

MAURO LEONARDO SALVADOR CALDEIRA DOS SANTOS

**A COMPAIXÃO E SUAS VICISSITUDES NA PRÁTICA DE
ENFERMAGEM**

FLORIANÓPOLIS

2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA DE ENFERMAGEM

**A COMPAIXÃO E SUAS VICISSITUDES NA PRÁTICA DE
ENFERMAGEM**

MAURO LEONARDO SALVADOR CALDEIRA DOS SANTOS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC, como requisito para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem na Área de Concentração: Filosofia da Enfermagem.

ORIENTADORA: DRA. MARIA ITAYRA COELHO
DE SOUZA PADILHA

FLORIANÓPOLIS

FEVEREIRO, 2001

FICHA CATALOGRÁFICA

Santos, Mauro Leonardo Salvador Caldeira

A compaixão e suas vicissitudes na prática de enfermagem. Florianópolis:
UFSC, 2001.

98 p.

Tese de Doutorado em Filosofia da Enfermagem – UFSC, 2001.

1. Enfermeiros – relação de ajuda. 2. Enfermagem – Cuidado.
3. Compaixão. 4. Filosofia. I. Título.

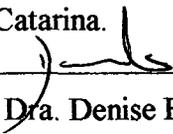
FLORIANÓPOLIS, 20 DE FEVEREIRO DE 2001.

A COMPAIXÃO E SUAS VICISSITUDES NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM
MAURO LEONARDO SALVADOR CALDEIRA DOS
SANTOS

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

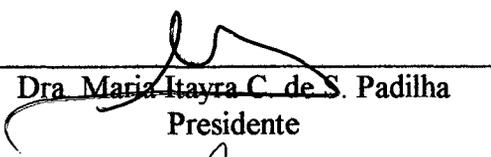
DOUTOR EM ENFERMAGEM

E aprovada em sua forma final em 20 de fevereiro de 2001, atendendo às normas da legislação vigente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Curso de Doutorado em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia da Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.


Dra. Denise Elvira Pires de Pires

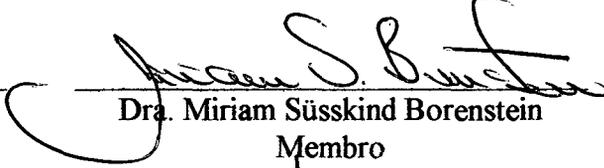
Coordenadora PEN/UFSC

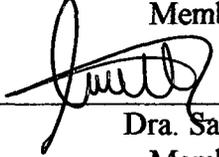
BANCA EXAMINADORA:

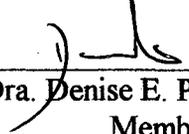

Dra. Maria Itayra C. de S. Padilha
Presidente


Dra. Vera Regina Salles Sobral
Membro


Dra. Marilda Andrade
Membro


Dra. Miriam Süsskind Borenstein
Membro


Dra. Sandra Caponi
Membro


Dra. Denise E. Pires de Pires
Membro


Dra. Agueda L. Pereira Wendhausen
Membro

HOMENAGEM

Gostaria de homenagear a família Padilha-Giamatey, que marcou a minha jornada em Florianópolis, à Maria Itayra, querida orientadora desta tese, sempre ao meu lado para me apoiar e confortar nos momentos difíceis, ao João Luís, pelas discussões, dicas e aos almoços empreendedores, à Duda, com sua perspicácia e ternura.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Jesen e Darcy, pelo carinho e estofamento simbólico para a vida.

Ao meu irmão Cláudio “oh, oh no my old soul, you left us much too soon, how i love you, oh i”.

Às irmãs Clara e Cláudia, pela ajuda e paciência para ouvir os questionamentos da tese.

Ao irmão Jesen Jr, pela correção do português e discussão intelectual da tese.

Aos sobrinhos Cláudio, Matheus, Natália e Gabriel, os porvires.

Aos amigos de sempre, Liane, Mônica, Solange, Zé Antônio, Milton, Vera, Marilda e Selma.

Ao amigo Vladimir, pelas longas discussões e lazer.

