendo reconhecido como um componente vital para o desenvolvimento da profissão.

É relevante destacar que em algumas das obras consultadas¹, a atenção dedicada aos enfermos e aos pobres, é reconhecida como a missão suprema do cristão que opta por servir a Deus, servindo ao "sofredor", numa aparente garantia de alcance da salvação eterna. Neste período cristão da enfermagem, então, as enfermeiras parecem apresentar determinadas **virtudes**, reiteradas vezes enunciadas nos textos, tais como: o cultivo da vida espiritual, o amor ao próximo, o amor desinteressado, o espírito caritativo, a pobreza, a humildade, a abnegação, a beneficência, a bondade, a docilidade e a passividade, o altruísmo, a obediência, o desejo de compaixão humana, a piedade, a generosidade, a misericórdia, o auto-sacrifício, a renúncia ao mundo, dentre outros.

¹ Donahue, 1993; Paixão 1979; Frank e Elizondo, 1975; Molina, 1973; Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968.

Por sua vez, o cuidado prestado ao sofredor, à imagem de Cristo, passa a ser prestado não mais em função de uma situação de prazer, de satisfação vivenciada pelo receptor do cuidado, mas decorre, muito mais, da sua situação de degradação vivida. O cuidado passa a ser uma aparente tentativa de compensação de uma falta, de uma injustiça, da situação de pobreza e de doença vivenciadas.

No início do cristianismo, aparece o serviço do diaconato com as figuras do diácono e da diaconisa. A palavra grega *diakonos* significa “servidor” (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 52),

podendo referir-se a um grupo especial, a um cristão que servia a seus irmãos em Cristo ou aqueles que serviam a seus amos. O verbo diakonein, ‘servir’ se utilizava para indicar o fato de servir à mesa ou distribuir esmolas. Segundo alguns escritores, Cristo também utilizou o substantivo com o sentido de “atender”. Por conseguinte, existe certa confusão em torno ao que significa o termo realmente, ainda que pareça que a palavra era utilizada em seu sentido genérico “daquele que atende às necessidades do outro” (Donahue, 1993, 103-4).

No Novo Testamento, uma mulher, Febe, é identificada como diaconisa, mas têm sido reconhecida, pelos autores, como “*a primeira diaconisa e a primeira enfermeira visitadora*”(Frank e Elizondo, 1975, p. 61; Donahue, 1993, p. 104), “*a primeira diaconisa e a primeira enfermeira do mundo*”(Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 53). Os diáconos e as diaconisas iam às casas das pessoas levar-lhes os ensinamentos da igreja, rezavam, alimentavam-nos, distribuíam esmolas, buscando enfrentar, dentro das suas possibilidades, tanto as doenças como as demais consequências resultantes da pobreza.

Muitas das diaconisas eram mulheres solteiras ou viúvas, que até então “não ocupavam um lugar definido na sociedade” (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p.53). Por

outro lado, Collière, ao tratar da mulher consagrada e no que denominou de “um ato de libertação social”, destaca que, até 390, o poder paterno mantinha o direito de vida e morte sobre os seus filhos, e, de modo ainda mais acentuado, sobre as filhas. Esta autora entende que o ato de escapar ao casamento, na verdade, constitui-se em um ato político das mulheres (Collière, 1989, p. 58). Há que destacar, entretanto, que apesar de reconhecer a opção das mulheres em ordenar-se para o serviço da caridade e do cuidado ao outro, como um possível ato de resistência ao poder paterno, considero que esta atitude, por sua vez, pode continuar implicando um ato de renúncia de si, por parte de tais mulheres. Algumas das características e qualidades das diaconisas, enunciadas, são:

ordenar-se para o serviço (...) a bondade para com todos (...) a piedade e um caráter acima de toda reprovação (...) liberdade de responsabilidades domésticas que poderiam interferir com o serviço (...) brindavam com entusiasmo a execução de qualquer classe de tarefa resultante do pressuposto cristão de trabalho entre os pobres (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 53-4).

A **bondade como um fim**, a **abnegação** por uma dedicação sem limites à missão escolhida de servir, a **compaixão** pelo pobre e necessitado, assim como a constatação de que “a maioria dos primeiros cristãos era pobre e, em resposta a uma simpatia a que não estavam acostumados, **confessavam** muitas necessidades” ((Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 53), caracterizam-se como aspectos do que Foucault, também, evidenciou e denominou de poder pastoral.

Entre os gregos, o domínio de si mesmo, do seu eu, era alcançado através de um maior domínio do sujeito sobre si pela aproximação e aquisição da verdade, sem implicar em renúncia, seja do eu, seja da realidade vivida. Já no período cristão, antes da introdução da

confissão, Foucault resgata a *exomologesis*, um dos jogos de verdade do eu, em que se dá o reconhecimento público da fé, do arrependimento e da humilhação, como demonstrações de vergonha e modéstia. Diversos autores² referem-se à uma mulher, Fabíola, que teria se divorciado e, após, casado novamente e ainda não se sentindo feliz, converte-se ao cristianismo. Entra, então, para a fila dos penitentes nas praças públicas ao lado de presos e criminosos, reconhecendo seu erro. Renuncia ao mundo, aos prazeres terrenos, entrega a sua fortuna aos pobres e doentes, dedicando-se, de modo entusiasmado, ao trabalho de caridade, sendo fundadora, no seu palácio, do primeiro hospital gratuito em Roma. Os atos através dos quais o sujeito se auto-castiga e se auto-pune são os mesmos atos através dos quais o sujeito descobre o seu eu, a sua verdade, e, também, rechaça a si.

Já nos primeiros séculos da Idade Média, com a ascendência do clero e da Igreja sobre a sociedade, a imagem do enfermo e do débil associava-se à do santo. O trabalho de enfermagem era reconhecido como um trabalho de Deus, sendo exercido, também, por pessoas da nobreza e convertendo-se em exercício de penitência para alcançar a purificação e a expiação dos pecados.

A opção de muitas mulheres ricas e influentes pela vida monástica, assumindo, também, o papel de abadessas, de administradoras dos mosteiros e de mantenedoras da disciplina, justificava-se tanto pela proteção oferecida a elas pela Igreja, quanto pela liberdade e segurança para prosseguir estudos intelectuais ou interesses práticos (Donahue, 1993, p. 129). Os mestres e superiores reforçavam os costumes monásticos de “*obediência ao superior, pobreza pessoal e abnegação de si mesmos, além do cultivo à vida espiritual*”

² Molina, 1973, p.18; Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p.56; Frank e Elizondo, 1975; Donahue, 1993, p. 108.

(Frank e Elizondo, 1975, p. 79), como virtudes a serem cultivadas. A preocupação com os votos de humildade pelo uso de vestuário simples, associado à crítica aos tecidos finos usados pelas abadessas e pelas monjas provenientes da realeza, estabeleceu o caminho para a instituição do uniforme como *“hábito conventual”*. O uso do véu simbolizava a obediência, a humildade e o serviço, e a touca da enfermeira moderna, numa variante do véu religioso, tem sido associado à humildade e à prestação de um serviço à humanidade (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 73-4; Donahue, 1993, p. 130). Collière destaca que, como as vestimentas não deveriam mais favorecer e contribuir para uma identidade pessoal e singularização da pessoa, uma das primeiras regras dos mosteiros constituiu-se no uso de vestes brancas, semelhantes, produzidas pela própria comunidade, sem adereços (Collière, 1989, p. 59).

Os monges, mas, principalmente, as monjas, para alcançarem uma certa dignidade como mulheres, optavam por

retirar-se da sociedade para santificar a própria alma. (...) Observavam-se todos os graus de mortificação, autonegação e disciplina estrita. (...) Os monastérios não se estabeleceram para dar lugar aos órfãos ou educar aos meninos, nem sequer para cuidar aos enfermos. Estas eram tarefas secundárias que surgiam por vocação e que eram realizadas por monges e monjas isoladas; não se constituíam em parte essencial da sua chamada. (...) Com o tempo, o cuidado dos enfermos converteu-se em uma função e dever primordial da vida da comunidade (Donahue, 1993, p. 126-7).

A obediência incontestável ao superior é reconhecida como a característica essencial da boa enfermeira da época (Donahue, 1993). A ordem seqüencial presente no reconhecimento do pecado, com a culpa decorrente, a renúncia às vaidades e aos luxos terrenos, pela opção de atenção aos pobres e desvalidos, enquanto penitência pelas faltas

anteriores, esteve associado à atuação de diferentes mulheres que se dedicaram à enfermagem.

Com o cristianismo, um grande número de pessoas passa a ser objeto de atenção da enfermagem, como expressão e exercício de caridade, não correspondendo, entretanto, um movimento semelhante na medicina. A preocupação com a vida espiritual e a vida futura fez-se prioritária, o que favoreceu uma inclinação de indiferença cristã pelo corpo, constituindo-se um obstáculo para o próprio desenvolvimento da medicina (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968). Há a condenação do que é denominado de "doença da curiosidade" por Santo Agostinho, já que

é ela que nos leva a descobrir os segredos da natureza exterior, cujo conhecimento não serve para nada e que os homens só desejam conhecer pelo prazer de conhecer (apud Collière, 1989, p. 69).

Na verdade, apesar da indiferença e, até, do desprezo pelo corpo sexuado, os cuidados, ainda, lhe são prestados dentro de limites bastante definidos, ou seja, *“porque são suporte dos cuidados espirituais”* (Collière, 1989, p. 66).

A partir do século V, fortalece-se a concepção de cuidado que nega a interrelação existente entre o corpo e o espírito, priorizando-se o espírito em detrimento do corpo, reconhecido como impuro e origem do mal. O saber acumulado, especialmente pelas mulheres, em aprender a "tomar conta", fruto do cuidado com a vida, da experiência e da transferência de saber através das gerações, visto como um saber não científico, é submetido ao silêncio, primeiramente pela Igreja e depois pela medicina. Por muitos anos, a única médica do povo foi a feiticeira que, à medida que via aumentar sua perícia e habilidade, mais era percebida como afastando-se da dependência e controle divinos, além de poder

representar uma força crescente e, portanto, indesejável. Mesmo que as ações das bruxas fossem consideradas eficazes, o seu fazer parecia decorrer de uma ação e de uma vontade demoníacas, já que sem a aprovação de um saber reconhecido. O saber empírico da mulher vê-se, então, gradativamente, sendo reprimido, seja pelo clero, seja pela medicina (Collière, 1989, p. 57).

Observa-se um aumento no número de instituições utilizadas com a finalidade de hospitalização dos órfãos, idosos e doentes pobres. Segundo Frank & Elizondo,

não faltava nunca o serviço de enfermagem durante as 24 horas, os informes da época provam que se dava atenção às medidas de higiene segundo as normas reinantes e que se procurava por todos os meios a comodidade do paciente (Frank e Elizondo, 1975, p. 107).

Antes do século XVIII, entretanto, os cuidados caritativos prestados nestes locais denominados, inicialmente, como xenodóquios e depois como hospitais, buscavam não a cura física, porém a salvação eterna tanto dos assistidos, como de quem os assistia. Os hospitais não eram vistos como locais de cura, mas como morredouros para onde eram levados os desassistidos. A própria dissociação do corpo e do espírito com um afastamento progressivo do corpo, “o discurso e a exortação”, “os conselhos baseados nos princípios dos valores morais e religiosos”, vão tomando o lugar dos cuidados que exigem toque e contato direto das mãos, o que favorece, ainda mais, o comprometimento das práticas de cuidados prestadas ao corpo e a própria reputação dos hospitais (Foucault, 1990b).

Já o Renascimento é descrito como “*um período que os homens tiveram tempo de pensar. (...) Os indivíduos queriam agora ser livres, viver suas próprias vidas, ser eles mesmos e ser felizes*” (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 125). Fortaleceu-se o que foi denominado de influência pagã e mundana, atenuando-se o espírito de caridade, penitência

e abnegação, o que refletiu na diminuição das obras de caridade e, em particular, na enfermagem e na medicina (*op. cit.*, p. 114).

Com a diminuição do espírito cristão, a partir do século XV, inicia-se o denominado período de decadência da enfermagem, assim como o de recrudescimento da medicina pelo renascimento da ciência grega. Com o aparecimento das universidades e o interesse da área médica, a medicina sai dos monastérios, concretizando-se um afastamento entre a medicina e a enfermagem (*op. cit.*, p. 129).

Por outro lado, o espírito renascentista, com o desenvolvimento intelectual e cultural, afetava apenas indiretamente a enfermagem, que permanecia como uma arte religiosa, afastada do domínio intelectual, em que o progresso científico era visto como desnecessário (Donahue, 1993, p. 231).

Na Reforma Protestante, no século XVI, “*que não exigia outra coisa senão a fé, sem as boas obras nem a penitência*” (Frank e Elizondo, 1975, p. 133), dá-se a redução e o fechamento de muitos monastérios, a atenção caritativa aos pobres é negligenciada, passando a ser necessário o recrutamento e a contratação de pessoas leigas para atuarem nos hospitais. Estas, ao assumirem determinadas responsabilidades, passavam a ser chamadas de “irmãs”, num “expediente político” de tentativa de associação com o espírito das monjas dos conventos (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 129).

No entanto, a remuneração era pequena, as condições de trabalho difíceis, exigindo-se até quarenta e oito horas consecutivas de trabalho das enfermeiras leigas que, muitas vezes como presidiárias, tinham suas penas comutadas para atuarem nos hospitais. A percepção da prática da enfermagem, não como trabalho a ser remunerado, já favorecia a

exigência de um trabalho sem limites, sem preço, até por não ser reconhecido como um trabalho deste mundo, ou por ser percebido como um trabalho cujo pagamento e/ou recompensas não seriam dadas neste mundo.

2.2 - DA ENFERMAGEM PRÉ-PROFISSIONAL À ENFERMAGEM MODERNA

Após ter tentado demonstrar a presença da **responsabilidade** pelo outro, pobre e sofredor, da **obediência** à autoridade do pastor, da **abnegação e da renúncia de si**, assim como da **confissão** do que se passa consigo ao outro, nas relações estabelecidas entre quem exerce a enfermagem e quem dela recebe seus cuidados, ao destacar o período de transição, que se dá antes de Florence Nightingale e a partir da sua atuação no cenário da enfermagem, pretendo demonstrar continuidades em relação ao exercício do poder pastoral, presente e manifesto no exercício da enfermagem.

Com a Contra-Reforma, a Igreja Católica estimula a renovação e o surgimento de grupos religiosos dedicados à enfermagem, com ênfase, novamente, no espírito de dedicação das enfermeiras, ainda sem maiores implicações de caráter técnico-científico. Há uma penetração da doutrina cristã no meio rural e bairros populares, com a adesão de mulheres do povo à vida de mulher consagrada, sem estarem sujeitas à clausura. Observa-se, então, o movimento dos denominados precursores da enfermagem moderna com a instituição de ordens religiosas, não só católicas, como as das Irmãs de Caridade, mas, também, protestantes.

Entretanto, há que destacar que como o cuidado prestado por estas mulheres, faz-se a serviço dos pobres, da Igreja e de Deus, como objeto de caridade cristã, não são objeto de

um valor financeiro. Collière ressalta, também, que, como um trabalho gratuito, não se constitui uma relação de igualdade ou de troca dentro de um sistema de paridade e de reciprocidade entre os homens. Diferentemente, estabelece-se uma relação entre alguém que dá e o outro que recebe, favorecendo o desenvolvimento de uma necessidade de reconhecimento e de dívida de quem recebe o cuidado frente a quem lhes presta os atos de bondade, muitas vezes, sequer sem consciência da relação de dependência criada. A caridade, então, como uma relação desigual entre a pobreza e a abundância ou a riqueza, parece tornar justa a relação entre o supérfluo e a necessidade. Paralelo a isto, observa-se o enriquecimento de muitas congregações religiosas, tanto pela mão de obra e de trabalho gratuitos, quanto pelas múltiplas doações recebidas em reconhecimento e retribuição aos serviços prestados (Collière, 1989, p. 71).

No século XVII, Vicente de Paulo, um sacerdote francês, dedicado à caridade e à conversão de protestantes (Molina, 1973, p. 35) iniciou um tipo de caridade organizado, a Confraria da Caridade, com mulheres da sociedade, “*alcançando um interesse fraterno dos ricos para os pobres*” (Frank e Elizondo, 1975, p. 140). Segundo ele,

as damas visitadoras de enfermos deviam atender às necessidades primordiais destes: preparar seu alimento e dá-lo se fosse necessário, preocupar-se de sua higiene pessoal e tê-los presentes para repetir a visita no dia. Tampouco se deviam descuidar do cuidado das habitações nem da missão espiritual de sustentar a moral e consolidar a fé (Molina, 1973, p. 36-7).

Tinha como ideal que “*dar dinheiro é bom, porém não começaremos a salvar os pobres até que os visitemos*” (Molina, 1973, p. 37). Entretanto, muitas damas de caridade enviavam suas criadas a realizar as visitas domiciliares, seja por temerem as doenças, seja por oposição da família ou por compromissos sociais. Diante da constatação de que aldeãs

com inclinação para este trabalho de caridade poderiam ser utilizadas, Padre Vicente de Paulo, junto à Luisa de Marillac, uma viúva com alguma experiência em visita domiciliar e que, na infância, desejara ser monja, deram origem à Companhia das Filhas da Caridade (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, 152). Assim como na organização da Confraria, observaram, por meses, o trabalho até então realizado, antes de colocarem seu plano em prática.

As moças, provenientes do campo, “*de boa família e de bom caráter*”, eram alfabetizadas, recebendo, de Luiza de Marillac, um treinamento acerca da prática da enfermagem em uso; a pedido do Padre Vicente, recebiam alguns conhecimentos dos médicos.

Padilha (1997), em estudo sócio-histórico acerca da investigação da prática assistencial de enfermagem que se deu na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX, especialmente a partir da vinda das Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo ao Brasil, destaca o papel de Luiza de Marillac no estabelecimento das bases e preceitos de enfermagem, posteriormente usados e aprofundados por Florence Nightingale. Para a referida autora, o cuidado técnico desenvolvido pelas Irmãs de Caridade e, mais especificamente, por Luiza de Marillac constituiu-se em uma das primeiras manifestações do conhecimento na enfermagem, desenvolvido e sistematizado, posteriormente, nas escolas de enfermagem.

As “noviças” dispunham de uma casa central e de uma direção que vigiava o novo grupo. Não viviam em clausura, podendo, no início, usar suas próprias roupas e, por muitos anos, sequer realizaram votos, mesmo os anuais, de modo que a Igreja e a sociedade se

familiarizassem e se acostumassem com o trabalho desta nova ordem religiosa, mas leiga (Molina, 1973, p. 39). Padre Vicente de Paulo dizia que :

as Filhas da Caridade terão por mosteiro as casas dos pobres; por cela um quarto de aluguel; por capela a igreja paroquial; por claustro, as ruas da cidade; por clausura, a obediência; por grades, o temor de Deus; por ofício, o rosário, e por véu, a modéstia” (São Vicente de Paulo, *apud* Paixão, 1979, p. 60).

A constituição da Companhia das Irmãs de Caridade deu-se somente após transcorridos vinte anos (Molina, 1973, p. 39). Depois de algum tempo, a vestimenta de cor azul cinzento (Padilha, 1997), confeccionada com tecido rude de lã e o amplo véu branco constituíram o uniforme a ser usado pelas irmãs, numa demonstração de *“humildade e bondoso serviço humano”* (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 153).

As necessidades dos pacientes deviam ser paralelas às obrigações religiosas e a rígida **obediência** às ordens dos médicos, mas prioritariamente à Irmã Superiora (Padilha, 1997), era entendida como essencial à saúde do enfermo: *“tinham um programa de ética, salientando pontos até hoje observados com bom resultado, em relação a atitudes com médicos e doentes”* (Paixão, 1979, p.61).

Ao exigir a obediência das trabalhadoras de Deus aos médicos, *“não só no que diz respeito aos vossos pobres doentes, mas em tudo o que vos diz respeito”* (Collière, 1989, p. 68), Padre Vicente de Paulo parece já apontar para o delineamento da dupla filiação da prática de enfermagem: a conventual e a médica (*op. cit.*, p. 79). A filiação conventual manifesta pela missão e pelo espírito de servir a um ideal, pelo servir ao outro, seja o doente, o médico, as chefias, os administradores das instituições. Um servir que implica uma negação de si e um esquecimento de si, dos seus desejos, vontades e aspirações pessoais que

parecem não se concretizar, senão na realização e na satisfação do outro. A filiação médica porque é ela que demonstra “*dar o conteúdo profissional da prática dos cuidados*”, já que a enfermeira parece constituir-se na sua mais preciosa colaboradora e facilitadora da sua prática (*op. cit.*, p. 84).

Este trabalho tem sido reconhecido com a importância de uma reforma da enfermagem, pois teria se fundamentado no prévio conhecimento da situação existente, buscando atender aos pobres onde viviam e atuando, também, em hospitais, mediante um **contrato de modo a evitar a exploração e assegurar a identidade da ordem religiosa** (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 153-4).

Surgem filantropos³, principalmente nos países protestantes, que se dedicam ao estudo das condições dos hospitais, prisões e asilos, como expressão de **responsabilidade social** para com o bem-estar de outros, especialmente, os pobres e os desfavorecidos.

Há que destacar a atuação de Fliedner, na Alemanha, a partir da terceira década do século XIX, na restauração da antiga ordem eclesiástica das diaconisas de Kaiserswerth,

³ Para Donzelot (1990), o desenvolvimento das práticas de conservação e de formação da população, sem uma conotação e uma vinculação diretamente política, porém com uma missão de dominação, pacificação e integração social é assegurado pelos movimentos filantrópicos, mediante sua atuação em dois pólos: um pólo assistencial e um pólo médico-higienista. A filantropia deve ser entendida não como uma estratégia apolítica e neutra de intervenção privada no âmbito dos problemas sociais, mas como um instrumento voluntariamente despolitizante diante dos serviços coletivos, ocupando uma posição essencial equidistante do Estado e da iniciativa privada: uma distância programada entre as funções do Estado dito liberal e das suas funções de bem-estar e de governo das populações. Através do pólo assistencial, encaminha-se, para o âmbito da iniciativa privada, as demandas referentes à assistência e de direito ao trabalho. O Estado é utilizado como meio formal para introduzir conselhos e preceitos comportamentais, transformando questões de direito político em questões de moralidade econômica. No pólo médico-higienista, a demanda do papel do Estado é empregada, diretamente, “como meio material para afastar os perigos da destruição da sociedade pelo debilitamento físico e moral da população, pela aparição de lutas, de conflitos que levariam, no livre funcionamento das relações sociais, a marca de uma violência política que ameaçaria aniquilar aquilo que o Estado tem a função de assegurar” (p.59). Enfim, a estratégia filantrópica, em seus dois pólos, possibilita o aumento de serviços coletivos sem comprometer a definição do Estado liberal, substituindo as formas de poder antigas, próprias da soberania: “o conselho eficaz antes que a caridade humilhante, as normas preservativas antes que a repressão destruidora” (p.60).

como uma ordem moderna das diaconisas, especialmente, pela influência que exerceu sobre Florence Nightingale e sobre o movimento da enfermagem moderna desencadeado. Por outro lado,

a obra da Instituição de Diaconisas de Kaiserswerth tirou proveito, sem dívida, do exemplo de São Vicente de Paulo, cujas Irmãs de Caridade haviam demonstrado a superioridade da sua preparação para a enfermagem, durante duzentos anos, nos quais haviam alcançado a simpatia do mundo (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 160).

As “noviças”, em Kaiserswerth, eram selecionadas por sua inclinação religiosa, “numa réplica do sistema monástico”⁴ (Donahue, 1993, p. 235), provenientes de “boa família e vida exemplar” não faziam votos, nem recebiam salário. Prometiam trabalhar por “amor de Cristo e de segui-lo, atendendo aos pobres, os doentes e todos aqueles que necessitavam de ajuda” (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 160-1), destacando-se o princípio de que deveriam cumprir obediência estrita às ordens médicas, sendo este reconhecido como o único responsável pelos resultados (Donahue, 1993, p. 235). Recebiam, dos médicos, ensino clínico e teórico na arte da enfermagem, e, às vezes, conhecimentos de farmácia e de enfermagem prática (Molina, 1973, p. 49). O pastor Fliedner redigiu um catecismo para as diaconisas:

- Preocupo-me em ventilar a sala?
- Preocupo-me em dispor tudo na devida forma?
- Tenho escutado com atenção tudo quanto me tem dito o médico?
- Tenho acatado suas instruções ao pé da letra?
- Tenho evitado o uso de medicamentos e tratamentos que não tem sido indicados pelo médico?
- Tenho tido o cuidado de informar ao médico sobre o estado de meu paciente e sobre o efeito do tratamento?
- Tenho sido cortês, suave, delicada e bondosa com meu paciente?
- Tenho sido prudente e econômica com as provisões e o equipamento do hospital?

⁴ A ordem moderna de diaconisas não lhes oferecia salários, mas garantia o sustento e a proteção permanentes, num sistema de casa materna.

- *Tenho posto atenção na roupa do paciente e em sua dieta?* (Fliedner, *apud* Molina, 1973, p. 50).

Através destas perguntas, é possível depreender o tipo de relação que já era priorizado entre a enfermeira e o paciente: a ventilação e a organização do ambiente, o cumprimento estrito da prescrição médica e seus efeitos no paciente, seu vestuário e sua alimentação, a economia, a cordialidade, a bondade e a suavidade no trato, talvez, numa linha muito semelhante ao que acontece, ainda hoje, nas relações entre a enfermagem e os clientes, exceto no que se refere aos cuidados com a sua higiene, não explicitamente, mencionados no catecismo de Fliedner. Assim como o Padre Vicente de Paulo preconizava a obediência aos superiores e ao médico como essencial à saúde dos enfermos, Fliedner, também, enfatiza o dever da obediência ao médico.

Na Inglaterra, houve o surgimento de várias ordens protestantes de religiosas empenhadas em praticar a enfermagem domiciliar e hospitalar, com a participação de algumas mulheres provenientes de uma classe social mais elevada. Apesar da sua atuação intensa, tais ordens pareciam não se adequar às necessidades públicas, encontrando-se opiniões divergentes a respeito do motivo religioso constituir-se em pré-condição ou requisito para a avaliação de uma boa enfermeira. Para as ordens religiosas, o interesse primário das enfermeiras deveria ser “o auto-desenvolvimento espiritual e o trabalho missionário”, seguido pelo interesse na enfermagem:

A tradição antiga punha a enfermagem de lado, como um serviço inspirado pela religião, gratuito e acompanhado de auto-sacrifício, e as pessoas como Elizabeth Fry, que acreditavam que mulheres bondosas podiam praticar uma boa enfermagem em grupos seculares e em troca de uma retribuição, eram consideradas como “modernas” (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 164).

Florence Nightingale, “profundamente religiosa” e fazendo frente, também, ao período denominado de “decadência da enfermagem”, encontrou um caminho para desenvolver um serviço de enfermagem eficiente e leigo, desvinculado do controle de grupos religiosos. Demarca, assim, o início da secularização da enfermagem (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 181), mas, acredito, que ainda numa linha de continuidade do exercício da enfermagem como exercício do poder pastoral.

2.3 - PERÍODO NIGHTINGALEANO DA ENFERMAGEM

Assim como o trabalho realizado pelas Irmãs de Caridade exerceu influência sobre o trabalho do pastor Fliedner, estas duas iniciativas, dentre outras, também influenciaram o trabalho de Florence Nightingale. De origem aristocrata e com prestígio social, dotada de um preparo superior a muitos homens da época vitoriana em que vivia, Florence Nightingale interessava-se por política, pelas pessoas, mas, principalmente, por instituições de caridade (Molina, 1973, p. 58). Faziam parte das suas relações sociais vários filantropos, como Chadwick, Elizabeth Fry, dentre outros. Onde estivesse, buscava

inteirar-se das condições sociais, pois tinha a convicção de que, algum dia, Deus a chamaria para realizar para ele uma missão de misericórdia. (...) se sentia sempre especialmente feliz quando podia ajudar ao outro” (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, 165).

Desde cedo, manifestou seu desejo de dedicar-se à enfermagem e ao cuidado de doentes. Conforme os escritos em seu diário, aos dezessete anos, teria recebido um chamado de Deus ao seu serviço. Ao receber, em 1846, o anuário de Kaiserwerth, determinou-se

a consagrar-se aos enfermos. Em seu interior, definia muito bem o que queria: não era a aspiração a ser uma enfermeira qualquer, senão uma enfermeira superior (Seymer, s.d., p. 17).

Florence não via no matrimônio, uma alternativa para a sua realização pessoal, senão na opção por uma ocupação ou profissão “*sistematicamente*” (Cooke, *apud* Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 167) exercidas, em busca do desenvolvimento pessoal, da independência e da “liberdade para consagrar a existência ao ideal” (Seymer, s.d., p. 34). Realizou várias visitas e observações a hospitais, conventos de monjas, ao Instituto de Kaiserswerth e junto às Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo, reunindo material que lhe subsidiaria nas atividades, posteriormente, desenvolvidas. Considerava Kaiserswerth como o seu “*lar espiritual*” (Seymer, s.d., p. 38).

Destacou-se por sua capacidade administrativa e organizacional, além do conhecimento sobre medidas de higiene, nutricionais, de preocupação com o ambiente, a privacidade e o lazer dos que estavam afetos aos seus cuidados, o que revertera em redução dos índices de mortalidade, de modo mais especial e evidente, durante a guerra da Criméia. Neste episódio, ao liderar um grupo de enfermeiras de diferentes segmentos sociais e religiosos, pedia que trabalhassem juntas numa “*fraternidade comum de amor à Deus e ao ser humano*” (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 173). Dizia, nas suas correspondências, que considerava o controle das mulheres inglesas, sob as suas ordens⁵, “*mais difíceis de governar do que 4000 homens. Não devem deixar vir ajudar-nos quem não tenha o hábito de fadiga e privações...*”⁶ (Paixão, 1979, p. 71).

⁵ Durante a guerra, Florence e as demais enfermeiras usavam vestidos sóbrios, de lã áspera e cinza, além de uma touca que pouco as favorecia, ao ponto de uma enfermeira ter declarado que não teria vindo, se soubesse que teria de usar aquele gorro (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 174).

⁶ As palavras destacadas sob a forma de negrito, nas obras consultadas e apresentadas, têm a intenção de ressaltar idéias consideradas relevantes, tendo em vista o tema e a análise apresentada. Não se pretende justificar, novamente, quando da repetição da sua realização.

Na Criméia, Florence preocupava-se com o bem-estar moral da tropa e, em especial, com a embriaguez vigente entre os soldados, procurando introduzir algumas atrações que pudessem contrapor-se ao período de tempo usufruído nos botequins.⁷ Dentre as medidas instituídas, encontram-se a abertura de uma sala de leitura, a instalação de cursos de alfabetização, aulas de artes manuais e oficinas. Neste sentido, favoreceu, também, que os soldados ajudassem suas famílias, transferindo parte dos seus soldos para a Inglaterra, “*de dinheiro salvo do consumo em bebida. Eis mais um exemplo de como se antecipou em muitos anos à ação oficial*” (Seymer, s.d., p. 78).

Preocupava-se com o comportamento das suas enfermeiras, acreditando que as possibilidades de emprego nos hospitais militares fracassariam, caso as enfermeiras a desapontassem, além da responsabilidade e do risco de poder desapontar ao Ministro da Guerra, seu amigo pessoal, que lhe havia confiado a tarefa de assistir os soldados feridos.

Há várias referências ao seu espírito autoritário nas relações que estabelecia com as outras enfermeiras e com os médicos:

era rígida e autoritária, e nunca cedia em pontos que erroneamente considerava como de sua própria incumbência. (...) Nunca se mostrava agradecida por favores recebidos ou pelo esforço generoso despreendido por aquelas enfermeiras que precisavam de um estímulo em condições tão adversas. Era estrita em sua disciplina para com elas e o mais rígida em sua autoridade. É verdade que a situação requeria energia e caráter, porém a senhorita Nightingale passava dos limites; somente se mostrava bondosa com os pacientes (Frank e Elizondo, 1975, p.263).

Como enfermeira, era amável e afetuosa, porém, como administradora, irritantemente despótica (Frank e Elizondo, 1975, p. 266).

Possui manifestamente um caráter treinado a dominar, sob os princípios da ação do momento, todo sentimento que possa interferir com ela. Tem

⁷ Uma das preocupações dos movimentos filantrópicos, relacionada com a disciplina dos grupos que são ajudados, é a luta contra o hábito de consumir os excedentes financeiros, em festas coletivas. Através da **economia e da poupança**, menor será a sua necessidade de depender da beneficência privada. “A lógica da poupança é sempre a mesma: reduzir as formas orgânicas, festivas, transfamiliares de solidariedade para evitar o perigo de dependência e o paralelo de insurreição” (Donzelot, 1990, p. 68).

se preparado para mandar e tem aprendido o valor de um espírito conciliador para com os demais e de domínio sobre si mesma. Concebo-a perfeitamente como uma pessoa estreitamente autoritária; entrega-se a um trabalho com todas as forças de que dispõe. Como tal, sabe exatamente até que ponto o êxito depende da obediência literal a cada uma das suas ordens... (Cooke, *apud* Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 171).

Donahue apresenta algumas das controvérsias dos biógrafos de Florence que a caracterizam, ora como santa, ora como uma mulher do mundo, ora como uma personalidade que, tendo realizado grandes feitos, necessariamente, deveria ser uma pessoa boa, dentre outras análises e avaliações realizadas (Donahue, 1993, p. 238-9). Parece-me que não há como contestar o valor de Florence, especialmente quanto ao desenvolvimento e aplicação de um conhecimento, até hoje mais de um século depois, ainda usado e reproduzido nas práticas da enfermagem, principalmente, quanto à importância da observação, da sistematização das informações, da organização do ambiente e da realização de cuidados necessários para com o ambiente de pessoas doentes. Mais uma vez nos deparamos com a positividade do poder assinalada por Foucault:

Se o poder fosse somente repressivo, se não fizesse outra coisa a não ser dizer não você acredita que seria obedecido? O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato permeia, produz coisa, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir (Foucault, 1990b, p. 8).

Entretanto, a par da constatação destes méritos, que vêm se reproduzindo historicamente na profissão, reconheço como necessário, ao tratar do tema da governabilidade na enfermagem, destacar algumas das atitudes e ações de Florence Nightingale, característicos de um exercício de poder pastoral, que parecem, também, vir se

reproduzindo, de modo explícito ou não, através dos tempos até os dias atuais, sem que uma análise suficientemente crítica tenha sido realizada, sob este enfoque.

A partir do século XVIII, a evolução das ciências biológicas, o desenvolvimento do saber médico e o nascimento da clínica, com o estudo e o conhecimento crescente do corpo do homem, deslocam o trabalho do médico para o interior dos hospitais. Dá-se, também, um processo de reorganização administrativa e política das instituições hospitalares, pela disciplinarização dos corpos dos que ali se internam, como dos corpos dos que ali atuam, enfim, pela disciplinarização do hospital como um todo: “a distribuição espacial dos indivíduos”, “o controle não sobre o resultado de uma ação, mas sobre o seu desenvolvimento”, “a vigilância perpétua e constante dos indivíduos”, “um registro contínuo” (Foucault, 1991, p. 105-6).

Para Florence Nightingale, “*a disciplina é a essência do treinamento*” (Almeida e Rocha, 1989, p. 45), tornando-se reconhecida por seu conhecimento sobre os hospitais militares e civis, descrições estatísticas, condições de saneamento das instituições e das cidades, e apontada como um marco, principalmente, no que diz respeito à formação das novas enfermeiras.

O treinamento dos agentes de enfermagem introduzido por Nightingale refere-se às técnicas disciplinares de enfermagem a fim de delimitar o espaço social que cada trabalhador da saúde deve ocupar na hierarquia do micropoder hospitalar, e, em especial, a preocupação com a hierarquia do pessoal de enfermagem (Almeida e Rocha, 1989, p. 47).

A Escola Nightingale, a fundação de uma “*Kaiserswerth inglesa*” (Seymer, s.d., p. 91), tinha como objetivo a formação de enfermeiras hospitalares, enfermeiras distritais para os doentes pobres e enfermeiras para o ensino (Donahue, 1993, p. 248). As alunas seriam

selecionadas “sob o ponto de vista físico, moral, intelectual e de aptidão profissional” (Molina, 1973, p. 70; Paixão, 1979, p. 73), devendo ser *“mulheres jovens, bem-educadas, com no mínimo vinte e cinco anos e no máximo trinta e cinco anos”* (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 179). A escola deveria ser dirigida por enfermeiras e não mais por médicos como era costume até então. Florence acreditava que *“uma boa superiora constitui a chave para o êxito de um curso de aprendizado”* (Seymer, s.d., p. 93).

Para Molina,

a característica revolucionária do plano Nightingale consistia em que tudo o referente ao ensino, disciplina e organização do corpo de nurses deveria estar nas mãos da mulher, de uma mulher que fosse a uma vez enfermeira competente e destacada em seu trabalho. À direção dos hospitais correspondia até então exercer o controle da enfermeira, e, em nenhum momento, se pensou numa organização exclusivamente feminina e dedicada à enfermagem. Outra das suas fundamentais reformas foi introduzir a enfermagem como profissão digna, meritória, cheia de recursos, para que a mulher canalizasse suas aspirações (Molina, 1973, p. 64).

Em um trecho de carta enviada a um médico, participante de um comitê de organização de uma das primeiras escolas para treinamento de enfermeiras norte-americanas, ligada ao Hospital Bellevue, Florence, com a intenção de expressar seu ponto de vista acerca das dificuldades referidas por seu interlocutor quanto às decisões sobre as instruções, obrigações e a posição das enfermeiras em relação ao corpo médico, afirma que uma enfermeira não é um médico e que no seu treinamento, tanto na teoria quanto na prática, busca evitar a confusão de que as tarefas de enfermagem possam chocar-se ou sobrepor-se às tarefas médicas, ressaltando, ao contrário, que há enfermeiras, de modo exclusivo para:

executar as ordens médicas e dos cirurgiões, incluindo naturalmente, todas as práticas de limpeza, de ar fresco, dieta, e outras. Toda organização de disciplina que as enfermeiras devem ser submetidas é com a exclusiva finalidade de capacitá-las a executar, inteligentemente e fielmente, tais ordens e tais tarefas como é constituída toda a prática de enfermagem. (...) E para esta finalidade elas devem estar, para um controle disciplinar e interno, inteiramente sob a direção de uma mulher, uma superintendente treinada, cujas funções são observar que as tarefas de enfermagem devem ser realizadas de acordo com um padrão. Para isto eu digo: 1) a enfermagem hospitalar, incluindo a execução de ordens médicas, deve ser realizada para a satisfação dos médicos cujas ordens que dizem respeito ao doente devem ser executadas. E nós dependemos da enfermeira inteligentemente treinada e do cultivo da moral da mulher, que fará isto melhor que a ignorante, tola mulher. (...) que toda mudança desejada, reprimenda, etc., em enfermagem e para as enfermeiras, sejam referidas pelos médicos para a superintendente (Nutting e Dock, apud Almeida e Rocha, 1989, p. 46).

Havia, também, uma grande preocupação com a vigilância e a disciplina das “noviças” da Escola Nightingale (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 181) que abriam a enfermagem para a atuação de jovens seculares, em bases laicas, mas não antirreligiosas (Frank e Elizondo, 1975, p. 267), de modo a que as enfermeiras, nesta concepção, dita moderna, não possibilitassem qualquer motivo para críticas. Mantinha-se uma dupla preocupação: o desenvolvimento e a formação do seu caráter (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 179; Frank e Elizondo, 1975, p. 267) e “a ilustração do intelecto” (Frank e Elizondo, 1975, p. 268) pela aprendizagem da enfermagem, de acordo com as regras morais vitorianas, formuladas sob a influência de Kaiserswerth e do convento (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 180).

As estudantes realizavam “*orações diárias, serviços semanais na igreja, classes de música e lições sobre a bíblia, exercícios e descanso diários, leituras e classes bissemanais*”. Foi instituída uma “*Folha Mensal do Caráter Pessoal e das Realizações de*

Cada Enfermeira”, e um Boletim Moral e um Técnico sobre cada aluna (Seymer, s.d., p. 96), onde a superiora registrava seus “*traços de caráter e sua habilidade como enfermeira*” (Frank e Elizondo, 1975, p. 269-70), podendo ser dispensadas, a qualquer momento, desde que não atendessem os requisitos exigidos. Era enviado um informe, de cada estudante, ao Comitê do Fundo Nightingale que tratava de achar uma colocação adequada em algum hospital, ao término do curso⁸ (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 180). Além disto, costumava corresponder-se e realizar entrevistas com as enfermeiras já empregadas “*a fim de manter em sua mente o ideal espiritual de sua vocação e o esforço por manterem-se eficientes.*” (Frank e Elizondo, 1975, p. 268). Florence, tendo conhecimento que a escola perdera um pouco da sua excelência original, “*redobrou sua vigilância, reformou o que era necessário e seguiu a vida de cada estudante mediante cartas de conselho e direção*”⁹ (Frank e Elizondo, 1975, p. 270).

Um dos seus princípios era possibilitar o melhor preparo às mulheres que o desejassem, tivessem vocação para a enfermagem e as qualidades necessárias, independentemente da sua origem social ou crença religiosa. No entanto, entendia como “*natural que as mais educadas ocupem postos diretivos; porém não porque pertençam a classes elevadas, senão porque tenham mais educação*” (Frank e Elizondo, 1975, p. 268). A diferença entre uma “*lady-nurse*”, proveniente de uma classe social mais elevada e de uma “*nurse*”, proveniente do proletariado, decorreria, portanto, não de sua origem social, mas

⁸ No final da Guerra da Criméia, houve interesse de empregar, em Londres, algumas das enfermeiras reconhecidas como profissionais. Florence cooperou encaminhando informações detalhadas e cuidadosas sobre cada enfermeira.

⁹ Florence mostrava-se sempre disponível para prestar ajuda às suas “filhas”, em qualquer dificuldade, ao ponto de uma enfermeira relatar ter recebido mais de duzentas cartas de Florence (Seymer, s.d., p. 103).

numa linha de pensamento semelhante à de Adam Smith, dos seus “hábitos, costumes e educação”¹⁰ (Smith, *apud* Himmelfarb, 1988, p. 68).

Ainda, numa expressão da consciência de classe britânica, havia a distinção das “aprendizes de enfermagem”, provenientes de classes mais baixas, que tinham seus estudos pagos pela Fundação Nightingale, e as “damas enfermeiras” que custeavam seus estudos e deveriam tornar-se matronas, sendo, logo, requisitadas pelos hospitais, além de haver a intenção de virem a ocupar espaços de liderança na enfermagem, numa escala internacional¹¹ (Donahue, 1993, p. 248).

A enfermagem voltada para o atendimento domiciliar, a “assistência distrital (ou visitação)” seduzia, particularmente, a Florence, levando-a a incentivá-la e, em 1875, a estimular a criação da Associação Metropolitana e Nacional de Assistência, tendo afirmado:

Não creia que, em Londres, você consegue algo de eficaz em matéria de assistência, enquanto não atender, não só aos doentes pobres dos asilos, mas os que se acham em casa (Nightingale, *apud* Seymer, s.d., p. 100).

Ainda, em 1892, iniciou o plano denominado por Florence de “*Missionárias da Saúde*”, como as precursoras das atuais “Visitadoras de Saúde”. Segundo a proposta, as enfermeiras ao visitarem as casas, além de exercerem a enfermagem, deveriam ensinar preceitos de higiene, comprovando que “*colocava a prevenção acima da cura, uma atitude*

¹⁰ Adam Smith, no século XVIII, entendia que as diferenças na divisão do trabalho eram menos a causa do que o efeito de uma divisão “natural” do trabalho; na verdade, uma divisão entendida como “natural, mas decorrente de uma construção social; daí ser reconhecida como divisão social do trabalho.

¹¹ Padilha (1997) enfatiza que Florence Nightingale, ao pensar numa escola de enfermagem, utilizou o conhecimento obtido, em Alexandria, quando acompanhou o trabalho desenvolvido pelas Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo. Além das exigências de caráter moral e do espírito religioso das estudantes, dava-se a admissão das alunas de classes sociais diferenciadas: as *lady nurses* podiam ser comparadas às Senhoras da Confraria, preparadas para as atividades de direção e organização do trabalho; já as *nurses*, às Irmãs de Caridade, provenientes das aldeias, e mais preparadas para o exercício do trabalho manual e do cuidado direto.

que a situava bem à frente da maioria de seus contemporâneos” (op. cit., p. 105). Por outro lado, nos textos, não fica claro o tipo de relação que se estabelecia entre as enfermeiras visitadoras ou as missionárias da saúde e as pessoas visitadas em suas casas, no sentido da invasão do espaço privado das famílias para alcançar sua higienização.

Foucault destaca que, no século XVIII, em todos os países da Europa, como reflexo das políticas de saúde, a organização da família constitui-se na primeira e imediata instância de medicalização dos indivíduos, como a articuladora dos objetivos gerais do corpo social com as necessidades ou desejos de cuidados dos indivíduos:

Esta higiene, como regime de saúde das populações implica, por parte da medicina, um determinado número de intervenções autoritárias e de medidas de controle. (...) Além disso, os médicos [e seus auxiliares] deverão ensinar aos indivíduos as regras fundamentais de higiene que estes devem respeitar em benefício de sua própria saúde e da saúde dos outros: higiene da alimentação e do *habitat*, incitação a se fazer tratar em caso de doença (Foucault, 1990b, p.202).

Parece importante, ao focalizar Florence Nightingale e o seu trabalho, realizar uma análise de uma das suas obras: “Notas sobre Enfermagem”¹² (Nightingale, 1989), possivelmente, a mais conhecida dentre as suas publicações.

Para Collière, no livro “Notes on Nursing”, a partir da constatação da influência das condições da moradia, da sua iluminação e do seu arejamento sobre a saúde, Florence teria problematizado a prática de cuidados de enfermagem e não mais a enfermeira no exercício de um papel com regras de conduta e comportamento moral. Daí, adviria o caráter

¹² Nas Notas do Editor, presentes na reimpressão da edição de 1861 e na republicação em 1924, o editor, destacando o valor e o pioneirismo da obra de Florence, apesar de algumas das suas colocações terem sido deixadas “à margem pela ciência moderna”, ressalta que ainda se mantém como verdadeiro e atual a essência do seu livro - “a visão da autora sobre a necessidade de limpeza no ar, na água, nas pessoas, roupas e nos ambientes; de iluminação, silêncio e ordem no quarto do doente; e, na enfermeira, de inteligência, raciocínio, ‘sensibilidade e decência, capacidade de demonstrar real interesse pelo paciente’. Isto nunca será considerado ultrapassado” (L.H.S.N. *apud* Nightingale, 1989, p.157).

revolucionário de sua concepção que teria revolvido “todos os alicerces da prática de cuidados de enfermagem” (Collière, 1989, p. 212). Já para Padilha (1997), Florence Nightingale teria dado voz ao silêncio daqueles que exerciam o cuidado de enfermagem, possivelmente, sem ter conhecimento e clareza acerca da importância de muitos rituais realizados, indicadores de uma prática de enfermagem em processo de organização.

Ainda, apesar de Florence ter indicado elementos e domínios de conhecimento que poderiam fundamentar o fazer da enfermeira, cabendo, a ela, a sua aprendizagem e a sua aplicação nas situações enfrentadas, Collière reconhece e admite que Florence não teria sido seguida em suas recomendações, pelas enfermeiras, quanto à delimitação dos cuidados de enfermagem a partir de indicações do meio ambiente e das suas relações com a conservação da saúde.

Entretanto, ao analisar este texto de Florence, a partir do tema da governabilidade, ou seja, dos limites entre o cuidado de si e o poder pastoral, pretendo destacar alguns elementos que parecem confirmar, apesar da denominada “ruptura nightingaleana”, a evidência de algumas continuidades na Enfermagem Moderna no que se refere ao modelo de poder pastoral e de religiosidade, presentes na enfermagem. Mesmo reconhecendo o contexto histórico vivido por Florence, o pequeno conhecimento das pessoas sobre as condições de preservação da sua saúde, e, em especial, o papel da mulher na sociedade vitoriana, como elementos que devem ter influenciado a construção do seu texto¹³, entendo

¹³ “Os sentimentos de Florence em relação às mulheres pareciam expressar, mesmo que inconscientemente, como produto de uma linha sócio-histórica, predominantemente, desvalorização. Ao publicar seu livro ‘Notas sobre Enfermagem’, em 1858, considerado um ‘best-seller’, dirigiu-se especificamente às mães, meninas e enfermeiras. Esta obra, repleta de conselhos e recomendações, foi escrita num tom abertamente irônico, aparentemente permeado por um juízo negativo para estas mesmas mulheres, descritas repetidas vezes no texto, como ignorantes, confusas, descuidadas, assustadas, amedrontadas e esquecidas, numa provável negação de sua própria condição feminina.”(Lunardi, 1993, p. 293)

como necessária tal análise tendo em vista algumas continuidades que percebo como ainda presentes, nos dias atuais, mesmo que sob diferentes roupagens.

Em 1859, após ter atuado na Guerra da Crimeia, prefaciando o seu livro, a autora o apresenta não como um manual ou um conjunto de preceitos através do qual as pessoas possam aprender a exercer a enfermagem. Destaca que seu objetivo é, na verdade, oferecer um conjunto de sugestões às pessoas que a exercem, deixando, então, transparecer o seu entendimento por enfermagem:

Pretendem simplesmente oferecer sugestões às senhoras que têm a seu cargo pessoal a saúde de outras pessoas. Todas as mulheres, ou pelo menos quase todas, na Inglaterra, assumem, em algum período de sua vida, a responsabilidade pessoal pela saúde de alguém, criança ou inválido - o que significa que todas exercem a enfermagem (Nightingale, 1989, p.11).

Apesar do que consta no prefácio da obra, ou seja, que seu livro tem como objetivo apresentar sugestões para quem tem, sob sua responsabilidade, a saúde de outros, a forma e a linguagem com que algumas das crenças e verdades são apresentadas parecem extrapolar a possibilidade da obra se constituir em, apenas, um conjunto de simples sugestões, especialmente pelas avaliações e julgamentos dos riscos apontados e aparentemente envolvidos, no que se refere à vida e à saúde das pessoas que estão sendo cuidadas, como o que indicam alguns dos trechos selecionados e, a seguir, apresentados:

A primeira regra de enfermagem, o primeiro e último princípio sobre o qual a atenção da enfermeira deve fixar-se, essencial para o doente, sem o que todo o restante que possa fazer por ele não terá nenhum valor e com o qual, em minha opinião, tudo o mais pode perfeitamente ser esquecido, é este: conservar o ar que ele respira tão puro quanto o ar exterior, sem deixá-lo sentir frio (op. cit., p. 11).

Lembre-se de que o barulho que o paciente não pode ver assume para ele o caráter de inesperado; (...) Qualquer sacrifício para assegurar silêncio

para esses casos é muito válido, pois nem o melhor arejamento possível, nenhuma assistência, por mais cuidadosa, poderão fazer bem a esses pacientes sem o necessário silêncio (Nightingale, 1989, p. 65-6).

Sente-se sempre onde o doente possa vê-lo a fim de que ele não precise virar penosamente a cabeça para olhar para você. As pessoas olham involuntariamente para quem está falando. Se você torna esse ato cansativo para o doente, prejudica-o e muito (op. cit., p. 57).

Não vá ao encontro de um enfermo que está em movimento, ou não o surpreenda, afim de falar-lhe ou entregar-lhe mensagens ou cartas. Com isso poderá causar-lhe o mesmo impacto de um soco no ouvido (op. cit., p. 59).

Tudo o que você fizer no quarto do doente, depois de tê-lo 'preparado' para dormir, aumenta dez vezes o risco de ele ter uma péssima noite. Agora, ao acordá-lo logo depois de ter adormecido, você não corre o risco, mas lhe assegurará uma péssima noite (op. cit., p.60).

A verificação das horas em que o doente pode alimentar-se, a observação cuidadosa do horário, quase sempre variado, em que ele está mais abatido, a alteração da hora da alimentação para antecipar ou evitar essas ocasiões, tudo isso - que requer observação, empenho e perseverança (o que constituem uma boa enfermagem) - pode salvar mais vidas do que se possa imaginar (op. cit., p. 75).

Se puderem comer um pedaço de pão acompanhado de uma xícara de chá ou de café quente, tanto melhor, mas nunca em vez de. O fato de haver mais nutrientes no pão do que em qualquer outro tipo de alimento tem induzido a esse erro. Não resta dúvida de que é um erro fatal (op. cit., p. 87).

Mesmo tendo Florence afirmado que seu livro não ensinaria às pessoas encarregadas dos pacientes a administrarem e a exercerem a enfermagem, insistindo na necessidade da reflexão sobre as situações enfrentadas, como ao antecipar-se ao que possa acontecer na sua ausência (*op. cit.*, p. 43), muitas das suas afirmações, parece-me, adquirem ou mantêm um caráter dogmático e, possivelmente, inquestionável.

Apesar das suas referências à necessidade do conhecimento das “leis relacionadas com a saúde e a enfermagem” (*op. cit.* p. 16) e da necessidade de reflexão, percebo a

existência de um tom religioso permeando o texto como um todo, num sentido de aproximação com uma causa última que justificaria as diferentes práticas, ou seja, mediante um entendimento de associação e identificação entre as leis da saúde e as leis de Deus, ou, até, numa compreensão de que tais leis decorreriam de Deus, sendo, portanto, divinas e inquestionáveis. Apresento alguns trechos de modo a tentar retratar tais percepções:

Mais extraordinário ainda é que, enquanto o que podemos chamar de vaidades fúteis da educação, como, por exemplo, os elementos de astronomia que estão sendo ensinados em todas as escolas para meninas, as mães de família de qualquer classe social, as professoras e as enfermeiras pediátricas domiciliares ou hospitalares não recebem quaisquer ensinamentos sobre as leis que Deus atribuiu ao relacionamento do nosso corpo com o mundo no qual Ele o colocou. Ou seja, as leis que tornam esse corpo no qual Ele situou nossas mentes, com seus órgãos sadios ou enfermos, não são aprendidas. Ainda que elas - as leis da vida - sejam de certa forma compreendidas, nem mesmo as mães de família acreditam que valha a pena estudá-las, isto é, aprender como oferecer a seus filhos uma existência sadia. Chamam a isso conhecimento médico ou de fisiologia, afeto apenas aos médicos (op. cit., p. 17).

Deus estabelece certas leis físicas. Nossa responsabilidade (palavra da qual muito se abusa) depende da maneira pela qual Ele executa essas leis, pois como podemos ser responsáveis por ações cujos resultados são imprevistos? Seria o caso se a execução de Suas leis não fosse a correta. Contudo, estamos continuamente esperando que Ele faça um milagre, isto é, que infrinja Suas próprias leis exclusivamente para livrar-nos da responsabilidade (op. cit., p. 32).

Além de tudo isto, se a janela não for quase até o teto, então a cabeça do paciente pode ficar, literalmente falando, acima da camada de ar puro, mesmo quando a janela permanecer aberta. Pode a perversidade humana ir tão longe a ponto de destruir o processo de restabelecimento determinado por Deus? (op. cit., p.93).

É sabido que os mesmos sobrenomes podem ser vistos constantemente repetidos nos livros dos asilos, por gerações. Isto é, as pessoas nascem e crescem, nascem e crescerão, geração após geração, em condições que geram mendigos. A morte e a doença são como o asilo, levam elementos da mesma família, da mesma casa, das mesmas condições, em outras palavras, por que não observamos quais são essas condições?

O observador rigoroso pode prever com segurança que tal família, quer seus membros se casem ou não, vai se extinguir, que uma ou outra vai degenerar moral e fisicamente. Mas quem aprende tal lição? Pelo

contrário, pode ser bem conhecido o fato de que as crianças de determinada casa morrem à razão de oito em cada dez. Supõe-se que nada mais precisaria ser dito, pois como a Providência seria mais clara? Ainda assim, ninguém ouve a Providência; a família continua morando lá até que todos morram e que outra família nela se estabeleça. A ninguém ouvem, 'mesmo que surgisse dentre os mortos (Nightingale, 1989, p. 137).

O tom, até catequético, com que muitas das verdades são apresentadas por Florence, favorece e parece potencializar uma identificação e sobreposição entre as leis da vida, as leis da saúde e as leis divinas. Atrelado às certezas do que parece ser o certo e do que parece ser o errado, é possível evidenciar uma ameaça constante de culpabilização frente às possíveis conseqüências decorrentes da desobediência dos desígnios divinos, como no trecho que segue e que tem como sub-título “*Como ensina Ele suas leis?*”:

Naquela elegante residência, tive oportunidade de constatar, no verão, três casos de infecção, um de flebite, dois de tuberculose: todos produto imediato de ar contaminado. Quando, em climas temperados, a habitação é mais insalubre no verão do que no inverno, é sinal evidente de que algo está errado. Ainda assim ninguém aprende a lição. Sim, Deus sempre justifica Seus meios. Ele está ensinando, enquanto você não está aprendendo. Este pobre corpo perde um dedo, aquele outro perde a vida. E todos por uma das causas de mais fácil prevenção (op. cit., p. 38).

Esta culpabilização e rechaço do sujeito que não atende e nem respeita “*as leis que Deus atribuiu ao relacionamento de nosso corpo com o mundo*” (op. cit., p. 17), “*certas leis físicas*” (op. cit., p. 32), “*as leis da vida*” (op. cit., p. 17), as leis que possibilitam uma existência sadia (Nightingale, 1989, p.17) parecem ter como fundo uma forte conotação moral de obediência com um conteúdo de verdades divinas que continuariam dirigindo e controlando a prática da enfermagem. Na verdade, apesar do estímulo à reflexão frente às diferentes situações enfrentadas pelas enfermeiras, parece ser necessário, apenas, refletir

para decidir quanto ao **como** obedecer o que já está posto. Parece que, fundamentalmente, o que seria novo nesta relação do sujeito consigo mesmo ou na relação do sujeito com os outros, “*é a obrigação de exercer seu próprio julgamento*”, ou seja, novamente, a proposta parece continuar sendo o **dever de julgar e decidir**, não como pessoas a quem cabe o direito e o dever de pensar e de decidir autonomamente, mas porque devem decidir como atender e respeitar às leis e avisos divinos que dizem respeito à vida das pessoas, como melhor obedecer, já que é esta a sua obrigação.

Analisando, de modo mais específico, o significado do termo “responsabilidade” para Florence, parece que este tem o significado de “*ser encarregado de*”, “desempenhar-se de um ‘encargo’” (*op. cit.*, p. 49), “*estar no comando*” (*op. cit.*, p. 36). A responsabilidade da enfermeira pelo que acontece com o paciente, tanto na sua presença, como na sua ausência, é bastante reforçada ao longo do texto.

Há passagens em que se percebe suas referências à uma necessária capacidade organizacional da enfermeira, o que, ainda hoje, é preconizado na profissão: o exercício da função administrativa da enfermeira de providenciar, antecipadamente, as condições necessárias para assegurar a assistência ao paciente, mesmo quando não puder se encontrar presente, num sentido de “*ter capacidade de multiplicar-se*” (*op. cit.*, p. 43.), sem ter a necessidade de realizar, pessoalmente, a assistência. Porém, atrelado a esta preocupação e responsabilidade com o que acontece com o paciente, na ausência ou não da enfermeira e coerente com o exercício da sua função administrativa, parece ser bastante forte o papel da enfermeira como responsável pela assistência prestada por outros no paciente:

como poderei tomar providências antecipadas contra algum erro que possa ser cometido em minha ausência? (Nightingale, 1989, p. 48-9).

Assumir a responsabilidade' não é, com toda certeza, apenas desincumbir-se pessoalmente das suas tarefas, mas providenciar para que todos façam o mesmo; zelar para que ninguém, por decisão própria ou por ignorância, atrapalhe ou impeça o cumprimento desses deveres. Não significa fazer tudo você mesma, nem indicar mais de uma pessoa para cada tarefa, mas assegurar que cada um leve a cabo o trabalho que lhe foi designado (op. cit., p. 50).

A mim me parece que o orgulho deveria provir, pelo contrário, de ser capaz de dirigir um sistema, zelar pelas provisões, pelos conjuntos sanitários, pelos livros, pela contabilidade etc..., de tal maneira que qualquer um pudesse conhecer essas atividades e executá-las em sua ausência ou doença, e que a chefe pudesse passar todo o serviço para outros com a certeza de que tudo correria como sempre e de que sua falta não seria sentida (op. cit., p. 51).

Dentre os aspectos considerados como relevantes por Foucault para a compreensão do poder pastoral enquanto um diagrama de poder, encontra-se a responsabilidade assumida pelo pastor frente ao seu rebanho e às ovelhas individualmente:

Na concepção cristã, o pastor deve poder dar conta, não só de cada uma das ovelhas, senão de todas as suas ações, de todo o bem ou o mal que são capazes de fazer, de tudo o que lhes ocorre. Além disto, entre cada ovelha e seu pastor, o cristianismo concebe um intercâmbio e uma circulação complexa de pecados e de méritos. O pecado da ovelha é também imputável ao pastor. Deverá responder por ele, no dia do juízo final. E ao inverso, ao ajudar o seu rebanho a encontrar a salvação, o pastor encontrará também a sua (Foucault, 1990a, p. 112).

Em relação às várias responsabilidades da enfermagem na assistência ao paciente, é possível perceber uma certa culpabilização, tanto implícita como explícita da enfermeira e/ou da enfermagem, como no trecho que segue:

Se o doente sente frio, apresenta-se febril, sofre desfalecimentos, sente-se mal após as refeições ou ainda se apresenta úlceras de decúbito, geralmente não é devido à doença, mas à enfermagem (Nightingale, 1989, p. 14).

Florence, porém, admite que nem sempre a enfermeira seria a culpada da situação de enfermagem vivida, pois “*condições sanitárias e de arquitetura deficientes e uma organização administrativa falha*” podem tornar o exercício da enfermagem impossível. Entretanto, afirma que “*a arte da enfermagem deveria incluir, todavia, condições tais que, por si mesmas, tornassem possível o que entendo por assistência de enfermagem*” (*op. cit.*, p. 14-5).

Ainda associado à responsabilidade e, possivelmente, em decorrência do seu conceito de significado de enfermeira como a de “qualquer pessoa encarregada da saúde pessoal da outra” (*op. cit.*, p. 150), é muito forte, no texto de Florence, o caráter **paternalista** da prática da enfermagem e a **passividade** atribuída ao paciente frente à assistência da enfermeira que se torna a responsável pelo que lhe diz respeito:

mesmo que tenha de ser alimentado, a enfermeira não deve falar com ele ou permitir que ele fale durante a refeição, especialmente sobre alimento (op. cit., 1989, p. 76).

Supõe-se comumente que a enfermeira está presente a fim de evitar que o doente faça esforço físico - eu diria que ela está lá para evitar que ele tome suas próprias decisões. Estou certa de que, se for evitado que o paciente decida por si mesmo, ainda que não seja poupado de todo esforço físico, ele sairá sempre ganhando (op. cit., p. 124).

Uma boa enfermeira quase nunca faz perguntas ao enfermo, nem sobre o que deseja ou como está se sentindo (op. cit., p. 167).

Um convalescente é como uma criança, por assim dizer, com referência a esses fatos; a mente ou o corpo ainda não recuperaram seu estado normal e por algum tempo, diverso para as diferentes enfermidades, a enfermeira deve guiá-lo de acordo com a própria experiência (op. cit., p. 160).

Graaf, Mossman e Slebodnik, tentam compreender e justificar a infantilização do paciente, por Florence, através da sua religiosidade que a levava a reconhecer a enfermagem como um instrumento de realização da vontade de Deus¹⁴:

Talvez fosse por seu conceito de enfermagem como vocação divina que relegou o paciente a um papel passivo, essencialmente infantil, com todos os seus desejos e necessidades cobertos pela enfermeira. O excessivo zelo e a rigidez de uma reformista religiosa poderia explicar parcialmente este comportamento. Mesmo que a falta de implicação do paciente na saúde parece deixar um resquício nas opiniões de Florence, pode responder ao período histórico em que viveu e escreveu (Graaf, Mossman e Slebodnik, 1989, p. 58).

Florence, reconhecendo que o paciente não é uma peça de mobiliário a ser mantida e conservada limpa, arrumada e protegida, dirige sua ênfase à necessidade de atentar para as mudanças que nele se operam, buscando compreendê-las. A percepção do cliente como uma pessoa com capacidade de pensar, opinar e decidir o que deseja para si, parece estar ausente do texto. A relação de comando e controle, como atos de bondade para com o paciente, de modo a preservá-lo de qualquer desgaste físico ou mental, por ela entendido como desnecessários e até prejudiciais, parece ser o tom dominante, ao longo do texto. Entretanto, ao tratar do tema “Esperanças e conselhos”, aponta para um reconhecimento do cliente como um sujeito, apesar de fazê-lo na relação do médico com o paciente. Reconhece que

¹⁴ Weber afirma que a palavra vocação, no alemão “beruf” e no inglês “calling”, no sentido de plano de vida, de escolha de área de trabalho, tem uma conotação religiosa, como de tarefa ordenada ou sugerida por Deus. Um sentido que, historicamente, não se fazia presente na Antiguidade Clássica, nem nos povos predominantemente católicos, diferentemente do que se dá entre os povos protestantes. A palavra vocação, no sentido atual, teria aparecido, pela primeira vez, numa tradução da bíblia, feita por Lutero. Assim como o significado da palavra é novo, o pensamento subjacente de “cumprimento do dever” dentro do exercício de uma profissão secular e no maior grau possível de ação moral, também, seriam produto da Reforma. Daí, teria decorrido a atribuição do sentido e significado de religiosidade presente no trabalho secular cotidiano (Weber, 1983, p.52-3).

hoje em dia, mais do que antigamente, os médicos assistentes dizem a verdade ao paciente que deseja ouvi-la sobre seu estado de saúde (Nightingale, 1989, p. 110).

mas adverte que *“dar conselhos é um veneno para o doente”*, recomendando que se evite trazer esperanças a pacientes portadores de doenças crônicas conhecedores do seu próprio estado de saúde.

Então, atrelada à necessidade da enfermeira reconhecer as necessidades do paciente, guiando-o e antecipando-se à verbalização das suas necessidades, Florence enfatiza a importância e a exigência do hábito acurado de observação. Ressalta que, caso a enfermeira não desenvolva esta habilidade, a enfermagem não será a sua vocação, pois será uma enfermeira inútil, mesmo que apresente a “bondade” e o “devotamento” (Nightingale, 1989, p.126).

Relaciona o sentimento de vocação por algo à realização de um trabalho que leve à satisfação pessoal de cumprir com o que é certo, o correto e o melhor, e não devido a um controle externo que possa descobrir suas falhas e faltas. Na verdade, parece-me que o controle externo pode ser desnecessário, frente a um outro controle que pode estar posto, mais amplo, abrangente e infalível, isto é, o controle divino que teria colocado, nas mãos da enfermeira, uma vida humana.

Ainda, parece-me que este **correto e melhor**, apontado por Florence, refere-se ao cumprimento do melhor com uma forte conotação moral e religiosa, alcançando satisfação por cumprir o que deve ser feito, já que se não houvesse satisfação, dificilmente, seria cumprido:

A enfermeira que tem tal ‘vocação’ vai examinar todos os vidros de remédio entregues ao enfermo, cheirar seu conteúdo e, se ainda assim

não ficar satisfeita, provar cada um dos medicamentos. Se utilizar esse método, em novecentos e noventa e nove casos não haverá erro, mas no milésimo pode ser detectado um erro grave. Mas, senão o fizer pela própria satisfação pessoal, não adianta sugerir que o faça. De uma coisa você pode estar certa: a enfermeira não vai cheirar e nem experimentar nada, qualquer que seja o propósito (Nightingale, 1989, p. 164).

A satisfação pessoal atrelada à realização do correto, do certo e do melhor, ou seja do cumprimento do dever, aparentemente sem o espaço para a decisão pessoal, como fundamento moral do que é o melhor e o correto, parece retirar da enfermeira o seu poder de decisão racional quanto ao que deve ser feito. Acredito que o correto e o melhor devam ser realizados porque têm justificativas e fundamentações plausíveis para assim o serem e não, predominantemente, porque trazem satisfação pessoal.

Afirma, ademais, que as enfermeiras com a verdadeira vocação para a enfermagem, “possuem em si mesmas a essência da enfermagem” (*op. cit.*, p. 29), pondo o bem-estar dos pacientes em primeiro plano, e que uma **enfermeira digna de confiança** é aquela com quem se pode contar, apresentando alguns atributos, como o desconhecer que é digna de confiança, ser

“sóbria e honesta e, mais do que isto, uma pessoa religiosa e devotada; deve respeitar sua própria vocação porque a vida, a mais preciosa dádiva de Deus, é posta literalmente em suas mãos; deve ser uma observadora minuciosa, fiel, rápida; uma pessoa de sentimentos delicados e recatados” (*op. cit.*, p. 168).

Pode-se evidenciar, no texto de Florence, uma certa abnegação no desconhecimento ou no não reconhecimento próprio dos atributos pessoais da enfermeira como uma aparente negação de si, enquanto alguém de valor, assim como a **honestidade e a sobriedade, a religiosidade e a devoção, a habilidade de observação minuciosa, a fidelidade e a**

delicadeza, como atributos de uma enfermeira confiável. Evidencia-se, também, o respeito à vida como uma dádiva de Deus posta em suas mãos e não ao homem como um sujeito que usufrui da vida, o que pode implicar uma relação entre quem cuida e é cuidado bastante diferenciada, no que diz respeito à autonomia e ao cuidado de si.

As afirmações de Florence de que o respeito da enfermeira à sua vocação e os valores associados nesta decisão **porque** a vida dada por Deus lhe foi posta em suas mãos, ou seja, de que a enfermeira decide seguir o seu caminho “*a serviço do mundo de Deus*” (Nightingale, 1989, p. 148), a “*fazer o que é bom*” (*op. cit.*, p. 149) sem ouvir os preconceitos da época, mas “*a serviço da obra de Deus*” (*op. cit.*, p. 149) parecem demonstrar que a vocação não substituiu o sentimento de religiosidade, próprio do período religioso da enfermagem, mas a vocação acontece e existe porque parece ter, por fundo, o cumprimento das coisas e dos preceitos de Deus, como o exercício da caridade:

É verdade que nós não fazemos “votos”. Mas o voto será necessário para nos convencer de que o verdadeiro espírito para aprender qualquer arte, em especial uma arte de caridade, não é propriamente estar desgostosa com tudo ou coisas parecidas? Colocamos com efeito o amor à nossa espécie (e à enfermagem, como um dos seus ramos) tão baixo assim? (op. cit., p. 148).

Há que registrar que, frente a um movimento de enfermeiras para obterem o Registro Oficial, de modo a alcançarem um maior reconhecimento ao seu curso e melhoria das suas condições, Florence opôs-se, com a justificativa de que a enfermagem era uma arte e uma vocação, o que tornava desnecessário qualquer tipo de registro. Para ela,

a enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo - o templo do espírito de Deus. É uma das artes; e eu quase diria, a mais bela das Belas- Artes (Nightingale, apud Seymer, s.d., p. 106).

Associado, ainda, à percepção da prática da enfermagem como uma prática que se encontra a serviço divino e sob os seus preceitos, Florence, pressupondo que o leitor de sua obra possa achar exageradas muitas das suas prescrições sobre a responsabilidade pessoal de uma chefe de uma habitação, por tudo que diz respeito à sua higiene, adverte que

“o que você ‘pensa’ ou o que ‘penso’ tem pouca importância. Vejamos o que Deus pensa sobre o assunto. Deus sempre justifica Seus caminhos. Enquanto pensamos, Ele ensina (Nightingale, 1989, p. 36-7).

É possível perceber, como já referido anteriormente na obra “Notas sobre Enfermagem”, uma ênfase não apenas à obediência ao outro, mas, também e, até fundamentalmente, a preconização de uma obediência religiosa, necessária, obrigatória, de caráter dogmático, aos preceitos divinos.

Cabe destacar que Florence, ao abordar a doença como um processo restaurador, reconhece a prática da enfermagem como um possível auxiliar do processo restaurador, desde que desempenhada com conhecimento do que promove e restaura a saúde das pessoas, de modo, também, a se tornarem menos dependentes dos médicos.

Por outro lado, numa aparente contraposição à dispensa da necessidade do pensamento, e ao enfatizar a absoluta necessidade da obediência aos médicos por parte da enfermeira (*op. cit.*, p. 166), reforça não a mera obediência, mas que o “*obedecer com inteligência*” constitui “*o verdadeiro sentido de toda a disciplina*” (*op. cit.*, 1989, p. 51).

Amiúde nos repetem que uma enfermeira precisa ser apenas ‘devotada e obediente’. Essa definição serve também para um porteiro. Serviria até para um cavalo. Não serviria para um policial. Considere quantas mulheres há que nada têm a que se devotar - tampouco possuem inteligência, olhos, ouvidos ou mãos. Mantêm-se acordadas ao lado do

doente durante toda a noite, é verdade, mas a sua assistência de nada lhe adianta, nem suas observações ao médico (Nightingale, 1989, p. 165).

Parece-me que esta obediência inteligente relaciona-se à necessidade da enfermeira saber *“como obedecer em questões de enfermagem”*, preparar-se, saber observar e *“aprender a tomar decisões”* (Nightingale, 1989, p. 49), já que a habilidade para aprender a cuidar bem de uma criança, segundo exemplo dado por Nightingale, será adquirida, através da colocação em prática, do que outras boas enfermeiras lhe tenham ensinado a fazer ou, caso se prefira, praticando os ensinamentos apresentados em seu livro. A obediência inteligente, preconizada por Florence, parece significar não uma obediência “ao pé da letra”, mas uma obediência com espaço para a decisão quanto ao que é melhor ou o mais correto, porém, ainda uma relação de obediência à algo ou a alguém que se encontra fora de si.

Procurando finalizar esta análise da obra “Notas sobre Enfermagem”, realizada a partir do tema da governabilidade, parece relevante destacar que, apesar de ter percebido como muito forte a relação de controle e de direção do paciente por parte da enfermeira, há algumas referências a uma participação maior do paciente no seu cuidado. Entretanto, este participar do paciente se faz num entendimento de algo realizado por ele próprio, para deixá-lo menos extenuado e ansioso, diante de uma atuação da enfermeira, que não previu ou não comunicou sua impossibilidade de realizar algo ou de estar presente, como no que denominou de *“Tomar medidas parciais tais como ‘estar sempre à disposição’ aumenta a ansiedade do doente ao invés de diminuí-la. Porque são apenas medidas parciais”* (op. cit., p.46).

Por último, chama-me a atenção que ao tratar da necessidade de ar puro para a preservação da saúde, e realizando uma crítica acerca da economia feita nas construções de casas, em que este aspecto é desconsiderado, admite que

se os moradores, entretanto, fôsem suficientemente espertos a ponto de se recusar a habitar casas insalubres, mal construídas, e se as companhias de seguros compreendessem perfeitamente o lucro que significa pagarem um supervisor sanitário para inspecionar as casas onde habitam seus clientes, cessaria a especulação dos arquitetos, que logo voltariam à razão (op. cit., p. 32).

Nesta fala, referindo-se às pessoas da comunidade e não à prática da enfermagem, Florence caracteriza como uma esperteza dos moradores, o uso da sua liberdade de discordar, resistir e recusar-se a ocupar casas construídas inadequadamente, sob o ponto de vista da sua salubridade, de modo a alcançar mudanças nas condições de construção das moradias.

Finalizando esta construção do que denominei de “período nightingaleano da enfermagem” e no qual fui em busca da ruptura nightingaleana no que se refere à religiosidade, reconheço como necessário pontuar alguns elementos do poder pastoral que percebo como ainda presentes nas práticas que caracterizariam o início da enfermagem moderna.

Cabe, inicialmente, destacar que, mesmo não tendo sido enfatizados os movimentos de resistência presentes nestas relações de poder em que uns pretendem subjugar ao outro, estas caracterizam-se como relações de poder, justamente pela possibilidade, aí presente, dos sujeitos reagirem, resistirem e contraporem-se às forças que buscam sua sujeição e dominação. Uma evidência deste movimento de contra-poder, como exemplo, foi a luta das

enfermeiras, em 1887, para obterem seu Registro Oficial junto ao governo, apesar da oposição de Florence a tal busca de reconhecimento. É possível e provável que muitas outras micro-resistências tenham se manifestado nestes jogos de poder.

Parece relevante, ainda, destacar, que apesar da secularização percebida na concepção nightingaleana de enfermagem, evidencia-se a permanência da religiosidade como um elemento fundamental e, aparentemente, também propulsor para as ações de enfermagem: um trabalho vocacionado, de devoção, de caridade e doação, de abnegação e de obediência “inteligente”. Por outro lado, o elemento religioso constatado pode encontrar-se permeando muitas das prescrições e ações entendidas como manifestações de poder pastoral.

Este tipo de poder presente na relação do pastor, que se reconhece como responsável pelas suas ovelhas externalizando esta responsabilidade pela bondade compassiva, através de relações assimétricas [entre quem tem e dá a quem não tem e recebe], pode ser evidenciado ao longo da trajetória de Florence. Por outro lado, é preciso destacar que esta forma sócio-histórica de relação entre a enfermagem que cuida e o outro que é cuidado pode encontrar-se, também, tão internalizada em mim, enquanto enfermeira, de modo a poder dificultar muitas das análises realizadas.

A preocupação e o interesse de Florence, ainda jovem, por instituições de caridade e pela atuação dos filantropos¹⁵, no século XIX, em vários países da Europa e o seu desejo e

¹⁵ Segundo Donzelot, para que a ajuda seja útil aos que dela necessitam, os filantropos procuram modificar sua natureza, concedendo os chamados conselhos, antes que bens, promovendo, entre as classes superiores e inferiores, relações que não sejam de direção e obediência, mas buscando, ainda, exercer sobre os pobres uma influência: “trata-se, pois, de convencê-los de que são inteiramente donos para rechaçar o que lhe é pedido. O que não resulta fácil. O homem do povo, pouco ilustrado, tomará o pedido por uma ordem e obedecerá. Se for independente, lhe molestará que se metam em seus assuntos e acreditará ver uma pretensão aristocrática nos conselhos que lhe são dados. O conselho é o ato que melhor indica a igualdade, já que resulta, por sua vez, do desejo de quem o dá de influir e da perfeita liberdade de quem o recebe. Não é fácil

intenção de consagração aos enfermos, numa aparente associação à sua consagração a Deus e ao seu chamamento a seu serviço parecem constituir-se em alguns fios do pano de fundo que acompanha sua trajetória.

A relação que sugere, para ser estabelecida entre quem pratica a enfermagem e quem recebe a sua atenção, seja a criança, o doente ou o inválido, parece ser uma relação, predominantemente desigual entre sujeitos, em que um é responsável pela saúde do outro e, talvez, responsável pelo outro. Nesta concepção de relação entre quem cuida e quem é cuidado, na qual quem cuida não só é responsável pelo cuidado prestado [o que seria esperado], mas é, também, bondosa e eficientemente responsável pela saúde do outro [e pelo outro], o reconhecimento do outro, como pessoa autônoma que pode ser responsável pelo que diz respeito a si e a sua saúde, ao cuidado de si, pode ficar comprometido e prejudicado.

Apesar da relação fazer-se entre adultos, o paciente, como é nomeado e identificado por Florence, é reconhecido como um ser passivo, a quem a “boa” enfermeira não precisa sequer fazer perguntas para saber o que ele deseja ou o que ele sente; evita, também, que ele tome suas próprias decisões, não permitindo que fale enquanto se alimenta, enfim, reconhecendo-o como um ser que precisa ser guiado.

O cuidado ao outro que **dispensa o espaço para a palavra** porque quem cuida já sabe, através do silêncio e da ausência do diálogo, o que é o melhor a ser feito em quem ou a quem é cuidado, nega e desconhece a capacidade do outro como uma pessoa capaz de pensar, divergir e decidir. Enfim, naturaliza e normaliza a ênfase numa relação de obediência

fazer a um homem pobre compreender que as vantagens do homem rico lhe dão não um poder material, senão uma influência moral legítima, e isto em todos os lugares nos quais não exercem os direitos políticos.”(Dupin, *apud* Donzelot, 1990, p. 67)

e de aceitação por parte do cliente e da sua infantilização e anulação frente à atuação do profissional que age como se reconhecesse, se mostrasse e se percebesse responsável pelo outro, como o seu objeto de cuidado.

Por outro lado, esta relação de assumir, como um ato de bondade, a responsabilidade pelo outro, que poderia, em muitas situações, responsabilizar-se por si, pode requerer da enfermeira não uma abnegação parcial, mas sua abnegação total e dedicação ao cuidado do outro, assegurando, paradoxalmente, a satisfação e a realização pessoal da enfermeira. Uma satisfação, dita vocacional, que pode não mais contar com a sua recompensa eterna ou com a recompensa de ver o outro salvo, todavia assegura e garante a saúde do outro como a salvação na modernidade, independente do que o outro deseje; uma satisfação pessoal e profissional por ter cumprido com o seu dever, dando conta da vida que lhe foi posta em suas mãos, seja por Deus, seja pela instituição, seja pelos médicos.

Cabe destacar que ao apontar a responsabilidade pelo paciente preconizada por Florence como a necessária, numa linha de poder pastoral exercida pelo pastor sobre as suas ovelhas, a crítica se faz porque, em nome de um exercício de bondade para com o paciente, a “boa enfermeira” assume tudo por ele, afirmando e reforçando uma relação essencialmente desigual, pela negação da sua condição de ser humano que pode e, se possível, deve tomar suas próprias decisões, em relação a si, como parte do seu cuidado de si.

Uma outra evidência da responsabilidade da enfermeira, à semelhança da responsabilidade do pastor sobre as suas ovelhas, sobre os seus méritos e sobre os seus pecados, individualmente e sobre a totalidade do rebanho, pode ser identificada na preocupação e responsabilidade de Florence em relação ao comportamento moral das suas enfermeiras; seja na Guerra da Criméia, seja na seleção das candidatas ao curso na Escola

Nightingale, durante a sua formação e após, já na prática profissional. O exercício do poder pastoral entrecruza-se com o exercício do poder disciplinar, concretizando-se pela prática do controle minucioso do que as enfermeiras e estudantes faziam, vestiam, enfim, de como se conduziam: a vigilância, a avaliação e a possibilidade de punição pela dispensa daquelas que não se enquadrassem às normas disciplinares.

Uma preocupação e uma responsabilidade justificadas, à época, pela moral vitoriana vigente que requeria que o grupo de enfermeiras ou o grupo de alunas, como mulheres, não apresentasse nenhum deslize que pudesse ser objeto de crítica, comprometendo a imagem da enfermagem. Tal preocupação e responsabilidade, ainda hoje, podem ser evidenciadas, em muitas instituições de saúde, através dos sistemas de avaliação sobre a conduta das enfermeiras, focalizando entre outros aspectos, a ênfase no uniforme, a sua forma de vestí-lo, o comprimento da saia, a transparência da blusa, a cor do esmalte, a intensidade de maquiagem.

Em relação à responsabilidade pelo outro e numa linha que parece assemelhar-se à da práticas das diaconisas dos primórdios do cristianismo, que visitavam os pobres e doentes, encontra-se a ênfase à visita domiciliar pela enfermeira. A **enfermeira de visitaçãõ, distrital ou visitadora**, exercia a prática da enfermagem domiciliar aos doentes pobres que se encontram em casa e as denominadas de **missionárias da saúde** que deveriam exercer, nos lares, a **missão** da prática de enfermagem e, especificamente, a **missão** de dispensar, aos moradores, ensinamentos de higiene.

Há que destacar que as casas visitadas não são as casas da burguesia, mas as casas dos proletários e dos pobres que deveriam ser, no entanto, orientados e ensinados quanto aos preceitos higiênicos dominantes na burguesia. Novamente, é significativo apontar, por

um lado, o espírito de benevolência presente nesta relação empreendida, e por outro, possivelmente, o espírito de controle, sujeição e invasão da privacidade dos indivíduos e do corpo social como um todo, implícitos e embutidos nesta prática.

A relação de obediência dogmática preconizada por Florence para as enfermeiras, como a resposta esperada ao exercício de poder da autoridade, pode ser identificada numa obediência religiosa aos preceitos e leis divinas, porque Deus pensa, justifica e ensina; pode ser constatada, também, na ênfase à obediência fiel aos preceitos e determinações médicas, deixando sem importância o que a enfermeira pensa. Pode ser, também, uma obediência denominada de obediência inteligente porque a enfermeira não apenas cumpre ordens e obedece, mas sabe como obedecer em questões de enfermagem, porque se prepara, observa e aprende a tomar decisões de como melhor obedecer. A obediência inteligente, segundo Florence, como o verdadeiro sentido da disciplina, parece implicar e assegurar uma relação não de autonomia, do sujeito arbitrando em relação a si, mas de heteronomia, do sujeito que age em relação e na dependência do que o outro dele espera.

Ao enfatizar que há pouca importância quanto ao que se pensa acerca das prescrições sobre a responsabilidade de uma chefe de habitação em relação à higiene da sua casa, interessando o que Deus nos ensina e pensa, Florence parece retirar, da pessoa, a sua capacidade de raciocinar e de aderir racionalmente e autonomamente com o que concorda, colocando, em seu lugar, a obediência como uma relação de sujeição, submissão e dependência.

A preocupação com o que denomino de “espírito de corpo”, no que se refere à enfermagem e ao grupo que a compõe e a materializa, poderia estar atravessada por uma relação de obediência quanto ao que se espera das futuras enfermeiras e das enfermeiras em

relação ao seu comportamento moral e ao modo de se conduzir nas relações com os outros. Por outro lado, esta expectativa de modelação e ortopedia do comportamento das mulheres à uma forma esperada de ser enfermeira, de fazer parte do grupo de enfermeiras, de se conduzir e de se vestir, requer, também, a obediência a um modo de ser que pode implicar uma negação do seu jeito de ser, uma negação e um rechaço de si.

A negação de si e a abnegação podem ser evidenciadas pela vocação, dentro do sistema proposto por Florence, como um chamamento para consagrar-se aos enfermos, ao cuidado do outro, do pobre, do inválido e do enfermo, como uma manifestação e demonstração de devoção a Deus ou para atender e satisfazer a uma necessidade pessoal de ajudar ao outro, de reduzir o seu sofrimento. A prestação de cuidados, no entanto, muitas vezes, não sendo objeto de uma retribuição financeira correspondente ao trabalho e à possível qualificação do trabalhador, na verdade, tornam-se objeto da beneficência, de uma troca não entre o cuidador e o receptor, mas entre o sujeito que cuida e Deus que, possivelmente, o recompensará. Os homens, receptores dos cuidados, por sua vez, permanecem em situação de dívida frente ao bem feito, sem ter, muitas vezes, qualquer consciência do seu estado de dependência a outrem.

Na caridade, como um ato de compaixão¹⁶, não há troca, alguém dá e o outro recebe, numa relação essencialmente desigual. Aquele que recebe o cuidado ou o fruto da caridade fica em situação de dívida frente ao outro, o cuidador, porém este cuidador, numa relação essencialmente desigual, pode estar, na verdade, satisfazendo a uma necessidade sua, diante da sua própria incapacidade de suportar o sofrimento alheio. Ainda, numa relação de

¹⁶ Para uma maior compreensão sobre a problematização da ética da compaixão, ver “Compaixão e disciplina na genealogia da ordem médica” (Caponi, 1997).

desigualdade, na qual não há troca, mas alguém que dá e o outro que recebe, pode se dar uma menorização de quem é objeto da caridade.

Esta aparente negação de si para dedicar-se aos outros, também, pode ser identificada pelo alinhamento a um modo de se vestir, simples e humilde, tanto das “noviças” que ingressam para se formarem enfermeiras, quanto das próprias enfermeiras.

Por outro lado, o exercício do cuidado ao outro, como expressão de bondade caridosa, pode implicar na sua sufocação e na sua anulação, como um impeditivo para o desenvolvimento do seu próprio cuidado de si. Na prática da enfermagem, quando a enfermeira decide pelo paciente o que é melhor para ele, antecipando-se, possivelmente de modo desnecessário, às suas manifestações e às suas necessidades, sem lhe dar espaço para a palavra e para o exercício da expressão da sua vontade, dos seus desejos e das suas necessidades, para o exercício, enfim, da sua liberdade, pois ela, como “boa” profissional sabe o que é melhor para ele, dá-se, também, nesta relação, a negação do cliente, da sua condição de sujeito.

Por último, a presença da confissão e da exposição de si, da verdade do sujeito e sobre o sujeito, pode ser reconhecida no controle feito sobre as alunas, através do preenchimento minucioso do Boletim Moral e do Boletim Técnico de cada estudante, nas suas avaliações de desempenho. Já como enfermeiras, seja durante a Guerra ou no exercício profissional, faziam-se relatórios sobre a atuação de cada enfermeira, além de Florence buscar manter-se informada sobre como se conduziam “suas filhas”, enviando-lhes cartas com conselhos, de modo a preservarem a “excelência original” da sua formação.

Para finalizar o que denominei de "Rupturas e continuidades na história da enfermagem", pretendo, a seguir, apresentar alguns elementos, na enfermagem, que se seguiram ao período de Florence e que podem dar indícios de como prosseguiu a governabilidade na profissão.

2.4 - A DIFUSÃO DO SISTEMA NIGHTINGALE

O Sistema Nightingale difundiu-se, a partir da Inglaterra, por vários países, como Canadá, Austrália, Escócia, Estados Unidos, Japão, que, junto às reformas hospitalares, caracterizavam-se como "reformas sociais", iniciando

a ocupar o lugar do monastério perdido. Todas elas se fundavam em ideais religiosos, porém ficavam à margem de toda autoridade eclesiástica (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p.202).

Várias escolas norte-americanas adotaram o modelo nightingale, tendo como requisitos dominantes para as candidatas ao curso, uma certa cultura, serem jovens e sãs. A cultura geral solicitada e esperada era a correspondente à dada nas escolas particulares ou nos conventos que complementavam a educação materna. As estudantes eram admitidas uma a uma, de acordo com as que iam se graduando. Quando eram oferecidos alojamentos do tipo residência para as estudantes, apresentavam "*uma simplicidade monástica*". A abnegação da enfermeira e a sua atenção dedicada aos pacientes consistiam na tônica principal:

Quanto mais esgotada estivesse em seu aspecto exterior e quanto melhor pudesse suportar a incomodidade e a fadiga pessoais, tanto mais se aproximava do ideal da boa enfermeira (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 201).