Aos novos amigos de Florianópolis, Cleide, Nazaré, Ricardo, Elza e Paulo.

A amiga Lina, pelas longas conversas sobre as nossas teses.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico da UFF, pela liberação para o Doutorado, em especial, Alba Alconforado, pelo apoio e estímulo.

A Direção da Escola de Enfermagem da UFF, no intuito da capacitação dos professores.

Aos componentes da Banca Examinadora: Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, Vera Regina Salles Sobral, Marilda Andrade, Miriam Süsskind Bornstein, Sandra Caponi, Águeda Wendhausen, Denise Elvira Pires de Pires.

Aos colegas e professores da turma de 1997 do Doutorado em Filosofia da Enfermagem, em especial à Geney.

A Pós- Graduação de Enfermagem da UFSC, pela qualidade, criatividade e inovação.

A todas as pessoas que contribuíram para esta tese.

Esta tese foi escrita, aos sons de: Prince (4ever), U2, Radiohead, Michael Nymann, Sugar, The Pretenders, The Who, Buffalo Tom, Cocteau Twins, Sheila E., Wendy & Lisa, Mozart, Vivaldi, Bach, Joni Mitchell, Miles Davis.

RESUMO

Este estudo teve como objeto a compreensão do cuidado na Enfermagem enquanto relação compassiva e necessária para sua efetivação. O objetivo circunscreveu-se em discutir como a compaixão permeia os atos de cuidar da enfermagem singularizando um discurso cotidiano do fazer. O referencial teórico filosófico para sustentar a análise dos dados orientou-se pelas idéias de Nietzsche e Schopenhauer, no que tange à questão da filosofia pessimista e trágica de sua vinculação com o cuidado de enfermagem. A pesquisa caracterizou-se pela abordagem qualitativa, tendo por base a análise genealógica de Michel Foucault. Os sujeitos do estudo foram cinco enfermeiras que trabalham em unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. A coleta dos dados foi realizada através da entrevista semi-estruturada e observação não participante. As categorias de análise para caracterização das posturas compassivas foram a afetividade e o sofrimento. Conclui-se que a compaixão é um valor moral que afirma a existência da enfermagem, demonstrando-se que a enfermagem tem seu escopo teórico uma tradição pessimista e trágica na qual se estabelece o suporte da relação de ajuda, traduzindo o seu poder no traço compassivo.

ABSTRACT

The object of this study was the understanding of nursing care as a compassionate relationship which is necessary for its effectiveness. The objective was to discuss how compassion permeates the routine of nursing care. The theoretical framework used to support the data analysis was inspired on the Nietzsche and Schopenhauer's ideas, regarding pessimistic and tragic philosophy and its links with nursing care. The research used the qualitative approach using the genealogical analysis of Michel Foucault as a base. The subject of the study were five nurses working at the medical clinic unit of the Universidade Federal de Santa Catarina. The data collection was made through a semi-structured interview and non participative observation. The categories of analysis used to identify compassionate behaviour were affection and suffering, leading to the conclusion that compassion is a moral value that confirms the existence of nursing. It also shows that nursing practice has in its theoretical scope a pessimistic and tragic tradition, in which a relationship of help is established, confirming that this contains an element of compassion.

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	11
2. QUADRO TEÓRICO	25
2.1. OS FUNDAMENTOS DA COMPAIXÃO EM SCHOPENHAUER.....	25
2.2. OS FUNDAMENTOS DA COMPAIXÃO EM NIETZSCHE.....	33
2.3. GENEALOGIA DA MORAL.....	37
3. QUADRO METODOLÓGICO	45
3.1. O CAMPO DE ESTUDO	47
3.2. A APREENSÃO DOS DADOS	49
3.3. A ANÁLISE DOS DADOS	53
4. AS POSTURAS COMPASSIVAS NA ENFERMAGEM.....	57
4.1. AFETIVIDADE.....	61
4.2. SOFRIMENTO	72
5. A COMPAIXÃO E SUAS VICISSITUDES	82
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
ANEXOS.....	95

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O objeto de estudo de minha Tese de Doutorado está vinculado aos questionamentos que vêm permeando a minha vida profissional há aproximadamente quinze anos, quando, ainda aluno do Curso de graduação, me inquietava com a forma como se davam as relações entre equipe de enfermagem e clientes, colegas e equipe multiprofissional.