Jamieson, Sewall e Suhrie destacam, também, que, junto ao modelo nightingale, foi exportado, a outros países, o modelo disciplinar britânico, favorecendo a que a vida da enfermeira passasse a orientar-se tanto pelas regras e costumes militares, quanto pelos costumes ascéticos cultivados nos monastérios:

Havia que aprender uma grande deferência para com a autoridade. A estudante de enfermagem teria que atuar: não lhe era solicitado, nem se esperava dela que pensasse. Se não pudesse aprender a receber uma ordem, executá-la e a não falar em absoluto quando lhe assaltassem dúvidas ou o desejo de saber, ia para casa. E se falhassem seus conhecimentos de administração doméstica, corria o risco de seguir o mesmo caminho. O castigo da falta de precisão na execução das ordens médicas era severo (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 201).

Apesar das enfermeiras do Novo Mundo não terem adotado, a princípio, nenhum uniforme, na Escola de Bellevue, Nova York, criada em 1873, as autoridades, precocemente, simpatizaram com a idéia de um uniforme, tanto pela sua justificativa de economia e limpeza, quanto pela “influência psíquica que move o grupo uniformizado para uma moral aumentada e o abandono do arbítrio pessoal” (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 201).

O modelo nightingale chega ao Brasil, em 1922, através de enfermeiras norte-americanas, a convite de Carlos Chagas, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). A implantação da enfermagem nightingaleana, no país, faz-se como uma tentativa de reverter a situação de saúde calamitosa enfrentada no país, com a proliferação de epidemias, e a decorrente situação de ameaça de ruptura nas relações comerciais exteriores.

A Escola de Enfermeiras do DNSP visava a formação de enfermeiras para atuarem na área comunitária, tendo em vista tanto a sua justificativa e razão econômica, como a

predominância de disciplinas de cunho preventivo no currículo. No entanto, o sistema adotado foi o **transposto** do modelo americano com a exigência, para as alunas, de oito horas de trabalho diárias no hospital (Germano, 1993b, p. 35). Por outro lado, há que reconhecer, também, o significado e a importância da criação de uma escola de enfermagem, no Brasil, com uma proposta de desenvolver um modelo de ensino mais sistematizado e diferenciado daquele que existia até então, buscando a redução da mortalidade por doenças transmissíveis.

Parece-me que nas raízes da implantação do sistema nightingale no Brasil, a obediência ao estabelecido no modelo americano importado e transposto ao país ou a sujeição aos interesses econômicos das instituições hospitalares de usufruírem de mão de obra gratuita, já eram dominantes, sem que as adaptações necessárias fôssem encaminhadas como decorrência de processos de problematização e reflexão.

Na tentativa de responder à questão norteadora deste trabalho: como se dá a governabilidade na enfermagem, isto é, quais são os limites entre o exercício do poder pastoral e as tecnologias do eu, especificamente o cuidado de si, e, prosseguindo na realização de sua cartografia e de um delineamento de estratégias de ampliação dos espaços de exercício de autonomia da enfermagem e do cliente, inicio a apresentar a análise realizada a partir do olhar sobre a produção da Revista Brasileira de Enfermagem de 1980 a 1995. Inicialmente, trago o Poder pastoral como uma perspectiva de análise do diagrama de poder. Focalizo, então, esta estratégia de poder como o governo dos outros; a prática de enfermagem como um ato de doação; a saúde das pessoas como responsabilidade da enfermagem; a mudança de comportamento do outro como objetivo da educação para a

saúde; o auto-cuidado e a heteronomia dos sujeitos; o cliente como objeto do auto-cuidado; o cliente como meio para o alcance de sua saúde e a avaliação externa do auto-cuidado.

CAPÍTULO III

PERSPECTIVA DE ANÁLISE DO DIAGRAMA DE PODER

Dando continuidade, apresento o segundo percurso adotado para a construção de uma cartografia das relações de forças através das quais sujeitos, saberes e práticas têm se construído. Como foi exposto na apresentação inicial deste estudo, direcionei um olhar sobre a produção da RBE_n, com o propósito de responder aos achados de Germano (1993a), em seu trabalho sobre a ética e o seu ensino na enfermagem, especificamente quanto à diminuição de artigos com tópicos próprios do pensamento religioso, no referido periódico, na década de 80. A opção por este percurso fez-se numa tentativa de demonstrar que onde se reconhecem rupturas quanto à religiosidade, podem se ver continuidades em relação ao exercício do poder pastoral no governo dos outros.

Então, em relação ao olhar sobre a produção da RBE_n de 1980 a 1995, realizei, inicialmente, uma leitura de todos os artigos, em torno de quinhentos e cinquenta, buscando fazer uma primeira identificação de espaços de governabilidade, seja numa relação de poder pastoral entre os sujeitos, seja do sujeito em relação a si mesmo, numa possibilidade de cuidado de si.

Após várias leituras e releituras de textos, de partes de textos, de análises e reanálises e de um contínuo aprofundamento teórico busquei, esquadrinhando os discursos, reconhecer

espaços de autonomia, de heteronomia, de liberdade, de cerceamento da liberdade, de responsabilidade pelo outro, de obediência, de mortificação, de exposição de si. As pistas para a identificação de tais espaços constituíram-se, por vezes, nos textos como um todo, mas mais freqüentemente, em partes de textos, parágrafos, expressões ou, por vezes, apenas em palavras ditas.

Realizado este levantamento dos dados, procurei fazer aproximações entre os espaços de governabilidade identificados, em torno dos dois eixos presentes na questão de pesquisa: o cuidado de si, como uma tecnologia do eu própria da cultura greco-romana, e o poder pastoral. A construção do corpo do trabalho, resultado da sua análise, foi se fazendo por aproximações e reaproximações, afastamentos, convergências e divergências, numa tentativa de tornar mais claro e demonstrar a dinamicidade e as possibilidades presentes, seja no exercício do governo de si, seja no exercício do governo dos outros, nas práticas da enfermagem.

Em relação à análise dos textos selecionados e à reproblemática dos conceitos, juntamente com o aprofundamento teórico e reflexivo, creio ter delineado algumas possibilidades de ampliação dos espaços de exercício do cuidado de si, tanto para a enfermagem como para o cliente, na perseguição de um agir ético, entendido como a ação resultante de uma decisão e vontade autônomas.

3.1 - O PODER PASTORAL COMO O GOVERNO DOS OUTROS

Com o propósito, então, de apresentar como tem se dado a governabilidade na enfermagem, focalizando as fronteiras ou os limites entre as tecnologias do eu, tal como apareceram no pensamento grego, e o poder pastoral, através da análise da produção

científica da RBEEn de 1980 a 1995, destaco, a partir daí, alguns dos achados numa tentativa de trazer novas respostas à questão proposta.

O tema do poder pastoral aparece em Foucault como uma decorrência da problematização da racionalidade política moderna e da sua genealogia. A partir da metáfora do Deus Pastor com o seu rebanho de homens, procura mostrar como estas relações diferenciavam-se das que se davam entre os deuses e os cidadãos nas sociedades gregas. Na verdade, o resgate do pastorado cristão faz-se na tentativa de entender, a partir da sua evolução, esta tecnologia de poder que parece atuar sobre os indivíduos e as suas vidas, mediante articulações entre a responsabilidade, a obediência, a abnegação e a confissão de si. Pretende demonstrar como o cuidado de si, enquanto uma tecnologia do eu usada pelos gregos, foi incorporado e modificado pelo cristianismo, encontrando-se presente e exercendo-se, continuamente, sob a forma de Poder Pastoral.

O objetivo de condução do povo à sua salvação no outro mundo, próprio da função pastoral cristã, é substituído, no poder pastoral, pela intenção de garantir a salvação neste mundo. Esta meta e objetivo a ser alcançado faz-se num entendimento de salvação neste mundo como **o acesso à saúde, à higiene, ao bem-estar como riquezas suficientes e padrão de vida, à segurança e à proteção.**

A perseguição destes objetivos mundanos foi absorvida com facilidade e “naturalidade”, especialmente, pela convergência presente tanto na história da medicina, como na da enfermagem, com a busca do bem-estar assegurado pela Igreja que, nos primeiros séculos de cristianismo, “tomara a seu cargo a vigilância da enfermagem, da medicina e da caridade” (Jamieson, Sewall e Suhrie, 1968, p. 64).

Frank e Elizondo, em sua obra “Desarrollo historico de la enfermeria”, na introdução da parte referente ao cristianismo, afirmam que

o exemplo de Jesus nos mostra praticamente, que ensinar e curar não devem separar-se, porque ambas as coisas completam uma mesma obra de caridade. Nós não podemos realizar milagres: porém, sim, podemos, na prática cristã de enfermagem, ensinar ao mesmo tempo que curamos, para que aqueles a quem por amor de Deus temos servido, levem adiante uma **vida mais higiênica e mais feliz, física, mental e moralmente**¹ (Frank e Elizondo, 1975, p. 58).

A administração e o exercício do poder pastoral, a partir do século XVIII, fazem-se pelo aparelho do Estado, por instituições públicas, como a polícia; por iniciativas privadas, como as sociedades e iniciativas beneficentes e filantrópicas; por instituições antigas como a família; e por estruturas que incluem tanto a venda de serviços quanto o exercício em instituições públicas como o hospital, tais como, a medicina, a enfermagem, a psicologia e outras. O poder pastoral exerce-se focalizando o desenvolvimento do saber sobre o homem, em dois pólos, analiticamente, enquanto indivíduo, e, quantitativamente, enquanto população. Esta tática de poder que, por muitos séculos, esteve diretamente articulada com uma instituição eclesiástica, vê-se disseminada em todo o corpo social, apoiando-se nas mais variadas instituições (Foucault, 1995a, p. 238).

Machado *et al*, ao estudarem a medicina social brasileira, como um saber com um papel definido na sociedade, as suas relações com o Estado e as suas técnicas de atuação, explicitam, de uma certa forma, um diagrama de normalização desta sociedade, de regulação da sua população e de disciplinarização dos indivíduos. Afirmam que

a medicina social é necessariamente política. O que não significa que ela seja um contra-poder ou um poder paralelo. Ela é política tanto pelo modo como intervém na sociedade e penetra em suas instituições, como pela sua

¹ As palavras destacadas sob a forma de negrito nos textos apresentados têm a intenção de ressaltar uma idéia ou um aspecto considerado relevante para a apresentação e discussão dos dados. Não se pretende justificar, novamente, quando da repetição da sua realização.

relação com o Estado. Ela precisa do Estado para realizar seu projeto de prevenção das doenças da população. Sem instrumento de poder próprio ela é ineficaz e vã. E, ao mesmo tempo, ela é útil ao Estado por ser um instrumento especializado capaz de assumir com ele e por ele as questões relativas à saúde, trazendo-lhe o apoio de uma ciência (Machado *et al*, 1978, p. 243).

No Brasil, a enfermagem nightingaleana, na década de vinte, emergiu identificada e a partir de iniciativas de sanitaristas do Departamento Nacional de Saúde (DNSP), responsável pela política de saúde no país. A Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública tinha como finalidade principal contribuir para o saneamento dos portos, no Rio de Janeiro, de modo a garantir a continuidade das relações comerciais com países que ameaçavam romper comercialmente com o Brasil. Daí a ênfase inicial de atuação das enfermeiras na área da saúde pública, apesar da exigência de um período de oito horas diárias de trabalho das alunas no Hospital Geral do DNSP (Germano, 1993b, p. 35).

Ao longo das décadas em que a enfermagem moderna vem se desenvolvendo e novas políticas de saúde vêm sendo planejadas e operacionalizadas, a enfermagem tem participado da sua implementação. Em 1979, conforme Xavier, Garcia e Nascimento, no Congresso Brasileiro de Enfermagem, de modo explícito, a enfermagem demonstra perguntar-se, refletir e criticar o exercício da sua prática no país:

Até então, a enfermagem desempenhava passivamente o seu papel de executora das políticas de saúde vigentes, sendo tradicionalmente caracterizada por ser um dos primeiros grupos profissionais a aderir inquestionavelmente às determinações oficiais nessa área. Desde então, tem sido denunciado nos Congressos de Enfermagem, a exclusão da enfermagem, em especial do enfermeiro, dos programas oficiais de saúde, tais como o PREV-SAÚDE e o CONASP (Xavier, Garcia e Nascimento, 1988, p. 197).

Além das denúncias e críticas feitas à aderência quase que linear da enfermagem aos programas oficiais de saúde, assim como à sua pouca participação na definição e no estabelecimento das políticas de saúde, constata-se, em 1983, também, o reconhecimento e a denúncia do papel assumido pelo sistema de saúde, nas sociedades capitalistas:

- *reprodução e manutenção da força de trabalho necessária à produção;*
- *controle de tensões sociais geradas ao nível das desigualdades estabelecidas pela estrutura de classes;*
- *capitalização de recursos realizada através das indústrias de equipamentos e farmacêuticos e dos grupos empresariais* (Barros e Araújo, 1983, p. 256).

Peixoto e Silva (1987, p. 21), com o objetivo de subsidiar uma proposta de crítica aos currículos de graduação, referenciam Chaves que aponta três críticas ao sistema de saúde: o desenvolvimento de ações de saúde sem considerar o estilo de vida da população pela associação freqüente entre as patologias clínicas e as patologias econômico-sociais, o que exigiria a participação ativa da comunidade e mudanças no sistema social; a insatisfação do usuário quanto aos atendimentos prestados pelos serviços de saúde, seus custos e riscos assistenciais desnecessários; **o comprometimento da autonomia das pessoas diante do seu processo de vida, o que requereria medidas de fortalecimento da auto-determinação dos clientes diante da sua problemática de saúde.**

Este movimento crítico de questionamento e de denúncia evidenciado tem o mérito de possibilitar e favorecer não só movimentos de inquietação e de abalo de certezas e de crenças, mas pode estar favorecendo, também, movimentos para um novo olhar sobre as nossas práticas, sobre o que se faz, de modo a encontrarmos novas respostas a algumas questões, tais como, a quem se faz, por que se faz e a serviço de quem se faz o que se faz, ou seja, quem tem se beneficiado do nosso fazer.

Em 1987, Martins realiza um estudo baseado na “enfermagem como prática social” com a finalidade de auxiliar o enfermeiro

a desmascarar os mecanismos controladores de sua atuação, contribuindo para aprofundar sua compreensão sobre si mesmo, o significado e o alcance social de sua prática, a fim de que ele possa situar-se e, situando-se, orientar-se na direção de uma atuação historicamente mais significativa (Martins, 1987, p. 143).

Partindo do pressuposto de que os homens, como sujeitos socio-individuais, constroem e dão movimento à história, todo e qualquer ato que possibilite ao homem ser sujeito da sua história, emancipar-se de uma condição de minoridade, ainda predominante nas relações entre os clientes e a equipe de saúde em nossa sociedade, sem que um outro precise ocupar ou negar o espaço para a sua voz e o seu agir, é significativo na busca de mudanças. Uma transformação em que o próprio homem envolvido reconheça sua condição de sujeito responsável por si, por sua vida, e como participante da sociedade, ao responsabilizar-se por si, fazer-se, também, responsável pela sociedade em que vive.

Por outro lado, cabe destacar que muitas das políticas governamentais brasileiras para a saúde e/ou muitas das ações propostas e implementadas não têm se realizado de acordo com o previsto e programado, vendo-se frustradas, efetivamente, seja por questões econômicas, políticas, sociais, culturais ou por resistência dos próprios sujeitos envolvidos, como os profissionais de saúde e a população.²

Já a finalidade do trabalho da enfermagem foi apontada pelo Fórum Nacional de Entidades de Enfermagem como “*prestar assistência à saúde das pessoas - individual e*

² Em trabalhos de análise dos Serviços de Saúde da Rede Básica, são feitas referências à precariedade ou ausência de ações entendidas como instrumentos de trabalho para atingir a saúde coletiva, tais como, visitas domiciliares, trabalhos educativos, vigilância sanitária e epidemiológica (Almeida, Mello e Neves, 1991, p. 74; Almeida *et al.*, 1994, p.281). Em estudo sobre a caracterização dos novos serviços de saúde mental do Ceará, Pontes, Souza e Fraga (1995) apontam o fornecimento insuficiente de medicação psicotrópica pela Secretaria de Saúde e o comprometimento da realização de visita domiciliar pela inexistência de transporte específico para este fim, assim como a falta de combustível.

coletiva” (Entidades de Enfermagem, 1992, p. 100). No mesmo ano, em entrevistas realizadas com enfermeiras acerca da finalidade do seu trabalho, Leopardi, Almeida e Rocha relataram, dentre outras, a ênfase nas respostas em “- *prestar assistência ao indivíduo e à família visando melhorar a sua saúde*” (Leopardi, Almeida e Rocha, 1992, p. 256).

Acredito e concordo que a finalidade do trabalho da enfermagem seja assistir às pessoas tendo **em vista a possibilidade** de ampliarem a sua saúde, no sentido de possibilitar a ampliação do conjunto de seguranças para o presente e do conjunto de seguros como prevenção para o futuro, como diz Canguilhem.

No entanto, como a saúde pode ser definida como “uma margem de tolerância às infidelidades do meio” (Canguilhem, 1990a, p. 159), não provêm de fora e externamente ao indivíduo, mas consiste nos “meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social” (Dejours, 1986, p. 11), parece necessário clarear, ainda mais, como têm se estabelecido as relações com os indivíduos, seja para assisti-los e possibilitar que se tornem mais saudáveis, seja para assisti-los na recuperação da sua saúde.

A seguir, pretendo resgatar algumas das idéias expressas acerca das possíveis relações presentes entre a enfermagem e a saúde das pessoas com a finalidade de ampliar uma maior compreensão sobre a possibilidade de exercício do poder pastoral da enfermagem sobre os sujeitos.

3.1.1 - A saúde das pessoas como responsabilidade da enfermagem

É dever ético do enfermeiro participar das lutas por melhores condições de vida e de trabalho para todos, como forma de viabilizar seu compromisso social em prol da saúde do povo brasileiro (Carvalho e Castro, 1985, p. 86).

O compromisso social com a saúde enquanto um bem, um valor e um direito, assim como a luta por melhores condições de trabalho e de vida dos trabalhadores, acredito que, mais do que um compromisso de uma categoria profissional específica, poderia ser uma intenção, um propósito, um valor a ser perseguido por parte de cada pessoa que faz parte da sociedade. Parece-me que não é o fato de ser profissional enfermeira que deveria levar o sujeito a agir em busca de condições de vida e de trabalho mais satisfatórias e dignas para as pessoas como um todo, mas antes, a sua condição humana.³ Por outro lado, caracterizar tal luta como um “dever ético”, paradoxalmente, parece retirar da enfermeira, como pessoa, a possibilidade de opção e de decisão racional do seu agir, esvaziando um espaço de autonomia e de liberdade de ação. Para Nietzsche,

se se age moralmente, não é porque o agir assim seja moral - A submissão às leis da moral pode ser provocada pelo instinto de escravidão ou pela vaidade, pelo egoísmo ou pela resignação, pelo fanatismo ou pela irreflexão. Pode ser um ato de desespero ou a submissão à autoridade de um soberano; em si não tem nada de moral (Nietzsche, 1981, p. 58).

O compromisso com a melhoria da saúde das pessoas, individualmente, em grupos, nas famílias, assim como nas coletividades, tem sido referido e apontado em vários dos artigos trabalhados.

Enquanto não se processa esta transformação social, cabe ao profissional da nossa área promover a melhoria do nível de saúde do indivíduo, família e comunidade, reconhecendo os fatores físicos, psíquicos e sócio-culturais que neles interferem, determinando o nível de sensibilidade à tensão, como o grau de vulnerabilidade à doença física e mental a que estão submetidos (Oliveira e Monteiro, 1989, p. 14).

³ A vida e a saúde dos indivíduos é inerente a sua condição humana e anterior à existência de profissões que dispõem de um saber mais específico sobre a saúde e a doença.

Em 1985, Batista, Pereira e Sauthier apresentam um quadro com as competências gerais que, segundo o novo currículo da sua escola, as estudantes devem apresentar ao término do ciclo pré-profissional e profissional. Dentre estas, apontam como o terceiro item dos dois ciclos, respectivamente:

Reconhecer que a equipe de saúde é responsável pela melhoria do nível de saúde das coletividades.

Manifestar atitudes que revelem a convicção de que, como membro da equipe de saúde, a enfermeira é responsável pela melhoria do nível de saúde da população (Batista, Pereira e Sauthier, 1985, p. 174).

Apontar como competência a ser buscada na formação das enfermeiras, a sua responsabilidade em alcançar a melhora do nível de saúde da população⁴, poderia ser, a meu ver, um indicativo de possível extrapolação dos limites de atuação da enfermeira frente ao cliente. Esta possibilidade de ultrapassagem de fronteiras refere-se ao exercício de poder de um profissional que, não sendo o cliente, mas agindo como um outro, que lhe está situado externamente, poderia, num entendimento de exercer de modo competente a enfermagem, impedir o cliente de decidir, como responsável por si, o que deseja e pretende para si, livremente, ou seja, como pretende alcançar o cuidado de si e da sua saúde.

Entender e exigir como competência da enfermeira o assumir a responsabilidade por melhorar o nível de saúde da população parece retirar da população a sua condição de liberdade, de ser sujeito da sua própria saúde, de decisão pessoal de ação, além de poder caracterizar como incompetente a enfermeira por não alcançar um propósito que não depende apenas da sua atuação, mas dentre outros, do sujeito da ação, a população.

⁴ Reconhecer a enfermagem, como uma profissão da saúde, significa, a meu ver, o reconhecimento do **compromisso dos profissionais, que a exercem, com o cliente e com a população** no sentido de lhes oferecer, colocar à disposição e utilizar o seu saber e a sua competência, tendo em vista a assistência a lhes ser prestada, responsabilizando-se, então, por esta assistência prestada e implementada. Tal reconhecimento, entretanto, não significa que estes profissionais entendam-se como responsáveis, seja pelo cliente e a população, seja pela sua saúde, quando estes têm condições de responsabilizar-se por si.

Queiroz e Egry, em 1988, ao proporem uma metodologia de assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentada no materialismo histórico, afirmam que o profissional que adotar tal proposta, requer, ainda, alcançar a superação do

“idealismo” de que sua profissão teria a incumbência de educar e prestar assistência para ‘melhorar a saúde do povo’, com receitas pré-determinadas, situando a problemática de saúde a nível individual e a sua resolução restrita à decisão do profissional. (...) a sua atuação específica como profissional deverá ser um ‘meio’ ou uma ‘forma’ de compartilhar seu saber específico, juntamente com outros profissionais no trabalho conjunto com o sujeito das ações (coletividade, grupos, famílias, indivíduos), visando a: captação e interpretação da realidade de saúde, dentro de um contexto social historicamente determinado; interferência nessa realidade e com isto ir reinterpretando a realidade e novamente intervindo sobre ela (Queiroz e Egry, 1988, p. 32).

Ao apresentarem a sua metodologia de assistência de enfermagem, as autoras destacam que a sua proposta possibilitaria desfazer mitos existentes não só na enfermagem, mas, também, na saúde, como o que denominam de

“messianismo” que confere não só poder como responsabilidade absolutos ao enfermeiro quando da sua assistência ao paciente; ou de ‘incompetência profissional’ ao não conseguir ‘sozinho’ modificar as condições, ainda que singulares, de cada pessoa, todos eles originários de uma postura idealista de prática profissional. Nesta prática é inevitável que surjam sentimentos de ‘culpa’ ora responsabilizando a clientela, ora responsabilizando o profissional pela não ‘melhora das condições de saúde’ (Queiroz e Egry, 1988, p. 32).

Para Foucault, em qualquer relação humana, em que alguém tenta guiar e dirigir a ação do outro, o poder encontra-se sempre presente. Porém, o que caracteriza tais relações de poder, das quais não podemos fugir, diferentemente de estados de dominação, é a sua reversibilidade, instabilidade e mobilidade. Tais relações caracterizam-se como de poder, justamente, pela possibilidade de atos de resistência, de contra-poder, os quais só podem se dar entre sujeitos que usufruem de liberdade para agir e reagir: “se existem relações de

poder através de todo o campo social, é porque existem possibilidades de liberdade em todas as partes” (Foucault, 1987, p. 127).

Já a preocupação com a saúde do escolar foi evidenciada em vários textos, em especial nos primeiros anos da década de 80. Espreafico e Lourenço resgatam e elogiam o trabalho de Johann Peter Frank na área de saúde pública, suas denúncias sobre a miséria da população como fonte de doenças e de morte, reconhecendo na sua figura, o preconizador da higiene escolar pelo estabelecimento de normas e medidas higiênicas a serem adotadas nas escolas. Peter Frank, entretanto, foi um dos autores que formulou, com maior precisão, o conceito de polícia médica, a partir de 1779. No final do século XVIII e durante o século XIX, a idéia de polícia médica já havia se difundido para a Áustria, Itália, França, Grã-Bretanha e Estados Unidos. Baseado no conceito de cameralismo, a concepção de polícia médica, adotada por Frank assim como por outros escritores alemães, tinha um caráter autoritário e paternalista que, aplicando-se a problemas específicos, requeria a aprovação de leis e um detalhamento preciso para alcançar o seu intento.⁵

As autoras reconhecem que:

desenvolver o padrão de vida da criança brasileira é tarefa notável para o profissional de saúde, só uma participação consciente e ativa sobre os problemas do povo e do país, poderá trazer algum resultado positivo (Espreafico e Lourenço, 1983, p.73).

⁵ Anton Mai, médico alemão, professor em uma escola para parteiras, conseguiu, em 1781, a aprovação para a criação de uma escola de enfermagem. Propôs, também, um código de saúde em que pretendia possibilitar pôr em prática o apregoado por Frank, ou seja, a criação de um conjunto de leis governando os diferentes aspectos da saúde, visando tanto a sua manutenção como a sua prevenção. Neste código, eram consideradas a higiene da moradia e do ar, da alimentação, do vestuário, dos aspectos médicos do lazer, da saúde de profissionais, da saúde e bem-estar da mãe e das crianças, da prevenção de acidentes, dentre outros. Enfatizando a importância da educação, acreditava que os médicos, assim como todos os que atuavam com problemas de saúde e de doença, deveriam ser os educadores sanitários. Apresentava, dentre os deveres de um oficial de saúde, a sua atuação nas escolas, na instrução das crianças e dos professores, acerca da manutenção e promoção da saúde (Rosen, 1980, p. 171-180).

Ferriano e Cano, justificando a importância da assistência de enfermagem ao escolar, resgatam o trabalho das “Missionárias de Saúde”, iniciado por Florence, de visita domiciliar, das enfermeiras, às pessoas para promover ensinamentos de higiene. Para as autoras, Florence demonstrava o seu avanço, frente aos seus contemporâneos, por priorizar a prevenção antes da cura. Afirmam que

atualmente, profissionais de saúde estão voltados para a saúde escolar e todos tentam de alguma forma desempenhar o seu papel contribuindo para transformar os escolares em cidadãos úteis e capazes. A enfermagem de há muito despertou seu interesse para melhorar as condições de vida do escolar (Ferriani e Cano, 1983, p.231).

Locato, Carvalho e Carvalho expõem um trabalho realizado como experiência de estágio de alunos da disciplina Didática Aplicada à Enfermagem, em uma escola de I grau. Apoiando-se em Chaves, afirmam a necessidade de conscientização do indivíduo de que ele se constitui o principal responsável, agente e interessado em sua saúde, reconhecida não só como direito de todos, mas, também, como dever individual. Descrevem a realização de um curso desenvolvido junto aos alunos de 7a. e 8a. séries, numa faixa etária de 14 a 30 anos, focalizando aspectos de **educação-saúde**. Chamou-me a atenção que ao comentar os temas abordados durante as aulas, dentre tópicos como educação alimentar, valores da imunização e a importância do saneamento básico para proteger a saúde, também foram abordados

*aspectos da realização humana através do trabalho, vivência familiar e comunitária e satisfação das necessidades básicas como fator de felicidade foram largamente debatidos. (...) Ressaltou-se a **importância da economia**, incentivando-se a abertura de cadernetas de poupança e controle na aplicação de salário⁶ (Locato, Carvalho e Carvalho, 1981, p.331).*

⁶ A preocupação com a economia e a poupança, a luta contra os gastos de excedentes, objeto dos movimentos filantrópicos como uma questão de moralidade econômica, é abordada por Donzelot (1990).

Em relato de uma experiência de integração docente assistencial na área de pediatria social junto a uma comunidade de periferia, Augusto *et al* comentam sobre as várias unidades de trabalho (Escola de I grau, Comunidade Infantil, Centro de Integração Familiar, Centro Comunitário de Proteção à Saúde, Assistência domiciliar), que, após sua implantação, foram ampliando-se e desenvolvendo-se, de acordo com as necessidades sentidas pela população ou detectadas pelas docentes envolvidas. Como justificativa para priorizar, de modo absoluto, a assistência à criança e à família, as autoras afirmam que:

se os princípios utilizados contiverem altos valores espirituais, morais, éticos, que procurem beneficiar o homem na sua evolução em direção à Deus, podemos considerar que mesmo trilhando caminhos diferentes, eles serão válidos porque chegarão ao fim último do homem, que é a sua união com Deus, e o trabalho positivo em favor do próprio homem. Para que atinjamos aquela finalidade, devemos colocar a assistência à criança e à família como prioridade absoluta (Augusto et al, 1983, p. 50).

Ao apresentar o Centro de Integração Familiar, as autoras expõem que o objetivo da sua criação foi, dentre outros, o de **despertar a consciência das mulheres sobre a sua responsabilidade social enquanto mães**, orientá-las acerca dos direitos e deveres da família, do uso dos recursos sociais, da relevância de cuidar da saúde e estimular o gosto pelo trabalho.

Donzelot afirma que, até meados do século XVIII, mulheres e crianças eram atendidas pelas “viejas”, não sendo objeto de interesse para a medicina. Ao comentar a união orgânica entre a medicina e a família e as suas repercussões na organização da vida familiar, destaca o estabelecimento de uma aliança, reconhecida como privilegiada, com a mãe. Uma aliança que, além de romper com a hegemonia da medicina popular das mulheres que detinham um saber e uma prática próprios, concedeu um poder diferenciado à mulher no espaço doméstico: um estatuto social de mãe, de educadora e de auxiliar de médico

(Donzelot, 1979, p.21-24). Ao tratar do governo através das famílias focalizando a moralização, pergunta-se sobre **o porquê dos conselhos dados pelos filantropos**, respondendo a sua própria questão:

Em princípio, porque para uns não lhes custam nada e, para os outros, para evitar contraiem maus hábitos. As sociedades filantrópicas proporcionam, sem dúvida, ajudas materiais, porém sempre para servir-se delas como vetor de sua **influência moral legítima** (Donzelot, 1979, p. 68).

A presença do poder pastoral que se exerce em nome da saúde das pessoas pode ser evidenciada, de modo bastante explícito, através de relatos de atuação dos agentes comunitários de saúde.⁷ Wright, em estudo sobre o conhecimento de uma comunidade acerca destes agentes, apresenta algumas das tarefas passíveis de serem por eles realizadas, tais como:

- *Cuidar da saúde dos habitantes e zelar pela higiene na comunidade;*
- *Deve visitar todas as moradias e dar aos seus moradores orientações de como prevenir doenças e ensinar bons hábitos de higiene;*
- *Enviar relatórios periódicos à autoridade local sobre a saúde dos habitantes e as condições de higiene da comunidade* (Wright, 1987, p.183).

⁷ A questão referente aos agentes de saúde tem sido objeto de polêmica e controvérsia, na área da enfermagem, em vários sentidos, mas principalmente quanto à possibilidade de inserção na equipe de enfermagem de uma nova categoria sem a formação profissional mínima de primeiro grau, como de auxiliar de enfermagem, entendida como necessária, dentre outras questões que poderiam ser levantadas. Em 1991, o Ministério da Saúde criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, tendo como objetivos a capacitação da população para cuidar da sua saúde, a transmissão de informações e conhecimentos para um incremento na qualidade de saúde comunitária e a contribuição para a prevenção de doenças. Em folheto de divulgação do Programa, os agentes são identificados como "agentes da esperança", sendo treinados e supervisionados pelos enfermeiros, devendo responsabilizar-se, em média, por 100-250 famílias. Dentre as "missões" do agente, listadas, encontram-se, dentre outras, visitas regulares às famílias com casos registrados de tuberculose, Aids, hanseníase e outras doenças graves; identificação e encaminhamento, aos postos de saúde, de gestantes que não estejam realizando o pré-natal; a garantia do cumprimento do calendário de vacinação e de outras vacinas necessárias; registro de nascimentos, óbitos, doenças de notificação compulsória e de vigilância epidemiológica (Rio Grande, s.d.).

Alguns elementos podem ser analisados, a partir destas tarefas apresentadas. O “cuidar da saúde dos habitantes” pode significar que estas pessoas não saibam cuidar da sua saúde, sendo necessário que alguém, externamente, se responsabilize pelo seu cuidado e o assuma, aparentemente de modo independente do que os habitantes desejem, pretendam ou queiram para si. Da mesma forma, “o zelar pela higiene na comunidade” pode implicar em interferências nas diferentes formas de existência dos indivíduos, de morar, de alimentar-se, de procriar e de viver.

A penetração do agente comunitário de saúde no espaço privado, através da visita domiciliar, mesmo sendo um elemento da comunidade, para proceder a orientações de como prevenir doenças e para ensinar bons hábitos de higiene, poderia vir a constituir-se, na verdade, também, numa exposição dos moradores, das suas verdades, de como vivem; uma confissão e uma exposição de si para alguém que não faz parte deste espaço e para alguém que, talvez, não tenha sido solicitado ou convidado pelo próprio cliente para realizar tal atividade. Diferentemente da procura da comunidade pelos serviços de saúde, como um ato de vontade dos sujeitos, na visita domiciliar, um serviço de saúde os procura, o que pode acontecer, independentemente da sua vontade. Além disto, são enviados relatórios às autoridades locais sobre as condições de saúde e de higiene da comunidade, registros sobre o seu modo de se cuidar e de viver.

Uma questão que poderia ser contraposta a tais críticas, aqui formuladas, seria a possibilidade de recusa dos moradores a terem suas casas visitadas. No entanto, cabe perguntar se estes têm condições de resistir e de se negar a serem cuidados, visitados e controlados pelos agentes? Ainda, estas pessoas sabem que podem recusar-se a receber estes cuidados? Por outro lado, o que aconteceria aos habitantes da comunidade, caso resistissem

a tais ações? Como eu me sentiria sendo visitada por um agente comunitário de saúde que viesse desempenhar tais tarefas junto a mim, como uma pessoa da comunidade?

Em um estudo realizado com agentes de saúde voluntários, treinados por instituições pertencentes a hospitais do INAMPS para atuarem em áreas metropolitanas periféricas da cidade do Rio de Janeiro, Soares constatou que a assistência prestada pelos agentes não se mostra homogênea, sendo bastante influenciada pelas suas experiências prévias e pelas suas crenças, apresentando

um estilo assistencial próprio, ora permeado por relações de troca legitimada pela caridade, ora por uma relação de poder conferida por um saber que os diferem das demais pessoas da comunidade (Soares, 1988, p. 101).

O fundamental, em relação ao tema da governabilidade, do cuidado de si e do poder pastoral, parece ser a decisão de que alguém vá à casa das pessoas para cuidar da sua saúde e zelar pela sua higiene. A ação de proporcionar ensinamentos sobre medidas de prevenção de doenças e esclarecimentos sobre a importância e o valor das imunizações, assim como de outras possibilidades de higiene, pode ser necessária, positiva e desejável sem que, necessariamente, implique o controle externo e supervisão *in loco* da obediência da comunidade a tais orientações. Acredito que a adesão dos moradores à medidas de prevenção de doenças, como a vacinação das crianças, dentre outros saberes, poderia ser buscada mediante processos de convencimento pelo esclarecimento, pela argumentação, pelas explicações e justificativas apresentadas pelos profissionais, sem que se fizesse necessária a invasão e o controle do espaço privado pelos agentes.

O pastor agrupa, guia e conduz seu rebanho. (...) o que o pastor reúne são os indivíduos dispersos. Estes se reúnem ao ouvir a sua voz: “Silvarei e se reunirão”. E ao inverso, basta que o pastor desapareça para que o rebanho disperse (Foucault, 1990a, p.101).

Gaspari, em análise do livro “Good government in the tropics” de Judith Tandler comenta as iniciativas públicas desenvolvidas no Ceará, de 1986 a 1994, dentre as quais encontra-se a de medicina preventiva com a atuação de agentes de saúde. O programa alcançou a redução abrupta da mortalidade infantil, além de ampliar de 25% para 90% o número de crianças com cobertura vacinal, tendo sido apontado, nas análises feitas, como condição necessária para o seu sucesso, fundamentalmente, “a criação de um clima de respeito e admiração pelos funcionários do governo. **Os agentes de saúde trabalhavam por um salário mínimo, sem carteira assinada, mas sentiam-se heróis da comunidade**” (Gaspari, 1997, p. 18).

Para Nietzsche, assim como para Szasz (1994), a caridade e a compaixão são uma debilidade, assim como tudo o que se abandona a uma paixão prejudicial, não tendo de benfeitora maior valor do que qualquer outro instinto. Mesmo que determinadas ações produzam o efeito de reduzir algum sofrimento, tais atos isolados e ocasionais podem ser insignificantes na sua totalidade:

A compaixão vem a ser o antídoto do suicídio por ser um sentimento que proporciona prazer e que nos administra, em pequenas doses, o deleite da superioridade (Nietzsche, 1981, p.85).

Dando continuidade à análise do poder pastoral como um diagrama de poder, apresento dados que apontam para um entendimento da prática da enfermagem, não como uma possibilidade de cuidado de si, mas como um ato de renúncia de si por parte dos que a exercem.

3.1.2 - A prática da enfermagem como um ato de doação

A moral cristã, em que valores de doação ao outro, de abnegação e negação de si, de obediência, muitas vezes, inquestionável à autoridade externa, perpassa, historicamente e sob diferentes formas e matizes, o exercício da enfermagem.

Na antiguidade, a preocupação por si, o cuidado de si, como preocupação principal, possibilitava e favorecia o conhecimento de si. Entretanto, como herdeiros da tradição moral cristã, tem sido preciso conhecer-se e reconhecer-se frente a verdades externas instituídas, para, então, renunciar a este eu impuro. Antes de cuidar de si, é preciso rechaçar a si. O cuidado de si e o ocupar-se de si, então, na sociedade ocidental, passa a ser visto “como uma imoralidade e uma forma de escapar a toda regra” (Foucault, 1990a, p.54).

Entre os gregos e os romanos, o fundamento da moralidade encontrava-se na lei interna de cada cidadão reconhecido como um legislador da pólis. Já no cristianismo, a lei externa passa a constituir-se no fundamento da moralidade, sendo “impostas uma série de condições e de regras de conduta com o fim de obter certa transformação do eu” (Foucault, 1990a, p. 80).

Em um trabalho sobre a imagem da enfermeira e do enfermeiro percebida por alunos ingressantes no curso de graduação, Santos *et al* (1988, p.241-2) resgatam autores como Lanara para quem o centro da enfermagem seria o sofrimento e a dor, tendo atribuído como características da profissão, a responsabilidade, o respeito pela dignidade do homem, o sacrifício, o heroísmo no sofrimento, a compaixão e o amor. Gastaldo e Meyer (1989, p. 10), também focalizando a formação da enfermeira, em que a ênfase tem se feito na sua conduta em detrimento do seu conhecimento, constataam, a partir da análise de figuras históricas da enfermagem brasileira que a “*humildade, espírito de servir, abnegação,*

obediência, respeito à hierarquia, entre outros”, são qualidades preconizadas como básicas ao bom profissional.

Para Nietzsche, quando agimos movidos pela compaixão, podemos não pensar em nós, conscientemente, porém o fazemos, de modo inconsciente. O sofrimento do outro agride-nos e ofende-nos, fazendo-nos sentir impotentes e covardes, caso não o auxiliemos em seu contratempo; nas vivências do outro, percebemos uma espécie de aviso sobre algo que o futuro, também, poderia reservar-nos. A compaixão não deixa de ser um ato sutil de defesa, assim como de vergonha. A caridade, na verdade, seria uma das formas encontradas de livrar-nos de um padecimento pessoal e próprio. Uma modalidade de ação que, além de livrar-nos de um sentimento de dor, representa um espaço para o júbilo provocado pela visão de alguém em situação de vida oposta a nossa; pela idéia de poder ou não intervir nesta situação; pela possibilidade de receber gratidão; mas, principalmente, “pela impressão de que ao intervirmos, poremos fim a uma irritante injustiça” (Nietzsche, 1981, p. 83). O homem caritativo, na verdade,

satisfaz uma necessidade de sua alma fazendo o bem. Quanto maior for esta necessidade, menos se põe no lugar daquele a quem socorre, e que lhe serve para satisfazer esta necessidade (Nietzsche, 1981, p. 150).

O tema da doação, do trabalhar gratuitamente, da abnegação de si para cuidar do outro, da caridade, podem ser evidenciados permeando outros textos. Ao discutir a educação continuada, Ribeiro destaca que à enfermagem, como constituinte da sociedade, cabe assumir de modo efetivo o seu papel:

Educar, orientar, guiar, ajudar, servir não tem apenas valor social, mas o que é mais importante, tem valor espiritual e cristão, seja considerando o pessoal de enfermagem que presta assistência, seja para a população que recebe e sofre o impacto da assistência que o pessoal de enfermagem lhe presta (Ribeiro, 1986, p. 81).

Aguiar e Boery (1994, p.64) relatam e comentam uma experiência vivenciada na disciplina de Introdução à Enfermagem, em que os estudantes expressaram, sob várias formas, a sua visão da profissão. Um dos grupos optando por expressar-se através da música, apresentou, como homenagem à enfermeira, a seguinte letra:

*Elegante sempre está / Neve perde com sua cor / Faz de tudo para salvar
/ Ela é mesmo um resplendor!
Enfermeira, enfermeiro / Sempre dando seu amor / Faz de tudo para
salvar / Ela é mesmo um resplendor. Ai, Ai, Ai.
Renúncias sempre faz / Megulhando no seu íntimo / E também no seu
espírito / Eleva o seu astral! Ai, Ai, Ai.
Inteligente e competente / Determinada deve ser / Na luta com o doente /
Vai até o amanhecer.*

Na letra desta música, composta por um estudante de enfermagem e futuro enfermeiro, já se percebe a relação presente entre o fazer competente da enfermeira, também, como um ato de amor, de doação pessoal para a salvação do outro, o paciente. Ao doar-se na luta com o doente, a enfermeira faz renúncias, parecendo vir daí o seu astral elevado.

Foucault destaca que, no cristianismo, diferentemente do que se dava entre os gregos, o cuidado de si faz-se através da renúncia e do rechaço de si, enquanto pessoa, e de negação das coisas do mundo. Seria possível, então, perguntar em que medida o poder pastoral, ainda dentro de uma concepção cristã de pastorado, não vem sustentando muitas das práticas de acomodação e de conformismo, por vezes incompreensíveis na enfermagem, de mortificação dos seus agentes enquanto sujeitos? Por outro lado, até que ponto esta construção dos sujeitos tem tornando, aparentemente, tão natural que se proponha ou, até, que se exija e se cobre dos clientes a aceitação de práticas de mortificação cotidianas, como as referentes às mudanças de seus hábitos de vida e de suas crenças e valores, numa visão de poder pastoral?

Denúncias sobre as condições de trabalho⁸ enfrentadas pelas enfermeiras e demais membros da equipe de enfermagem, a baixa remuneração, a carga excessiva de trabalho, a exposição a diferentes fatores de risco, dentre outros elementos que poderiam ser apontados como indicadores concretos de evidências sobre o **não cuidado de si** ou a **negação de si**, podem ser detectados nestes trechos extraídos dos textos analisados:

Estudos nacionais apontam para a persistência de uma visão idealizada da profissão pelas enfermeiras, que se contrapõe à dura realidade de um trabalho mal remunerado, com excessiva carga de atividades. A análise das condições de trabalho de enfermagem revestem-no de características específicas, pois além de se relacionar com a doença e com a morte,(...) trabalho por turnos. (...) a exposição a fatores de risco mecânicos e ambientais específicos, é ainda agravada pelos recursos materiais insuficientes e inadequados, que ocasionam condições inseguras no trabalho (Aquino et al, 1993, p.246).

Afirmações tais como “encontramos dificuldades na estrutura de toda a Unidade (...) mas com perseverança e boa vontade dá para por em prática nosso trabalho”, demonstram uma postura de abnegação dos enfermeiros frente às incoerências existentes nas realidades de trabalho. A maioria também afirmou sentir-se desafiada com as exigências do serviço (Enders, 1995, p. 261).

... o medo de perder o emprego faz com que os enfermeiros se submetam às designações da hierarquia organizacional, mesmo que se sintam constrangidos e insatisfeitos no trabalho (Santos e Rodrigues Filho, 1995, p. 247).

O observado nas instituições investigadas é que, na maioria das vezes, o funcionário tem duplicidade de emprego com conseqüente sobrecarga na jornada de trabalho. A instituição não lhe exige aquisição de novos conteúdos e nem os proporciona através de treinamentos formais no horário de trabalho para que ele aprofunde seus conhecimentos visando à melhoria e segurança na assistência. Exigem produtividade para o atendimento da demanda, sem analisar riscos e qualidade da assistência prestada (Rodrigues, Magalhães e Sales, 1995, p. 278).

⁸ Em pesquisa sobre os fatores implicados na gênese do prazer e sofrimento no trabalho da enfermagem, Lunardi Filho, apoiado em Dejours, constatou que o trabalho em si da profissão, embora com um conteúdo de sofrimento, possibilita sentimentos de prazer real e concreto; já a organização do trabalho e, em especial, as condições de trabalho são responsáveis por grande parte do sofrimento dos trabalhadores (Lunardi Filho, 1995).

As referências à insatisfação com o que tem sido exigido da enfermagem e por ela aceito, em muitas instituições, dizem respeito à uma prática mecanizada e rotinizada, aceitação inquestionável de normas, sobrecarga e excesso de exigências, tarefas e atividades a serem desempenhadas, num período determinado de tempo, o que vem associado aos baixos salários e às condições, freqüentemente inadequadas e até desestimulantes, de trabalho. No entanto, também, é freqüente e comum que os elementos da equipe de enfermagem não se mobilizem para resistir e alcançar mudanças no seu cotidiano de trabalho, sujeitando-se e acomodando-se ao solicitado ou ao determinado, mas predominantemente, expressando queixas, descontentamento e a demonstração do seu sofrimento, apenas, entre seus pares.

Foucault apresenta a *exomologesis* como uma das formas de descoberta de si e de demonstração da verdade de si, própria do cristianismo dos primeiros séculos. A *exomologesis*, que tem como modelo o martírio, leva o pecador a demonstrar e revelar, de modo enfático e dramático, a sua condição de penitente:

Na *exomologesis*, o pecador há de 'matar-se' a si mesmo através de mascerações ascéticas. Seja através do martírio ou da obediência ao mestre, a revelação do eu é a renúncia ao próprio eu (Foucault, 1990a, p.93).

Como cuidar do outro sem antes cuidar de si? É possível que, através da resposta a esta questão, amplie-se a compreensão da situação atual de atendimento de saúde prestado às pessoas. Têm havido denúncias, principalmente por parte do setor médico, quanto às dificuldades para o funcionamento dos serviços de saúde e às condições precárias de trabalho enfrentadas pelos seus servidores. Sabe-se que a enfermagem pouco denuncia, seja em relação ao que vivencia, testemunha ou sobre o que toma conhecimento.

No entanto, se pensarmos na insuficiência de recursos materiais e humanos necessários, nas instituições de saúde, para a prestação da assistência e, em especial na área da enfermagem, parece extremamente contraditório este seu silêncio. É provável que o número limitado e restrito de denúncias por parte da enfermagem acerca das suas condições de trabalho e das precárias condições de prestação da assistência, seja mais uma evidência da negação de si destes trabalhadores. No entanto, neste rechaço e negação de si, que, na verdade, tem servido para “proteger” a instituição empregadora e, muitas vezes, outros profissionais de saúde, insere-se, também, a negação de um melhor cuidado do outro ou, até, a omissão frente ao cliente e aos riscos a que pode estar submetido.

Já Fraga, Damasceno e Calixto, ao abordarem as dificuldades e perspectivas do ensino de relacionamento terapêutico em enfermagem psiquiátrica, constatam que o aluno iniciante apresenta uma *“tendência a ‘trabalhar’ apenas os problemas do paciente e a fugir de refletir sobre suas ações, atitudes e sentimentos ante o mesmo”* (Fraga, Damasceno e Calixto, 1986, p. 94).

Arendt, enfocando o pensar e as reflexões morais, afirma que :

a incapacidade de pensar não é estupidez; podemos achá-la em gente muito inteligente e a maldade dificilmente é a sua causa, ainda que seja somente porque a ausência de pensamento e a estupidez são fenômenos muito mais freqüentes que a maldade. O problema está, precisamente, no fato de que para causar um grande mal não é necessário um mau coração, fenômeno relativamente raro. Para tanto, em termos kantianos, para prevenir o mal se necessitaria a filosofia, o exercício da razão como faculdade de pensamento (Arendt, 1995, p. 115).

Por outro lado, o sujeito ao exercer uma reflexão crítica, uma problematização sobre si não descarta ou anula uma reflexão crítica sobre os outros com quem se relaciona e o mundo. Daí que muitas enfermeiras, como docentes, podem não estar preparadas para

aceitarem críticas às suas práticas ou a práticas nas quais estejam envolvidas, podendo decorrer, então, ações desestimuladoras ao processo reflexivo e de questionamento do aluno. Lima, ao abordar o ensino de enfermagem, focalizando a sua retrospectiva, situação atual e perspectivas, afirma que

se a educação em enfermagem quiser preparar enfermeiros para questionar e refletir sobre suas próprias práticas, os educadores de enfermagem devem repensar seus posicionamentos, pois não estimulam que o aluno seja crítico, em sala de aula. Ao contrário, muitas vezes, aqueles alunos que criticam e questionam são discriminados pelos próprios professores (Lima, 1994, p.276).

Na pesquisa em que se buscou entender como se dá a formação disciplinar das enfermeiras, constatou-se que a ênfase na disciplina tem servido para formar enfermeiras obedientes e dóceis, com competência técnica e econômica, porém com comprometimento da sua competência política. Percebeu-se, através das entrevistas de docentes, enfermeiras e estudantes, que quanto maior é a força do poder disciplinar, maior é o desestímulo e, até, a punição da atuação de alunas mais questionadoras e mais críticas, resistentes ao modelo proposto. Tais estudantes são consideradas, muitas vezes, como “alunas problemas”, “alunas rebeldes”, “alunas que complicam”, ou até “alunas desajustadas”, podendo ser penalizadas nas avaliações das disciplinas, já que este tipo de comportamento tem sido, predominantemente, julgado de forma negativa, como inconveniente e inadequado.⁹

Esta forma de construção de sujeitos tem levado à formação de profissionais ágeis, rápidas, obedientes, produtivas, deixando, freqüentemente, quase “sem lugar”, o espaço para o pensamento; tem favorecido a uma adesão, quase que mecânica e automática, de entender

⁹ Dentre os instrumentos disciplinares identificados, verificou-se a forte presença do medo da punição disciplinar ou da sanção moralizadora por parte das alunas; a normalização dos corpos; a força do olhar disciplinar que, como um panóptico, parece controlar a tudo e a todos; o estímulo à padronização de técnicas associada à ênfase na minuciosidade e à busca do perfeccionismo; o controle e a produtividade do tempo que precisa ser capitalizado; a força do exame e da sanção disciplinar (Lunardi, 1994).

o “praticar enfermagem” como o “dar conta do trabalho”, o que, seguidamente, requer uma negação da profissional enquanto sujeito, como pessoa que tem o direito de exercer o cuidado de si e de conhecer-se.

Já Lopes, ao analisar, de modo crítico, a história da enfermagem, confrontando-a com a história de subordinação da mulher numa sociedade patriarcal, aponta o dogmatismo religioso presente no discurso da enfermagem, assim como a visão idealizada da profissão como “*disciplinadores ideológicos*” que têm servido para catalizar e neutralizar “*as necessidades dos trabalhadores que não podem se comportar como seres humanos dotados de necessidades concretas*” (Lopes, 1988, p. 216).

Os trabalhadores de enfermagem, como seres humanos dotados de necessidades, têm necessidade de pensar e de refletir. No entanto, a principal característica do pensar é a interrupção da ação e do fazer, de toda e qualquer atividade que se processe; o afastamento daquilo que se constitui objeto do pensamento. Para Arendt, decorreria daí o entendimento da busca de sentido do pensar, como algo fora do lugar, como algo não natural e contrário à condição humana, frente à sede de conhecimento da ciência (Arendt, 1995). Como conciliar o pensar e o refletir, como a busca do sentido e do significado do nosso fazer ao praticar a enfermagem, tendo que interromper este fazer, tendo em vista a preocupação com a produtividade e capitalização do tempo como uma das características tão fortes na enfermagem?

Ainda em relação ao cuidado de si e ao rechaço de si, chamam-me a atenção algumas das constatações em textos que abordam, direta ou indiretamente, a necessidade de observância, por parte da equipe de enfermagem assim como da equipe de saúde, das

medidas de precaução universais¹⁰ para a prevenção do contágio de moléstias infecto-contagiosas, como a AIDS:

Quanto aos motivos dos acidentes ocorridos entre os funcionários pesquisados... entre as enfermeiras, o motivo principal citado foi a 'pressa, o cansaço, o excesso de serviço, descuido e negligência da equipe médica' (...) Também foram relatados: falta de dispositivo para descarte de materiais perfuro-cortantes próximo ao local de uso; aparelhos de tricotomia inadequados; e luvas com presença de microfuros (Souza e Vianna, 1993, 240 -1).

...constatou-se que apenas um funcionário desprezou a roupa em carrinho próprio imediatamente após o uso. Os demais, após a utilização, continuavam executando os procedimentos nas diversas enfermarias, permanecendo com o material contaminado em saco plástico ou envolvido no próprio campo no carrinho de curativo que utiliza para a execução de outros procedimentos. Tal prática foi justificada por uma funcionária, alegando falta de tempo para o deslocamento até o local de descarte de roupa e do material, bem como economia de saco plástico para acondicionamento (Rodrigues, Magalhães e Sales, 1995, p.283).

Uma aparente abnegação como negação de si, da sua condição humana, pode ser deduzida pela constatação de que as enfermeiras e demais elementos da equipe de enfermagem admitem, como uma **normalidade**, que se sujeitem e, aparentemente, até se adaptem e aceitem as condições de trabalho oferecidas pelas instituições, assim como às exigências de sobrecarga de trabalho, o que tem favorecido uma certa “displicência” na própria proteção individual das profissionais, tendo em vista o tipo de trabalho insalubre, freqüentemente, realizado.

Dois eixos de questionamentos poderiam ser levantados acerca da abnegação evidenciada nos textos destacados. Cabe destacar que os questionamentos, na verdade, não

¹⁰ Por precauções universais (PU), entende-se o uso de medidas para prevenção parenteral, de exposição da pele e membranas mucosas a sangue, fluídos e secreções, no desenvolvimento das atividades profissionais.

se constituem em perguntas ainda sem respostas, mas em indagações para as quais as respostas parecem já estar dadas.

Inicialmente, se poderia perguntar a quem tem servido esta negação do sujeito? quem tem se favorecido de tal falta de cuidado de si? a serviço de quem, historicamente, os exercentes da enfermagem tem rechaçado sua condição de sujeito?

Sabe-se que no período da enfermagem religiosa, a dedicação e a abnegação da cuidadora buscava a salvação da sua alma e da alma do indivíduo cuidado. A partir da enfermagem moderna e da reorganização dos hospitais, este torna-se um espaço terapêutico. A vocação, aparentemente, teria substituído a religiosidade, porém a abnegação das enfermeiras e dos demais elementos da equipe não parece estar servindo aos clientes e à qualidade da sua assistência, mas, fundamentalmente, aos seus empregadores.

O segundo eixo de indagação, estreitamente ligado à herança histórica de religiosidade da profissão, poderia se fazer em relação à abnegação em si, ou seja, quais as justificativas e razões que têm impulsionado muitos constituintes das equipes de enfermagem a negarem sua condição de sujeito, a descuidarem de si, a não reconhecerem, em suas práticas, a falta do cuidado de si? A resposta a esta questão parece estar ligada, ainda, à moral cristã, presente de um modo forte na profissão, que propõe e exige, como uma normalidade, de seus profissionais, uma constante e permanente negação e rechaço de si.

Em trabalho de Leopardi, Almeida e Rocha (1992, p. 256), em que debatem o significado da assistência de enfermagem no resultado da assistência de saúde, as enfermeiras entrevistadas focalizaram, também, como finalidade do trabalho da enfermagem:

proporcionar a infra-estrutura para o atendimento à saúde, acionar o funcionamento das unidades exercendo o controle das atividades, fazer o trabalho do médico dar certo;

Esta finalidade do trabalho da enfermagem referida, na sua parte inicial, como “proporcionar a infra-estrutura para o atendimento à saúde”¹¹ demonstra que as enfermeiras podem estar assumindo como sua responsabilidade o exercício de algumas funções que, acredito, dificilmente, poderiam desempenhar. Garantir, assegurar, proporcionar a infra-estrutura para que o atendimento de saúde se dê, requer, a meu ver, a possibilidade de um exercício de poder que extrapole a função da enfermeira enquanto funcionária de um serviço. Parece-me que à enfermeira caberia apontar as necessidades de infra-estrutura para que o atendimento de saúde se dê, encaminhando-as ao setor ou ao departamento responsável por proporcioná-las.

Ainda, reconhecer como finalidade do seu trabalho, fazer com que o trabalho do médico dê certo, caracteriza o exercício de um poder da enfermeira, como um pastor, que se responsabilizando por fazer com que o trabalho de outro profissional chegue a contento, “cuida” e intermedia, possivelmente, as relações entre o serviço, o cliente e o próprio médico. Poder-se-ia perguntar, então, qual o significado desta finalidade do trabalho de enfermagem assumida pelas enfermeiras? Até que ponto assumir como sua tal função representa um ato de doação ao outro e de negação de si, cujas recompensas podem se dar nesta ou, talvez, noutra vida? Ainda, a enfermeira ao assumir tais funções, não estará impedindo que outros se construam e ajam como sujeitos, também, responsáveis por si?

Selli (1997) buscando conhecer e analisar as condutas da equipe de enfermagem diante das situações e impasses bioéticos do seu exercício profissional, demonstra a quase

¹¹ Mendes Gonçalves (1994), em pesquisa sobre o processo e a organização do trabalho, constatou que as enfermeiras, como os médicos sanitaristas, para identificarem um objeto de trabalho, referem-se, sempre, a suas finalidades. Reconhecem como finalidade mais importante do trabalho dos Centros de Saúde, a assistência médica individual, identificando o objeto de trabalho no objeto da Clínica. Entretanto, diferentemente dos médicos, divergem desta finalidade, citando, também, a prevenção associada ao trabalho de enfermagem. Segundo o autor, as divergências das enfermeiras quanto às finalidades do trabalho relacionam-se mais à relativa inviabilidade de implementação das ações programáticas, principalmente as referentes ao programa de assistência à criança, do que à adesão a um possível projeto epidemiológico.

que permanente interação de nossas práticas com os princípios da bioética (beneficência, não maleficência, autonomia e justiça), seja pela sua aproximação, seja pelo seu desrespeito. É preciso dizer que a transgressão dos princípios bioéticos decorre, fundamentalmente, de uma representação de um agir ético da enfermagem, semelhante à atuação do que foi denominado pela autora como a da “mãe da casa”, que pretende, de um modo até onipotente e, aparentemente, sem pensar e refletir, “vigiar”, “dar conta” e responsabilizar-se por tudo: pelo paciente, como se pudéssemos ser o seu dono e donos, também, do seu corpo; pelo exercício de proteção ao médico como se este profissional precisasse de uma mãe que o defenda; pela instituição e seu funcionamento como um todo. Este modo histórico, tradicional, reprodutivo e mecânico de agir tem feito com que a enfermagem, como foi apontado, perca-se, por vezes, nos meios, sem conseguir alcançar os fins que diz pretender: a assistência ao cliente como pessoa, o que deveria significar ter atitudes e ações de respeito, de diálogo, reconhecendo sua capacidade de pensar, o seu direito a ser esclarecido acerca dos seus direitos, a ser consultado e, principalmente, a divergir das nossas crenças, valores e propósitos.

Trago, a seguir, dados acerca da educação em saúde, como propostas de ação que parecem alinhar-se às estratégias de exercício de poder pastoral, no sentido da responsabilidade do pastor sobre as suas ovelhas (já que ele sabe o que é melhor para elas); da obediência das ovelhas às determinações do pastor (que sabe o que é o melhor para o seu rebanho); de mortificação dos desejos e vontades das ovelhas que devem se sujeitar às ordens do pastor.

3.1.3 - A mudança de comportamento do outro como objetivo da educação para a saúde

Domingues (1981, p.153-63), visando promover a *modelagem comportamental* de gestantes tabagistas, a fim de reduzir os efeitos nocivos do fumo para a unidade mãe-filho, reconhece o direito e a responsabilidade do enfermeiro obstetra de detectar os problemas e as dificuldades das pacientes, propondo a formulação de planos assistenciais elaborados junto às clientes. Acredita que, quando bem conduzidas e orientadas, as grávidas poderiam modificar o seu comportamento; além de usufruir da sua liberdade, de modo construtivo, em benefício próprio e da espécie.

Afirma que, ao orientar à gestante para realizar algo necessário, o enfermeiro está pedindo à cliente “para mudar um comportamento”, um pedido que é feito, no entanto, para o seu próprio bem, assim como do seu filho. Ao apresentar a sistêmica de modelagem, para o que denominou de “*atuação catequésica*”, destaca que para alcançar o objetivo a que se propõem, junto às grávidas, costumam explorar psicologicamente o seu instinto maternal, além do seu potencial de auto-disciplina.

Acredito que o processo entendido como educativo requer a participação de todos os sujeitos envolvidos, seu envolvimento, a manifestação das suas crenças, a interação, o respeito às idéias divergentes, a busca do consenso e do entendimento pela via do argumento, numa compreensão de que os limites da liberdade são estabelecidos na relação com o outro como sujeito e não como objeto ou coisa. O ato de planejar e desenvolver uma ação educativa para o outro não pode ser entendido como “o decidir a vida para as pessoas, mas é justamente com elas descobrir uma melhor forma de vida para elas” (Menegolla e Sant’Anna, 1992, p. 63). Cabe reconhecer que descobrir uma melhor forma de viver para as

peças pode, no entanto, significar uma forma de viver, ou uma verdade, que não corresponda como a melhor forma de viver para os profissionais de saúde.

Já em trabalho sobre a educação para a saúde a grupo de obesos, realizado em nível ambulatorial, tendo em vista o auto-cuidado a domicílio, Vargas e Scain, apresentam na sua revisão de literatura que “a educação para a saúde faz parte do contexto da Saúde Pública e é meta a ser conquistada. Objetiva essencialmente...

criar consciência da necessidade da mudança social, econômica e cultural, para superar os problemas de saúde determinados pelo grau de desenvolvimento e seus condicionantes; sensibilizar as pessoas para que se adaptem a novas condições de vida que signifiquem outros valores; a destruir crenças no que se refere à saúde, incrementando a racionalidade nesse campo e favorecendo caminhos para o cuidado com a saúde individual e coletiva; despertar o desejo do progresso na saúde, mediante a colaboração individual e coletiva (Pavone, apud Vargas e Scain, 1983, p.39).

Ter como meta da educação para a saúde, a conscientização das pessoas da necessidade de mudança social, econômica e cultural, a adaptação à novas condições de vida com novos valores, a destruição de crenças sobre a saúde, além de possibilitar diferentes percursos no cuidado com a saúde pela colaboração individual e coletiva, a meu ver, pode constituir-se num objetivo a ser discutido, tendo em vista o cuidado de si pelos próprios sujeitos. Criar a necessidade de mudar de condições de vida e de valores, assim como de mudanças sociais, econômicas e culturais pode ser um objetivo extremamente pretencioso por, no mínimo, duas razões.

A primeira crítica poderia referir-se a que o modo de viver, assim como os valores embutidos nesta forma, não podem ser considerados descontextualizados de uma construção sócio-histórica-individual que se faz ao longo dos anos e, por vezes, ao longo de gerações. É possível que as pessoas estejam satisfeitas com o seu modo de viver e não

desejem mudá-lo. Este fato, entretanto, não diminui a necessidade de serem apresentadas outras possibilidades aos indivíduos, além dos seus direitos como pessoa e cidadão.

Por outro lado, criar a consciência da necessidade de mudança pode não ser suficiente para alcançá-la. Ainda, as pessoas que vivem, mesmo em condições de vida entendidas como inadequadas pelos profissionais de saúde, tendo em vista seus contextos sociais, econômicos e culturais, podem estar saudáveis, ter saúde, ter crenças sobre a saúde e sobre a sua saúde, apesar de poderem ter problemas de saúde. Elas não são um problema de saúde na sua totalidade, assim como não são doentes como um todo.

A questão fundamental poderia ser se, apesar do seu modo de viver e dos seus valores, tendo em vista a sua individualidade e as suas normas individuais, ela consegue enfrentar infrações às normas usuais e instituir novas normas, ou seja, se ela tem condições de se recuperar. Ao próprio homem, diante das transformações que sofre e das mudanças funcionais vividas, frente ao conjunto de seguranças que dispõe ou de que não usufrui, assim como dos esclarecimentos, orientações e alternativas apresentadas pelos profissionais de saúde, cabe decidir como agir, no que mudar, e se for o caso, quais são os valores que reconhece como inquestionáveis ou não.

Ainda, a proposição de “destruição de crenças” quanto à saúde, desenvolvendo a racionalidade nesta área, dentre outros objetivos propostos para a educação à saúde, *a priori*, poderia desqualificar e negar qualquer outro saber e crença sobre a saúde, reconhecendo, como verdadeiro e válido, apenas o saber do profissional. Tal postura parece desconsiderar que as pessoas usufruem de saúde e são saudáveis, de modo freqüente, independentemente de qualquer relação estabelecida com os profissionais e as instituições de saúde.

Rezende, ao tratar dos valores como produtores de práticas de saúde no mundo contemporâneo e como forças gregárias na educação para a saúde, enfatiza a necessidade do reconhecimento e valorização da riqueza da diferença, mediante atitudes de relativização, já que o mundo dos homens não pode mais ser homogeneizado:

É comum o educador em saúde esperar de seus clientes atitudes em relação a saúde semelhantes as suas próprias. Ele aprendeu, durante sua formação acadêmica, princípios de higiene e profilaxia (...) que todos deveriam utilizar para gozar de boa saúde. Tudo aquilo que não guarde relação com estes esquemas teóricos, ele aprendeu a subestimar. Assim, a sabedoria popular pode ser vista como primitiva, o cliente como inculto e incapaz de resolver seus problemas, como aquele que precisa ser dirigido. Ao sufocar os valores diferentes dos da ciência exclui a clientela das decisões. De posse de um saber, o educador em saúde pretende distribuí-lo como dádiva e, como filântropo, espera boa vontade e gratidão de sua clientela. Esta ingênua consciência da realidade inviabiliza a ação educativa em saúde, uma vez que ela é guiada por uma falsa referência, não elabora estratégias participativas, por não reconhecer a verdade do outro, que é diferente daquela do educador (Rezende, 1997a, p. 4).

A saúde das pessoas é anterior e pode acontecer sem qualquer relação com os profissionais que detêm o saber médico. Esta posição, entretanto, não significa a negação ou a desqualificação de um saber que vem se construindo a partir de estudos sobre as vivências e experiências das pessoas; um saber que, reconhecidamente, poderia ser utilizado, assim como outros saberes, seja para aumentar as seguranças dos sujeitos para o presente, seja para assegurar um conjunto de seguros para o seu futuro.

Em um trabalho de análise do papel da enfermeira na equipe multidisciplinar de Clínica de Hipertensão Arterial de um hospital ensino, Braga e Covello, concluem que a experiência possibilitou uma outra perspectiva de ação da enfermeira numa equipe multidisciplinar, destacando que

os fatores de risco para a hipertensão arterial podem ser diminuídos e/ou suprimidos dos hábitos do cliente hipertenso controlado, pela enfermeira, através do processo educativo contínuo e direcionado para o autocuidado (Braga e Covello, 1994, p. 172).

A análise pretendida a partir desta citação, tendo em vista a governabilidade dos sujeitos, busca focalizar, novamente, quem são os sujeitos da ação e os sujeitos da saúde. Se a saúde é das pessoas e algo que não provêm do exterior, considero que os agentes de mudança quanto à saúde, em última instância, são os próprios clientes envolvidos, do mesmo modo como a redução ou eliminação de hábitos, que se constituem em riscos, deveriam ter os próprios clientes como sujeitos das ações. Entender a enfermeira como o sujeito da ação implica entender o cliente não mais como o sujeito da sua saúde, mas como alguém que obedece à determinação do outro, a quem se sujeita, à sua vontade e ao seu saber. Diferentemente, entender o cliente como agente de mudança e sujeito da sua saúde significa participar de uma instrumentalização mútua para aumentar a compreensão frente ao que lhe pode estar acontecendo e para decidir como agir diante da sua situação única e específica.

A mudança de comportamento da comunidade ou do indivíduo como objetivo da educação em saúde aparece em outros trabalhos, numa abordagem de “quem sabe para quem não sabe o que é melhor para si”, e de “quem detêm o saber para quem não o detêm”.

Na verdade, os profissionais de saúde, frequentemente especialistas em uma área deste saber, possuem inúmeros conhecimentos acerca de problemas de saúde, de como preveni-los, de como tratá-los ou enfrentá-los. Entretanto, cada indivíduo tem uma normalidade única, seja para reconhecer uma anomalia como patologia, seja na sua valorização em seu contexto de vida, seja na prioridade que o problema de saúde pode ter para si, frente aos valores da sua existência.

A educação em grupos, além de outras contribuições, oferece à enfermeira a oportunidade de atuar na quebra de barreiras atitudinais, através de esclarecimento objetivo sobre as reais condições funcionais de indivíduos portadores de diferentes tipos de deficiências (Neves et al, 1982, p.195).

A orientação do diabético e sua família deve ser tão envolvente que eles se convertam em participantes ativos no controle da doença e na prevenção das complicações quer agudas, quer a longo prazo e do modo mais natural possível (Costa e Lima, 1988, p. 169).

Quanto aos hábitos de vida, o indivíduo deverá ser orientado para abolir o uso de cigarros, pela acidose que provoca e, conseqüentemente, redução na produção de estrogênio e ação osteoclástica (Lautert et al, 1995, p. 166).

A mudança de comportamentos pela obediência de quem, aparentemente, sabe menos a quem sabe mais, com a supressão ou a mudança de hábitos, sem um convencimento racional no qual o cliente reflita, pondere e decida com autonomia quanto ao que e porque fazer, assim como quanto ao significado da mudança na sua vida, pode ter um significado de mortificação dos seus desejos, de rechaço de si, de renúncia ao próprio eu, apesar de poder ser entendida como uma manifestação de auto-cuidado. Tal análise resulta da crença de que quando as decisões não se fazem a partir ou através da vontade da pessoa, fundamentadas no diálogo, na palavra e na reflexão, assim como na sua história pessoal, mas a partir da vontade do outro, o cliente age não como sujeito, mas como objeto, como meio, negando sua condição humana como fim.

Para Arendt, o ato de pensar pode ter um efeito destrutivo pelo questionamento dos critérios estabelecidos, dos valores, das regras de conduta e de hábitos que são objetos da moral e da ética. Entretanto, o não pensar, a falta do exame crítico, também, têm seus perigos pela possibilidade de adesão imediata a quaisquer normas ou condutas vigentes, num dado momento, numa dada sociedade. Há uma tendência das pessoas a não tomarem decisões, habituando-se, então, menos ao conteúdo das regras do que a sua possessão (Arendt, 1995).

Foucault explicita que, nos séculos IV e V, a noção de conversão, entre os cristãos, passa a implicar em mudança, em passagem de um estado a outro e em renúncia de si mesmo. Se a este processo de conversão, como uma ruptura e mudança no interior do eu, no qual o sujeito é marcado pela vigilância e pela censura, pode chamar-se de trans-subjetivação, Foucault denominaria de auto-subjetivação quando o próprio sujeito, através de um processo longo e contínuo, constitui-se em fim para si mesmo (Foucault, 1987, p. 76).

Reconheço que muitas das práticas apresentadas, a partir da análise dos textos, podem fazer parte, nas suas mais diferentes expressões, da nossa atuação como profissionais de saúde. A intenção deste trabalho, entretanto, é indicar os limites entre o governo de si e o governo dos outros na enfermagem, um limite que pode, de modo freqüente, mostrar-se extremamente sutil.

A orientação da equipe de saúde, por exemplo, para que o cliente abandone o cigarro, é um fato bastante comum e, quem sabe, até banal na área da saúde. Apesar de banal, todavia, não impede que se discuta a possibilidade de uma outra relação entre o profissional e o cliente. Uma relação não de poder pastoral em que o profissional decide o que o cliente deve fazer ou o que deve obedecer, mas que o reconhece como um adulto com capacidade para pensar e decidir o que fazer frente as alternativas, conseqüências, riscos e perdas discutidas. Um adulto que pode ser esclarecido, a partir da fisiologia, acerca do que **pode** estar acontecendo consigo e do que **poderá** lhe acontecer em determinadas condições. Entretanto, assim como as possibilidades estabelecidas em cima de médias e normas podem ou não acontecer, dependendo das normas individuais de cada pessoa, cada pessoa poderá decidir como cuidar de si.

Em um estudo sobre a atuação do enfermeiro como educador tendo em vista a prevenção de doenças ou das suas complicações, Velasques *et al* implementaram junto à comunidade o modelo de processo de enfermagem de Horta. Ao apresentarem o prognóstico de enfermagem, dizem que

estabeleceu-se uma estimativa da probabilidade de mudança de comportamento da comunidade (Prognóstico de enfermagem) (...) É importante destacar que o Prognóstico de Enfermagem da comunidade é reservado, pois como o estudo em questão tem aspecto fundamentalmente educativo, é necessário que esta comunidade seja estimulada continuamente para que desenvolva os conhecimentos apreendidos, atingindo, assim, o objetivo da educação que é a mudança de comportamento (Velasques et al, 1986, p. 17).

Para Horta, o prognóstico de enfermagem “é a estimativa da capacidade do ser humano em atender as suas necessidades básicas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem” (Horta, 1979, p. 68). Ainda, um bom prognóstico é reconhecido como o que prevê o auto-cuidado e à independência da enfermagem. No entanto, acredito que o auto-cuidado da comunidade, assim como dos indivíduos, não necessariamente implique mudança de comportamento. Estabelecer o prognóstico de enfermagem, a partir da possibilidade de mudança de comportamento da comunidade, parece **exigir** a adesão da comunidade às orientações realizadas, podendo implicar uma obrigatória necessidade de mudanças no seu modo de viver e de se cuidar.

As autoras referem, ainda, que nenhum entrevistado da comunidade associou as condições de higiene e as precárias condições de moradia com problemas que pudessem intervir em sua saúde. Cabe ressaltar que, embora as pessoas conheçam os possíveis problemas decorrentes de certos hábitos, podem, no entanto, optar por mantê-los. Tal decisão é um indicativo de não saberem cuidar-se ou pode ser indicativo de uma decisão

pessoal e autônoma? O fato do cuidado de si implicar desobediência ao que lhe foi orientado não pode ser desconsiderado enquanto cuidado da sua saúde, porque é o próprio cliente o responsável por sua vida e pela decisão de como viver ou de como não viver. Assim como a saúde das pessoas não é assunto dos outros, mas das próprias pessoas, o conhecimento sobre a saúde e o seu significado não são, portanto, propriedades dos profissionais de saúde, não são um conceito científico, porém um conceito comum, que se encontra ao alcance de todos.

O cuidado de si, como uma tecnologia do eu, pode entrecruzar-se, a todo o momento, com o cuidado do outro e com o possível governo do outro. Como diz Foucault, muitas das técnicas de si são invisíveis e, comumente, estão articuladas às técnicas de direção dos outros. O ensino do auto-cuidado, por sua vez, pode estar imbricado com o governo do outro, no momento em que o profissional, como na figura de um mestre, orienta o cliente, na figura do discípulo, acerca do seu cuidado, do cuidado com o seu corpo. É possível dizer, então, que o cuidado de si, enquanto uma tecnologia do eu e uma prática autônoma, encontra-se no limite em que se inicia o exercício do poder pastoral, podendo decorrer daí uma prática heterônoma por parte do cliente.

A questão fundamental no tema da governabilidade dos sujeitos, refere-se à possibilidade do exercício da autonomia do sujeito cliente ou da sua obrigação de um agir heterônomo, de acordo com a vontade do outro, ou seja, o cliente tem agido em relação ao seu próprio cuidado de acordo com a sua vontade racional ou a sua ação tem resultado de uma relação de obediência para com o outro? Quem tem assumido a responsabilidade pelas decisões que deveriam ser do cliente? Até que ponto o cuidado do cliente tem se caracterizado pelo exercício de um poder pastoral que tem sufocado a possibilidade de auto-cuidado e o exercício do cuidado de si?

A tecnologia do poder pastoral, originária das instituições cristãs, não tem mais a intenção de garantir ou alcançar a salvação eterna, a salvação no outro mundo como no início do cristianismo. Revitalizado no século XVIII, no Estado Moderno, o exercício do poder pastoral pretende alcançar a salvação dos homens neste mundo, entendendo-se por salvação, a saúde e o bem estar dos sujeitos. Este tipo de poder que se exerce pelos agentes do poder pastoral, concretiza-se por relações, fundamentalmente, heterônomas: o pastor, como o responsável por seu rebanho, busca, de forma abnegada, garantir a salvação das ovelhas através de atos de bondade individualizados, em que a obediência da ovelha é vista como um fim para alcançar e assegurar a sua salvação.

Parece necessário destacar que as análises que se farão acerca de como tem se dado a governabilidade na enfermagem não tem o propósito de desvalorizar os movimentos feitos no sentido de maior participação e independização do cliente pela despaternalização da assistência. Na verdade, o que se pretende é colocar um outro olhar sobre as práticas da enfermagem, apoiado em um referencial teórico que trata dos limites entre o cuidado de si e o poder pastoral, na tentativa de refletir sobre possibilidades e alternativas que favoreçam, ainda mais, o exercício dos sujeitos éticos, dotados de autonomia.

Apresento, então, alguns elementos acerca do auto-cuidado dos sujeitos, aparentemente, não como práticas autônomas, mas como resultantes da heteronomia dos sujeitos.

3.1.4 - O auto-cuidado e a heteronomia dos sujeitos

Luz *et al* em um estudo sobre a atuação da enfermeira frente ao sentimento da mãe de um natimorto, constatam a dificuldade dos elementos da equipe de saúde em tratar do

assunto com a mãe, pois “existe uma preocupação de poupar a mãe” (Luz *et al*, 1989, p.95), acrescentando que

relativamente às informações levadas à mãe sobre a morte fetal, constatou-se que 35% delas não foram notificadas de imediato ou receberam (ou perceberam) a informação de forma indireta: nota-se aqui a dificuldade dos membros da equipe de saúde em abordar acerca da consumpção duma expectativa de vida: todos, seres humanos a quem a morte diminui (Luz et al, 1989, p.99).

Acerca, ainda, da morte perinatal e do seu significado para as mães, Popim e Barbieri destacam o estudo de Lovell *et al* sobre as reações das mães frente à morte perinatal. Estas mulheres, além de manifestarem sentimentos de desapontamento, fracasso e culpa pelo ocorrido, não reconhecendo “veracidade” nas explicações dadas pelos profissionais da saúde para justificar as razões da morte das crianças, percebem:

as ações médicas e de enfermagem realizadas por profissionais 'muito ocupados', não dispendo de tempo para conversar com elas, e se suas solicitações se tornam muito insistentes, esses profissionais lhes fornecem tranquilizantes (Popim e Barbieri, 1990, p. 135).

Os profissionais da saúde parecem estar mais preparados para trabalhar com o processo da vida do que com as possibilidade de sua interrupção ou mesmo da morte. A sociedade, como um todo, parece não transitar, muito à vontade, mas com um certo desconforto, silêncio e temor, quando se trata do tema morte.

Parece que associado ao preparo dos profissionais para o trabalho com a vida, se atrelaria um sentimento de onipotência dos profissionais, no qual a morte, como um fenômeno natural, estaria descartada; antes, a morte representaria o insucesso da equipe de saúde ou dos seus profissionais, como o verificado no depoimento de uma enfermeira de Centro de Tratamento Intensivo (CTI), em trabalho de Corrêa (1995, p.236):

Pode parecer onipotência, mas, muitas vezes, sinto-me responsável pela vida e pela morte de alguns pacientes, o que gera em mim um stress muito grande (grifos da autora).

Trabalhar com a possibilidade da morte e do seu significado como uma perda, apesar de poder ser comum para quem trabalha na área da saúde, possivelmente, requer um prévio trabalho interno dos profissionais, no sentido do seu cuidado de si e do conhecimento de si: o que significa a morte? como trabalhar com a morte? qual o significado de uma perda?

Trabalhar com a possibilidade da morte ou de diagnósticos que podem ter este significado, provavelmente, requererá o enfrentamento dos nossos sentimentos, medos, emoções. Como é possível cuidar do outro que pode estar enfrentando um processo de morte sem, previamente, o cuidador, no caso, os elementos da equipe de enfermagem, ocuparem-se de si, voltarem-se para si, no sentido de se conhecerem e se prepararem para o seu próprio processo de morte?

Parece-me que a formação disciplinar presente na enfermagem e que tem favorecido a produção de corpos úteis economicamente, mas dóceis politicamente, também tem favorecido a um embotamento dos sentimentos e das emoções, a um endurecimento no trato com o outro: **é preciso agir, é preciso fazer, não há tempo a perder, é preciso mostrar produtividade**. Neste empenho para mostrar o trabalho e o serviço realizado, parece não haver espaço para o pensar, o duvidar, o questionar e o refletir.

O “homem-máquina” de La Mettrie é ao mesmo tempo uma redução materialista da alma e uma teoria geral do adestramento, no centro dos quais reina a noção de ‘docilidade’ que une ao corpo analisável o corpo manipulável. Os famosos autômatos, por seu lado, não eram apenas uma maneira de ilustrar o organismo; eram também bonecos políticos, modelos reduzidos de poder: obsessão de Frederico II, rei minucioso das pequenas minúcias, dos regimentos bem treinados e dos longos exercícios (Foucault, 1991, p.126).

O cuidado de si, no entanto, implica um conjunto de obrigações para o corpo e para a alma, retirar-se para dentro de si, “estudar, ler, preparar-se para os reveses da fortuna ou para a morte” (Foucault, 1990a, p.61). Como cuidar do outro sem antes cuidar de si?

Cheida e Christófolli, em 1984, publicaram um estudo realizado em um hospital especializado em atender pacientes com câncer, para identificar conceitos e reações da equipe de enfermagem frente ao paciente oncológico, considerado como paciente terminal. Justificam a sua opção pelo hospital especializado em oncologia, apoiando-se em autores que reconhecem no câncer, um dos símbolos da morte nos dias atuais. Relatam que

no hospital impera a mentira institucionalizada, que a princípio tem a função de proteger o paciente contra a angústia de sua morte, mas posteriormente, essa mentira acaba por cumprir outro papel: o de fornecer à sociedade, família e equipe hospitalar uma ‘confortável ilusão, desobrigando-a de pensar na morte, permitindo a fuga de emoções (Cheida e Christófolli, 1984, p.167).

As autoras constataam que 67% dos elementos da equipe de enfermagem pesquisados concordam que o paciente com câncer deve ser esclarecido do seu diagnóstico. Já, as justificativas apontadas pelos informantes para a recusa da informação ao cliente relacionam-se ao seu despreparo para receber a informação, o risco de suicídio, o comprometimento da esperança de cura do paciente, além da dificuldade de prosseguir conversando com o paciente após o esclarecimento do seu diagnóstico. Parece-me que recusar ao cliente o acesso ao conhecimento e esclarecimento do seu diagnóstico configura-se, também, como uma atitude paternalista¹², de infantilização do cliente que não é reconhecido como uma

¹² A negação de um diagnóstico, como o de câncer, a um cliente considerado competente cognitiva e emocionalmente, como atitude de beneficência de outros da equipe de saúde e do médico para com ele, prevendo um possível estado de depressão decorrente do conhecimento do diagnóstico, pode ser entendida como uma relação paternalista.

pessoa dotada de autonomia, que deve ter sua capacidade de pensar e decidir sobre si respeitada.

Por outro lado, tão importante quanto a decisão de esclarecer o cliente acerca do seu diagnóstico, faz-se necessária a decisão de **como** informá-lo, respeitando-o como um ser humano com uma história, valores e sentimentos; respeitá-lo como um fim, em que a comunicação do seu diagnóstico é apenas a concretização de um meio para que este homem possa ser reconhecido, reconhecer-se e fortalecer-se como sujeito de si.

O enfrentamento do esclarecimento de um diagnóstico requer uma relação de **solidariedade** que pode ser entendida como uma relação de crescimento mútuo, entre pares que buscam tornar-se mais sujeitos na busca e na apreensão da verdade. Para Passos, a solidariedade

não deve ser interpretada como conivência e corporativismo e sim como o exercício da verdade que é a única forma de crescimento individual e coletivo (Passos, 1993, p.62).

Em uma experiência participativa com clientes portadores de câncer em atendimento ambulatorial, com o propósito de mobilizá-los ao auto-cuidado, Noronha reconhece que esconder do cliente o seu diagnóstico de câncer corresponde à exclusão da sua condição de sujeito do seu processo de saúde, além de deixá-lo à margem da sua própria realidade. Em entrevistas com enfermeiros e médicos de várias instituições, constatou que

uns omitem totalmente de seus clientes o diagnóstico do câncer, muitas vezes dizendo outro diagnóstico em lugar do verdadeiro, considerando correta a atitude, pois, segundo eles, tal informação poderia ser maléfica ao cliente. Outros dizem 'meia verdade', isto é, dizem que o cliente tem uma doença muito grave e que precisa se cuidar. Outros dizem que o cliente tem câncer e lhe prometem cura. Os enfermeiros, em grande parte, omitem-se e preferem que esse assunto seja resolvido tão-somente pelos médicos, por se tratar de diagnóstico. Desenvolvem os cuidados de

enfermagem também escondendo as afirmações do cliente (Noronha, 1986, p. 40).

A autora, enfrentando dificuldades para encontrar clientes sabedores do seu diagnóstico, optou por desenvolver o trabalho proposto numa instituição em que um médico, da área de oncologia clínica, tinha como conduta dizer a verdade aos clientes, de modo gradativo e com um prévio preparo. Dos cinquenta e três pacientes atendidos por este médico e cadastrados com câncer, apenas treze sabiam do seu diagnóstico, outros encontravam-se em processo de preparação para a verdade e outros, possivelmente, devido ao seu estado de gravidade, não viriam a ter conhecimento. Noronha, destacando a necessidade de que as informações fornecidas devam ser claras e fidedignas, traz estudos, como os de Maguirre e Weissman para quem **o fornecimento de um diagnóstico pode trazer choques e sobressaltos iniciais, no entanto, os doentes afirmam que ter o conhecimento da verdade favorece e ajuda a entender o tratamento, planejar o futuro e adaptar-se à situação**; os problemas, na verdade, decorreriam da incapacidade dos pacientes de vencerem as consequências do câncer.

O problema da informação de um diagnóstico, frequentemente associado à morte, e negado, comumente, tanto pela equipe de saúde como pela família, poderia estar associado, como já referido, à dificuldade existente entre as pessoas, de um modo geral, de enfrentarem o tema da morte. Parece preferível deixar velado e na escuridão um assunto sobre o qual nos sentimos despreparados para enfrentar, optando-se por desconsiderar e negar a possibilidade do cliente ser tratado como uma pessoa que pode estar enfrentando uma situação de morte e que tem o direito de ser respeitada, nesta situação, como pessoa, "dona da sua vida".

Noronha defende que a concepção de auto-cuidado, mais aceita e difundida em países desenvolvidos, requer ser retomada, quanto aos seus princípios e aplicabilidade, considerando o contexto brasileiro. Denuncia que, na assistência de enfermagem, o enfermeiro ainda tem assumido o papel de sujeito do processo, decidindo como atuar, dirigindo as suas ações e as dos clientes, tomando como fundamento os problemas que a enfermeira considera como prioritários, o que numa perspectiva do poder pastoral, significa que a enfermeira (o pastor) assume a responsabilidade pelo cliente (a ovelha), o que pressupõe uma relação assimétrica e de desigualdade. Daí propõe que:

para que a pessoa possa decidir sobre sua saúde e se cuidar, é fundamental que ela esteja mobilizada a utilizar sua própria consciência crítica. (...) o trabalho 'com' é diferente do trabalho 'para' ou 'pelo' cliente. (...) uma das premissas do auto-cuidado é a decisão e, em tese, qualquer pessoa em lucidez pode decidir e raciocinar acerca do seu corpo, seus interesses, seu próprio bem-estar e o da coletividade (Noronha, 1986, p. 35) (...) a decisão, a liberdade e participação que são os pontos fundamentais para o desempenho do auto-cuidado, constituem direitos inalienáveis das pessoas e o impedimento da satisfação destas necessidades só acontece em circunstâncias extremas (Noronha, 1986, p. 41).

O sujeito para poder decidir quanto ao seu auto-cuidado, acerca do seu corpo e de si, precisa conhecer e saber o que se passa consigo. Parece, no entanto, que o conhecimento dos clientes acerca do processo de saúde e doença vividos, ainda não está muito presente nas relações da saúde:

No serviço em que atuamos, recebemos pacientes que vêm marcar a sua cirurgia, e não têm a menor idéia do seu diagnóstico e nem mesmo do tipo de cirurgia a que vão se submeter (Maia, Colodo e Vale, 1988, p.34).

Pode se perceber a total falta de informação da mesma acerca do processo patológico em que se encontrava, já que esta referiu ter perdido o papel do encaminhamento e não ter procurado o serviço de referência para realização da colposcopia. Tratava-se de uma mulher de 39 anos com resultado de câncer "in situ"... (Chiesa, 1992, p.33).

A entrevistada ignorava, até poucas horas antes da cirurgia, a necessidade de extirpação da mama. (...) O desconhecimento dos objetivos do tratamento quimioterápico a que estava se submetendo fez a paciente julgar desnecessária a mastectomia realizada. A ausência de orientação aumentou as preocupações da paciente, que não foi informada sobre os efeitos traumáticos para os que não os conhecem e se deparam com a alopecia logo no início do tratamento (Fialho e Silva, 1993, p.268).