Em 1985, ao cursar a Residência em Enfermagem Psiquiátrica, trabalhava diretamente com a "loucura", e conhecendo o espaço asilar, passei a estabelecer relações entre a enfermagem e o discurso sobre a loucura, refletindo sobre a tentativa de controle exercido pelos Enfermeiros e os demais profissionais de saúde sobre esse discurso, que se manifestava silenciosamente como um poder disciplinar¹.

Tal poder disciplinar, a rigor, trata do modo como a equipe opera sobre o discurso do doente mental, estabelecendo o controle de seu ir e vir na instituição, ou seja, conforme seu comportamento em relação à realidade. O Enfermeiro exerce um poder sobre o controle ou a supressão de seus sintomas, o que determina a alta ou a manutenção da internação hospitalar.

¹ Poder disciplinar como proposto por Michel Foucault e discutido em PADILHA, M.I.C.S. – *A mística do silêncio- a prática de enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no séc. XIX*. Tese de Doutorado em Enfermagem, Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 1997.

Saliento que, muitas vezes, doentes gravemente enfermos, cujo risco de vida sugeriria intervenções urgentes sempre postergadas ficavam à mercê dos resultados de disputas de correntes teóricas, vaidades profissionais e/ou negligência profissional, nas quais imperava o sentido que esses agentes do saber/poder davam ao estatuto de doente e/ou saudável. Assim, as determinações das regras de intervenção no espaço da doença ditavam normas, estabelecendo, por exemplo, horários de lazer e necessidades como rituais, suprimindo-se a vontade dos clientes e a eficácia das ações.

Estas reflexões me motivaram a produzir trabalhos² que discutiam as formas como o poder disciplinar ocorria, possibilitando também compreender como a enfermagem/Enfermeiro normatizava as regras do espaço asilar e o impacto desse fenômeno na organização da estrutura e da dinâmica do jogo "louco-são".

Após permanecer algum tempo trabalhando em Unidades Psiquiátricas, chegou o momento de exercitar meus conhecimentos e experiência nas relações sociais em Hospital Geral. Nele passei por várias áreas, como unidades cirúrgicas de tratamento intensivo e de clínica médica, nas quais a realidade do cotidiano se vincula basicamente à habilidade do fazer, do exercer técnica e manualmente a enfermagem, o que, aparentemente, é o segredo do "ser bom Enfermeiro", ou seja, a organização e a normatização do espaço hospitalar para que os profissionais de saúde, principalmente os médicos, possam exercer suas atividades. Administrar uma unidade, na qual a problemática institucional é mais importante do que o interesse em cuidar ou criar novas tecnologias de cuidar.

Por outro lado, o Enfermeiro exerce, ali, um discurso de autoridade hierárquica investido pelo cargo administrativo, que implica um saber, uma possibilidade outra de entender como os fenômenos se dão, mas que permite pouco ou nenhum questionamento sobre a ação. Pude, assim, perceber e abstrair idéias sobre como os

² A Negação da Sexualidade na prática assistencial de Enfermagem. Cadernos de Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. n. 01: 2-6. 1988/RJ.

Enfermeiros atuam com relação aos clientes e profissionais, mais especificamente os médicos.

Na ocasião, outro aspecto se apresentou como parte dos questionamentos anteriores: a sexualidade dos clientes como fator desencadeador de ansiedade, de necessidade de contenção institucional, já que representava uma fonte de desordem no espaço hospitalar, além da freqüente queixa da sujeição dos Enfermeiros às ordens médicas e conseqüente privilégios de alguns Enfermeiros em detrimento de outros.

Por que isso se dava? Estes questionamentos me levaram a tentar investigar melhor a trama das relações intra-hospitalares e minha dissertação de mestrado³ procurava apresentar algumas respostas sobre como os Enfermeiros percebiam o comportamento sexual dos clientes hospitalizados sob controle da equipe de saúde.