Um aspecto que poderia ser discutido refere-se a quem, na equipe de saúde, cabe orientar os clientes quanto ao seu diagnóstico, tratamento e cuidados, assim como a discussão acerca do direito do cliente, já informado, ter a opção de checar um diagnóstico, de discutir as possibilidades de tratamento, suas conseqüências, seus diferentes efeitos colaterais previstos, para, então, poder decidir como agir.

A necessidade de orientação do cliente e de redução de um possível vácuo de conhecimento existente entre quem trata e cuida e quem é tratado e cuidado, parece-me que tem a ver com todos os elementos da equipe de saúde. As estratégias, fundamentalmente de poder, mas também de saber, utilizadas pelos diferentes profissionais de saúde para que se atenda a tal necessidade poderão e deverão ser as mais diferenciadas e criativas, num movimento de coerência com um discurso que, ainda, tem afirmado reconhecer, como prioridade do seu fazer profissional, o cliente enquanto um sujeito dotado de razão e de vontade e não apenas um cliente enquanto objeto de cuidado.

Já Valle, Guedes e Albuquerque (1990, p. 79-84) colheram depoimentos de cinquenta pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, acerca do seu preparo no período pré-operatório, dentre outras impressões e sugestões solicitadas. Chama-me a atenção de que dos oito relatos de caso apresentados e comentados, em seis deles, os pacientes informam ter sido preparados e orientados a “colaborar bastante”, “fazer tudo

que me dissessem, que logo ficaria bom", "colaborar, atendendo a tudo que me pedissem na UTI", "não me falaram como seria a colaboração que eu teria que dar", "para colaborar com os exercícios". Em contraposição a este tipo de "preparo" dado, a maioria destes pacientes referiu não ter sido preparada, por exemplo, para o que ia lhes acontecer ao acordarem na UTI, acerca do tamanho da incisão, dos aparelhos, dos tubos, do número de pessoas a sua volta e das diferentes solicitações que lhes poderiam ser feitas. Conforme as autoras concluem, o preparo dos pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca, na situação analisada, não vem ao encontro das suas necessidades.

Na verdade, de acordo com os depoimentos dos pacientes, este preparo não parece estar relacionado à busca do seu auto-cuidado entendido como cuidado de si, do preparo e fortalecimento para as situações desconhecidas que irão enfrentar, como na *ascesis*. As orientações parecem ter sido feitas mais no sentido de preparo dos clientes para se sujeitarem ao exercício do poder pastoral, pela ênfase na **necessidade de obediência, submissão e adesão a toda e qualquer solicitação que viesse a ser feita pela equipe de saúde, posteriormente, na UTI.**

Já Vietta e Bueno, em trabalho que abordava os sintomas existenciais, os sintomas patológicos, a classificação psiquiátrica e o problema de segregação social e degradação decorrentes, afirmam que a classificação das pessoas em um diagnóstico psiquiátrico, como um ato humano e social, envolve o que classifica, o classificado e o público que pode acatar ou rejeitar tal classificação. **A aceitação de um ato classificatório sobre si ou sobre os outros requer, geralmente, um exercício de poder, seja intelectual, como o poder científico, seja político, descrito como coercitivo** (Vietta e Bueno, 1987, p.54).

Apoiando-se em Szasz, as autoras lembram que apesar de se poder classificar estrelas e animais apoiados nas Ciências Físicas, não se admite classificar o comportamento

dos homens, apoiados nas Ciências do Comportamento. Se a linguagem da Física possibilita a compreensão e manipulação de objetos físicos, a linguagem das Ciências Comportamentais poderia facilitar a compreensão e a **manipulação** de seres humanos. Então, perguntam se “*seria moralmente legítimo controlar ou manipular seres humanos?*” (Vietta e Bueno, 1987, p.257).

A classificação psiquiátrica, com o enquadramento dos indivíduos num rol de doenças psiquiátricas, poderia se constituir num instrumento de coisificação e de segregação social, já que quando

o paciente é classificado numa nosografia, ele deixa sua situação de sujeito a quem se fala para a de objeto do qual se fala e do qual se dispõe (Vietta e Bueno, 1987, p.54).

Apresentando aos docentes de enfermagem uma listagem de sintomas emocionais com a finalidade de que identificassem os sintomas reconhecidos como normais e como anormais, assim como sua auto-percepção dentro de um referencial de normal ou anormal, Vietta e Bueno constataram que a coerência da classificação teria ficado comprometida. Os docentes mostraram-se mais condescendentes e criteriosos ao se classificar, demonstrando, então, que é mais fácil classificar e rotular os outros do que se classificar e se rotular. Associado a isto, encontra-se a tendência percebida, freqüentemente como uma normalidade, da equipe de saúde de identificar os clientes mediante um rótulo (diagnóstico) que os associe e identifique a sua patologia clínica, sem, muitas vezes, nos apercebermos da atitude implícita de negação ou de anulação da presença de um ser humano que deve ser maior, anterior e mais importante do que a sua relação com um diagnóstico.

Souza e Spriccigo, focalizando especificamente o compromisso social da enfermagem com o cliente idoso, denunciam que o auto-cuidado do idoso e a valorização da

sua determinação não têm se concretizado suficientemente na prática, apesar de serem valorizados na teoria. Consideram

fundamental que a enfermagem realize uma reflexão de sua prática e também acerca do envelhecimento de populações humanas. É necessário que faça um efetivo preparo dos recursos humanos para que continuamente critique seu trabalho e nesta área, não subestime a capacidade de decisão e de auto-cuidado do idoso, especialmente quando uma de suas funções vitais estiver comprometida. Isto porque, empiricamente se vê no campo de prática a enfermagem dispensando cuidados que poderiam ser realizados pelo cliente e/ou familiar, mas que provavelmente pelo caráter 'paternalista/maternalista' da enfermagem, ou mesmo o 'monopólio do saber-cuidar', ainda o auto-cuidado e a valorização da auto-determinação do idoso não é um fato concreto na prática, muito embora seja enfocado teoricamente (Souza e Spriccigo, 1983, p.197).

Trago, a seguir, a análise de dados que parecem indicar o cliente não como sujeito participante da decisão e do cuidado a ser implementado em si, enquanto uma prática e manifestação de cuidado de si como pessoa, mas como um objeto de decisão e da ação do cuidado realizado em si por outros.

3.1.5 - O cliente como objeto do cuidado

Ao atuarem junto a clientes com diagnóstico de diabetes e de hipertensão arterial, em nível ambulatorial, tendo como uma das suas finalidades, o alcance do seu auto-cuidado, Costa e Lima, assim, se expressam:

Elaboração de um plano específico de orientação com uma abordagem que atenda às peculiaridades de cada diabético que poderá conter um ou todos os itens seguintes, de acordo com a avaliação feita pelo enfermeiro (Costa e Lima, 1988, p.170).

Em trabalho sobre a prática de enfermagem em uma unidade de queimados, Rossi (1994, p.104), comenta a dificuldade referida pelos enfermeiros de lidar com os aspectos emocionais dos pacientes, apesar de afirmarem que “o paciente é atendido como um todo.” A autora resgata Wolf, Boland e Aukerman que afirmam serem os enfermeiros **ensinados a reconhecer e a atender todas as necessidades dos pacientes**, mostrando-se frustrados ao não conseguirem, apesar da **expectativa dos pacientes de que somente as necessidades por eles consideradas importantes sejam atendidas**.

Já em um estudo de caso de aplicação do modelo de auto-cuidado de Orem, com cliente hospitalizado em decorrência de um problema ortopédico, as autoras referem que

nos sistemas de enfermagem, o enfermeiro atua como regulador do auto-cuidado, estabelece a forma e o relacionamento com o paciente. Ele identifica os déficits, executa aquilo que o paciente não consegue fazer, ensina, orienta e promove o desenvolvimento de suas capacidades, tornando-o independente da assistência de enfermagem e, conseqüentemente, assumindo o auto-cuidado (Tashiro, Cintra e Tonussi, 1995, p.47).

Leopardi, Almeida e Rocha, tratando do significado da assistência de enfermagem no resultado da assistência à saúde, afirmam que a teoria de Orem, assim como os modelos de Henderson, Horta e outros, têm a teoria dos sistemas e do desenvolvimento humano como a sua base de sustentação, consistindo numa teoria funcionalista:

pois busca a preservação e integralidade dos sistemas, e positivista ao querer explicar comportamentos que são tidos como de auto-cuidado numa dimensão de causa-efeito, sem ir às raízes dos mesmos. É uma aproximação que reduz o ser humano a um conjunto de necessidades ou problemas, e que impõe ao enfermeiro a condução do processo de enfermagem. (Leopardi, Almeida e Rocha, 1992, p.251).

Talvez seja pertinente voltar a questionar: **qual tem sido, fundamentalmente, o papel do cliente no processo da assistência de enfermagem e, principalmente, nas**

tentativas de implementação do auto-cuidado? Apesar dos discursos sobre o auto-cuidado reforçarem a participação do cliente no seu cuidado ou no planejamento da sua assistência, a percepção e a abordagem do cliente enquanto um sujeito capaz de pensar, de refletir, de conhecer e de optar, decidindo por si e para si o que é o melhor, como um ser dotado de razão, de vontade e da capacidade de exercer sua liberdade, parece ainda não se fazer de modo satisfatório, já que o sujeito que determina o processo parece ser a enfermeira.

Uma questão poderia ser colocada acerca do que é prioritário para a enfermagem: o cliente ou o seu tratamento, o cliente ou a sua saúde, especialmente, diante do que se segue:

deve haver harmonia entre paciente e enfermeiro no estabelecimento das prioridades da assistência, fazendo com que o indivíduo seja participante ativo do seu tratamento, o que certamente contribuirá para evitar conflitos. A capacidade de escolha do paciente deve ser respeitada na medida em que isto não venha a interferir negativamente no seu tratamento (Silva et al, 1980, p.360).

a solicitação do paciente deve ser satisfeita na medida em que ela não venha a prejudicar o seu tratamento. Sempre que possível, o plano de cuidados deve ser estabelecido junto com o paciente. Participando deste, ele sentirá que tem ainda algum poder decisório sobre si próprio, estimulando assim, o seu auto-conceito (Ferraz et al, 1986, p.55).

É nos difícil olhar a paciente como um ser social, pensante, banhado em historicidade, com direito à educação e saúde. É nos difícil olhar a paciente como um ser que traz uma bagagem de experiência, de credos, de tabus, etc... que são vitais para ela naquele momento e que podem ser respeitadas sem prejudicar a qualidade de assistência que ela precisa receber. A nossa prática educativa quando realizada, é autoritária e absoluta. É reiterativa, não tendo a preocupação de despertar a reflexão no outro (Maia, Colodo e Vale, 1988, p.35).

Por que se deve priorizar a participação do cliente na sua assistência, articulada à meta de alcançar o cuidado de si? Será a busca da harmonia no ambiente de trabalho, na relação com os pacientes, de modo a reduzir suas resistências ao tratamento e aos cuidados?

fazê-lo sentir que, **ainda**, tem **algum** poder decisório sobre si? despaternalizar a assistência de enfermagem? tornar-se independente da assistência de enfermagem?

Ao se falar em estimular e perseguir a participação do cliente no seu próprio cuidado, é provável que esta possível participação esteja sendo buscada de forma condicionada, ou seja, estimula-se, busca-se e aceita-se a participação do cliente **desde que** esta não comprometa o seu tratamento ou a sua saúde.

A justificativa para enfatizar o auto-cuidado, porém, como uma estratégia de manipulação do cliente de modo a alcançar, mais eficaz e eficientemente, os objetivos do profissional, ou seja, atingir suas finalidades (a saúde do cliente, a adesão ao tratamento, uma menor frequência de complicações) com menores movimentos de resistência por parte do cliente, estaria desvinculada de uma visão de enfatizar a importância do cuidado de si, inspirada e fundamentada no exercício da autonomia dos sujeitos.

E se o cliente optar e decidir agir de um modo diferente ao proposto pela equipe de saúde? Qual é o limite para a equipe continuar reconhecendo e respeitando o cliente como um sujeito histórico, pensante, com direito a ser respeitado em suas decisões: a aceitação e adesão ao tratamento? a aceitação e a adesão ao auto-cuidado como foi ensinado e orientado? a realização de movimentos que demonstrem empenho em manter e recuperar a sua saúde? atitudes que comprovem o cuidado e respeito à sua própria vida? Frente a tantas perguntas que poderiam ser formuladas, mais uma poderia ser feita como mobilizadora a este processo de reflexão sobre a governabilidade dos sujeitos: **a saúde é, na verdade, um direito ou um dever do cliente?**

3.1.6 - O cliente como meio para o alcance da sua saúde

A autonomia das pessoas como “donas das suas decisões e ações” constitui-se em um dos princípios da bioética. A bioética, como a reflexão filosófica sobre os problemas éticos que se situam no contexto das ciências biomédicas tem, classicamente, como princípios e regras morais os propostos por Beauchamp e James Childress, em 1979, na sua obra “Principles of Biomedical Ethics” (Luna e Salles, 1995, p.25), ou seja, a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça. Quando o indivíduo resiste a uma terapêutica entendida pela equipe de saúde como necessária, o princípio da autonomia do indivíduo de decidir por si mesmo e de modo livre, a partir das informações necessárias, o que pretende e opta para si, frente às possibilidades existentes, pode entrar em conflito com os princípios da beneficência e justiça.

Luna e Salles (1995, 27-8), ao abordarem tais princípios, focalizam o princípio do paternalismo como uma justificativa para a restrição da liberdade das pessoas que poderia se apresentar em duas versões. Na versão considerada menos polêmica pelas autoras, o cliente teria sua liberdade restrita quando sua decisão e seu modo de agir estaria influenciado por alguns fatores como a doença, drogas, um estado depressivo, o que poderia ser entendido como uma conduta não verdadeiramente deliberada. A intervenção, neste caso, estaria justificada por uma incapacidade cognitiva e emocional do cliente para decidir racionalmente. A pessoa seria, então, considerada **incompetente** para decidir por si, e a intervenção não seria reconhecida como violação da autonomia, pois presume-se que a autonomia deste sujeito já estaria diminuída. Uma questão que poderia ser levantada frente a esta versão para uma conduta paternalista seria a internação psiquiátrica involuntária de uma pessoa reconhecida como incompetente devido à sua enfermidade. Uma interpretação, ainda

mais controversa deste princípio, refere-se à restrição da liberdade de um indivíduo reconhecido como competente, mas justificada caso o beneficie.

Em 1980, Fraga, Araújo e Goulart desenvolveram um estudo sobre a importância da percepção, observações e registros do enfermeiro sobre as decisões da equipe médica no atendimento de um paciente internado em um hospital psiquiátrico, constatando e denunciando que as condições de assistência psiquiátrica oferecidas à paciente do estudo de caso foram de tipo custodial, alienante e punitivo e que em hospitais psiquiátricos semelhantes ao deste estudo, *“o paciente precisa aprender como comportar-se para obter o prêmio da alta ou mesmo merecer confiança”* (Fraga, Araújo e Goulart, 1980, p. 234).

Luna & Salles apontam, também, a situação de ocultação do próprio paciente, da sua condição de terminal, como medida preventiva de uma possível depressão. Neste caso, a equipe de saúde ou o próprio médico do paciente tem como pressuposto que sabem melhor, do que o paciente, o que lhe convêm (Luna e Salles, 1995).

Selli verificou que a equipe de enfermagem identifica os princípios bioéticos no seu cotidiano profissional, constatando uma tendência da enfermagem, representada pelo seu grupo de estudo, de atuar corretamente e fazer o bem para o paciente, o que demonstra a força do princípio da beneficência. Percebe, também,

uma forte tendência à proteção do paciente (...) O envolvimento do mesmo nas ações de enfermagem e sua participação nas decisões é conflitual e espelha a falta de tradição e reflexão a respeito. O paternalismo é predominante. No entanto, em diversas falas, pudemos perceber a preocupação das equipes sobre a importância de uma maior participação do paciente nas decisões e ações que o envolvem. O corre-corre da enfermagem compromete este aspecto. Pois, para que o mesmo tenha condições de opinar, de ter sua autonomia respeitada, deve haver um trabalho de orientação, esclarecimento e acompanhamento progressivo, assumido como uma responsabilidade ampla, inclusive da instituição hospitalar. É mais simples tomar como base o princípio da beneficência do que preparar o paciente para um envolvimento autônomo e comprometido com sua própria saúde (Selli, 1997, p. 191-2).

Lana, ao caracterizar a organização tecnológica do trabalho em hanseníase com a poliquimioterapia como uma nova tecnologia em uma unidade de saúde, relata que a equipe tentou aprofundar a seguinte questão:

o paciente tem o direito de recusar o tratamento ou cabe aos profissionais de saúde, mais especificamente, ao médico, a decisão terapêutica? A resposta lógica para a equipe é que o paciente não tinha o direito de escolha. A prática, entretanto, não confirmou esta lógica, pois muitas vezes o paciente não cumpria o receituário (Lana, 1993, p. 204).

Será a equipe de saúde responsável pela saúde do cliente? A quem cabe a decisão sobre a adesão a um ou a outro tratamento? Assumir a responsabilidade pelo outro, pela saúde do outro, quando este outro tem condições de ser responsável por si, é uma das formas de se exercer o **poder pastoral**.

Sabe-se, no entanto, que as pessoas podem resistir, por diferentes modos, ao exercício do poder dos outros. Lana, em seu trabalho, descreve e analisa o insucesso de um projeto de trabalho com grupos de clientes portadores de hanseníase, avaliado pela equipe como uma resistência à identificação do cliente como “leproso”. Já o autor analisa que **os clientes viam-se encaminhados ao grupo, não a partir da sua necessidade, mas a partir da necessidade do profissional**.

Como profissional da saúde, refletindo sobre o que se lê, sobre o que se vê, sobre o que se faz e se vivencia no cotidiano profissional, parece-me que, na prática do dia-a-dia, a prioridade da equipe de saúde, fundamentalmente, tem sido o que se entende pela manutenção e recuperação da saúde dos clientes. Esta busca da saúde tem se concretizado através da implementação de um programa ou de um tratamento reconhecido como a resposta e a solução para os clientes e, muitas vezes, independente do que eles, como

peças, pensem, sintam, acreditem, prefiram, desejem e queiram. Neste embate, uma pergunta que retorna é quem tem sido e reconhecido como o sujeito e quem tem sido e reconhecido como objeto em tais relações?

Por outro lado, volto a destacar que o resgate de situações vivenciadas na prática não têm a intenção de, apenas, efetivar uma crítica sobre como tem se feito a prática da enfermagem e a sua governabilidade. A intenção é problematizar uma prática, na qual como enfermeira me insiro, na tentativa de propor e reforçar um estranhamento sobre um cotidiano que possa estar sendo percebido, vivido e valorizado como normal e, quem sabe, como inquestionável e permanente. Muitas destas ações podem estar sendo reconhecidas como morais ou eticamente aceitáveis, requerendo, então, que se participe do seu processo de afastamento e desnaturalização, como exigência prévia para sua posterior modificação e transformação:

para ser dita 'moral', uma ação não deve se reduzir a um ato ou a uma série de atos conformes a uma regra, lei ou valor. É verdade que toda ação moral comporta uma relação ao real em que se efetua, e uma relação ao código a que se refere; essa relação não é simplesmente 'consciência de si', mas constituição de si enquanto 'sujeito moral', na qual o indivíduo circunscreve a parte dele mesmo que constitui o objeto dessa prática moral, define sua posição em relação ao preceito que respeita, estabelece para si um certo modo de ser que valerá como realização moral dele mesmo; e, para tal, age sobre si mesmo, procura conhecer-se, controla-se, põe-se à prova, aperfeiçoa-se, transforma-se (Foucault, 1984, p. 28).

Para Leopardi, Almeida e Rocha, o enfermeiro não percebe e compreende

o direito à saúde enquanto direito de cidadania. No INAMPS e em outras instituições estatais, o cliente obedece porque é ignorante e precisa aprender, nas instituições privadas, porque paga, ele tem direito a exigir (Leopardi, Almeida e Rocha, 1992, p.257).

É possível que não só os enfermeiros, mas também outros elementos da equipe de enfermagem e da saúde, desconheçam os direitos das pessoas à saúde e os direitos do cliente enquanto cliente, ou seja, enquanto um ser humano que, por necessidade de preservar ou recuperar sua saúde, requer estabelecer relações com profissionais desta área. A necessidade de internação hospitalar, percebida, talvez, como um ato rotineiro e corriqueiro pela equipe de saúde, pode, no entanto, por si só interferir no exercício de autonomia do cliente:

Para os integrantes da equipe de saúde, habituados com a rotina do pós-operatório, podem parecer exageradas as reações de medo e as queixas de dor por parte do paciente, mas é necessário entender esta situação, considerando que a hospitalização, por si só, representa um período de crise para o homem. Quando hospitalizado, o homem tem sua capacidade de auto-determinação afetada, porque torna-se dependente da equipe assistencial, principalmente quando a sua doença requer tratamento cirúrgico, pois a insegurança e o temor assumem maiores dimensões (Nascimento e Cançado, 1993, p.35).

As implicações éticas na assistência ao cliente e, especialmente, quando este se encontra em situação crítica, internado numa UTI, são enfocadas por Noronha *et al*, em 1985, enquanto enfermeiras, e por Joel Martins em 1992, como um paciente que experienciou este tipo de internação, tendo comparado a UTI, metaforicamente, com o inferno de Dante. Além dos procedimentos serem, em sua maioria, invasivos para o paciente, prevalece a impessoalidade das relações em que o cliente, como se fosse menos do que um ser humano, é, predominantemente, visto como um objeto de trabalho [um meio] cuja vida [o fim] precisa ser preservada:

*Assim que chega à unidade, ele é cateterizado por sondagem vesical, nasogástrica, endotraqueal, venosa; monitorizado; um aparelho respira por ele; o enfermeiro e o médico pensam, agem e decidem por ele. Despojado até do direito de pensar, o paciente, de maneira geral, somente tem uma opção: entregar-se. Se tenta se comunicar, amarram suas mãos e o privam da consciência com sedativos: “-ele está agitado, vamos sedá-lo!” (Noronha *et al*, 1985, p.350).*

...atendentes de enfermagem dando ordens aos pacientes para que estes se comportassem, médicos conversando sobre sua cabeça um discurso incompreensível, mas ameaçador. (...) Ao recuperar minha noção de lugar, de situação, comecei a observar onde estava. Até então eu não sabia que estava numa UTI. Vi que estávamos todos nus, com apenas uma cobertura muito tênue sobre nossos corpos. Senti, outra vez, que estava numa condição de vida extra-terrena. Não era possível que humanos, num mundo humano, fossem tratados assim. (...) Os médicos, estes eram os mais desvinculados de qualquer ligação humana com os pacientes. Tenho a mais profunda aversão pelo tratamento que recebi. Sem dívidas o soro, como uma árvore de natal colocada na jugular, funcionou muito bem. Não pude ver a fisionomia do médico que colocou esse soro, tão distante e impessoal. (...) Nesse momento de maior domínio de mim mesmo comecei a descobrir alguns atendentes com características mais humanas que vinham e se dirigiam a mim perguntando como estava me sentindo. Uma certa ocasião, um médico que circulava pela UTI, chegou-se a mim, e eu ainda estava num estado semi-consciente, e disse-me que um dos meus orientandos na PUC-SP fazia doutoramento e iria defender sua tese naquele dia. Fiquei profundamente transtornado e disse que desejava muito estar presente. Foi quando chegou um atendente do sexo masculino e, brutalmente, amarrou minhas mãos e meus pés nas grades da cama. Foi, então, que eu senti que ia mesmo morrer, pois perdera todo o tônus muscular e a energia que me animava. Assim fiquei, amarrado de pés e mãos, durante um tempo indeterminado (Martins, 1992, p.208-9).

Parece importante destacar que nem todas as situações numa UTI exigem uma ação rápida e, talvez, revestida de uma certa mecanicidade. Muitas das situações vivenciadas requerem o uso do raciocínio, do pensamento, da reflexão como requisito prévio à decisão a ser tomada, por exemplo, quanto à terapêutica ou, até, quanto à forma de realização dos cuidados de enfermagem. Por outro lado, sabe-se, também, que há muitas situações que são experienciadas de modo rotineiro e, talvez, até mecânico.

No entanto, os elementos da equipe de trabalho, no seu cotidiano profissional, também numa UTI, tratam com clientes que, antes de tudo, não são coisas, mas são seres humanos, pessoas com uma história de vida, com direito e possibilidades de pensar, desejar, resistir, sentir vergonha e medo. Parece que a freqüente necessidade de agir e lutar contra a

ação do tempo e a favor da vida, em unidades de atendimento a clientes graves, situações estas em que o que o cliente pense, queira ou perceba, possam ser irrelevante frente ao vivido, equivocadamente, poderiam tornar “comum”, “normal”, “rotineiro”, “banal” e “aceitável”, a freqüente e, quem sabe, contínua realização de ações rápidas e automáticas, nas quais o cliente pode não ter reconhecida sua condição humana .

Como diz Noronha *et al*, é preciso avaliar a situação e discernir quando o paciente está buscando comunicar-se e quando está realmente confuso, podendo tal confusão comprometer sua integridade, optando-se, então, por sua restrição como medida de proteção. No entanto, a **decisão** sobre a necessidade e pertinência ou não de restringir a liberdade de movimentos do cliente, visto como um ser humano que pode ter sua liberdade de movimentação de pernas e mãos restrita, é apenas uma das muitas decisões que poderão ser tomadas acerca do paciente, **preferentemente com o paciente, ou no mínimo, dependendo das suas condições de consciência, justificando esta ação e comunicando-o, previamente**. As relações terapêuticas e ou de cuidado, estabelecidas com os pacientes internados em UTIs, deveriam estar, também, fundadas na solidariedade e no reconhecimento do cliente como uma pessoa com capacidade de sentir, temer e sofrer.

Já Miranda e Sobral apresentam um estudo de caso, em que baseadas na observação participante, constatam que “a enfermagem busca através do **álibi da tarefa** a sustentação para uma prática disciplinada e neutra de emoções” (Miranda e Sobral, 1991, p.22). A necessidade de fazer um procedimento, de realizar uma atividade, parece, por vezes, ser tão imperiosa e automática que dispensaria a necessidade prévia de pensar e refletir sobre a situação do sujeito que sofre tal ação, sobre as suas possíveis prioridades e necessidades. Analisam, dentre outras, uma situação em que um paciente, aguardando o seu banho, encontra-se sentado numa cadeira de rodas coberto com uma toalha, quase caindo, e a

saboneteira sobre os seus genitais, quase descobertos. Uma enfermeira acena para o paciente e uma aluna passa pelo paciente várias vezes:

Percebe-se claramente que a 'bússola' orientadora da ação da estudante é o 'banho' em si. Se esta atividade vai trazer um conforto tão grande que compense o desconforto de passear semi nu pela enfermaria, é uma questão a ser discutida a posteriori, ou como se verifica mais frequentemente, uma questão sequer pensada (Miranda e Sobral, 1991, p.24). (...) A questão norteadora da função da enfermagem é a execução de uma tarefa, imediatista e como fim em si mesma. Uma tarefa que não permite o espaço para qualquer reflexão, emoção, solidariedade e prazer (op. cit., p.28).

Rossi, ao analisar os discursos dos enfermeiros em uma unidade de queimados, constata, também,

que o tratamento das lesões provocadas pela queimadura parece ter prioridade sobre os outros problemas que o paciente possa estar apresentando. Esses são avaliados durante a realização da tarefa principal: fazer o curativo. (...) Desse modo, parece que o paciente não é o centro da assistência de enfermagem e que esta compreende a realização de tarefas que são consideradas importantes para o seu atendimento, deixando para segundo plano a individualidade do ser humano (Rossi, 1994, p.105).

Quando o exercício da técnica, a execução de procedimentos, ou mesmo, a prestação de cuidados, assumem o papel de fim da prática da enfermagem e o homem constitui-se apenas em um meio ajustável para que este fim se concretize, as relações parecem construir-se não mais entre pessoas, mas entre “coisas”. A enfermeira ou a estudante de enfermagem como “coisa”, destituída da sua condição de ser humano que se relaciona com outros seres humanos, agindo apenas como um instrumento de trabalho, atua sobre o cliente como outra “coisa” porque parece não reconhecer nele a sua condição de ser humano, mas apenas de objeto do seu trabalho. Este tipo de relação de poder pastoral,

determinado por quem parece deter o poder-saber cuidar faz-se de forma autoritária, negando a participação e interferência do outro no seu cuidado, revestindo-se, também, de um caráter paternalista e de infantilização do outro, por rechaçar a sua condição de sujeito.

Parece, ainda, ser necessário acrescentar que considerar o cliente como um dos sujeitos do processo de assistência de enfermagem tem um significado diferente de reconhecer o cliente como o centro do processo. Ser o centro do processo não, necessariamente, significa ter sua condição de sujeito reconhecida, mas apenas poderia ser reconhecida como objeto de trabalho, razão de ser do trabalho da enfermagem. Considerar o cliente como um sujeito autônomo, diferentemente, requer e exige que este sujeito possa decidir racionalmente, por atos de vontade, quanto a sua inserção e participação no processo de assistência de enfermagem.

A questão do êxito ou não no ensino e na busca do auto-cuidado, nas múltiplas formas em que este pode se concretizar, aparece em vários dos textos analisados.

3.1.7 - A avaliação externa do auto-cuidado

Um elemento que me chamou a atenção, também relacionado com o poder pastoral, diz respeito à relação estabelecida pela equipe de saúde com o cliente quando do seu ensino do auto-cuidado, especialmente, em situações que envolvem a aquisição de uma habilidade técnica, nas quais **os clientes são chamados a comprovar sua competência no auto-cuidado, à enfermeira:**

Nestas consultas, procura se estabelecer o grau de segurança alcançado pelo paciente na execução dos objetivos terminais e as falhas observadas são corrigidas através de repetição das técnicas quantas vezes forem necessárias para o aprendizado (Rocha, 1984, p. 183).

A pessoa executante da técnica deve explicar ao enfermeiro o motivo de cada passo ratificando, assim, a certeza da assimilação correta do aprendizado (Guimarães, 1991, p. 117).

O próprio paciente 'devolvia' o ensinamento, demonstrando assim sua independência e oportunizando correções nos procedimentos. (...) Os não aptos eram de novo orientados, até conseguirem a otimização do domínio no conteúdo (Pozzan et al, 1994, p.243-4).

A decisão de adesão e da busca da independência e do auto-cuidado por parte de um cliente com um problema de saúde, geralmente crônico, acredito que deva ser do cliente. Ainda, é ele o maior interessado em que o que lhe for ensinado e transmitido seja, de fato, apreendido, ampliando o seu instrumental para o cuidado de si. **A devolução da técnica ensinada, assim como a justificativa de cada um dos seus passos deveria decorrer, a meu ver, da própria iniciativa do cliente, interessado, então, numa avaliação externa, ou de uma proposição da enfermeira, deixando ao cliente o direito da decisão quanto à devolução da técnica ou não.**

A exigência externa de devolução e de comprovação da aprendizagem, como uma rotina ou uma norma instituída no preparo do auto-cuidado dos clientes, parece reforçar não o exercício da autonomia, independência e liberdade do cliente, mas o reforço da heteronomia pela manutenção da necessidade de um controle externo, de dependência da avaliação do outro, o que poderia se caracterizar como uma relação paternalista.

Se a educação para o auto-cuidado, como um cuidado para com o outro, por sua vez, tem como objetivo a aquisição crescente da habilidade em cuidar de si, apesar do seu comprometimento de saúde, os limites deste cuidado com o outro na busca do seu cuidado de si, também, devem reconhecer no outro, a sua capacidade de se auto-avaliar, de analisar a sua própria situação e livremente solicitar, caso entenda como necessário, o cuidado do outro.

Tal afirmação justifica-se, a meu ver, apesar e em contraposição ao entendimento de Florence Nightingale de que uma boa enfermeira seria aquela pessoa capaz de antecipar-se às necessidades do cliente. Parece-me que quando o paciente estiver com sua capacidade de auto-cuidado comprometida, tal assertiva, até possa ser aceitável e necessária. No entanto, nas situações analisadas, supõe-se não se tratar deste caso. Por outro lado, como o cliente poderá se auto-cuidar, tomar consciência das suas necessidades de aprendizagem para o auto-cuidado, se o controle deste processo se faz, de modo fundamental, externamente, sendo comandado e determinado pelo profissional de saúde?

Um outro elemento que poderia ser analisado refere-se às **avaliações que têm sido desenvolvidas sobre os programas ou atividades implementadas com a finalidade de alcançar o auto-cuidado dos clientes**, no que tange ao seu sucesso ou insucesso e às possíveis causas dos resultados alcançados.

Vale e Albuquerque (1986, p.32) em um trabalho sobre as prováveis causas do desmame precoce identificado em mães que realizaram o pré-natal e receberam informações pertinentes sobre o assunto, concluem que, além de causas culturais, econômicas e ambientais, os profissionais da equipe de saúde não estão dando suficiente importância ao aleitamento materno e que *“houve falha de comunicação na abordagem da mãe”*. Acredito, entretanto, que esta afirmação possa ser precipitada e, talvez, estar negando a condição da mãe como sujeito da sua ação. Apesar de todas as informações qualitativa e quantitativamente recebidas e trabalhadas, a mãe pode optar por não amamentar, tendo em vista seu contexto pessoal de vida, suas relações familiares, valores, dificuldades, vivências e crenças que poderão interferir na sua decisão.

Foucault, ao tentar mostrar a força dos laços morais que articulam o pastor a seu rebanho, refere que :

entre cada ovelha e seu pastor, o cristianismo concebe um intercâmbio e uma circulação complexa de pecados e méritos. O pecado da ovelha é também imputável ao pastor. Deverá responder por ele, no dia do juízo final. E ao inverso, ao ajudar o seu rebanho a encontrar a salvação, o pastor encontrará também a sua (Foucault, 1990a, p. 112).

Leite, Aguiar e Carvalho, num relato de experiência sobre a implementação da relação de ajuda a um grupo de clientes com problemas de locomoção, concluem que “*da atitude profissional da enfermeira dependerá o progresso do paciente no processo de ajuda*” (Leite, Aguiar e Carvalho, 1981, p.223).

A referência à atitude da enfermeira como a responsável pelo resultado do trabalho proposto parece, mais uma vez, desconsiderar o cliente como uma pessoa com participação ativa no processo, exceto se por participação ativa entender-se, apenas, a adesão e consentimento ao que a enfermeira propõe. Parece-me que se parte do pressuposto de ser suficiente a enfermeira ou outro elemento da equipe de enfermagem instituir e implementar, eficientemente, um programa de ajuda aos clientes para assegurar o alcance de determinadas finalidades, ou seja, para que o sucesso seja assegurado.

A conclusão das autoras, por outro lado, parece contradizer o que já foi por elas citado como parte do pensamento presente na sua proposta de trabalho, ou seja, que “*quem ajuda se coloca à disposição do outro, dando-lhe liberdade de aceitar ou rejeitar o que lhe parece apropriado, selecionar recursos e descobrir formas mais adequadas de ação*” (Leite, Aguiar e Carvalho, 1981, p. 217). Uma reflexão que, novamente, poderia ser trazida, refere-se à liberdade do cliente de optar por diferentes recursos e modos de agir, entendendo-se que, neste direito de decidir, haja a possibilidade de não estar incluída a opção por progredir no processo de ajuda implementado. A relação de ajuda não pode ser

entendida unilateralmente; envolve o movimento de quem ajuda e de quem permite e/ou deseja ser ajudado.

Parece, ainda, pertinente voltar a questionar se o nosso compromisso como profissionais da saúde tem sido com o homem ou com a vida deste homem? O que deve ser encarado como prioritário ou essencial nas relações que se estabelecem entre a enfermeira e o cliente: o cliente e a sua decisão sobre a sua vida ou a vida do cliente independente da sua decisão sobre ela? Sabe-se que, frequentemente, a vida do cliente e a sua decisão sobre a vida são coincidentes, não encontrando-se aí um dilema ético. O problema ou o conflito ético situa-se no enfrentamento das situações em que o que, tradicionalmente, nos tem sido apresentado como um valor ético e primordial, a vida do homem, possa estar sendo questionado pelo próprio homem. Para Kant, os homens não são coisas, mas como

seres racionais se chamam *pessoas*, porque a sua natureza os distingue já como fins em si mesmos, quer dizer como algo que não pode ser empregado como simples meio e que, por conseguinte, limita nessa medida todo o arbítrio (Kant, 1995, p.68).

Relacionado, também, à participação ativa ou não do cliente no seu auto-cuidado, encontra-se a associação, de forma direta e até linear, entre o grau de sua cooperação com o cuidado de si e o quanto conhece da sua enfermidade. Ao destacar a importância do envolvimento direto e ativo do cliente no seu tratamento como condição para manter a enfermidade controlada, prevenindo-se complicações, Rocha assim se refere: “*a cooperação do paciente é proporcional ao grau de conhecimento que este tem da doença*” (Rocha, 1984, p.182).

Novamente, associar de modo linear o grau de conhecimento do cliente sobre uma doença com o seu grau de cooperação com o tratamento, parece desconsiderar o indivíduo

que pensa e pode decidir livremente como quer e deve se cuidar frente ao que conhece. A orientação sobre a doença, a terapêutica, os cuidados, as possíveis complicações, parece-me ser necessária e imprescindível para que os sujeitos optem por modificar seus hábitos e seu modo de viver. No entanto, tal orientação, novamente, não parece ser suficiente. O cuidado de si implica mais do que a aquisição de um conhecimento. Para Foucault, na Idade Moderna, diferentemente da Antiguidade,

a história de verdade começa a partir do momento em que o que permite aceder ao verdadeiro é o conhecimento e unicamente o conhecimento, isto é, a partir do momento em que o filósofo ou o cientista, ou simplesmente aquele que busca a verdade, é capaz de reconhecer o conhecimento em si mesmo através exclusivamente de seus atos de conhecimento, sem que para isto se peça nada além, sem que o ser do sujeito tenha que ser modificado ou alterado (Foucault, 1987, p.40).

O conhecimento, então, na modernidade passa a ser identificado com a verdade, sem que nos demos conta de que o indivíduo para alcançar a verdade necessita transformar-se. O acesso à verdade e à sabedoria supera e ultrapassa a aquisição do conhecimento, mas também supõe o acesso ao conhecimento. Por outro lado, quando o cliente parece ter adquirido o conhecimento, mas, aparente e externamente, não modifica o seu comportamento, não significa, necessariamente, que não tenha se aproximado mais da verdade e do verdadeiro.

Associado à problemática da adesão ou não ao tratamento, encontra-se a avaliação de clientes crônicos considerados como “relapsos” ou “rebeldes” (Rocha, 1984, p. 184) respectivamente, no que se refere a sua adesão ao auto-cuidado ou ao seu acompanhamento ambulatorial, assim como quanto às dificuldades de aceitação de mudanças de hábitos:

É difícil aos familiares compreender que a dieta do diabético é saudável e equilibrada e que eles também poderão ser diabéticos em potencial, e que, sendo assim, só lucrarão em mudar os seus hábitos alimentares para

prevenção da doença e ajuda familiar ao diabético (Luce et al, 1990, p.42).

a orientação do diabético e sua família deve ser tão envolvente que eles se convertam em participantes ativos no controle da doença e na prevenção das complicações aguda (Costa e Lima, 1988, p.169).

Percebe-se nesta tentativa de ensinar as pessoas a se auto-cuidarem, tendo um problema crônico de saúde ou não, através da mudança de seus hábitos alimentares pela aceitação de uma dieta para cliente com diabetes, a presença do poder pastoral. Um poder que preconiza não mais a renúncia ao eu e às coisas mundanas em busca da salvação eterna, mas a defesa da renúncia cotidiana do eu e das coisas mundanas em busca da saúde como a salvação neste mundo.

A apresentação das vantagens de uma dieta hipocalórica, assim como as orientações necessárias para o auto-cuidado aos clientes, as suas implicações, podem ser uma condição necessária para que estes aceitem e concordem em mudar seus hábitos de vida, o cuidado com o seu próprio corpo e com o atendimento das necessidades deste corpo. Todavia, é preciso ter presente que o fornecimento das orientações ao auto-cuidado, das suas vantagens pode não ser suficiente para que haja a adesão dos clientes a tal proposta que poderá implicar modificações significativas nos seus hábitos, nos seus costumes, no seu modo próprio de viver.

Foucault ao resgatar a *paresia* como o falar franco, traz a retórica como confrontação à *paresia*, estabelecida na Antiguidade. Cabe ressaltar que na retórica, a verdade passa a ser menos importante do que a persuasão, tendo como finalidade maior alcançar um maior proveito ou vantagem para aquele que fala. Já na *paresia*, o ato do locutor ao falar com franqueza e abrir-se ao outro, emerge da sua generosidade, sem ter em vista seu próprio interesse ou bem-estar (Foucault, 1987, p.99).

Sabe-se que é importante, necessária e fundamental a participação do cliente com diabetes para o cuidado de si e o controle da sua doença, também, como uma estratégia para a prevenção de complicações e descompensações. Os esclarecimentos e as orientações realizados pelos profissionais, a franqueza e a clareza da linguagem empregada podem ser relevantes para desencadear o processo de reflexão e de deliberação do cliente. No entanto, a decisão do cliente de participar ou não do seu cuidado deveria decorrer de um ato de vontade determinado, predominantemente, pela sua razão e entendimento, não se constituindo num **ato de conversão** decorrente de pressões externas.

Associado, então, aos esforços das enfermeiras para que os sujeitos clientes mostrem-se convencidos, “convertidos”, concordando e aderindo aos tratamentos e aos diferentes programas e orientações de auto-cuidado instituídos, encontra-se o reconhecimento do sujeito saudável como um sujeito em estado de salvação. Uma salvação terrena e atual, própria do poder pastoral das sociedades modernas, que não têm mais como prioridade alcançar a salvação eterna do cuidador e dos doentes como sujeitos que são cuidados.

O sujeito doente, de modo frequente, tem sido reconhecido como um ser incapaz, não sendo respeitado, muitas vezes, na sua condição de sujeito, de um modo semelhante ao quando em estado saudável:

A sociedade estimula pessoas sadias e produtivas. Assumir o papel de doente é sair da engrenagem social, segregar-se, parar de produzir, passar a consumir, exigir cuidados especiais, onerar um orçamento familiar, afastar-se das atividades usuais e distanciar-se da família e dos amigos. Assumir, então, o papel de doente, é renunciar, mesmo que transitoriamente, ao desempenho de seu papel social (Rezende, apud Cocco, 1988, p.52).

Em nossos dias, a partir do instante em que o homem adoece e perde sua capacidade de produzir, passa a ser um personagem indesejável, sendo necessário o seu confinamento em algum lugar. O hospital apresenta-se,

então, com o lugar ideal para realizar este cuidado, antes vivido junto aos familiares e amigos em seu lar (Spindola e Macedo, 1994, p. 108).

Foucault mostra que, desde o início da Idade Média, o poder exercia as funções da guerra e da paz e as funções judiciárias; já no final da Idade Média, o poder assume, também, a manutenção da ordem e a organização do enriquecimento. A partir do século XVIII, a saúde e o bem-estar físico da população constituem-se em um dos objetivos essenciais do poder político, assegurados pela “polícia” do corpo social, concomitante às obrigações e regulamentos econômicos e de manutenção da ordem. Esta nova noso-política tem a ver com a preservação da força de trabalho, mas segundo Foucault, o problema seria mais amplo, relacionando-se com “os efeitos econômico-político da acumulação dos homens”, em que o corpo dos homens e o corpo das populações

tornam-se elementos pertinentes para uma gestão econômica e é necessário organizar em volta deles um dispositivo que assegure não apenas sua sujeição mas o aumento constante de sua utilidade (Foucault, 1990b, p.198).

A seguir, dando continuidade à realização de uma cartografia da governabilidade na enfermagem e ao delineamento de estratégias de ampliação dos espaços de autonomia da enfermeira e do cliente, na perseguição de um agir ético, trago o Cuidado de Si como estratégia de problematização da ética, enquanto um espaço de relação do sujeito consigo mesmo e com os outros, permeado pelo exercício reflexivo da liberdade e da autonomia. Focalizo o alcance do auto-cuidado como uma tecnologia de cuidado de si e de governo de si, apresentando, então “o auto-cuidado como um dos objetivos da assistência”, “o auto-cuidado como exercício de autonomia do sujeito”, o cliente como sujeito e fim da saúde”, “o sujeito e o saber” e “o cuidado de si como uma exigência para o cuidado do outro”.

CAPÍTULO IV

PERSPECTIVA DE ANÁLISE ÉTICA

Neste capítulo, prosseguindo na realização de uma cartografia das relações de força que pretende responder a “como nos temos governado”, “como outros nos têm governado” e “como temos governado a outros”, apresento, a partir da análise da produção da RBEn de 1980 a 1995, o cuidado de si como princípio e estratégia de tematização da ética e, conseqüentemente, da liberdade e da autonomia dos sujeitos.

4.1 - O CUIDADO DE SI

As tecnologias do eu podem ser entendidas como técnicas que possibilitam aos indivíduos, por si mesmos ou com a ajuda de outros, realizar determinadas operações sobre seus corpos, suas almas, pensamentos, modos de se conduzir e de ser, alcançando mudanças de si mesmos, de modo a alcançar um determinado estado de sabedoria, pureza ou felicidade. Na cultura greco-romana, a preocupação consigo mesmo, o **cuidado de si** como uma tecnologia do eu, constituía-se em uma das regras mais significativas para a conduta pessoal e social, na arte de viver e de se governar. O cuidado de si era o primeiro princípio e o conhecimento de si convertia-se “no objeto da busca de cuidado de si.” (Foucault, 1990a,

p.59). Na tradição cristã, dá-se uma inversão, e o conhecimento de si passa a ofuscar o cuidado de si: é preciso conhecer-se para renunciar a si.