O Enfermeiro era entendido como a centralizador das normas e ordenador dos dispositivos de poder da instituição, revestindo-se de uma dualidade no tratar da sexualidade do cliente, a qual se expressava através de ricos mecanismos que constituiriam uma ética de bondade e sedução, principalmente devido à sua dificuldade de lidar com essa questão.

A dificuldade de relacionamento com a sexualidade do cliente, com o corpo do cliente, controlado e esquadrihado durante toda a internação, dissimula-se naquilo que denominamos de cuidados de enfermagem, tais como banho, medicação, alimento, sono e repouso.

A enfermagem administra e organiza o espaço hospitalar, fazendo disso seu micropoder e instaurando a competência e responsabilidade ética do controle do cuidado do outro e de si. Estas evidências de poder disciplinar exercidas pelo

³ Intitulada: **A Percepção das Enfermeiros sobre o comportamento sexual do cliente hospitalizado.** Dissertação de Mestrado apresentada a Escola de Enfermagem Anna Nery, 1992.

Enfermeiro e pela enfermagem tornaram-se mais claras para mim, ao analisá-las à luz das idéias de Michel Foucault, sobretudo naquelas contidas em seu livro *Vigiar e Punir*⁴.

Assim, as ações de enfermagem impregnavam-se simultaneamente de um discurso normatizador para a concretude do cuidado de enfermagem e de uma aparente bondade extrema, sem retorno ou necessidade de gratificação, na qual a dedicação e o amor ao próximo podiam representar a tônica necessária para ser um bom Enfermeiro. Estabelecendo uma conexão com a prática, na qual a função da bondade suscita aparentemente um efeito, a compreensão absoluta do outro que recebe o cuidado, impõe uma controvérsia. A compreensão não se efetivará se não houver empatia, o que instaura um espaço de agrado para além da tolerância.

Sabemos que nem todos os clientes são de nossa escolha, até porque muitos Enfermeiros não trabalham em suas áreas de interesse por questões administrativas (falta de recursos humanos, tendências administrativas institucionais que privilegiam o fisiologismo e a troca de interesses, gerando insatisfações e baixo desempenho dos Enfermeiros).

A temática da compreensão absoluta, ou a tentativa de criar um contato com o cliente que seja de entendimento profundo de seu sofrimento, jaz no que indico como cuidado im-possível⁵. Vale dizer, a compreensão recalca o desejo, ainda que no sentido platônico, o qual Jacques Lacan e Freud, de certa forma, recuperam em suas teorias: o desejo como movimento perpétuo, infindável, que recomeça incessantemente.

⁴ O autor discute o poder disciplinar enfocando quatro eixos principais, ou seja, o exame, a sanção normalizadora, a observação hierárquica e o registro, os quais foram amplamente analisados na enfermagem por LUNARDI, V.L. (1994); PADILHA, M.ICS. (1997); MIRANDA, C.L. (1987).

⁵ Im-possível= (im= prefixo de negação). Possível, porque revela uma prática absoluta, uma ação concludente sobre determinado objeto. Im, porque revela nessa prática o seu caráter de mascaramento de aspectos da realidade no espaço institucional.

Sissa (1999, p. 163) afirma que a questão do im-possível “*é primeiro um estado de suficiência, no qual o objeto seria capaz de saciar um desejo de maneira adequada, específica.*”

Faz uma analogia com a citação da análise em Lacan “a análise demonstra que o amor, em sua essência, é narcísico, e denuncia que a substância do pretense objetal – bobagem – é de fato aquilo que, no desejo, é resto, quer dizer, sua causa, e o sustenta com sua insatisfação, até mesmo sua impossibilidade”.

Cria-se um hiato entre o que se diz e o que se faz, caracterizado geralmente na postura dos Enfermeiros diante de situações complexas e de decisões, e nos deslocamentos do agir, pois presos nas armadilhas da autonomia e heteronomia, recuperam a bondade e/ou sentimento de desvalia (crueldade), que passam a legitimar suas ações na prática, advindo daí uma provável postura compassiva no agir.

Passei, então, a estudar e a aprofundar as questões relativas e derivativas contidas no discurso e na prática da enfermagem no tocante às práticas de devoção, bondade e crucialmente a compaixão⁶.