Entretanto, o cuidado de si como concebido entre os gregos, tem sido a estratégia através da qual foi tematizada a ética e conseqüentemente a liberdade e a escolha individual. Foucault não pretende afirmar que

a ética seja o cuidado de si, senão que, na Antigüidade, a ética, enquanto prática reflexiva da liberdade, tem girado em torno deste imperativo fundamental: “cuida de ti mesmo” (Foucault, 1987, p.113).

Apoiando-se em Epitecto, Foucault destaca que o homem é definido como o ser a quem o cuidado de si foi confiado, diferentemente dos animais que encontram, na natureza, já pronto o que lhes é necessário para viver. O homem precisa cuidar de si mesmo, não por ser inferior aos animais, mas porque é dotado de razão, podendo livremente usá-la, assim como das suas outras faculdades, e, também, fazer uso de si próprio:

O cuidado de si para Epitecto, é um privilégio-dever, um dom-obrigação que nos assegura a liberdade, obrigando-nos a tomar-nos nós próprios como objeto de toda a nossa aplicação (Foucault, 1985, p.53).

Seria pertinente perguntar: o cuidado de si, a preocupação por si, referida por Foucault como uma tecnologia do eu, desenvolvida pelo gregos e romanos, refere-se exatamente a que cuidado: ao cuidado do corpo? ao cuidado da alma? ao cuidado da alma e por extensão, também, ao cuidado ao corpo?

Para Foucault, quando os gregos preconizam o cuidado de si, na verdade, referem-se ao cuidado da alma: “eu sou a minha alma” (Foucault, 1987, p. 46), uma alma que não tem a ver com a espiritualidade, mas com o espaço para o pensamento, para a reflexão, o diálogo,

o encontro e a discussão com o semelhante. O sujeito, enquanto uma alma que usa o corpo, é quem se serve de diferentes instrumentos para fazer o que quer e o que deseja. As ações executadas pelo corpo, o ato da linguagem, o movimento, o pensamento, as sensações têm a alma como sujeito, já que é a alma que se utiliza e se serve do corpo, da linguagem, dos instrumentos; uma alma não percebida como refém do corpo ou como uma alma-substância, mas uma alma-sujeito, já que a alma é o sujeito da ação. Uma relação não instrumental da alma em relação ao corpo e ao mundo, mas uma relação que

designa a paixão em certo modo singular, transcendente, do sujeito em relação ao que o rodeia, aos objetos de que dispõe, e também com aqueles com os quais têm relação, seu corpo mesmo e enfim, a si mesmo (Foucault, 1987, p.48).

O cuidado de si, como um princípio válido para todos, para todo o tempo, para toda a vida, assim como o saber tornar a alma mais perfeita, com a ajuda da razão, é uma necessidade para todas as pessoas.

O cuidado de si, entendido como o cuidado do eu, compreende o conhecimento de si. O processo de conhecimento de si conduz o homem a um processo em busca da sabedoria. Esta prática do sujeito partiria da ignorância, como marco de referência, para o exercício da crítica de si, enquanto sujeito, dos outros e do mundo. O conhecimento de si, mais do que uma aquisição ou formação de um saber, implica, fundamentalmente, em converter-se em algo que não se era, em modificar uma forma de ser.

Na verdade, o cuidado de si implica a crítica da prática de si mesmo e, também, numa proximidade entre a prática de si mesmo e a medicina ou a terapêutica. A prática de si mesmo, o cuidado de si, passa a ser percebido como um ato terapêutico, um ato médico: “os elementos se situam na intersecção entre o cuidado do ser e o cuidado da alma.” (*op. cit.*, p.

54). Daí que a aproximação entre a prática de si e a medicina ou entre si e o ato terapêutico é uma das consequências decorrentes desta prática de si sobre si, já que a ação terapêutica se situa na articulação entre o cuidado do sujeito e o cuidado da alma, entre a prática da alma e a prática do corpo:

É que o ponto no qual se presta atenção nessas práticas de si é aquele em que os males do corpo e da alma podem comunicar-se entre si e intercambiar seus mal-estares: lá onde os maus hábitos da alma podem levar a misérias físicas enquanto que os excessos do corpo manifestam e sustentam as falhas da alma (Foucault, 1985, p. 62).

Foucault aponta o regime e a dieta, entre os gregos, como uma categoria fundamental mediante a qual a condução da existência humana é caracterizada e a conduta humana pode ser pensada: “o regime é toda uma arte de viver” (Foucault, 1984, p. 93) dependendo de uma firmeza moral, delineando-se como o regime da boa saúde e o regime do bom estado da alma. Por outro lado, Foucault traz a advertência de Platão, quanto aos perigos de uma atribuição de importância exagerada ao regime, na qual se dá uma contínua vigilância e controle da dedicação ao corpo e à saúde.

Ao referir-se à dietética como uma arte da existência, Foucault reforça que a adesão a uma dieta transmitida pelo médico deve ser compreendida

não como uma obediência nua ao saber do outro; ela deveria ser, por parte do indivíduo, uma prática refletida de si mesmo e do seu corpo. É certo que, para seguir o regime que convém, é necessário escutar aqueles que sabem; mas essa relação deve tomar a forma de persuasão. A dieta do corpo, para ser razoável, para ajustar-se como convém às circunstâncias e ao momento, deve ser também questão de pensamento, de reflexão e de prudência (*op. cit.*, p. 97).

Tendo em vista o processo do sujeito em busca da verdade e da sabedoria, parece necessário destacar qual seria, neste processo, o papel da filosofia. A filosofia seria uma

forma de pensamento que “procura determinar as condições e os limites de acesso do sujeito à verdade”(Foucault, 1987, p. 38), apontando mediações que lhe possibilitariam a apreensão da verdade.

No pensamento da antiguidade, a partir de Platão, o sujeito só teria acesso à verdade se realizasse determinadas operações em si, de mudanças, de transformações, o que possibilitaria, então, o alcance da verdade (*op. cit.*, p. 73). Para explicar a relação presente entre o cuidado de si e o conhecimento de si, Foucault apresenta o *modelo helenístico*, que reconhece a autonomia e a auto-finalidade do cuidado de si; o *modelo platônico* em que o cuidado de si se identificaria com o conhecimento de si e o *modelo cristão* (séc. III e IV), em que se articulam o conhecimento da verdade do texto e o conhecimento de si com a finalidade de renúncia de si pelo sujeito (*op. cit.*, p.90). As práticas de si, na cultura greco-romana, apresentavam tanto uma autonomia quanto uma importância que se viu reduzida à medida que tais práticas foram assumidas por instituições religiosas, educativas e de saúde.

O cuidado de si e o cuidado dos outros, em Platão, estabelecia-se de três modos: - por uma *relação de finalidade*, em que o sujeito ao preocupar-se consigo e cuidar de si, tornava-se alguém capaz de preocupar-se com os outros e cuidar dos outros; - por uma *relação de reciprocidade*, em que o sujeito ao preocupar-se consigo e cuidar de si, enquanto cidadão da *polis*, também buscava e contribuía para o bem da cidade e dos cidadãos, sendo beneficiado pelo bem-estar e prosperidade alcançados na cidade; - por uma *relação de reminiscência*, em que o sujeito, cuidando de si e preocupando-se consigo, intensificava o conhecimento que tinha de si, do que era, do que conhecia, do que almejava e buscava alcançar e conhecer.

A preocupação por si e o cuidado de si tem como única finalidade e propósito o próprio sujeito, produzindo-se uma maior aproximação e identificação entre a arte da existência e a arte de si mesmo. Decorre, daí, o desenvolvimento de uma cultura de si com determinados valores que, apesar de universais, só podem ser atingidos por alguns, mediante a aceitação de determinadas restrições e de um modo de conduzir-se conforme o estabelecido (Foucault, 1987, p. 65-69).

O cuidado de si, a ocupação de si, não deve ser entendido como um exercício de solidão, mas como uma prática social que se faz através da palavra e da escrita, exigindo uma certa dedicação de tempo. Um período de parada para examinar o que se fez, o transcurso do dia; rever o passado, ficar face a face consigo mesmo; aproximar-se, pela leitura, dos ensinamentos e exemplos dos quais queremos nos inspirar; as meditações, as leituras, os registros sobre o lido e sobre os diálogos ouvidos para posterior leitura; as lembranças e reapropriações de verdades; as conversações com amigos, com um mestre; as correspondências em que o estado da alma é apresentado, conselhos são solicitados ou são dados a quem os requisita. São relações que se dão em que os papéis assumidos pelos atores, sejam de professor, de aluno, de guia e de confidente não são imutáveis, mas podem ser intercambiáveis:

Quando no exercício do cuidado de si, faz-se apelo a um outro, o qual adivinha-se que possui a aptidão para dirigir e para aconselhar, faz-se uso de um direito; e é um dever que se realiza quando se proporciona ajuda a um outro ou quando se recebe com gratidão as lições que ele pode dar (Foucault, 1985, p. 58).

A substituição do não-sujeito pelo sujeito se faria, então, pela plenitude da relação do sujeito para consigo mesmo. Para que tal relação se estabelecesse e o indivíduo se

tornasse sujeito, aproximando-se de uma situação de sapiência, fazia-se necessária, então, a ação e intervenção do outro como mediador. Este outro não se constituía nem em um “educador nem em um mestre de memória” (Foucault, 1987, p. 61), mas em alguém que se aproximasse do cotidiano dos sujeitos, da sua problemática, assumindo o papel de um filósofo, tornando-se um conselheiro circunstancial para as questões do dia-a-dia, **sem apresentar propostas gerais de comportamento**. A filosofia, entendida como uma prática geral de governo, se constuiria de princípios e de práticas utilizadas pelos sujeitos para alcançarem tanto o cuidado de si como o cuidado dos outros.

Para Kant, a opinião corrente de que a filosofia era privilégio de poucos, constituía-se em objeto de preocupação, pelas implicações morais decorrentes. Segundo Arendt,

se a capacidade de distinguir o bem do mal deve ter algo a ver com a capacidade de pensar, então devemos poder ‘exigir’ seu exercício a qualquer pessoa que esteja em seu são juízo, independentemente do grau de erudição ou de ignorância, inteligência ou estupidez, que pudesse ter (Arendt, 1995, p. 114).

Para o sujeito constituir-se em sujeito e soberano de si, necessita que o discurso da verdade lhe seja transmitido por um mestre, conforme a necessidade, no momento necessário e em condições adequadas, ou seja, sob a forma de *paresia* que, etimologicamente, tem o sentido de **dizer tudo**. Este termo, referente a uma qualidade moral e também técnica, está associado à **liberdade do que fala**, que elege e decide **o que deve falar, sob que forma e quando deve fazê-lo**; relaciona-se não tanto ao conteúdo, quanto à habilidade, ao comedimento e à moderação.

Diferentemente da adulação, como um discurso falso, e da retórica, em que a persuasão pode ser mais importante do que a verdade, a *paresia* busca a transmissão da

verdade de forma direta, generosa, sem interesse no próprio bem-estar. A *paresia* sustenta-se sobre a promessa de “dizer o que se pensa, pensar o que se diz, fazer com que a linguagem corresponda à conduta” (Foucault, 1987, p. 100).

Na prática de cuidado de si, como uma prática pessoal e social, a arte do conhecimento de si ocupa um espaço relevante. A apropriação da verdade sobre si pode se fazer por exercícios de provação, não como uma experiência de mortificação de si, mas como prática de abstenção do supérfluo e de soberania de si; por exercícios de abstinência como de preparo para as privações eventuais e possíveis; como uma prática administrativa, mas não de julgamento e culpabilidade, sobre as atividades realizadas e os meios adotados para alcançar os fins, de modo a poder corrigi-los, se perceber como necessário; através de um trabalho do pensamento sobre o próprio pensamento, analisando-o, de modo a “só aceitar na relação consigo aquilo que pode depender da escolha livre e razoável do sujeito”(Foucault, 1985, p. 69).

Focalizando a enfermagem como uma das profissões que tratam do cuidado dos sujeitos, tenho como pressuposto que mobilizar-se para favorecer e não impedir que os indivíduos alcancem o cuidado de si, no qual se insere o auto-cuidado, pode ser uma intenção ou um objetivo que permeia ou deveria permear as relações entre a enfermagem e os clientes. Entendo o cuidado de si como uma estratégia para tematizar a ética e a liberdade e, desta forma, enfocar a abordagem de como podem os sujeitos se governarem ou alcançarem o governo de si.

A seguir, pretendo trazer como percebo e compreendo a busca do cuidado de si na enfermagem. De antemão, enfatizo que o cuidado de si pode apresentar uma certa

dificuldade para ser apresentado e analisado, tanto por não exigir o mesmo material como a produção de coisas e objetos, como por ser, freqüentemente, uma tecnologia invisível, estando, muitas vezes, ligada às técnicas de direção dos outros, como quando se governa a outros e, concomitantemente, se lhes ensina a governar-se (Foucault, 1995b).

A preocupação com o cuidado de si, entendido, predominantemente, como a preocupação com o auto-cuidado foi resgatada nos textos, publicados na Revista Brasileira de Enfermagem, de 1980 a 1995, desde os que manifestam alguma tendência e movimento na direção de que o cliente participe do seu próprio cuidado, até aqueles que expressam uma busca efetiva do exercício da autonomia e da liberdade do cliente no cuidado de si.

Parece relevante destacar que por busca do auto-cuidado do cliente, por parte da equipe de enfermagem, assim como por parte de outros profissionais da área da saúde, entendo todos os movimentos e ações que são realizados no sentido de que os clientes, na sua condição de sujeitos e não de coisas, apropriem-se do cuidado de si. Nesta apropriação, compreendo desde a prévia informação a um paciente comatoso do que será realizado no seu corpo, antes da realização de um procedimento, o cumprimento do consentimento informado¹ ou consentimento livre e esclarecido, até a orientação para a auto-aplicação de insulina em um paciente diabético, por exemplo.

Acredito que, mesmo que o paciente não tenha condições de consciência para consentir ou impedir a realização de determinados procedimentos feitos por outros em si, o

¹ Por consentimento informado entende-se a autorização ou o aceite do cliente, reconhecido como competente, munido de todas as informações necessárias para uma decisão, em aceitar a adoção ou o prosseguimento de um tratamento proposto pelo médico, pela equipe de saúde ou equipe de enfermagem. O consentimento informado baseia-se no princípio de autonomia "que prioriza o direito do paciente de determinar seu próprio destino". Este conceito tem sido interpretado sob duas formas: como um *processo de decisão compartilhada* entre o paciente e o médico, defendida por Katz, e como uma *autorização autônoma* por parte do paciente, apoiada por Faden e Beauchamp (Luna e Salles, 1995, p.44-5).

simples fato de ser realizada a comunicação do que lhe será feito caracteriza o seu reconhecimento como pessoa, além de poder avisá-lo, antecipadamente, e, talvez, prepará-lo e permitir-lhe um certo controle e domínio quanto ao que será feito em si. O fato do paciente, em estado de coma, ser comunicado pela equipe de enfermagem do que nele será realizado pode se constituir numa expressão concreta do seu reconhecimento como sujeito, como pessoa, caracterizando-se como uma manifestação da equipe no sentido de favorecer/possibilitar que o sujeito, mesmo em coma, possa ter algum domínio sobre si.

O cuidado de si, da sua vida, do seu corpo, pode estar sendo realizado por outro indivíduo, porém, aquele cliente, como pessoa, não pode ser visto apenas como um meio ou como objeto da ação do outro. Sua condição humana exige que seja visto como um fim e é justamente esta sua condição humana que impõe limites e deve impor limites à liberdade de ação do outro, no caso, o profissional de saúde.

4.1.1 - O auto-cuidado como cuidado de si

A ênfase no alcance do auto-cuidado entendido como o cuidado de si, uma tecnologia do eu e de governo de si, fundamenta-se no entendimento de que esta é a possibilidade do indivíduo passar da condição de não sujeito para a condição de sujeito.

Apresento, a seguir, a ênfase no auto-cuidado do cliente como objetivo a ser alcançado mediante a assistência de enfermagem prestada.

4.1.1.1 - O auto-cuidado como objetivo da assistência de enfermagem

Parece importante destacar que muitas estudiosas da área da enfermagem e/ou teóricas da área, como Virginia Henderson, Dorothea E. Orem e Wanda de Aguiar Horta, em seus escritos, enfatizam a necessidade e a importância dos clientes participarem do seu próprio cuidado e, preferentemente, alcançarem a própria independência do outro no cuidado de si.

Trago, então, inicialmente, a definição de enfermagem de **Henderson**, de 1955, pelo seu significado e importância para o desenvolvimento da enfermagem, já que muitas das suas idéias têm sido, ainda, utilizadas e desenvolvidas em vários países, orientando tanto os currículos de enfermagem, quanto o exercício da profissão. Henderson definia

enfermagem, basicamente, como o auxílio ao indivíduo (enfermo ou em boas condições), na realização daquelas atividades que favorecem a saúde, ou na sua recuperação (ou numa morte tranqüila) que ele faria sozinho, caso tivesse a força, vontade ou conhecimento necessários. É, da mesma forma, singular contribuição da enfermagem, a de auxiliar a pessoa a **tornar-se independente desse auxílio**², o mais breve possível (Furukawa e Howe, 1993, p. 65).

Já **Orem**, em 1956, escreveu que

a arte de enfermagem é 'atuar pela' pessoa incapacitada, '**ajudá-la a atuar por si mesma**' e/ou '**ajudá-la a aprender a atuar por si mesma**' (Orem, *apud* Eben *et al*, 1989, p. 102).

² As palavras ressaltadas sob a forma de negrito nos textos apresentados têm por finalidade destacar aspectos ou idéias entendidas como mais significativas para a apresentação e a análise dos dados.

Em 1959, publica o seu conceito de enfermagem “como provimento de auto-cuidados”(Orem, *apud* Fostes e Janssens, 1993, p. 90). A sua teoria do auto-cuidado tem sido utilizada e aplicada tanto na área de ensino da enfermagem, no exercício da prática profissional como na pesquisa de enfermagem. Para Orem,

a enfermagem tem como especial preocupação a necessidade de ações de auto-cuidado do individuo, e o oferecimento e controle disso, numa base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se de doença ou ferimento e compatibilizar-se com seus efeitos (Orem, *apud* Foster e Janssens, 1993, p. 91).

Horta, (1979) uma das teóricas da enfermagem brasileira, cujos escritos, conceitos e idéias acerca do processo de enfermagem³ e da assistência de enfermagem, sejam, possivelmente, ainda os mais conhecidos e veiculados na formação das enfermeiras no Brasil, diz que

enfermagem é a ciência e arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais (Horta, 1979, p. 29).

Dentre os princípios que podem ser deduzidos dos conceitos propostos por Horta, encontra-se o reconhecimento do ser humano como um elemento participante ativo no seu auto-cuidado. A definição de prognóstico de enfermagem, como uma das etapas do processo de enfermagem tem como principal indicador a capacidade do cliente vir a atender suas necessidades básicas após a implementação do plano assistencial, sendo considerado

³ “Processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano” (Horta, 1979, p.35). Compõe-se, segundo Horta, do histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados diários, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem.

um bom prognóstico de enfermagem, a indicação de alcance do auto-cuidado por parte do cliente. Da mesma forma, em seus escritos, são feitas referências à participação do cliente na elaboração do seu plano assistencial, quando da consulta de enfermagem.

A enfermagem, então, reconhecendo-se como uma das profissões do cuidado, tem identificado como uma das suas metas, em seus aprofundamentos teóricos, nos seus discursos e, também, na formação de novas enfermeiras, que os indivíduos por ela cuidados, atinjam, no menor tempo possível, o auto-cuidado, favorecendo a um maior cuidado de si.

O auto-cuidado como objetivo da assistência, seja pela busca da participação do cliente na sua assistência, seja pela realização do seu auto-cuidado, principalmente na linha preconizada por Horta, tem estado presente em vários dos textos analisados, a partir de 1980, tais como:

que o indivíduo seja participante ativo do seu tratamento (Silva et al, 1980, p. 36).

um dos grandes objetivos da enfermagem é auxiliar o paciente a reaver suas condições de auto-cuidado no menor tempo possível (Rockenbach, 1985, p. 52).

estimular a participação (do deficiente mental) em decisões sobre seu próprio cuidado e na programação de atividades de acordo com suas necessidades (Andrade, 1986, p. 92).

a enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo no seu auto-cuidado" (Pagliuca, 1993, p. 30).

a experiência mostra que a orientação para o auto-cuidado é parte intrínseca do papel do enfermeiro (Tashiro, Souza e Oliva, 1995, p. 46).

Uma das questões que poderia ser trazida, para o início da análise que me proponho a realizar em relação ao auto-cuidado como objetivo da assistência, vincula-se à **fundamentação moral** destas ações, ou seja, **não basta saber o que devemos fazer, mas porque devemos fazê-lo**. Seria pertinente perguntar, então, quais as razões que têm levado

as enfermeiras a buscarem a participação dos clientes em seu tratamento e, ainda, a desenvolverem ações no sentido de que alcancem o seu auto-cuidado.

Entre os gregos e romanos, e principalmente os gregos,

para conduzir-se bem, para praticar a liberdade como era devido, era necessário ocupar-se de si, cuidar de si, seja para conhecer-se (...) e para formar-se, para superar a si mesmo, para controlar os apetites que poderiam dominar-nos (Foucault, 1987, p. 112).

Dentre os textos analisados, muitas são as justificativas apontadas pelos autores para alinharem-se num movimento que, nos discursos, parece ser dominante na profissão, de valorização da ação dos clientes em tomarem parte na sua assistência, assim como em dar conta do seu próprio cuidado.

A maior aceitação dos cuidados prestados, quando da participação do paciente no planejamento da assistência, é apontada por Noronha (1984, p. 277). Já Luce *et al* (1990, p. 36) indicam, dentre outras, como vantagens de que o cliente cuide de si, *“a otimização da relação custo-benefício, alcançada, entre outras consequências, por maior independência do cliente, e diminuição das suas reinternações”*, ou seja, a busca de que os sujeitos alcancem o seu auto-cuidado tem, também, ou pode ter, implicações econômicas favoráveis, podendo, em alguns casos, constituir-se no motivo primordial da sua ênfase.

Também, em 1981, ao ser destacada a importância da participação do enfermeiro na assistência primária de saúde, foi apontada como indispensável a assistência de saúde ao paciente e a sua família, carentes, tendo em vista a “economia para a nação”, em comparação aos altos custos decorrentes da manutenção e recuperação de clientes nos hospitais (Matos e Cunha, 1981, p. 111).

A “otimização da relação custo-benefício” e a maior aceitação dos cuidados prestados pela participação do cliente no planejamento da sua assistência podem constituir-se em algumas das razões para justificar um trabalho que favoreça o alcance de um maior cuidado de si por parte das pessoas. Ter como finalidade do auto-cuidado do cliente que se alcance uma redução nos gastos financeiros, seja pela redução das complicações e, talvez, da necessidade de intervenções terapêuticas ou, até, de internações hospitalares, pode situar, no entanto, o homem-cliente não mais na condição de fim, mas na condição de meio para o alcance de um outro fim: a redução de gastos, maiores lucros, economia para a nação.

O homem não deveria ser visto como uma mercadoria, como uma coisa, um meio, para que se atinjam outros fins, como a redução de custos. O homem deve ser o fim. A finalidade de que os profissionais de saúde implementem ações que visem o auto-cuidado por parte do cliente, um maior cuidado e um maior conhecimento de si, deve ser o próprio homem na sua condição humana de alcance de maior autonomia e independência dos outros.

Na verdade, a razão fundamental que deveria nortear a relação do profissional com o cliente, não só pelos elementos da equipe de enfermagem, mas por parte de toda a equipe de saúde, é o estabelecimento de relações que reconheçam o homem como homem, não como coisa, ou seja, relações de sujeito a sujeito, de profissionais no exercício da sua autonomia com clientes, também, no exercício da sua autonomia.

Reconhecer o cliente como um dos sujeitos do processo significa reconhecer o cliente como um sujeito racional, dotado de vontade, entendida “como a faculdade de se determinar a si mesmo a agir em conformidade com a representação de certas leis”(Kant, 1995, p. 67). O ser humano, com capacidade de pensar, decidir e agir de acordo com a representação das leis, dotado de uma vontade, é, também, um possível legislador,

participante e autor de leis universalizáveis. Na autonomia, a vontade do homem, determinada pela sua razão, dirige a si mesmo como uma legislação universal, que ele como sujeito ajudou a construir. O sujeito autônomo age conforme leis universalizáveis (isto é, aplicáveis a qualquer um), que ele próprio dirige e impõe a si.

A análise do auto-cuidado como uma prática autônoma das pessoas é apresentada, a seguir.

4.1.1.2 - O auto-cuidado como exercício de autonomia do sujeito

A preocupação com a autonomia do cliente e com o seu fortalecimento como um sujeito autônomo pode ser identificada no relato de um modelo de ensino de relacionamento terapêutico realizado em enfermagem psiquiátrica. Fraga, Damasceno e Calixto afirmam que a psiquiatria vem vivenciando um processo de auto-crítica, procurando humanizar sua assistência. Neste sentido, a enfermagem, também inserida neste processo de repensar suas práticas, reconhece que as suas “habilidades tradicionais de vigilância, controle e outras puramente mecânicas ou técnicas tornaram-se insuficientes ou desnecessárias”, pois percebem

o relacionamento terapêutico como um processo de conhecimento e crescimento mútuo, (...) em que a enfermeira, embasada em conhecimentos prévios e metodologia específica, procura estabelecer condições externas e internas para que o cliente consiga enfrentar os problemas atuais e futuros com maior autonomia (Fraga, Damasceno e Calixto, 1986, p. 96).

Entender o processo terapêutico como a possibilidade de conhecimento e crescimento mútuo, favorecendo o enfrentamento por parte do cliente dos seus problemas

atuais e futuros de modo mais autônomo, pode significar uma relação em que o enfermeiro, aproximando-se da problemática do cliente, se constitua num conselheiro circunstancial, podendo ajudá-lo, ensinando-lhe a governar-se.

A qualidade na assistência de saúde prestada, uma preocupação que permeia tanto a formação das profissionais de enfermagem, como o próprio exercício profissional, necessita, concomitantemente, de uma ação autônoma por parte dos clientes de modo a assegurarem e conquistarem este direito. A luta do próprio cliente para decidir ou participar das decisões que lhe dizem respeito, de acordo com a sua vontade, nas mais diferentes possibilidades, denota uma ruptura da relação paternalista e de compaixão, predominantes, ainda, nas relações entre os profissionais e os clientes, as instituições e os clientes, na área da saúde:

que todo cidadão lute pelo direito de receber assistência de qualidade, incluindo em suas reivindicações a existência de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com atuação concreta: serviço de vigilância epidemiológica e controle de infecção hospitalar, sistematizado (Pereira, Nascimento e Souza, 1994, p. 237).

Muito embora existam, do ponto de vista legal, instrumentos que definem os direitos do consumidor, no caso presente do usuário, faz-se necessário considerar que somente a organização da sociedade civil poderá possibilitar a transformação de tais direitos em realidade (Santos, 1995, p. 114).

Analisando os sistemas locais de saúde e a enfermagem, Barros e Silva destacam que a participação popular não pode ser compreendida somente enquanto participação nos Conselhos de Saúde e Conselhos Diretores das Unidades. A participação popular deve se dar

desde o momento da assistência individual na consulta, como única forma de diminuir a medicalização da sociedade, ampliar sua consciência sanitária e desenvolver o saber sobre a saúde e assim o poder de decisão sobre sua vida (Barros e Silva, 1990, p. 129).

A decisão de não assumir a responsabilidade pela saúde do cliente quando este tem condições de fazê-lo, significa reconhecê-lo e respeitá-lo como sujeito autônomo com capacidade e necessidade de participar e decidir no que lhe diz respeito. Por outro lado, mobilizar-se para participar, lutar e reivindicar pela concretização dos seus direitos, são manifestações de preocupação consigo e cuidado de si, além de poder significar a mudança em uma forma de ser, na qual o sujeito converte-se no que não era.

Há que apontar, entretanto, a predominante desinformação de nossa clientela acerca de seus direitos. Por outro lado, o fornecimento e esclarecimento dos clientes sobre os seus direitos na área da saúde e no interior das instituições de saúde, como uma estratégia de aprendizagem do governo de si, deveria ser parte fundamental das atribuições da enfermagem, preocupada e comprometida com o alcance do auto-cuidado por parte do cliente. Diferentemente, no entanto, parece ser mais comum, a omissão e o silêncio das enfermeiras e dos demais elementos da equipe de enfermagem frente aos direitos dos usuários, num entendimento equivocado de “conduta ética”, como uma “ética corporativa” que tem servido, apenas, aos interesses dos profissionais e das instituições, pela negação da condição dos clientes como sujeitos. É possível, ainda, que haja, não só uma grande desinformação da equipe de enfermagem e de saúde acerca dos direitos da população e das pessoas sobre a sua saúde, sobre si e sobre o seu corpo, como, também, uma espécie de temor frente às ações e reações dos clientes, instrumentalizados e dotados de um saber, que, até então, podiam desconhecer.

A **despaternalização da assistência**, como uma das finalidades do auto-cuidado, em que se modificam as relações de poder estabelecidas entre os clientes e os terapeutas, foi referida por Noronha (1986, p. 36) e Luce et al (1990, p. 36).

Já Alves e Varela (1988, p. 142) relatam a experiência de participação e mobilização popular possibilitada pelo projeto “*Saúde: Informação e auto-gestão*”, um trabalho de produção radiofônica e de matéria para encartes do jornal, a partir do encaminhamento de perguntas da comunidade referentes a seus problemas de saúde. Tinham como princípio, dentre outros, que **a própria comunidade tem capacidade de auto gerir-se e de reconhecer seus problemas e suas necessidades.**

Em 1993, Prado, em um estudo que discute aspectos teóricos do comportamento preventivo em saúde e as suas implicações para os profissionais de saúde, a partir de achados bibliográficos, conclui que as mudanças de comportamento dos indivíduos dependerão de um processo reflexivo e crítico sobre os problemas que os afetam, cabendo aos profissionais encontrar alternativas metodológicas que favoreçam a reflexão dos grupos envolvidos sobre a sua cidadania. A autora acredita que o processo educativo deva ser compreendido como

um processo de intervenção social, de cunho libertador e não domesticador, o que implica numa fundamentação e postura suficientemente capazes de conduzir o homem a apropriar-se cada vez mais de seu próprio destino (Prado, 1993, p. 163).

Há jogos de verdade, como nos jogos para cuidar-se e conhecer-se, em que, muitas vezes, determinados sujeitos, seja como educadores, seja como profissionais de saúde, com maior conhecimento do que outros acerca de determinado tema, inicialmente, procurem ensinar o que sabem, procurem transmitir este saber e conduzir outros sujeitos, buscando orientá-los quanto ao como fazer. A ocorrência de um problema em tais relações, estaria no fato de que, ao invés de relações de poder encontrarem-se ali presentes, diferentemente,

relações de dominação, nas quais quem sabe e conhece mais procure sujeitar e submeter o outro à sua autoridade e ao seu saber, de forma abusiva (Foucault, 1987, p. 138).

A **independização da assistência de enfermagem**, como justificativa para a realização do auto-cuidado, foi apontada pelas seguintes autoras, ao abordarem o tema auto-cuidado:

(o enfermeiro) identifica os déficits de competência em relação à demanda de auto-cuidado, faz pelo indivíduo aquilo que ele não pode fazer, ensina, orienta e promove o desenvolvimento das capacidades do indivíduo para que ele possa se tornar independente da assistência de enfermagem assumindo seu auto-cuidado (Remor et al, 1987, p. 138).

*A terapêutica de enfermagem tem como princípio básico a busca de soluções para os problemas de pacientes de modo a **torná-los** cada vez mais independentes e aptos para o auto-cuidado (Rodrigues, Côrtes, 1990, p. 142).*

*(o enfermeiro) identifica os déficits, executa aquilo que o paciente não consegue fazer, ensina, orienta e promove o desenvolvimento de suas capacidades, **tornando-o** independente da assistência de enfermagem e, conseqüentemente, assumindo o auto-cuidado (Tashiro, Souza e Oliveira, 1995, p. 47).*

Apesar de explícita a participação dos clientes na aprendizagem do auto-cuidado, ou melhor, na implementação da proposta de auto-cuidado, na verdade, parece-me significativo destacar que é o cliente, como sujeito da sua ação e do seu auto-cuidado, quem se torna independente da assistência de enfermagem e não é a enfermagem quem o torna independente. A enfermagem, pelo ensino de como realizar o cuidado, favorece, subsidia, possibilita uma instrumentalização para o alcance do auto-cuidado por parte do cliente e, conseqüentemente, sua independência da enfermagem.

Já a visualização do **cliente como responsável por si**, com capacidade de pensar, decidir e participar, exercendo sua liberdade, pode ser encontrada em vários artigos:

...mesmo as pessoas que não têm o domínio do conhecimento formalizado (saber ler e escrever), sabem pensar e decidir, têm, em virtualidade, poder de participar do seu próprio processo de saúde (Noronha, 1986, p. 35). (...) o auto-cuidado está a serviço da libertação. O cliente representa o sujeito do seu processo, com vistas ao próprio bem-estar e ao da coletividade (Noronha, 1986, p. 41).

O enfermeiro deve estimular a participação dos clientes no programa de educação para a saúde para alcançar melhores condições de bem-estar, respeitando as suas decisões; pois o processo não deve ser prescritivo, mas participativo, oferecendo oportunidade para a troca de experiências, discussão dos problemas e valores implícitos na vida do cliente e de seus familiares (Santos, 1992, p. 229).

(o ser humano) é visto pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas como um ser holístico, um todo, em interação com seu ambiente. Isto pressupõe assumir a responsabilidade por si mesmo em todos os aspectos da vida, inclusive a saúde (Pagliuca, 1993, p.30).

Nestes discursos, percebe-se o entendimento de que os clientes, como sujeitos do processo que se estabelece entre eles e a equipe, são responsáveis por si, com capacidade de pensar, de exercer sua liberdade, de decidir quanto ao que é melhor para si, **podendo acatar ou discordar** do que lhe é proposto pela equipe de enfermagem e de saúde em relação ao seu cuidado. É possível depreender a auto-finalidade do cuidado do sujeito, ou seja, o seu reconhecimento como o sujeito do processo que busca o seu bem-estar, podendo-se entender, também, de que, enquanto participante de um coletivo, o indivíduo estando bem, estará contribuindo para o bem-estar do seu grupo.

Santos e Mendes apresentam um programa ambulatorial de assistência de enfermagem a clientes portadores de danos cardiovasculares, tendo em vista o auto-cuidado.

Dentre as atividades finais desenvolvidas, encontra-se um curso para hipertensos, que:

apesar de ter objetivo informativo, baseia-se no pressuposto que o cliente-aluno é objeto e agente de seu próprio desenvolvimento, desempenhando o papel participativo no processo ensino-aprendizagem. Portanto, a programação prévia é modificada em termos de horário,

carga horária, conteúdo e técnicas de desenvolvimento de aulas conforme necessidades manifestadas pelos participantes (Santos e Mendes, 1983, p. 277).

Uma outra justificativa apontada para estimular o cliente a assumir o seu próprio cuidado decorre das dificuldades pessoais, enfrentadas pelo cliente, para seguir o tratamento proposto pela equipe, constituindo-se, então, o auto-cuidado como a **alternativa para prosseguir o tratamento**:

Chegamos à conclusão de que a paciente em estudo não comparecia às interconsultas pelo fator econômico (...) A partir de então, mudou-se a conduta, orientando-se a paciente a assumir integralmente seu tratamento no domicílio, e parcelando-se cada vez mais seu retorno ao ambulatório (Botto et al, 1981, p. 63).

Uma questão que poderia ser abordada frente à situação apresentada, sem pretender diminuir o seu mérito quanto à aproximação da cliente ao maior cuidado de si, refere-se a como, predominantemente, têm sido pensadas as relações entre a equipe de saúde e os clientes ou a equipe de enfermagem e os clientes no que concerne ao poder de comando, de autoridade, de decisão e definição quanto às terapêuticas, tratamentos e protocolos de cuidados instituídos. Quem tem determinado e estabelecido como se fará a continuidade de tratamento dos clientes em situação de alta hospitalar ou mesmo durante a internação hospitalar? Como os clientes têm participado nestas decisões? Fundamentalmente, como sujeitos ou objetos em tais processos? O cliente, enquanto homem, tem sido reconhecido como meio ou como fim?

O homem, e, duma maneira geral, todo o ser racional, *existe* como fim em si mesmo, *não só como meio* para o uso arbitrário desta ou daquela vontade. Pelo contrário, em todas as suas ações, tanto nas que se dirigem a outros seres racionais, ele tem sempre de ser considerado *simultaneamente como fim* (Kant, 1995, p.68).

Cezareti, por sua vez, afirma que o auto-cuidado “*confere à pessoa ostomizada sentimentos de segurança, auto-suficiência, auto-confiança e independência para manter vida social ativa*”(1995, p. 62). O cliente, apesar de apresentar algumas limitações impostas pelo seu processo de viver, tem, no entanto, condições de, pelo cuidado de si, vir a reconhecer-se, a agir e a relacionar-se como um sujeito, potencialmente autônomo, livre e capaz de relacionar-se com outros indivíduos. Quando as práticas de si favorecem ao cuidado do corpo, promovendo um bem-estar, este bem-estar pode disseminar-se, também, para a alma.

A seguir, são apresentados dados que apontam para o cliente não como meio e objeto para tornar-se e ser um ser saudável, mas como sujeito e fim da saúde.

4.1.1.3 - O cliente como sujeito e fim da saúde

Parece relevante destacar quanto ao governo de si e ao entendimento do auto-cuidado como uma possibilidade de exercício do governo de si, num entendimento da pessoa como um fim e não como um meio para a saúde, o que trazem alguns textos, especificamente em relação à enfermagem psiquiátrica.

Schneider (1994, p.57-60), ao abordar a fenomenologia como alternativa para o entendimento do ser humano, reconhece, nesta metodologia, a possibilidade de apreender a compreensão **do** ser humano e não só **sobre** o ser humano; os significados das suas experiências com a doença e do relacionamento enfermeiro-paciente. Refletindo sobre o ser-no-mundo de um ser humano denominado esquizofrênico pela psiquiatria clínica, mediante

entrevista realizada com um cliente com este diagnóstico, fora de crise, Schneider e Valle reconheceram estar

vislumbrando um caminho em que o 'esquizofrênico' precisa ser olhado como um ser humano cujas dimensões existenciais devem ser consideradas, sendo cuidado como um ser singular. Nesta direção, a enfermagem psiquiátrica será-com 'o paciente', permitindo que ele seja ele mesmo na sua autenticidade (Schneider e Vale, 1995, p. 296).

Possibilitar que o cliente seja ele mesmo, de forma autêntica, ouvi-lo, estimular que expresse o significado não só da doença para si, mas também do seu relacionamento com o enfermeiro, constituem-se em tecnologias que favorecem o cuidado e o conhecimento de si e não a sua negação. Ainda, num processo de troca, os depoimentos do paciente, de como ele percebe o seu vivido e a sua relação com o profissional, podem auxiliar o próprio enfermeiro no seu processo de cuidado de si, através das possíveis reflexões decorrentes.

Silva e Fonseca (1995, p. 214) analisando a interdisciplinaridade em saúde mental, afirmam que, numa perspectiva positivista, há a pressuposição de lugares definidos e determinados, com o estabelecimento de relações de poder assimétricas mediadas pelo saber técnico-científico do profissional, mais valorizado e reconhecido socialmente, assumindo o poder de decisão no projeto terapêutico. O saber não científico apresentado pela clientela, não reconhecido e não valorizado, parece descredenciá-la para compreender o seu processo saúde-doença e para exercer o poder de atuar sobre este processo. Defendem, então, um modelo de assistência embasado no materialismo histórico e dialético, em que a hegemonia médica dê lugar à coletivização do projeto terapêutico com a relativização das práticas específicas, pois a

relativização compreende um processo fundamentalmente participativo, de compartilhamento de saberes, revelados na ação profissional com a

finalidade de transformar a realidade do processo saúde-doença da população e o saber constituído a partir daí. Além de rever a relação entre os próprios profissionais, revê e redimensiona a relação com a própria clientela. Ninguém sabe mais de seus fantasmas que a pessoa acometida pela loucura. Ela tem esse saber, enquanto o profissional tem os instrumentos para agir neste espaço (Silva e Fonseca, 1995, p.216).

Reconhecer o saber do cliente sobre si, assim como os demais saberes que permeiam uma proposta terapêutica no seu todo, representa o reconhecimento das pessoas envolvidas como sujeitos. Ainda, valorizar e respeitar o saber do cliente sobre si, sobre o seu cotidiano vivido, estimula que o seu eu e o que vive no cotidiano tornem-se objeto do seu pensamento, da sua reflexão, fortalecendo o cuidado do seu eu e ampliando o seu auto-conhecimento.

Já Mamede, Bueno e Bueno (1993, p. 95-100), numa concepção de que a saúde não deveria ser imposta, mas conquistada, realizaram um estudo com o objetivo de verificar como um grupo de mulheres de baixa renda reconhecia sua condição de saúde, numa tentativa de, a partir das suas percepções, identificar o que denominaram “*suas reais necessidades de saúde*” e subsidiar a assistência a ser prestada e direcionada para as clientes. Constataram, através das respostas das entrevistadas, a sua *percepção de saúde associada à realização de atividades físicas*, estando aí inseridos, como sub-categorias, o trabalho, a independência, o auto-cuidado e o estado de ânimo; *a percepção de saúde como dar um sentido para a vida e a percepção de saúde como ligada à ausência de doença*.

Estimular que as pessoas voltem seu olhar sobre si, de modo a se perguntarem sobre as suas reais necessidades de saúde, a meu ver, pode significar um movimento não só de ampliação do conhecimento e da compreensão da equipe de enfermagem sobre o que a

clientela necessita em termos de saúde, mas, também, um movimento no sentido de alcance do cuidado de si pelos próprios sujeitos envolvidos, pela necessidade de terem que parar com suas atividades, olhar para a sua vida e a sua relação com a saúde, conhecendo-se e aproximando-se da sua verdade.

Na área materno-infantil, em relação ao cuidado com o coto umbilical do recém-nascido, fonte de preocupações tanto para a equipe de saúde, quanto para as mães, Boehs, Monticelli e Elsen, buscaram conhecer as crenças e as práticas das mães, ou seja, o seu saber a respeito deste cuidado, como subsídios úteis à atuação das profissionais que poderão, então, não mais atuar

de forma unilateral e autoritária. Para que exista co-participação no processo educativo, todas as fontes de conhecimento devem ser consideradas (Boehs, Monticelli e Elsen, 1991, 37).

Campestrini, analisando aspectos antropológicos da amamentação, constatou que muitos dos costumes das nutrizes colocavam em xeque os seus valores, porém, segundo a autora,

respeitou-se, profundamente, toda a 'maneira-de-ser-e-de-ver' das atoras sociais. Foram dados esclarecimentos sempre que houve atentado aos princípios básicos de saúde e da amamentação, sem no entanto estabelecer comparações ou fazer prevalecer valores próprios (Campestrini, 1992, p. 287).

Perguntar, socializar saberes, reconhecer como mais um saber o conhecimento do cliente, na verdade, representa não um rechaço ao sujeito e as suas verdades, mas antes, estratégias que podem fortalecer o cuidado de si.

Entendendo, então, os clientes como sujeitos de um processo vivido e enfrentado, dotados de valores e de um saber a ser conhecido, reconhecido, respeitado e valorizado pela equipe de saúde e esta, munida de um saber técnico e científico, saberes que podem ser compartilhados pelos clientes e pela equipe, busca-se, a seguir, analisar como tem se dado a relação do sujeito cliente com o conhecimento, compreendido como necessário para alcançar o cuidado de si.

4.1.1.4 - O sujeito e o saber

Foucault, ao reconhecer a necessidade do estabelecimento de uma nova economia das relações de poder, afirma que as lutas que, nos últimos anos, têm se desenvolvido entre diferentes oposições como entre a medicina e a população, na verdade, não são apenas lutas anti-autoritárias, mas

são lutas transversais; isto é não são limitadas a um país. (...) O objetivo destas lutas são os efeitos de poder enquanto tal (...) um poder sem controle, sobre os corpos das pessoas, sua saúde, sua vida e morte. (...) São lutas que questionam o estatuto do indivíduo; por um lado afirmam o direito de ser diferente e enfatizam tudo aquilo que torna os indivíduos verdadeiramente individuais. Por outro lado, atacam tudo aquilo que separa o indivíduo, que quebra sua relação com os outros, fragmenta a vida comunitária, força o indivíduo a se voltar para si mesmo e o liga à sua própria identidade de um modo coercitivo. (...) Estas lutas não são exatamente nem a favor nem contra o 'indivíduo'; mais que isto, são batalhas contra o 'governo da individualização'. São uma oposição aos efeitos de poder relacionados ao saber, à competência e à qualificação: lutas contra os privilégios do saber. Porém, são também uma oposição ao segredo, à deformação e às representações mistificadoras impostas às pessoas. (...) O que é questionado é a maneira pela qual o saber circula e funciona, suas relações com o poder. (...) Finalmente, todas estas lutas contemporâneas giram em torno da questão: **quem somos nós?** (Foucault, 1995a, p. 235).