O termo compaixão, significa “*piiedade, pena*”, do verbo “*compadecer*”, “*ter compaixão de*” (Cunha, 1996:200). Histórica e institucionalmente, a compaixão pode ser entendida como um conceito de um humanismo centrado na pena do outro, na situação de alguém que se coloca no lugar do outro que sofre, que é assistido ou tratado, cuidado, elevado, divinizado.

⁶ Uma leitura diacrônica do processo de constituição do vocábulo gerador do substantivo permite, sem dúvida, a interpretação dúplici de sentido que se espalha à família de palavras do mesmo étimo. Por um lado, *compadecer* é *padecer com*, *sofrer com*, e, por outro, é *apaixonar-se por*, *apiedar-se de*. O vocábulo *compaixão* integra-se formal e semanticamente à família de palavras cujos termos geradores possuem dois radicais: *padecer* e *paixão*, o primeiro, de base erudita; o segundo, de base vernácula. Em *compaixão* (cf *compadecimento*), lêem-se não só *piiedade*, *pena*, como também *sofrimento com*. Abre-se ainda a interpretação do vocábulo, com embasamento filosófico, ao sentido de *ter paixão por*, ou melhor, *sofrer paixão por*. O que parece ser interessante é o fato de haver, em quaisquer das interpretações, um traço de passividade, ou voltando ao vocábulo erudito, de *padecimento*.

Em Abbagnano (1997, p. 154), a definição da compaixão demonstra uma conceituação distinta da utilizada comumente e talvez mais próxima do seu sentido original.

Essa distinção diacrônica (histórica) provavelmente foi o primeiro sentido da palavra: “participação no sofrimento alheio como algo diferente desse sofrimento. Essa última é importante porque a compaixão não consiste em sentir o mesmo sofrimento que a provoca. A emoção provocada pela dor, de outra pessoa pode chamar-se compaixão, só se for um sentimento de solidariedade mais ou menos ativa, mas que nada tem a ver com a identidade de estados emocionais entre quem sente compaixão e quem é comiserado”.

Tugendhant (1997:198), em seus estudos sobre a ética da compaixão em Kant e Schopenhauer⁷, assinala que o estudo filosófico sobre a ética da compaixão é introduzido por Schopenhauer, filósofo pós-kantiano, que assegura não ser a compaixão uma simples oposição entre razão e emoção (affekt). O autor entende o conceito de Schopenhauer como plausível e moral, a insistência na compaixão tem uma contribuição importante para filosofia moral.

Para Schopenhauer, o fundamento da moral é a compaixão, necessária e parte da motivação moral, a própria essência do amor e da solidariedade entre os homens. Kant condenara a razão tanto como conteúdo quanto como motivo do elemento moral; permanecera, contudo, o deixar-se determinar pelo ser bom e pelo princípio moral, uma perspectiva que, na verdade, tinha que ser compreendida como emocional (affektive) e

⁷ Arthur Schopenhauer, filósofo crítico do racionalismo iluminista, adversário de Hegel, considerado um filósofo da vontade, que considera a própria essência da subjetividade, do “eu”. Essa vontade não pode ser objeto de conhecimento, mas revela o eu. In: Marcondes, D. **Iniciação à História da Filosofia**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar edit., 1997.

que ao mesmo tempo, conforme a segunda fórmula do imperativo categórico⁸, podia ser compreendida como respeito aos seres humanos.

Por isso, é possível uma crítica aos valores morais e à discussão do valor da compaixão, como eles nasceram e as condições e meios em que se desenvolveram ou distorceram, *“(a moral como consequência, máscara, hipocrisia, enfermidade ou equívoco, e também a moral como causa, remédio, estimulante, freio ou veneno) conhecimento tal que nunca teve outro semelhante, nem é possível que o tenha”*⁹.

Funda-se, então, um entendimento ético da compaixão, como um julgamento moral, isto é, um juízo de que um agir é sempre bom ou mau, podendo assim ser suprimido ou incrementado. Porém, esse tipo de juízo só será relevante no contexto em que for aplicado, principalmente no caso de uma profissão como a enfermagem, em que os limiares entre a vida e a morte estão presentes, e que possibilita uma reflexão filosófica (exercício do pensamento sobre o pensamento) para o agir.