Na verdade, apresentar sob a forma de uma longa citação, algumas das características comuns destas lutas presentes na vida dos indivíduos, que conhecem e desconhecem, objetos da ação e de conhecimento de outros, tem a intenção de destacar que esta forma de exercício de poder, que individualiza os sujeitos e procura atrelá-los a uma forma de ser e de se reconhecer como um sujeito, mas frequentemente como sujeito sujeitoado⁴, encontra-se presente nas mais diversificadas, cotidianas e banais relações estabelecidas entre os indivíduos nas sociedades modernas.

Acredito que para que um sujeito possa, num processo de conhecimento de si e do mundo, optar e decidir quanto ao que deseja para si, para o seu cuidado de si, como uma exigência prévia, **necessita ter acesso ao saber**, ao conhecimento que, muitas vezes, circula sobre si, sobre a sua problemática, sobre o que lhe é desconhecido, como o diagnóstico médico, o seu significado, a sua compreensão, as possíveis implicações decorrentes, assim como e articulado com todo este saber, as alternativas terapêuticas e de cuidado.

Vários dos textos analisados abordam a necessidade de orientação pré-operatória dos clientes que venham a se submeter a procedimentos cirúrgicos, de modo a se sentirem mais preparados e fortalecidos para o enfrentamento de situações de desconforto, de desconhecimento, de dor e, até, de dependência do cuidado e atenção de outros, enfim, poderia se dizer para que estejam preparados para proceder ao cuidado de si.

Somente 40,9% dos pacientes receberam orientação sobre a cirurgia e todos afirmaram ter sido pelo médico (Ferraz e Salzano, 1982, p. 50).

No que diz respeito ao preparo pré-operatório destas clientes (mastectomizadas), nota-se que o mesmo quase não existe. Pois o único aspecto se refere à possibilidade de extirpação da mama, ficando os demais em segundo plano (Carvalho, 1984, p. 161). (...) Existe pouca

⁴ Um sujeito que pode ser reconhecido como sujeito-cliente, sujeito-paciente, sujeito-mulher, sujeito-filho, sujeito-aluno, dentre outras inúmeras possibilidades.

atuação da enfermeira na orientação e apoio às clientes (Carvalho, 1984, p. 164).

As preocupações da entrevistada relacionadas à cirurgia relacionam-se à ausência de orientação pré-operatória (Fialho e Silva, 1993, p. 268).

Cárnio, Cintra e Tonussi apresentam um programa de orientação pré-operatório instituído para os pacientes portadores de catarata com indicação de cirurgia ambulatorial, em que participam de uma reunião na qual tem a liberdade de expressar o que sabem, o que não sabem e as suas dificuldades frente ao processo patológico vivido; são orientados sobre a formação da catarata, o tratamento cirúrgico, os procedimentos peri-operatórios e os cuidados pós-operatórios necessários, tendo obtido resultados bastante favoráveis, por parte dos pacientes os quais relatam que

se tivessem recebido estas orientações na ocasião da primeira cirurgia, estariam mais tranquilos e teriam sido mais cautelosos em relação aos cuidados pós-operatórios. (...) Além disso, observa-se uma redução no número de infecções e traumas pós-operatórios, bem como de abstenções na data da cirurgia e nos retornos ao ambulatório de Oftalmologia (Cárnio, Cintra e Tonussi, 1995, p. 41).

Kuhn *et al* (1986, p. 78) relatam uma experiência de grupo com pacientes de cirurgia cardíaca em que a equipe de saúde constituída por enfermeiros, psicólogo, anestesista, cardiologista e fisioterapeutas reúnem-se com pacientes em pré-operatório e pós-operatório imediato com o objetivo de possibilitar a verbalização de suas ansiedades e dúvidas quanto à cirurgia. Há a intenção de que os próprios pacientes esclareçam as dúvidas e questionamentos surgidos, dando-se a intervenção dos técnicos quando algum ponto pode não ter ficado claro, ao perceberem “distorções da realidade” e frente à necessidade de

tornar mais clara a verbalização de sentimentos pelo grupo, buscando a redução das suas ansiedades.

O espaço para o exercício da liberdade de expressar o que sabem e o que desconhecem, além daquilo que não sabiam que desconheciam, além dos seus sentimentos, das suas dificuldades frente ao vivido, de modo a poderem fortalecer-se para os enfrentamentos atuais e futuros, é uma prática de cuidado de si.

Teixeira, Barbosa e Silva estudando a percepção dos pacientes submetidos a cirurgias de grande porte, quanto aos procedimentos invasivos, destacam a utilidade de informar, previamente ao paciente, as possíveis sensações esperadas.

Contudo, é importante antes de fornecer qualquer informação, ouvir o paciente, seus temores e dúvidas. À medida que o paciente possui conhecimentos a respeito da cirurgia, ele poderá melhor enfrentar a situação estressante em que se encontra (Teixeira, Barbosa e Silva, 1994, p. 254).

Aguillar e Angerami (1986, p. 181), ao abordarem o processo de adaptação da pessoa laringectomizada, apropriam-se de uma citação de Bergeron para quem os profissionais costumam focalizar a doença do seu ponto de vista, fazendo-se **imprescindível ouvir os pacientes para que se sinta quais são as suas necessidades.**

Sabe-se que as manifestações de uma doença ou de um problema de saúde, assim como o seu significado e valorização, e as implicações decorrentes no processo de viver, não são semelhantes em todos os indivíduos afetados, considerando-se apenas alguns indicadores, tais como, o seu contexto de vida, sua cultura, seu nível educacional, seu meio sócio-econômico, enfim, sua própria construção enquanto sujeito. Apesar de se preconizar, no planejamento da assistência de enfermagem, que o cliente seja chamado a responder ao

histórico de enfermagem⁵, expressando como tem ou como não tem atendido as suas necessidades, a realização do diagnóstico de enfermagem⁶, do estabelecimento das necessidades que requerem ser atendidas, da sua prioridade, da dependência do cliente, assim como do planejamento da sua assistência, dentre outros elementos que poderiam ser apontados, têm sido, fundamentalmente, ainda determinados e decididos pela enfermeira.

Antes de orientar o cliente, numa proposta de enfermagem que busca o auto-cuidado como o cuidado de si, é imprescindível **conhecer** as suas necessidades, as suas dúvidas e os seus desconhecimentos, reconhecendo nele o sujeito do processo saúde-doença vivido. Este exercício de perguntar e de ouvir é uma condição necessária para que as orientações prestadas não se constituam apenas no cumprimento de mais uma tarefa, muitas vezes realizada de maneira rotineira e mecânica, até desprovida de sentido, mas numa prática que, realmente, contribua para que o cliente alcance maior domínio no seu cuidado de si. O conhecer-se, o ter domínio sobre si, faz-se pela aproximação com a verdade, com a realidade vivida, de modo a preparar-se para enfrentar os acontecimentos com os recursos de que dispõe.

Foucault fala que, na cultura antiga, os gregos e romanos entendiam a

constituição de um saber sobre o mundo como experiência espiritual do sujeito; e ali onde nós entendemos submissão do sujeito à ordem da lei, nossos antepassados gregos e romanos entendiam constituição do sujeito como fim último em si mesmo através e pelo exercício da verdade (1987, p. 94).

⁵ Horta (1979, p. 35) conceitua histórico de enfermagem como “o roteiro sistematizado para o levantamento de dados significativos para a (o) enfermeira (o) do ser humano que tornam possível a identificação de seus problemas”.

⁶ Diagnóstico de enfermagem é “a identificação das necessidades do ser humano que precisam de atendimento e a determinação pela enfermeira do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão”(Horta, 1979, p. 35).

A *ascesis*, enquanto um saber do sujeito que o prepara não para a renúncia, mas para um futuro incerto, para poder enfrentar o que possa lhe acontecer leva o sujeito ao entendimento de **como pode atuar e ser como deve e como quer**.

Para o sujeito constituir-se em sujeito da verdade, através da *ascesis*, faz-se necessário que a comunicação entre quem detém um saber sobre os sujeitos e os sujeitos que o requerem como equipamento e instrumento para enfrentar as necessidades futuras, siga determinadas regras de comunicação dos discursos entendidos como verdadeiros. Encontra-se aí a noção de *paresia* que se refere

à qualidade moral (a atitude, o ethos) e o procedimento técnico indispensável para transmitir o discurso verdadeiro àquele que tem necessidade dele para constituir-se em soberano de si mesmo, em sujeito de verdade a respeito de si mesmo (Foucault, 1987, p. 98).

A *paresia*, etimologicamente, significando “dizer tudo”, mais do que dizer tudo, significa a liberdade daquele que fala, a sua franqueza em dizer aquilo que deve dizer, da forma e do modo que quer dizer e quando reconhece como necessário. Aquele que fala, que orienta, que transmite a verdade ao outro, a um discípulo, por exemplo, exerce sobre o outro uma influência; porém, o abrir-se ao outro não tem a intenção de provocar um estado de bem-estar em quem fala, mas a sua abertura e franqueza advém de um ato de generosidade para com o outro (Foucault, 1987, p. 99-100).

Barbato, Koizumi e Engel, em um estudo sobre os problemas psico-sócio-espirituais de pacientes internados em unidades coronarianas, verificaram que 46,4% dos pacientes entrevistados, informaram ter sido orientados sobre os seus problemas e destes, 38,5%

reconheceram ter sido esclarecidos, 53,8% não se consideraram esclarecidos e 7,7%, parcialmente esclarecido. Para as autoras:

muitas vezes o paciente quer tão somente expressar o que sente, entretanto, ouve como resposta orientações padrões que não respondem à sua ansiedade, pois parece que a resposta está centrada na percepção daquele que responde e não da do indagador (Barbato, Koizumi e Engel, 1982, p. 13).

Santo, ao abordar a atuação do enfermeiro em uma unidade de terapia intensiva, focalizando o atendimento da segurança emocional do cliente, ou seja, a atuação da enfermeira no cuidado do outro, conclui que

o nível de comunicação do enfermeiro com o cliente é prejudicado devido à utilização de uma linguagem rebuscada; inacessível ao nível de compreensão dos pacientes (Santo, 1985, 236).

Prosseguindo, aponta nas suas conclusões, alguns indícios que reforçam a **necessidade do prévio cuidado de si para o posterior cuidado do outro:**

o enfermeiro utiliza seus conhecimentos, valores e sentimentos na identificação e diagnóstico dos problemas emocionais, e não inclui a análise e reflexão em seus procedimentos, o que acarreta a eleição de ações quase sempre ineficazes ao problema do cliente (Santo, 1985, p. 236).

Na antiguidade, o cuidado de si implicava, também, num rol de obrigações e atividades para a alma, em que o parar, afastar-se um pouco e refletir sobre a sua vida, sobre as práticas realizadas eram concretizados; o pensar sobre o cotidiano vivido se fazia, não no sentido cristão de exame de consciência e posterior negação de si, mas num entendimento de administração de si e da própria vida como um bem a ser esteticamente vivido. **Como é possível cuidar do outro adequadamente se o profissional não cuida, também, de si?**

Barros e Christóforo abordam a atuação de um grupo educativo com gestantes candidatas à laqueadura em que são mobilizadas condições e orientações para que estas mulheres reflitam e analisem os seus direitos sobre o seu corpo, sobre a sua saúde e sobre a sua vida, tendo constatado que

a reflexão crítica que o grupo promove conduz cada participante à uma nova consciência sobre a laqueadura, torna a gestante sujeito da ação, estimulando sua participação responsável no processo de escolha e tomada de decisão à favor ou não da cirurgia. Essa conscientização pode reafirmar sua opção ou levá-la a tomar uma outra atitude, que implicará em desistir da laqueadura, optar por outro método anticoncepcional que não seja definitivo, ou ainda, pensar mais sobre o assunto (Barros e Christóforo, 1993, p. 105).

Diferentemente deste trabalho educativo que possibilitou à mulher constituir-se em um sujeito autônomo com capacidade de decidir sobre o cuidado de si e do seu corpo, Carneiro e Rodrigues denunciam a constatação de que de um grupo de trinta e cinco mulheres de baixa renda, já submetidas à esterilização, “apenas 42,8% o fizeram por decisão própria, 28,5% por decisão do médico e 28,5% por decisão de parentes (incluindo-se aí o marido)” (Carneiro e Rodrigues, 1987, p. 27).

Estes dados demonstram uma relação paternalista, de desrespeito e de desconsideração a tais mulheres (57% o que equivale a 20 mulheres) como seres humanos livres e dotados de razão, com capacidade de serem responsáveis por si, pelo seu próprio corpo e pela sua vida.

A necessidade da equipe de saúde e, em especial, da equipe de enfermagem, de esclarecer o cliente, pela socialização de saberes e conhecimentos que poderão torná-lo mais apto a cuidar de si, está presente, ao longo da hospitalização, desde a sua internação, até o

momento da sua alta. Uma das atribuições da enfermeira, bastante enfatizada desde a sua formação, refere-se à admissão do paciente e ao seu preparo para a alta hospitalar. Na admissão, além de outras finalidades, busca-se reduzir o seu desconhecimento sobre o ambiente hospitalar, o ambiente físico e social, de modo a lhe possibilitar um maior controle, domínio e, quem sabe, independência diante da situação vivida.

Verificando a opinião dos pacientes sobre a avaliação da assistência prestada pelo estudante de enfermagem em um hospital geral, Lins e Sá (1986, p. 43) constataram que apenas 34,5% dos pacientes questionados receberam orientação na sua admissão, tendo sido orientados pela equipe médica, pelos estudantes de enfermagem, pelo auxiliar de enfermagem e pela assistente social, não tendo sido evidenciada a participação da enfermeira nesta atividade.

Já no preparo para a alta hospitalar, pretende-se, ao longo da internação, trazer esclarecimentos sobre o processo saúde-doença vivido pelo cliente, de modo a possibilitar uma ampliação das suas aptidões para se auto-cuidar fora do ambiente hospitalar.

Aguilar, Santos e Mamede, em estudo sobre os problemas pós-alta de pacientes que se submetem a cirurgias ginecológicas, verificaram que as clientes apresentaram, em índices elevados, alterações relacionadas à movimentação e deambulação, sexualidade, sensibilidade e regulação, eliminação e emocionais, dentre outras.

Essas alterações se constituíram em problemas na medida em que as pacientes e suas famílias manifestaram despreparo para o cuidado em relação a elas (Aguilar, Santos e Mamede, 1992, p. 108).

Rezende (1997b), ao abordar o planejamento educacional participativo, como um processo resultante do pensamento sobre situações concretas, destaca o seu caráter histórico e dinâmico, com limite espaço-temporal, generalidades e especificidades embasadas sobre as necessidades, os objetivos e os interesses dos sujeitos envolvidos. Este envolvimento das pessoas, como sujeitos da sua educação, caracteriza o planejamento educativo não só como um procedimento técnico, mas como um processo político.

Para que as orientações de preparo para a alta, assim como outras ações e propostas de caráter educativo, sejam, na verdade, efetivas e não apenas o cumprimento de mais uma tarefa a ser cumprida ou de mais uma rotina, a decisão quanto aos objetivos a serem alcançados, frente ao que realmente interessa e se faz necessário, ou seja, o estabelecimento de prioridades, devem ser refletidas e discutidas com os educandos, tendo em vista seus próprios conhecimentos e desconhecimentos, além do seu contexto pessoal, familiar, cultural e social. A partir daí, são pensados e propostos os conteúdos a serem desenvolvidos, o que vai ser abordado, como serão trabalhados os tópicos a serem abordados e a possível avaliação do processo, das dificuldades a serem enfrentadas e superadas, numa perspectiva de movimento e avanço em direção às metas propostas.

Parece-me relevante que Rezende (1997b) ao focar a realização do diagnóstico como uma etapa necessária para o planejamento participativo, ressalta que a apreensão da realidade do cliente não deveria se construir sobre o rigor da objetividade, como freqüentemente acontecem as coletas de dados junto aos clientes, o que poderia comprometer e impedir a percepção de conteúdos permeados e atravessados pela subjetividade dos sujeitos. A apresentação e o registro dos dados, por sua vez, pode se fazer de forma objetiva.

Cezaretti (1995, p. 61) denomina de *processo de cuidar para reabilitar* a assistência de enfermagem a ser prestada a um paciente que se submeterá a uma cirurgia geradora de ostomia, o que requer o planejamento e a execução de orientações gerais quanto ao tratamento cirúrgico e de ações de cuidado que tenham como objetivo o alcance da reabilitação do cliente. Preocupada com a reabilitação da pessoa ostomizada, afirma que a comunicação, como diálogo, troca de idéias e esclarecimentos, deve ocupar o primeiro lugar na declaração dos seus direitos.

O diálogo, a conversação com o outro, como uma prática pessoal e social que favorece o alcance da verdade, é um dos métodos que possibilitam o cuidado de si. Assim como o cliente tem o direito de solicitar orientações a um profissional apto a esclarecê-lo, este tem o dever de proporcionar ajuda a quem lhe solicita.

Em estudo do tipo experimental, com o objetivo de identificar a influência das orientações na humanização da assistência de enfermagem à criança em idade pré-escolar hospitalizada, com o uso de bonecos e materiais utilizados na punção de veia, Pinheiro e Lopes constataram que

os comportamentos mais evidenciados antes das orientações, na presença e na ausência da mãe, foram: puxar o braço, empurrar, segurar o equipamento, chorar, gritar, sentir-se culpada, tornar-se exigente e recusar-se a brincar; chorar baixinho, desejar colo e recusar-se a ficar sozinha. Após as orientações, os comportamentos sofreram profundas mudanças, sendo que a maioria desapareceu, permanecendo apenas manifestações como: discute, chora, sentimento de culpa, chora baixinho (Pinheiro e Lopes, 1993, p. 127).

Através deste trabalho, evidencia-se a necessidade do reconhecimento de uma pessoa na criança hospitalizada, por parte da equipe de enfermagem, e da adequação, à sua faixa

etária, das estratégias de preparo e de orientação prévia à realização dos procedimentos. Preparar-se para a realidade a ser enfrentada, fortalece o eu para o enfrentamento das dificuldades e obstáculos desta realidade, e não para a sua refutação ou negação, assim como para a mortificação de si.

Focalizo, a seguir, a compreensão do cuidado de si da equipe de enfermagem como uma exigência prévia que parece se fazer necessária para que tais agentes possam vir a cuidar dos outros.

4.1.1.5 - O cuidado de si como exigência para o cuidado do outro

Para apresentar o cuidado de si como um pré-requisito necessário ao cuidado do outro, de modo a que este cuidado prestado não implique a renúncia e a mortificação de quem cuida, destaco, dentre os artigos lidos na Revista Brasileira de Enfermagem no período de 1980 a 1995, inicialmente, um texto em que a autora aponta alguns indícios de estratégias de cuidado de si para a equipe de enfermagem. Segundo Rockenbach (1985), para a equipe de enfermagem reconhecer no paciente um ser humano, e assim tratá-lo, precisa, também e num estágio anterior, reconhecer-se e tratar-se como um ser humano:

como poderemos falar em humanização do paciente, se antes não podemos constatar a presença de equipes de enfermagem humanizadas?(...) A enfermagem como ciência tem o seu saber teórico-científico e também o senso comum. Dada a necessidade da fundamentação da enfermagem como ciência, decorre que há razões suficientes para que toda a equipe de enfermagem seja estimulada a estudos e atualizações permanentes. A reflexão diária e os aprofundamentos mensais são exigência mínima para um desempenho das ações integradas no cuidado ao paciente (Rockenbach, 1985, p. 50). (...) Deve, portanto, estar animada pelo espírito de crítica e aprofundamento de seus conhecimentos (Rockenbach, 1985, p. 51).

Diferentemente da moral cristã⁷, ainda predominante na profissão, que preconiza a renúncia e o rechaço do sujeito, Rockenbach enfatiza o cuidado dos elementos da equipe como sujeitos que necessitam exercer o cuidado de si para, depois, cuidar dos outros: parar, dirigir o nosso olhar para a nossa vida, permitir-se realizar um exame de consciência sobre o vivido, não para julgá-lo, nem para culpar-se, mas para perguntar-se sobre as intenções propostas e não alcançadas, sobre como vimos administrando nossa existência, a nós mesmos, como um bem a ser preservado. Para Foucault,

uma condição prévia para poder se ocupar com os outros e dirigi-los, comporta não somente a necessidade de conhecer (de conhecer o que se ignora, de conhecer que se é ignorante, de conhecer o que se é), como também a necessidade de se aplicar efetivamente a si e de se exercer e se transformar (1984, p. 69).

Schneider afirma, também, que a enfermagem psiquiátrica requer dos profissionais desta área, além do conhecimento teórico e de habilidades técnicas específicas, *“conhecimento e aceitação de si mesmos e, do outro, o indivíduo a quem presta atendimento”* (1994, p. 60). Apesar do autor referir-se, especificamente, à enfermagem psiquiátrica, parece-me que a exigência do cuidado de si, do conhecimento de si e da aceitação de si, são essenciais a todo profissional que pretende cuidar de outros.

O homem, que pretende constituir-se num homem político, que tem a intenção de governar aos outros e ocupar-se dos outros, necessita, como uma exigência prévia para ser um bom governante, ocupar-se de si mesmo. A preocupação por si implica uma reconversão do olhar do sujeito que se desvia do exterior para o interior, do mundo e dos outros para si

⁷ Germano destaca que diante da problematização ética “o que devo fazer?”, a enfermagem, seja por circunstâncias históricas ou até pelo que denomina de “trauma de nascimento”, tem se pautado por responder conservadoramente tal questão, o que tem sido possibilitado por uma ética cristã que valoriza a obediência, a aceitação e o conformismo a quem representa o poder (1993a, p.20).

mesmo (Foucault, 1987, p. 35). Requer um afastamento, “parar a pensar um pouco”, “retirar-se dentro de si”, “um ócio ativo: estudar, ler, preparar-se para os reveses da fortuna ou para a morte” (Foucault, 1990, p. 61).

Já, Fernandes, Fujimori e Koizumi, ao estudarem as intervenções de enfermagem, frente ao paciente em morte iminente, afirmam que

para respeitar a liberdade de ser do indivíduo, o enfermeiro deveria primeiro refletir sobre seus próprios valores pessoais e profissionais. Há, portanto, a necessidade de uma avaliação interior, onde o enfermeiro irá refletir sobre seu conhecimento como ser humano e assim assumir a responsabilidade de sua atitude profissional (Fernandes, Fujimori e Koizumi, 1984, p. 103).

Se entendemos a ética como a prática reflexiva da liberdade, é necessário ocupar-se de si para poder, depois, ocupar-se do outro:

O cuidado de si aparece como uma condição pedagógica, ética e também ontológica, para chegar a ser um bom governante. Constituir-se em sujeito que governa implica que tenha se constituído em sujeito que se ocupa de si (Foucault, 1987, p. 129).

A necessidade de voltar-se para si, de ocupar-se de si mesmo, o que implica parar para pensar, para refletir sobre os valores que têm regido nosso pensamento e nossas práticas, não se constitui apenas numa condição necessária para alcançar, num sentido estrito do termo, à vida filosófica. Mais do que isto,

este princípio tem se convertido, em termos gerais, no princípio básico de qualquer conduta racional, de qualquer forma de vida ativa que aspire ser regida pelo princípio de racionalidade moral (Foucault, 1987, p. 34).

Abordando a crise da enfermagem brasileira como parte de um processo histórico e social mais abrangente, Loyola propõe como desafio a conscientização por parte da

enfermeira da necessidade de uma assistência de enfermagem comprometida e solidária com os mais fracos. Apoiando-se em Ribeiro, afirma que

o nosso saber, ou a nossa técnica, por competentes que sejam, ou possam vir a ser, nada significam, se não se perguntar para quê e para quem existem e operam, se não se perguntar a quem servem, se não se perguntar se há convivência do sábio com o dominador (grifos da autora) (Miranda, 1993, p. 300).

Pereira, Nakatani e Souza em um estudo sobre a existência de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar no município de Goiânia-Goiás, constataram que apenas 34,7% dos hospitais têm desenvolvido algum tipo de trabalho nesta linha, apesar da existência de portaria do Ministério da Saúde que determina a manutenção, nos hospitais, de comissão de controle de infecção hospitalar, com a atuação de uma equipe multiprofissional, tendo em vista a implementação de mecanismos de vigilância epidemiológica. Para as autoras, é fundamental, para que o controle da infecção se faça de modo efetivo, que

a equipe de saúde assuma o seu papel no sentido de reivindicar condições técnicas e funcionais para o controle de infecção hospitalar, buscando a capacitação permanente nos serviços e que lute pela vida (Pereira, Nakatani e Souza, 1994, p. 237).

O exercício da crítica não só aos outros, mas fundamentalmente a si, ao modo como temos regido nossa vida e possibilitado que outros a dirijam, é imprescindível para que mudemos nossa forma de ser, convertendo-nos no que não éramos.

Deleuze, ao analisar o conceito foucaultiano de poder e as suas proposições frente aos postulados tradicionais deste conceito, afirma que “o mapa dos ilegalismos” permanece ativo e atuante sob um modelo da legalidade e que

Foucault mostra que a lei não é nem um estado de paz nem o resultado de uma guerra ganha; ela é a própria guerra e a estratégia dessa guerra em ato, exatamente como o poder não é uma propriedade adquirida pela classe dominante, mas um exercício atual de sua estratégia (Deleuze, 1991, p. 40).

Nos textos analisados na RBEn, alguns autores apresentam propostas e estudos, ressaltando a necessidade e a importância da reflexão, da liberdade de questionar e de aprender, por parte das estudantes. Vieira e Oliva ao relatarem uma abordagem nova no ensino de Exercício de Enfermagem e Deontologia referem que :

*as aulas são ministradas em três horas semanais, sendo enfatizada a reflexão sobre os conteúdos apresentados. (...) O aluno tem **plena liberdade para levantar dúvidas e questionamentos** os quais são debatidos entre eles próprios e os professores (Vieira e Oliva, 1985, p. 193).*

Utyama *et al* ao buscarem a opinião de estudantes do curso de graduação em enfermagem em relação ao ensino básico, afirmam que

*se o docente **ensinar o aluno a 'pensar'**, já está fazendo o suficiente ao cumprimento de sua função, capacitando o aluno a enfrentar diferentes situações da prática profissional, através da **criatividade, racionalidade e espírito crítico** (Utyama et al, 1991, p. 51).*

Há que considerar, focalizando especificamente a estudante de enfermagem, que esta não vive isolada, mas encontra-se num estado permanente de relação com outros: colegas, professores, clientes, outros profissionais, além de outras pessoas no seu espaço privado. Ao refletir sobre suas práticas, num exercício para o cuidado e o conhecimento de si, possivelmente, a aluna estenderá tal reflexão sobre o outro com quem tais práticas se dão.

Uma questão que poderia ser levantada é se, nós docentes, estamos preparados para trabalharmos com as possíveis críticas sobre as nossas práticas.

Muitas vezes, alguns docentes, em algumas disciplinas, favorecem a esta relação dos estudantes consigo mesmo: pensar, conhecer-se, refletir sobre como vem administrando a sua vida. Já para outros, esta proposta pode ser inaceitável frente a uma concepção de enfermagem como negação de si para alcançar o cuidado do outro.

A problemática da estudante de enfermagem, da sua formação disciplinar, da ênfase na obediência e na docilidade tem sido apontada, estudada e discutida por vários autores.⁸ A estudante, assim como quem já vivenciou este processo de formação, a enfermeira, têm necessidade de refletir, ocupar-se de si, voltar o seu olhar sobre si e, também, sobre si e as outras pessoas, assim como sobre si e o mundo. Para o atendimento desta necessidade, parece ser imprescindível que se consigam rupturas em tal processo de disciplinarização dos corpos.

Martins e Fonseca, relatando os resultados de um estudo comparativo entre o estudo de caso e a aula expositiva como estratégias de ensino aplicadas, apontam que os alunos, opinando sobre o estudo de caso,

asseveram a importância da liberdade de aprender como um caminho para o envolvimento com o todo, com a preocupação com a qualidade de assistência que presta. A importância com a qual o professor julga o grau de aceitabilidade do que é proposto (Martins e Fonseca, 1992, p. 236).

⁸ Germano, 1993b; Loyola, 1987; Lopes, 1988; Almeida e Rocha, 1989; Gastaldo e Meyer, 1989; Meyer, 1991; Lima, 1993; Lunardi, 1994; Borba, 1997, dentre outros.

Os homens não são livres, mas exercem o dom da liberdade. A prática da liberdade, a prática reflexiva da liberdade é a condição de possibilidade da ética. A relação do sujeito consigo mesmo, a sua construção como um sujeito ético, o exercício de poder sobre si e o domínio sobre o seus desejos servem de regra às relações de poder que se estabelecem com os outros: é na relação com o outro que se constróem os limites ao exercício da liberdade do homem.

Na sua empreitada de uma história de verdade, Foucault não analisou os comportamentos, as idéias, as sociedades ou as ideologias,

mas as problematizações através das quais o ser se dá como podendo e devendo ser pensado, e as práticas a partir das quais essas problematizações se formam (Foucault, 1984, p. 15).

Fernandes, defendendo a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão, reconhece que o professor, contratado apenas para exercer atividades de ensino,

desenvolve um ensino empobrecido, imitativo, livresco, não reflexivo, de mera transmissão de conhecimento e com pouca relação com os problemas e necessidades de saúde da sociedade onde está inserido (Fernandes, 1994, p. 37).

recomendando que

se desejamos inovar, necessitamos evitar os modos de sentir e de pensar que não estão funcionando a contento; necessitamos, igualmente, realizar um intenso esforço no sentido de visualizar novos horizontes. Esse esforço passa por uma reflexão crítica da trajetória percorrida até então, no sentido de reexaminar nosso patrimônio teórico, nosso instrumental conceitual; passa, também, por reformulações nas formas de pensar e sentir a vida, nas formas de pensar e sentir a educação, a saúde e a enfermagem (Fernandes, 1994, p. 41).

A filosofia como uma forma de pensar, delineando mediações que permitiriam a apreensão da verdade, constitui-se numa prática geral de governo, numa prática a ser usada pelo sujeito para alcançar tanto o cuidado de si como o cuidado do outro.

Em um ensaio sobre a evolução da moral predominante na enfermagem até os dias atuais, mediante a análise dos Códigos de Ética adotados na profissão, Passos fala da necessidade de elaborar uma **ética reflexiva**, defendendo uma prática reflexiva e crítica, cujos valores morais tenham como fonte a interioridade humana e, como fim, o comprometimento com o homem, a sua realização e o seu crescimento. Nesta prática, os avanços da ciência e a técnica devem ser valorizados enquanto meios e não como fins. Destaca que a verdadeira ética profissional deve favorecer à solidariedade entre os profissionais, o que não significa *“convivência e corporativismo e sim o exercício da verdade que é a única forma de crescimento* (Passos, 1993, p. 62).

Diante das suas constatações de que os Códigos, até a década de 80, não favoreciam e sequer possibilitavam atingir o núcleo da ética, ou seja, a relação primeira do sujeito consigo mesmo, aponta, reiterando o que já afirmava em 1993 (p. 62), ou seja, a necessidade de modificação dos alicerces que têm sustentado a ética na enfermagem: de uma prática direcionada, determinada e imposta de fora para dentro para uma prática reflexiva e crítica cujos valores emergem da interioridade do indivíduo. Segundo Passos,

era preciso elaborar valores que se preocupassem com a dignidade, não da profissão, e sim da pessoa humana. Tanto no que diz respeito ao cliente, a honestidade profissional no cuidado que se deve ter com ele, bem como das suas profissionais, como seres históricos e sociais e, como tal, dotados de desejos, emoções e sentimentos. E não como pessoas abstratas, que devem fazer da sua profissão sua única missão na vida, cuidar dos outros como devotamento a ponto de esquecer-se de si mesmas, submeter-se aos desejos de pessoas apenas porque estão, socialmente, em posição superior, obedecer cegamente às determinações, mesmo quando não concordem com elas (Passos, 1995, p. 90).

Finalizando o que denominei **o cuidado de si como exigência para o cuidado do outro**, uma questão que fica, parecendo ainda não ter suficientes respostas é **como é possível cuidar do outro sem cuidar antes de si? Ou ainda, como é possível realizar o cuidado do outro sem que esta ação implique a renúncia e a mortificação de quem cuida?**

CAPÍTULO V

PERSPECTIVA DE MUDANÇA NA FORMA DE SER E FAZER ENFERMAGEM

Nesta última parte do trabalho, busco demarcar alguns dos limites e fronteiras percebidos na cartografia sobre a governabilidade dos sujeitos na enfermagem: visando por um lado, a análise do diagrama de poder pastoral e, por outro, uma análise das possibilidades evidenciadas de cuidado de si (o que chamo de análise ética).

A constituição de um sujeito ético, como sujeito moral das suas ações, constitui-se numa condição necessária para que se fale em moralidade: o sujeito constrói-se como sujeito moral, à medida que atua sobre si mesmo e não na medida em que padece a ação dos outros, ou se sujeita à ação dos outros, pois o sujeito, seja moral ou do conhecimento, é um efeito e um produto de si mesmo (Caponi, 1990). Em busca da dimensão ética da nossa existência e do seu entendimento como um projeto autônomo, Foucault empreende um retorno aos gregos. Tal retorno, para ele, é possibilitado pela ética kantiana, graças à qual tem se dado o afastamento de uma concepção heterônoma de ética, própria do cristianismo, pois conforme Kant: "devo reconhecer-me como um sujeito universal, isto é, devo constituir-me em cada um dos meus atos como um sujeito universal de acordo com regras universais" (Foucault, 1995b, p.278).

As tecnologias de poder, como as do poder disciplinar e as do **poder pastoral**, consistem na objetivação e coisificação dos sujeitos, pela determinação da sua conduta e sujeição a determinados fins ou dominações. Já as **tecnologias do eu** consistem em técnicas e práticas que permitem ao indivíduo, através de si ou com o auxílio de outros, a realizar determinadas operações em seus corpos e almas, de modo a transformarem-se a si mesmos e alcançar um estado de pureza, felicidade ou perfeição. As tecnologias de poder e as tecnologias do eu estão diretamente associadas ao **tema da governabilidade, entendido como o ponto de encontro entre as tecnologias de dominação dos outros e as que dizem respeito a si mesmo.**

5.1 - O EXERCÍCIO DO PODER PASTORAL

O poder pastoral aparece como uma proposta de esquecimento de si, como a negação de toda uma tradição filosófica que tem a ver com o cuidado de si. Para se iniciar a pensar em questões que se referem aos limites entre o governo de si e o governo dos outros, ou seja, para se alcançar e permitir um estranhamento frente às práticas de governo, que podem ser cotidianas e “naturais”, foi preciso Foucault voltar no tempo, até à tecnologia do pastor no pensamento cristão, indo, depois, então, até os gregos. É preciso, inicialmente, afastar-se das relações de poder existentes hoje, numa tentativa de desnaturalizar práticas cotidianas, em contextos nos quais tais práticas inexistiam. A volta ao passado permite olhar o presente de modo diferente e incita-nos a questionar-nos se o que é e tem sido, necessariamente, precisa continuar sendo.

A partir do cristianismo, então, o cuidado de si passa a ser visto e criticado como uma imoralidade, como manifestação e expressão de atos de egoísmo, buscando-se, antes, o conhecimento de si como uma exigência prévia à posterior renúncia e ao rechaço de si. Para Foucault,

nos encontramos assim com o paradoxo de que o preceito da preocupação por si mesmo tem o significado para nós de egoísmo ou atitude egocêntrica, equanto pelo contrário, durante muitos séculos tem sido um princípio matricial de morais extremamente rigorosas (moral epicúrea, moral cínica, etc). Esta noção de preocupação por si mesmo está na atualidade um tanto perdida na sombra (Foucault, 1987, p.36).

Utilizando-se, ainda, da metáfora do pastor de ovelhas e do próprio pastor divino para a compreensão do poder político, enquanto organização e funcionamento dos Estados modernos, Foucault apresenta este tipo de poder como uma relação de força exercida pelo pastor não só ao rebanho como um todo, de modo totalizante, mas a cada ovelha, individualmente, de modo abnegado, repleto de responsabilidade e bondade compassiva, requerendo saber e conhecer tudo o que se passa na intimidade da sua alma.

A importância e a pertinência do poder pastoral e de sua vinculação com o poder político, para o entendimento de como as sociedades modernas organizam-se e funcionam, encontra-se no entrecruzamento que se dá entre o poder do Estado, como estrutura jurídica, e o poder pastoral que tem como função prestar ajuda e exercer o cuidado contínuo e permanente dos indivíduos e das populações.

O poder pastoral focalizado como uma estratégia de poder, através da qual os indivíduos se constroem na vida cotidiana, se reconhecem e passam a ser reconhecidos como sujeitos- sujeitos, foi apresentado, neste trabalho, através desta seqüência: a saúde das

peças como responsabilidade da enfermagem, a prática da enfermagem como um ato de doação, a mudança de comportamento como objetivo da educação para a saúde, o auto-cuidado e a heteronomia dos sujeitos, o cliente como objeto do cuidado e como meio para o alcance da sua saúde e, por fim, a avaliação externa do auto-cuidado.

A seguir, pretendo, a partir dos dados trazidos no capítulo que denominei de rupturas e continuidades na história da enfermagem, e no referente à perspectiva de análise do poder pastoral, sistematizar alguns dos achados referentes aos elementos apontados por Foucault como próprios do exercício deste tipo de poder: a responsabilidade, a obediência, a abnegação e a confissão.

Abordando, primeiramente, a **responsabilidade**, como a que o pastor assume frente ao seu rebanho por quem se encontra ligado por laços morais, constato a sua presença no espírito de altruísmo, no espírito caritativo, no amor, na piedade e na compaixão pelo outro, o pobre e o enfermo, como a missão suprema do cristão. Antes do século XVIII, os cuidados caritativos prestados nos hospitais ou em outros ambientes, buscavam antes da cura física dos doentes, a sua salvação espiritual, assim como de quem os assistia.

A partir do século XVII, o Padre Vicente de Paulo, acreditando que a salvação dos pobres somente se daria, quando visitados em suas casas, dá início a um movimento de caridade organizado. Inicialmente, as damas visitadoras de enfermos e depois, as Filhas da Caridade, realizavam visitas domiciliares para atender às necessidades primordiais dos moradores, além de lhes dar assistência espiritual; o atendimento às necessidades dos doentes e pobres devia ser paralelo às obrigações religiosas. Há o surgimento de vários filantropos, especialmente em países protestantes, que, como expressão da sua responsabilidade social para com o bem-estar dos outros, principalmente, pobres e

desfavorecidos, dedicam-se ao estudo das condições dos hospitais, prisões e asilos. As diaconisas de Kaiserswerth, na Alemanha, como uma moderna restauração da antiga ordem das diaconisas, optavam por trabalhar, por amor de Cristo, no cuidado dos pobres, doentes e outros necessitados.

Florence Nightingale responsabilizava-se pela conduta e comportamento das suas enfermeiras, através da vigilância, do controle, de cartas de conselho e direção. A enfermagem de visitação, com atendimentos domiciliares de enfermagem e ensino de preceitos de higiene, interessava-lhe, particularmente, por acreditar, de modo semelhante ao Padre Vicente de Paulo, que uma assistência se faria eficaz através do atendimento aos enfermos pobres nas suas casas.

A responsabilidade da enfermeira é bastante enfatizada por Florence, sendo preconizada como a responsabilidade pelo paciente, pela sua saúde e pela sua vida, por tudo o que lhe diz respeito, assim como pela assistência de enfermagem que outros lhe prestam na sua ausência, cabendo, à enfermeira, a providência antecipada das condições necessárias para que esta se efetive. Esta responsabilidade que é assumida pela enfermeira frente ao paciente, ainda quando é feita “para o seu bem”, para poupá-lo e preservar-lhe suas energias, implica, muitas vezes, medidas de permissão ou de proibição para a realização de determinadas ações; entende-se, assim, que ao tomar decisões pelo paciente, este não está sendo considerado um sujeito autônomo capaz de responder perguntas ou refletir sobre a sua situação, legitimando-se, deste modo, que a enfermeira se antecipe à verbalização das suas necessidades.

Já na produção da RBEn, de 1980 a 1995, verifica-se a identificação da responsabilidade, do dever e do compromisso da enfermagem com a melhoria das condições

de vida, de trabalho, enfim, com as condições de saúde do povo brasileiro, mediante atuações junto ao escolar, buscando o desenvolvimento do seu padrão de vida e a sua transformação em cidadão útil e capaz e através de trabalhos em comunidade de periferia; pela prática de visitas domiciliares para cuidar da saúde das pessoas e zelar pela sua higiene na comunidade, pelo controle de faltosos aos serviços de saúde, dentre outras funções.

Evidencia-se a responsabilidade, ainda, no assumir inúmeras tarefas, explicitamente delegadas ou não, mas avocadas pela enfermeira e pelos demais elementos da equipe de enfermagem que se percebem como responsáveis não só pelo paciente, por sua saúde e por sua vida, como para que o trabalho de outros profissionais se dê a contento, assim como pela instituição, de um modo geral.

Na responsabilidade da enfermagem, insere-se a busca da mudança de comportamento do outro como objetivo da educação para a saúde, realizada individualmente, em grupos ou na comunidade, tendo em vista, então, a modificação e a supressão de hábitos e a sua adaptação a novas condições de vida com outros valores em relação à saúde.

Muitas destas tarefas resgatadas podem ser importantes e, talvez, inevitáveis, evidenciando-se na prática. No entanto, isto não implica que seja necessário que se assumam algumas atividades que poderiam ser evitadas, como assumir a responsabilidade pela saúde do cliente, o que parece justificar atitudes paternalistas e de infantilização, como as identificadas ao não informá-lo de seu diagnóstico, das alternativas de tratamento, sobre os procedimentos que lhe serão realizados, desrespeitando e negando a sua condição humana. O poder pastoral pode ser percebido, também, quando a enfermagem assume decisões e cuidados concernentes à vida do cliente e a sua saúde, independente da sua vontade e

participação. A responsabilidade da enfermeira, ainda, em assumir a avaliação da competência do cliente em exercer o seu auto-cuidado, mediante a exigência de práticas de devolução de técnicas e procedimentos que demonstrem a habilidade adquirida em programas de implementação de auto-cuidado e outros programas de caráter educativo.

Já a **obediência** buscada pelo pastor por parte das suas ovelhas, faz-se mediante o estabelecimento de relações de dependência contínuas, completas e individuais de sujeição pessoal, não como um meio, mas como uma virtude e um fim. Relações que se opõem ao pensamento grego, já que, para eles, a obediência não poderia ser considerada uma virtude, mas um vício e uma debilidade.

A obediência incontestável ao superior é reconhecida não só como uma virtude das enfermeiras do período cristão, mas, também, como sua característica essencial; a curiosidade, entendida como uma doença por Santo Agostinho, é condenada.

As Filhas da Caridade, segundo o Padre Vicente de Paulo, teriam a obediência como a sua clausura e o temor por Deus, seriam as suas grades. A sua obediência rígida aos superiores e aos médicos, assim como por parte das diaconisas de Kaiserswerth, era reconhecida como essencial à saúde do enfermo.

Florence Nightingale enfatiza a necessária obediência às leis divinas, às leis físicas e às leis da saúde, assim como acreditava que as enfermeiras deveriam obedecer à superintendente, executando fielmente às ordens médicas, além de exigir obediência às suas determinações e orientações como enfermeira e administradora. As estudantes e enfermeiras, por sua vez, que não correspondessem aos requisitos de conduta exigidos, eram dispensadas. Florence refere-se à obediência inteligente, já que a enfermeira não apenas

cumprir ordens, mas sabe como obedecer em questões de enfermagem, preparando-se, observando e aprendendo a decidir como melhor obedecer. No entanto, na difusão do seu modelo, a deferência para com a autoridade devia ser aprendida pelas futuras enfermeiras, assim como o cumprimento de ordens sem emitir questionamentos, dúvidas ou o desejo de saber, o que era penalizado com a sua expulsão da escola.

Na análise da RBEEn, constata-se a denúncia da obediência presente na enfermagem, pela sua adesão, quase que inquestionável, até o início da década de 80, às políticas de saúde vigentes. Verifica-se, ainda, o reconhecimento da obediência como uma das qualidades presentes nas figuras históricas da profissão.

Percebe-se a obediência e a passividade na enfermagem, ainda que não seja um fenômeno exclusivo desta profissão, diante das determinações da hierarquia organizacional, apesar das dificuldades enfrentadas, seja em relação à organização e às condições de trabalho, assim como aos sentimentos de insatisfação com o trabalho realizado; mediante atos de “proteção” de outros profissionais, como o médico, e a própria instituição como um todo; em situações de realização de tarefas entendidas como um fim, enquanto atos de obediência às prescrições e determinações, e não como meio para o cuidado do cliente como pessoa.

A busca de mudanças de comportamento dos clientes como objetivo da educação para a saúde, pode ser identificada pelo apelo à sua obediência às orientações e propostas de alterações de hábitos, modos de viver, sem um processo de convencimento e entendimento racional que possibilite uma decisão prévia sobre o cuidado de si. Do mesmo modo, a ênfase na obediência pode ser identificada pela tentativa de sujeição das pessoas a planos de assistência, tratamentos e cuidados “inquestionáveis”, decididos sem a sua participação.

Pode ser reconhecida, também, na tentativa de adesão dos moradores, de classe baixa, às prescrições e determinações de higiene, entre outras, controlada mediante visitas domiciliares periódicas, para a constatação *in loco* de como as pessoas cuidam da sua saúde.

Outras práticas que denotam relações que pretendem a obediência das pessoas são a realização de cirurgias e de outros processos, nos quais os clientes desconhecem o procedimento em si a que vão se submeter e suas possíveis implicações; as ações de contenção mecânica ou química por parte da enfermagem e da equipe médica, nas UTIs, frente às manifestações e reação dos pacientes, por vezes, suas primeiras tentativas de comunicação neste ambiente estranho e assustador. Pode-se perceber relações de obediência, também, na exigência de que os clientes comprovem para a enfermagem a sua competência no auto-cuidado, através da devolução de técnicas, das justificativas dos seus passos, demonstrando, então, a sua aptidão para a independência.

O exame e a direção de consciência pode ser entendida como uma relação de conhecimento individual das ovelhas, das suas necessidades, do que se passa no íntimo da sua alma, possibilitando que o pastor disponha do conhecimento necessário para dirigir e guiar seu rebanho e a cada ovelha individualmente.

No período cristão da enfermagem, mediante atos de compaixão e de bondade aos pobres e necessitados, muitos destes confessavam as suas necessidades a quem os atendia. Já, muitos penitentes reconheciam e confessavam, publicamente, seus pecados e suas culpas, dedicando-se, após, às ações caritativas, de cuidado aos pobres e enfermos.

É possível identificar o exame e a direção de consciência, ainda, através do controle do caráter pessoal e das realizações das enfermeiras, mediante a sua vigilância e a instituição

de instrumentos para o seu registro. Em relação às estudantes, pode ser reconhecida pelo preenchimento de boletins técnicos e morais e pelo encaminhamento de informes sobre cada aluna ao Comitê do Fundo Nightingale, que, ao final do curso, buscava, para cada estudante, uma colocação adequada nos hospitais. Florence, também, mostrava-se disponível para prestar ajuda às enfermeiras, consideradas como suas filhas, enviando-lhes cartas de conselho e direção. Já, através da visita domiciliar, os moradores podem ver-se expostos, assim como as suas crenças, seus valores e comportamento quanto ao seu modo de viver e de habitar, de cuidar-se e de relacionar-se, no seu ambiente privado.

Na análise das publicações da RBEn, constata-se, a partir da realização de visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde, o envio de relatórios periódicos à autoridade local acerca da saúde dos moradores e das condições de higiene da comunidade. Reconheço, também, que o uso de conceitos de saúde muito abrangentes, que pretendem atender, até, às necessidades espirituais, assim como a realização de históricos de enfermagem muito amplos, especialmente adotados no ensino prático das futuras enfermeiras, tendo em vista a busca e o atendimento das necessidades básicas dos clientes, representam a possibilidade de exposição da vida e da existência dos indivíduos. Uma exposição duplamente desnecessária e inoportuna, já que, muitas das necessidades constatadas não podem sequer ser atendidas pela enfermagem, e os clientes podem desejar ter atendidas apenas as suas necessidades mais importantes e prioritárias. A exposição do cliente acerca da sua habilidade em realizar procedimentos de auto-cuidado, assim como das suas faltas e incorreções constitui-se, também, numa possibilidade para o exercício do exame e da direção de consciência.

A **mortificação do eu** encontra-se implícita nas tecnologias de obediência e de exame e direção de consciência, através de atos de renúncia do eu para assegurar a sua salvação. Por outro lado, o ato de assumir a responsabilidade pelo outro, quando este tem condições de responsabilizar-se por si, pode representar um movimento no sentido de anulação e negação da sua condição de sujeito.

A abnegação, o auto-sacrifício, são consideradas virtudes das enfermeiras do período cristão. O trabalho de enfermagem, reconhecido como um trabalho de Deus, era encarado por pessoas da nobreza como a possibilidade de exercícios de purificação, penitência, expiação dos pecados e renúncia do eu. Na *exomologesis*, como um jogo de verdade do eu, dá-se o seu reconhecimento público, das suas culpas e faltas, e concomitantemente, nesta prática, dá-se a renúncia e o rechaço deste eu. Os costumes monásticos de pobreza pessoal e de humildade foram decisivos para a adoção do uniforme como hábito conventual; o véu simbolizava a obediência, a humildade e o serviço.

É possível constatar a negação do eu através da exigência, para as Filhas da Caridade e as diaconisas de Kaiserswerth, de rígida obediência às determinações médicas, assim como a caracterização do seu trabalho como um serviço feito por amor de Cristo, sem o recebimento de um salário.

Florence Nightingale tinha como uma das exigências no recrutamento de enfermeiras, durante a guerra da Criméia, o seu preparo para o hábito da fadiga e das privações, o que pode significar o hábito de mortificação de si como sujeito. Este rechaço do eu por parte das enfermeiras pode ser evidenciado, também, na ênfase posta na necessidade de obediência fiel às ordens médicas, na rígida formação moral e no controle da

conduta das estudantes e das enfermeiras, assim como no reconhecimento de que o que se pensa pouco importa frente ao que Deus pensa.

Constato uma possibilidade de culpabilização da enfermeira pelo não atendimento às determinações e às leis físicas estabelecidas por Deus, as quais permitiriam e assegurariam, aos homens, uma existência sadia. Na difusão do sistema nightingale, o ideal de uma boa enfermeira aproximava-se de um aspecto exterior de esgotamento e da sua capacidade de suportar incômodos e a fadiga pessoal; as estudantes de enfermagem deviam atuar e praticar, não lhes sendo solicitado que pensassem e nem desejada a expressão de dúvidas ou a vontade de saber.

A não participação dos pacientes nas decisões e cuidados que lhe dizem respeito pode denotar, também, uma negação do sujeito. Através da realização de visitas domiciliares aos moradores, por sua vez, estes expõem suas verdades e a sua obediência ou não às orientações realizadas, o que pode implicar a renúncia ao seu eu e ao seu mundo.

O uso do uniforme, quando adotado em escolas norte-americanas, teve como justificativas, não só a economia e a limpeza, como a influência psíquica exercida sobre um grupo uniformizado em direção a uma moral aumentada e ao abandono do arbítrio pessoal.

Já na análise dos textos da RBEn, a mortificação do eu, como um dos elementos do poder pastoral, pode ser identificada no sacrifício pessoal como uma das características dos que exercem a profissão; na abnegação, identificada, ainda, como uma qualidade do bom profissional; no reconhecimento, já por parte do estudante de enfermagem, da renúncia do eu como parte do cotidiano profissional da enfermeira. A evidência do rechaço de si pode ser feita, através da fuga da reflexão, por parte de quem exerce a enfermagem, sobre as suas

ações, sobre os seus sentimentos e atitudes, assim como pela repreensão e punição, muitas vezes de modo velado, aos alunos questionadores e resistentes às determinações, às normas e às verdades apresentadas.

A constatação de denúncias sobre a realidade do trabalho da enfermeira e dos demais elementos da equipe de enfermagem como um serviço mal remunerado, com excesso de atividades e atribuições, más condições organizacionais, o trabalho por turnos, as longas jornadas, os riscos mecânicos e ambientais, a duplicidade de emprego, a negação das suas necessidades concretas de ser humano, dentre outras, assemelham-se, também, a uma *exomologesis*, em que o sujeito, concomitantemente, reconhece e renuncia ao seu eu, mortificando-se.

A busca de mudança de comportamento do outro, mediante a sua educação para a saúde, pode corresponder à busca da renúncia do eu e do mundo por parte do cliente, dos seus valores, das suas crenças, dos seus hábitos, saberes, modos de se cuidar e de viver, assim como através da elaboração de planos de assistência e de outras decisões, sem a sua participação como sujeito do processo. De modo semelhante, outras situações de desrespeito e de negação das pessoas e da sua realidade podem ser percebidas na falta de esclarecimentos e de explicações acerca dos diagnósticos, dos tratamentos, das possíveis complicações, de modo a poderem tomar decisões no que diz respeito a si, preparando-se para o que poderão enfrentar.

Considero, também, como possibilidade de negação do sujeito, a classificação dos clientes e o seu enquadramento em diagnósticos, utilizados, então, como rótulos para a sua identificação e seu reconhecimento. A percepção de que a equipe de enfermagem torna as pessoas independentes da assistência pelo ensino do auto-cuidado, parece negar o possível

ato de vontade dos clientes como sujeitos, assim como a exigência externa de comprovação da sua capacidade para se auto-cuidar. A mortificação dos sujeitos pode ser identificada, ainda, na desnecessária exposição do corpo das pessoas, da sua individualidade e das suas verdades, como meio para o alcance de outro fim: a sua saúde e o seu bem-estar.

5.2 - UMA MUDANÇA NA FORMA DE SER

As tecnologias do eu e, em especial o cuidado de si e o conhecimento de si são apresentados como exercícios de autonomia, utilizados pelos gregos, nos séculos I e II da cultura greco-romana, enquanto estratégias para alcançar um estado de perfeição e de pureza desejados. O cuidado de si, por sua vez, não excluía as paixões, já que a procura da felicidade constituía-se em eixo da ética aristotélica. As possíveis relações de obediência que pudessem se estabelecer, entre os gregos, decorriam de um processo de convencimento racional, tendo uma finalidade estrita ou, ainda, porque constituíam-se em leis, que foram criadas também com sua participação, enquanto cidadãos da *polis* (1990a).

O cuidado de si como uma tecnologia do eu, numa perspectiva ética, pode ser reconhecido na busca do auto-cuidado por parte das pessoas, significando a ampliação do governo de si, ou seja, dos espaços de autonomia, de exercício de liberdade, de decisão e, concomitantemente, implica a redução dos espaços do governo das pessoas pelos outros. Podem ser muitas as tecnologias de governo de si identificadas na prática da enfermagem.

O diálogo como uma tecnologia de cuidado de si, de conhecimento de si, das verdades do corpo e da alma, que se dá entre o profissional e o cliente ou entre os participantes da equipe de saúde e de enfermagem, favorece um processo de conhecimento

e crescimento mútuos. Como um espaço de participação e de troca, em que se pode dar, por parte do cliente, a livre expressão de suas necessidades, de seus temores, de suas dúvidas e desconhecimentos, dos sentimentos, dos significados do vivido, as respostas dadas pela enfermagem, devem estar centradas no cliente como seu interlocutor.

Já, o enfermeiro e os demais elementos da equipe de enfermagem, podem servir como um guia eventual para os clientes na aprendizagem do seu cuidado de si: o esclarecimento sobre os seus direitos em relação à sua saúde, de ser informado e orientado, de ser consultado, de decidir, de recusar e resistir, de pedir e exigir, assim como o direito à socialização de saberes, de modo a esclarecer, conforme as necessidades dos próprios clientes, o processo que vivenciam, seu sentido, suas possíveis conseqüências, alternativas e possibilidades de enfrentamento. Nesta relação, em que quem, eventualmente, sabe mais e pode servir de mestre ao outro, o exercício reflexivo da liberdade é que assegura e garante a possibilidade do cuidado de si numa perspectiva ética¹.

Nestes espaços de liberdade para expressar o que sabem e o que não sabem, dando-se conta freqüentemente do que desconhecem, numa aproximação com a verdade, a troca de saberes pode fortalecer e instrumentalizar os clientes para o cuidado de si no enfrentamento da realidade que se apresenta.

¹ Gadamer, ao abordar a autoridade e a liberdade crítica, destaca que somente pode qualificar-se como *autoritativ* (autorizado) quem não precisa apelar à sua própria autoridade. Afirma, ainda, que toda liberdade autêntica pressupõe limites, inclusive, limitações à própria autoridade. A liberdade, numa concepção autêntica, significa, portanto, liberdade crítica, ou seja, liberdade para a crítica, o que inclui a mais difícil das críticas, a auto-crítica: "todo aquele que põe em jogo o peso institucional de sua autoridade e substitui com isto os argumentos necessários, corre sempre o perigo de falar de forma autoritária e não com autoridade. Por isso, a prova máxima da existência de autenticidade no uso da própria autoridade constitui - a meu juízo - a liberdade crítica de poder equivocar-se alguma vez e de poder reconhecê-lo (Gadamer, 1996, p. 140).

Reconhecer o cuidado de si como um dos objetivos da prática de enfermagem junto ao cliente, significa favorecer a sua independência e a sua libertação, estimulando a participação real e efetiva dos sujeitos na expressão das suas necessidades em relação à saúde, nas tomadas de decisão sobre o cuidado e tratamentos em si e nas lutas e reivindicações a favor dos seus direitos como cidadãos.

O processo de assumir o auto-cuidado, assim como a despaternalização da assistência, representam uma modificação das relações de força e de poder entre os clientes e a enfermagem. Assumir o cuidado de si significa ser o sujeito da ação e das decisões que lhe dizem respeito, assumindo a responsabilidade por si em todos os aspectos da vida, inclusive a saúde.

A liberdade para parar e pensar, meditar, refletir, fazer uma crítica sobre si, sobre o outro e sobre o mundo, de modo a poder se aproximar e descobrir a verdade da alma e situar-se na realidade, como uma prática de preocupação consigo e de conhecimento pessoal, é fundamental a todas as pessoas, para mudar um modo de ser, transformando a si e, por extensão, também à sociedade em que vivem.

O exercício de pensar e refletir sobre o cotidiano, sobre a existência, sobre o nosso fazer, constitui-se uma prática de administração de um bem precioso que dispomos [a nossa existência], tentando compreender a serviço e a fim de quem se encontra e, se necessário, buscando reorientá-lo para práticas que sejam de valorização e respeito ao próprio eu e de cuidado de si.

5.3 - UMA MUDANÇA NA FORMA DE FAZER ENFERMAGEM

Frente a afirmação de Dejours de que a saúde não é um assunto dos outros, mas das próprias pessoas, emerge o questionamento acerca de como podem se situar os profissionais de saúde e, especificamente as enfermeiras e os demais componentes da equipe de enfermagem, em relação aos clientes e a sua saúde?

Acredito que assumir uma atitude ética vinculada a tecnologias de cuidado de si, seja capaz de fomentar relações que se oponham àquelas presentes no poder pastoral, nas quais os profissionais se reconhecem como detentores de um saber, que lhes permite responsabilizar-se pela saúde dos outros quando eles podem responsabilizar-se por si; conduzir as suas vidas e das comunidades, independentemente das suas vontades e desejos, guiando suas existências; reconhecer-se como agentes de mudança do modo das pessoas viver e ser, cobrando-lhes adesão e obediência às suas orientações e prescrições, enfim, negando a sua condição de sujeito autônomo.

Esta atitude ética pode ser evidenciada cada vez que os profissionais de saúde optam por reconhecer, nos clientes, seres humanos semelhantes a si, com um saber e uma história sobre a sua saúde, a quem lhes cabe expor, ouvir, traduzir e socializar, tornar compreensível e implementar um compartilhar de saberes sobre a saúde e as doenças, como preveni-las e revertê-las; - problematizar os seus direitos em relação à sua saúde, à prevenção e à restauração de doenças; - colocar-se à sua disposição para orientá-los, para implementar medidas de prevenção e de restauração, ajudá-los, se for o caso, mas sem invadir e ocupar

os seus espaços de liberdade e de decisão sobre a sua saúde, sobre a sua vida, sobre o cuidado de si que, enquanto possíveis seres autônomos, apenas a eles cabe.

Esta democratização do saber de enfermagem, a possibilidade de orientar sobre como cuidar de si, quando as pessoas manifestam necessidade de serem ensinadas, não deve significar uma transferência ou um repasse de conhecimentos da enfermagem ao cliente. Antes, consiste na problematização de um saber possível, de modo a que o profissional e o cliente possam pensá-lo e refleti-lo, contextualizá-lo, desenvolvê-lo, ampliando, mutuamente, a sua compreensão e domínio sobre o mesmo.

Para finalizar, cabe ressaltar que em qualquer relação em que alguém pretende dirigir o outro, seja orientando, ensinando ou cuidando, as relações de poder encontram-se presentes. O respeito ao outro e a sua liberdade de concordar ou de divergir das posições do profissional não deve ser compreendido, entretanto, como uma diminuição do compromisso, de quem exerce a enfermagem, para com a sociedade. Um compromisso que requer solidariedade para com o outro, numa proposta de relação entre iguais, apesar dos seus diferentes saberes, trajetórias e papéis assumidos. Diferentemente, exercer o poder pastoral mediante atitudes paternalistas, de infantilização e menorização dos clientes, negando sua capacidade de cuidar de si, quando esta se encontra presente, representa um desrespeito e um descompromisso com o outro, por não reconhecer nele a sua condição de sujeito da sua existência, mas de objeto que poderia ser desrespeitado e coisificado.

Uma proposta de fazer enfermagem que negue o exercício de poder pastoral aos clientes, respeitando os limites de atuação profissional frente às possibilidades de cuidado de si dos sujeitos, antes de representar uma manifestação de conformismo com o que aí está, significa o reconhecimento do cliente como sujeito da história e da sua história pessoal.

Acredito que à medida que exigirmos de nós mesmos, assim como dos outros, a liberdade de pensarmos nossas práticas, de refletirmos sobre como exercemos a enfermagem e, talvez, de nos questionarmos porque fazemos o que fazemos, na tentativa de entender por que somos como somos, possamos não refutar o que somos ou a realidade em que estamos imersos, mas encontrar alguns caminhos e possibilidades que favoreçam o exercício de práticas de cuidado de si, de transformação de nós mesmos, dos outros, e da sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, M. G. G., BOERY, R. N. S. O. Representações do aluno de graduação em enfermagem acerca da prática / papel do enfermeiro - um relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n. 1, p. 61-66, jan./mar. 1994.
- AGUILLAR, O. M., ANGERAMI, E. L. S. Contribuição ao estudo do processo de adaptação da pessoa laringectomizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 37, n. 3/4, p. 174-181, jul./dez. 1984.
- AGUILAR, O. M., SANTOS, B. M. O., MAMEDE, M. V. Cirurgias ginecológicas: problemas pós-alta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 45, n. 2/3, p. 105-115, abr./set. 1992.
- ALMEIDA, A. O. Para Sacks, doença é um conceito falho. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 18 ago. 1997. Caderno 3, p. 4.
- ALMEIDA, M. C. P. *et al.* Gerência na rede de serviços de saúde em Ribeirão Preto - um processo em construção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n. 3, p. 278-286, jul./set. 1994.
- ALMEIDA, M. C. P., MELLO, D. F., NEVES, L. A. S. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva - rede básica de saúde em Ribeirão Preto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 44, n. 2/3, p. 64-75, abr./set. 1991.
- ALMEIDA, M. C. P., ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- ALVAREZ-URÍA, F. Prologo. In: FOUCAULT, M. **Hermenéutica del sujeto**. Madrid: La Piqueta, 1987.
- ALVES, M. D. S., VARELA, Z. M. V. O jornal como veículo no processo de mobilização e organização dos grupos comunitários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 41, n. 2, p. 140-144, abr./jun. 1988.
- ANDRADE, M. C. D. A enfermagem na assistência ao deficiente mental: níveis de prevenção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 39, n. 2/3, p. 90-93, abr./set. 1986.

- AQUINO, E. M. L. *et al.* Saúde e trabalho de mulheres profissionais de enfermagem em um hospital público de Salvador, Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 46, n. 3/4, p. 245-257, jul./dez. 1993.
- ARANGUREN, J. L. L., Prologo. In: CORTINA, A. **Ética mínima**. Introducción a la filosofía práctica. 4. ed. Madrid: Tecnos, 1994.
- ARENDT, H. **Entre o passado e o futuro**. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- _____. **A condição humana**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.
- _____. **De la historia a la acción**. Barcelona: Paidós, 1995.
- AUGUSTO, M. *et al.* Experiência de integração docente assistencial na área de pediatria social desenvolvida em uma comunidade da periferia de São Paulo, abrangendo assistência, ensino e pesquisa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 36, n. 1, p. 50-71, jan./mar. 1983.
- BARBATO, M. G., KOIZUMI, A. S., ENGEL, E. M. Problemas psicossócio espirituais dos coronariopatas internados em unidades coronarianas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 7-16, jan./mar. 1982.
- BARISON, E. M. **Medicina e tecnologias de poder em Foucault**. Campinas: UNICAMP, 1996. mimeo.
- BARROS, A. S., CHRISTÓFORO, F. F. M. Abordagem do enfermeiro no grupo educativo com gestantes candidatas à laqueadura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 46, n. 2, p. 101-106, abr./jun. 1993.
- BARROS, S. M. P. F., ARAÚJO, M. J. S. Prática administrativa de enfermagem na rede de serviços de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 36, n. 3/4, p. 255-258, jul./dez. 1983.
- BARROS, S. M. P. F., SILVA, N. F. Brasil - sistema local de saúde - enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 44, n. 1, p. 126-130, jan./dez. 1990.
- BATISTA, S. S., MOREIRA, M. L., SAUTHIER, J. O ensino de Introdução à Ciência da Enfermagem em um currículo integrado - a experiência da Escola de Enfermagem Ana Néri da Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 173-184, abr./jun. 1984.
- BOEHS, A. E., MONTICELLI, M., ELSEIN, I. Mulheres falando sobre crenças e práticas no cuidado do coto umbilical do recém-nascido. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 44, n. 1, p. 36-42, jan./mar. 1991.

- BORBA, M. R. **Alunos e professora de graduação em enfermagem criando um espaço terapêutico: re-inventando caminhos**. Florianópolis: UFSC, 1997, 111 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
- BOTTO, M. C. A. *et al.* Orientação para tratamento domiciliar de enema com corticóide à paciente portadora de retite actínica pós-radiomoldagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 34, n. 1, p. 62-65, jan./mar. 1981.
- BRAGA, F. L. M., COVELLO, C. M. *Follow-up* como modalidade da assistência de enfermagem em hipertenso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n. 2, p. 165-177, abr./jun. 1994.
- CAMPESTRINI, S. Amamentação - aspectos antropológicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 45, n. 4, p. 285-289, out./dez. 1992.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990a.
- _____. **La santé. concept vulgaire & question philosophique**. Paris: Sables, 1990b.
- CAPONI, S. **O interesse pelos sujeitos**. (A interrogação filosófica na obra de Michel Foucault). Campinas: UNICAMP, 1989, 168 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, 1989.
- _____. **Lo griego y lo cristiano en la etica kantiana**. Campinas: UNICAMP, 1990. mimeo.
- _____. **A proposito del concepto de salud**. Florianópolis, UFSC, 1996. mimeo.
- _____. **Compaixão e disciplina na genealogia da ordem médica**. Florianópolis: UFSC, 1997. mimeo.
- CARNEIRO, A., RODRIGUES, K. H. Opinião de mulheres de baixa renda, residentes em cidade do interior sobre planejamento familiar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 40, n. 1, p. 23-27, jan./mar. 1987.
- CÁRNIO, A. M., CINTRA, F. A., TONUSSI, J. A. G. Orientação pré-operatória a pacientes com catarata e indicação de cirurgia ambulatorial - relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 1, p. 39-45, jan./mar. 1995.
- CARVALHO, V., CASTRO, I. B. Marco conceitual para o ensino e a pesquisa em enfermagem fundamental - um ponto de vista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 38, n. 1, p. 76-86, jan./mar. 1984.

- CARVALHO, Z. M. F. Orientação de enfermagem - fator importante no ajustamento das mulheres mastectomizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 37, n. 3/4, p. 157-164, jul./dez. 1984.
- CEZARETI, I. U. R. Ostomizado: reabilitação sem fronteiras? Ponto de vista do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 1, p. 60-65, jan./mar. 1995.
- CHEIDA, M. L. C., CHRISTÓFOLLI, D. A. S. A equipe de enfermagem frente à problemática da assistência individualizada ao paciente terminal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 37, n. 3/4, p. 165-173, jul./dez. 1984.
- CHIESA, A. M. Assistência à saúde das mulheres do município de Taboão da Serra com diagnóstico de displasia ou carcinoma cérvico-uterino: problematização no sistema de referência e contra-referência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 45, n. 1, p. 28-35, jan./mar. 1992.
- COCCO, M. I. M. O enfermeiro e o ensino não formal em saúde: uma abordagem teórica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 41, n. 1, p. 50-55, jan./mar. 1988.
- COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986. **Anais da 8. Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- CORRÊA, A. K. Sendo enfermeira no centro de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 3, p. 233-241, jul./set. 1995.
- COSTA, M. E. B. , LIMA, R. C. D. Proposta de orientação sistematizada para a pessoa diabética e sua família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 41, n. 2, p. 169-172, abr./jun. 1988.
- DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n.54, p. 7-11, abr./ mai./ jun.1986.
- DELEUZE, G. **Foucault**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- DOLAN, J. A. **History of nursing**. 10 ed. Filadélfia: W.B.Saunders Company, 1958
- DOMINGUES, E. F. Modelagem de comportamento da gestante tabagista - cuidado preventivo de enfermagem obstétrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 34, n. 2, p. 153-163, abr./jun. 1981.
- DONAHUE, M. P. **Historia de la enfermeria**. Madri: Egedsa, 1993.
- DONZELOT, J. **La policia de las familias**. Valencia: Pre-textos, 1979.

- EBEN, J. D. *et al.* Dorothea E. Orem: teoria del déficit de auto-cuidado en enfermería. In: MARRINER, A. **Modelos y teorías de enfermería**. Barcelona: Rol, 1989. p. 101-113.
- ENDERS, B. C. O papel do enfermeiro de saúde pública: projeções no ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 3, p. 251-271, jul./set. 1995.
- ENTIDADES DE ENFERMAGEM-ABEN-COFEN-FNE. Projeto político da enfermagem - oficina de trabalho do Fórum Nacional de Entidades de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 45, n. 2/3, p. 98-104, abr./set. 1992.
- ESPREAFIGO, E. M., LOURENÇO, M. R. A experiência do estudante de graduação de enfermagem na escola de 1. grau prestando assistência primária de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 36, n.1, p. 72-94, jan./mar. 1983.
- FERNANDES, J. D. Indissociabilidade ensino/pesquisa/extensão: buscando a essência e engendrando o novo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n.1, p. 36-41, jan./mar. 1994.
- FERNANDES, M. F. P., FUJIMORI, M., KOIZUMI, M. S. Estudo sobre as intervenções de enfermagem frente ao paciente em morte iminente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 37, n.2, p. 102-108, abr./jun. 1984.
- FERRAZ, A. F. *et al.* Assistência de enfermagem a pacientes em fase terminal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 39, n.1, p. 50-60, jan./mar. 1986.
- FERRAZ, E. R., SALZANO, S. D. T. O paciente cirúrgico: suas expectativas e opiniões quanto ao cuidado de enfermagem no período transoperatório. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 35, n.1, p. 48-59, jan./mar. 1982.
- FERRIANI, M. G. C., CANO, M. A. Assistência de enfermagem ao escolar uma introdução ao problema. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 36, n.3/4, p. 231-234, jul./dez. 1983.
- FIALHO, A. V. M., SILVA, R. M. Mastectomia e suas repercussões. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 46, n. 3/4, p. 266-270, jul./dez. 1993.
- FOSTER, P. C., JANSSENS, N. P. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 90-107.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade I**. A vontade de saber. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- _____. **História da sexualidade II**. O uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- _____. **História da sexualidade III**. O cuidado de si. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- _____. **Hermeneutica del sujeto**. Madrid: La Piqueta, 1987.

- _____. **Tecnologias del yo** y otros textos afines. Barcelona: Paidós Ibérica, 1990a.
- _____. **Microfísica do poder**. 9. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990b.
- _____. **Vigiar e punir**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.
- _____. O sujeito e o poder. In: RABINOW, P. & DREYFUS, H. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995a. p. 231-249.
- _____. Michel Foucault entrevistado por Hubert Dreyfus e Paul Rabinow. In: RABINOW, P. & DREYFUS, H. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995b. p. 253-278. Entrevista.
- _____. **Qué es la ilustración?**. Córdoba: Alción Editora, 1996.
- FRAGA, M. N., ARAÚJO, M. V., GOULART, S. F. Influência das percepções, observações e anotações do enfermeiro sobre as ações da equipe de saúde no atendimento ao paciente psiquiátrico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 33, n. 2, p.223-235, abr./jun. 1980.
- FRAGA, M. N., DAMASCENO, R. N., CALIXTO, M. L. G. Ensino de relacionamento terapêutico em enfermagem psiquiátrica - dificuldade e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 39, n. 2/3, p.94-102, abr./jun. 1986.
- FRANK, M. F. & ELIZONDO, S. T. **Desarrollo historico de la enfermeria**. Mexico: La Prensa Medica Mexicana, 1975.
- FURUKAWA, C. Y., FISH, B. L. J. Virginia Henderson. In: GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**. Os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 64-79.
- GADAMER, H. **El estado oculto de la salud**. Barcelona: Gedisa, 1996.
- GARCIA, A. V. **O caráter educativo das ações em saúde: entre o biológico e o político**. Santa Catarina: UFSC, 1997. 149 p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
- GASPARI, E. A professora do MIT achou um bom governo nos trópicos. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 6 jul. 1997. Caderno 1, p. 18.
- GASTALDO, D. M., MEYER, D. E. A formação da enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 42, n. 1,2,3/4, p.7-13, jan./dez. 1989.

GERMANO, M. R. **A ética e o ensino de ética na enfermagem do Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993a.

_____. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993b.

GUIMARÃES, M. L. M. V. Participação do enfermeiro no treinamento do paciente lesado raquimedular e usuário de farmacoterapia intracavernosa peniana: papaverina. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 44, n. 2/3, p.116-118, abr./set. 1991.

GRAAF, K. R., MOSSMAN, C. L., SLEBODNIK, M. Florence Nightingale: enfermería moderna. In: MARRINER, A. **Modelos y teorías de enfermería**. Barcelona: Rol, 1989. p.53-66.

HIMMELFARB, G. **La idea de la pobreza**. Inglaterra a principios de la era industrial. Mexico: Fondo de Cultura Económica, 1988.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU:EDUSP, 1979.

JAMIESON, E. M., SEWALL, M. F., SUHRIE, E. B. **Historia de la enfermería**. 6. ed. Mexico: Interamericana, S.A., 1968.

KANT, I. **Filosofía de la história**. Buenos Aires: Editorial Nova, 1964.

_____. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Lisboa: Edições 70, 1995.

KUHN, E. H. *et al.* Grupo de pacientes de cirurgia cardíaca - relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 439, n. 2/3, p. 76-80, abr./set. 1986.

LANA, F. C. F. Organização tecnológica do trabalho em hanseníase com a introdução da poliquimioterapia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 46, n. 3/4, p. 199-210, jul./dez. 1993.

LAUTERT, L., *et al.* Osteoporose: a epidemia silenciosa que deve se tornar pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 2, p.161-167, abr./jun. 1995.

LEITE, J. L., AGUIAR, R. C. B., CARVALHO, M. L. A relação de ajuda a um grupo de clientes com problemas de locomoção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 34, n. 3/4, p. 211-223, jul./dez. 1981.

LEOPARDI, M. T., ALMEIDA, M. C. P., ROCHA, S., M., M. O significado da assistência de enfermagem no resultado da assistência à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 45, n. 4, p.249-258, out./dez. 1992.

LIMA, M. A. D. S. **A formação do enfermeiro e a prática profissional: qual a relação?** Porto Alegre: PUCRS, 1993. Dissertação (Mestrado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1993.

- _____. Ensino de enfermagem: retrospectiva, situação atual e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n. 3, p. 270-277, jul./set. 1994.
- LINS, L. C. S., SÁ, M. P. C. Avaliação da assistência prestada pelo estudante de enfermagem em um hospital geral do INAMPS na cidade do Recife - opinião dos pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 39, n. 2/3, p.38-45, abr./set. 1986.
- LOCATO, M. L., CARVALHO, H. C., CARVALHO, H. M. Uma experiência de ensino em escolas de primeiro grau de Alfenas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 34, n. 3/4 , p. 327-332, jul./dez. 1981.
- LOPES, M. J. M. **O trabalho da enfermeira: nem público nem privado - feminino, doméstico e desvalorizado**. Porto Alegre: PUCRS, 1987. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1987.
- _____. O trabalho da enfermeira: nem público, nem privado, feminino, doméstico e desvalorizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 41, n. 3/4 , p. 211-217, jul./dez. 1988.
- LOYOLA, C. M. D. **Os doce(i)s corpos do hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1987.
- LUCE, M. *et al.* Preparo para o auto-cuidado do cliente diabético e família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 44, n. 1, p. 36-43, jan./dez. 1990.
- LUNA, F., SALLES, A. **Decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica**. Buenos Aires: Editorial Sudamerica, 1995.
- LUNARDI, V. L. Relacionando enfermagem, gênero e formação disciplinar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.46, n.3/4, p. 286-295, jul./dez. 1993.
- _____. **Fios visíveis/invisíveis no processo educativo de (des) construção do sujeito enfermeira**. Porto Alegre: UFRGS, 1994, 270 p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1994.
- LUNARDI FILHO, W. D. **Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem**. Porto Alegre: UFRGS, 1995, 288 p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.
- LUZ, *et al.* Feto morto: atuação da enfermeira frente ao sentimento materno. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 42, n. 1,2,3/4 , p. 93-100, jan./dez. 1989.
- MACHADO, R. *et al.* **Danação da norma**. Medicina e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

- MAIA, C. A. T. , COLODO, M., VALE, I. N. Cirurgia ginecológica: trabalho em grupo visando o preparo para internação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 41, n. 1 , p. 34-38, jan./mar. 1988.
- MAMEDE, M. V., BUENO, J. V., BUENO, S. M. V. Percepção da condição de saúde entre mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 46, n.2, p. 95-100, abr./jun. 1993.
- MARTINS, A. A. A enfermagem como prática social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 40, n. 2/3, p.132-143, abr./set. 1987.
- MARTINS, J. Minha experiência com UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 45, n. 2/3, p.208-209, abr./set. 1992.
- MARTINS, R. C. T., FONSECA, A. S. O estudo de caso como estratégia de ensino no curso de graduação em enfermagem na Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 45, n. 2/3, p.231-238, abr./set. 1992.
- MATOS, G. A., CUNHA, N. F. Assistência primária de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 34, n.1 , p. 100-116, jan./mar. 1981.
- MENDES GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.
- MENEGOLLA, M., SANT'ANNA, I. M. **Porque planejar? Como planejar?** Petrópolis: Vozes, 1992.
- MEYER, D. E. E. **Reproduzindo relações de poder de gênero e de classe no ensino de enfermagem**. Porto Alegre: UFRGS, 1991. 165 p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1991.
- MIRANDA, C. M. L. A enfermagem e a crise atual: ética, compromisso e solidariedade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 46, n. 3/4, p. 296-300, jul./dez. 1993.
- MIRANDA, C. M. L., SOBRAL, V. R. S. Os álibis da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 44, n.1 , p.22-29, jan./mar. 1991.
- MOLINA, T. M. **Historia de la enfermeria**. 2. ed. Buenos Aires: Intermédica, 1973.
- MOREY, M. Introducción: la cuestión del método. In: FOUCAULT, M. **Tecnologías del yo** y otros textos afines. Barcelona: Paidós, 1990.
- MUGUERZA, J. Kant y el sueño de la razón. In: THIEBAUT., C. **La herencia ética de la ilustración**. Barcelona: Crítica, 1991. p. 9-36.

- NASCIMENTO, E. M. F., CANÇADO, M. L. B. O ensino da técnica de curativo e retirada de pontos em incisão através da estratégia de simulação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 46, n. 1, p. 35-41, jan./mar. 1993.
- NASCIMENTO, P. C. Democracia e saúde: uma perspectiva arendtiana. In: FLEURY, S., org. **Saúde coletiva?** questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p.177-196.
- NEVES, T. A. *et al.* O papel do enfermeiro (a) do trabalho na reinserção social da pessoa com deficiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 35, n. 3/4, p. 192-199, jul./dez. 1982.
- NIETZSCHE, F. **Aurora**. 2. ed. México: Mexicanos Unidos, 1981.
- NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.
- NORONHA, D. C. U. *et al.* Implicações éticas na assistência de enfermagem ao paciente crítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 38, n. 3/4, p. 349-354, jul./dez. 1985.
- NORONHA, R.. Motivação no ensino e na assistência de enfermagem **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 37, n. 3/4, p. 274-279, jul./dez. 1984.
- _____. Experiência participativa mobilizadora de enfermagem - condições prévias para o auto-cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 39, n. 1, p. 34-43, jan./mar. 1986.
- OLIVEIRA, M. F. G., MONTEIRO, E. M. Necessidades psicossociais do menor de baixa renda na faixa etária de 10 a 15 anos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 42, n.1,2,3/4, p.14-21, jan./dez. 1989.
- PADILHA, M. I. C. S. **A mística do silêncio**. A prática de enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX. Rio de Janeiro: 1997, 232 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.
- PAGLIUCA, L. M. F. Os princípios da teoria das necessidades humanas básicas e sua aplicabilidade para o paciente com indicação de transplante de córnea. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 46, n. 1, p. 21-31, jan./mar. 1993.
- PAIXÃO, W. **História da enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Julio C. Reis Livraria, 1979.
- PASSOS, E. S. Tendências da ética profissional da modernidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 46, n. 1, p. 56-62, jan./mar. 1993.
- _____. A ética na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 1, p.85-92, jan./mar. 1995.

- PEREIRA, M. S., NAKATANI A. Y., SOUZA, A. C. Organização técnica e funcional dos serviços de controle de infecção hospitalar existentes nos hospitais do município de Goiânia - Goiás. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n. 3, p. 231-240, jul./set. 1994.
- PINHEIRO, M. C. D., LOPES, G. T. A influência do brinquedo na humanização da assistência de enfermagem à criança hospitalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 46, n. 2, p. 117-131, abr./jun. 1993.
- PONTES, P. A. R., SOUZA, A. M. A., FRAGA, M. N. O. Reforma psiquiátrica no Ceará: tópicos de caracterização dos novos serviços. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 3, p. 297-303, jul./set. 1995.
- POPIM, R. C., BARBIERI, A. O significado da morte peri natal - depoimento de mães. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 44, n. 1, p. 134-140, jan./dez. 1990.
- POZZAN, R. *et al.* Experiência com um programa de educação para pacientes diabéticos com baixo nível sócio-econômico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n. 3, p. 241-249, jul./set. 1994.
- PRADO, M. L. Comportamento preventivo em saúde: para além da teorização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 46, n. 2, p. 156-166, abr./jun. 1993.
- QUEIROZ, V. M., EGRY, E. Y. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 41, n.1 , p.26-33, jan./mar. 1988.
- RABINOW, P. & DREYFUS, H. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- REMOR, A *et al.* A teoria do auto-cuidado e sua aplicabilidade no sistema de alojamento conjunto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 39, n. 2/3, p. 6-11, abr./set. 1986.
- REZENDE, A. L. M. **Os valores como forças gregárias na educação para a saúde**. Rio Grande: FURG, 1997a. mimeo.
- _____. **O planejamento educacional participativo**. Rio Grande: FURG, 1997b. mimeo.
- RIBEIRO, C. M. Educação continuada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 39, n.1 , p. 79-81, jan./mar. 1986.
- RIO GRANDE. Prefeitura Municipal do Rio Grande. **Agentes da esperança**. Rio Grande: Secretaria Municipal da Saúde. [s.d.] Folder.

- ROCHA, M. P. S. Assistência de enfermagem em uma unidade de cuidados terciários ao diabético. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 37, n.3/4, p.218-187, jul./dez. 1984.
- ROCKENBACH, L. H. A enfermagem e a humanização do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 38, n. 1, p. 49-54, jan./mar. 1985.
- RODRIGUES, A. B., MAGALHÃES, M. B. B., SALES, S. M. M. A questão do vírus da imunodeficiência humana e a autoproteção no trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 3, p.272-285, jul./set. 1995.
- RODRIGUES, E. B., CÔRTEZ, S. M. R. F. Terapêutica de enfermagem nos casos de prolapso uterino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 44, n. 1, p. 141-143, jan./dez. 1990.
- ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- ROSSI, L. A. A prática de enfermagem em uma unidade de queimados: análise dos discursos dos enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n. 2, p. 100-107, abr./jun. 1994.
- SANTO, T. J. M. E. Segurança emocional como necessidade humana básica - atenção do enfermeiro junto ao cliente em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 38, n. 3/4, p. 231-237, jul./dez. 1985.
- SANTOS, B. R. L., MENDES, E. E. M. Programa de assistência de enfermagem a clientes portadores de danos cardiovasculares no ambulatório de um hospital geral e de ensino de Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 36, n. 3/4, p. 274-281, jul./dez. 1983.
- SANTOS, M. P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 2, p.109-119, abr./jun. 1995.
- SANTOS, S. A. Atuação do enfermeiro no controle epidemiológico da hanseníase. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 45, n. 2/3, p.227-230, abr./set. 1992.
- SANTOS, S. R., RODRIGUES FILHO, J. R. Enfermagem: fatores de satisfação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 3, p.242-250, jul./set. 1995.
- SANTOS, V. L. C. G. *et al.* A imagem da enfermeira e do enfermeiro percebida por alunos ingressantes no curso de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 41, n.3/4, p.241-251, jul./dez. 1988.
- SCHNEIDER, J. F. Enfermagem psiquiátrica e fenomenologia - algumas considerações. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n. 1, p. 57-60, jan./mar. 1994.

- SCHNEIDER, J. F., VALLE, E. R. M. O indivíduo denominado esquizofrênico - análise ideográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 3, p.286-296, jul./set. 1995.
- SCLIAR, M. Paraisos Artificiais. **Veja**, São Paulo, n.1497, p. 9-11, 28 mai. 1997. Entrevista.
- SELLI, L. **Beneficência, autonomia e justiça como princípios bioéticos**: implicações para o fazer de enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1997, 201 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
- SEYMER, R. L. **Florence Nightingale**. São Paulo: Melhoramentos, [s.d].
- SILVA, G. B. **Enfermagem profissional**. Análise crítica. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- SILVA, A. L. A., FONSECA, R. M. G. S. Repensando o trabalho em saúde mental: a questão da interdisciplinaridade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 3, p.212-217, jul./set. 1995.
- SILVA, A. L. C. O enfermeiro e o paciente em tratamento de longa duração. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 33, n. 3, p.356-364, jul./set. 1980.
- SOARES, S. M. Agentes de saúde voluntários: uma nova estratégia de atendimento à saúde da população na periferia urbana. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 41, n. 2, p.97-106, abr./jun. 1988.
- SOUZA, M., VIANNA, L. A. C. Incidência de acidentes de trabalho relacionada com a não utilização das precauções universais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 46, n. 3/4, p. 234-244, jul./dez. 1993.
- SOUZA, M. L., SPRICIGO, J. S. População dos estados da região sul do Brasil e o compromisso social da enfermagem com o idoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 36, n. 2, p.192-198, abr./jun. 1983.
- SPÍNDOLA, T., MACEDO, M. C. S. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n. 2, p. 108-117, abr./jun. 1994.
- SZASZ, T. **Cruel compaixão**. Campinas: Papyrus, 1994.
- TASHIRO, M. T. O., SOUZA, M. F., OLIVEIRA, S. D. Auto-cuidado no tratamento pelo método de Ilizarov - Um estudo de caso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 1, p.46-50, jan./mar. 1995.

- TEIXEIRA, M. E. M., BARBOSA, M. A., SILVA, L. F. Percepções dos pacientes quanto aos procedimentos invasivos no pós-operatório de cirurgias de grande porte. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n. 3, p. 250-257, jul./set. 1994.
- UTYAMA, I. K. A. *et al.* Opinião dos acadêmicos do curso de graduação em enfermagem em relação ao ensino básico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 44, n.4, p.47-54, out./ dez. 1991.
- VALLE, E. G., ALBUQUERQUE, M. T. Conversando com as mães sobre amamentação: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 39, n. 1, p. 28-33, jan./mar. 1986.
- VALLE, E. G., GUEDES, M. V. C., ALBUQUERQUE, M. T. Pós-operatório de cirurgia cardíaca: o que pensam e verbalizam os pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 44, n. 1, p. 79-84, jan./dez. 1990.
- VARGAS, G. O. P., SCAIN, S. F. Educação para a saúde a grupo de obesos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 36, n. 1, p. 38-49, jan./mar. 1983.
- VELASQUEZ, C. L. *et al.* O enfermeiro no desenvolvimento da comunidade - atuação como educador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 39, n. 2/3, p. 16-20, abr./set. 1986.
- VIEIRA, T. T., OLIVA, D. S. R. Novas abordagens no ensino de Enfermagem Fundamental: experiência docente no ensino da ética profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 38, n. 2, p. 191-196, abr./jun. 1985.
- VIETTA, E. P., BUENO, S. M. V. Sintomas existenciais versus sintomas psicopatológicos: um problema de rotulagem psiquiátrica - inquérito sobre a vivência dos profissionais de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 40, n. 1, p. 53-59, jan./mar. 1987.
- _____. Sintomas existenciais versus sintomas patológicos, um problema de rotulagem psiquiátrica: inquérito sobre a vivência de profissionais de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 40, n. 4, p. 256-262, out./dez. 1987.
- VIGARELLO, G. **O limpo e o sujo: uma história da higiene corporal**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. 3. ed. São Paulo: Pioneira Editora, 1983.
- WRIGHT, M. G. M. O agente de saúde na atenção primária de saúde da teoria à realidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 40, n. 4, p. 183-189, out./dez. 1987.

XAVIER, I. M., GARCIA, C. L. L. , NASCIMENTO, M. A. L. A reforma sanitária e a participação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 41, n. 3/4, p. 190-198, jul./dez. 1988.