As reflexões sobre como a compaixão se incorpora à prática da enfermagem têm sido pouco ou quase nada discutidas, e, quando isso se dá, a compaixão parece ser tratada como própria da profissão, como imprescindível ao cuidar.

Gustafson (sd., p. 2), em estudo teórico sobre as motivações morais do cuidar, incluindo a compaixão e outros sentimentos morais, ressaltava que “no passado o cuidar tem sido advogado e encorajado através de diretivas morais aos ministradores de cuidado. O prevalecimento de tais diretivas tem dado a entender que atitudes e comportamentos de cuidar são inerentes na prática efetiva de enfermagem. Contudo, a utilização de uma abordagem moral ao cuidar tem resultado em evitar lidar com a

⁸ “Age de tal forma que sua ação possa ser considerada como uma forma universal.”. Toda ação exige a antecipação de um fim, o ser humano deve agir como se este fim fosse realizável. In: Marcondes, D. *Iniciação à História da Filosofia*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar edit., 1997. p. 213.

⁹ Discutido por Friedrich Nietzsche, in: *Genealogia da Moral*. Pag. 13 aforismoVI.

questão de como atualizar consistentemente atitudes e comportamentos de cuidar na prática de enfermagem”.

Podemos certificar-nos disso através da leitura dos escritos que tratam do cuidado de enfermagem, como o “ato de prestar cuidados ou ajuda a outrem”. A argumentação indica uma riqueza de sentimentos de compaixão, muitas vezes confundidos com solidariedade e humanismo.

Isto foi observado em Colomé (1995), quando, ao comentar os trabalhos teóricos de Joyce Travelbee¹⁰, registra que ela “considerava que os cuidados de enfermagem que eram prestados aos clientes psiquiátricos careciam de compaixão, observando que o Enfermeiro necessitava de uma revolução humanista – um regresso à função de cuidadora do enfermo”.

Evidencio em Pereira (1983) o mesmo enfoque sobre o cuidar. Segundo ela, o significado de ethos na enfermagem, relaciona a causação da revolução social ao advento do cristianismo transformando “ a assistência aos enfermos em privilégio para aqueles que desejassem cultivar o princípio do “amor ao próximo”, introduzindo as bases morais da futura profissão”.

Em Thomaz Szasz (1994), encontramos uma importante referência para o estudo da compaixão com os doentes mentais, indigentes, crianças e todas as minorias, que, de certa forma, necessitam de algum tipo de benefício do Estado ou de protetores, sejam eles organizações filantrópicas ou entidades beneficentes. O autor questiona a compaixão como uma virtude e afirma que “quase sempre não o é”. Toda a generosidade invoca um semblante de altruísmo e compaixão, o que na realidade é

¹⁰ Joyce Travelbee enf. americana que publicou o livro **Interpersonal Aspects of Nursing** em 1966, em 1969 *Travelbee's Intervention in Psychiatric Nursing*, ligada a instituições caritativas católicas, que influenciaram seu desenvolvimento de uma Teoria Interacionista se baseando na afirmação que o enfermeiro e cliente interagem e também na definição de ajudar o indivíduo, família e a comunidade a enfrentar a experiência da enfermidade e o sofrimento.

receio de que a história do outro possa se repetir com o próprio, afastando-se assim a culpa ou o medo.

Reconstruindo o percurso histórico (do séc. XVI ao séc. XIX) da constituição de um discurso sobre o tema da compaixão, Szasz (1994, p. 15) afirma que “os dependentes adultos eram coagidos principalmente por razões econômicas, pois representavam ônus financeiro para os membros produtivos da sociedade. Daí por diante, foi aumentando gradativamente sua coação por razões terapêuticas, por serem doentes mentais e se constituírem, assim, em um perigo para si e para os outros. As duas medidas agravam o problema. Mesmo a caridade isenta de coerção avilta e antagoniza o que a recebe e o coloca contra seu protetor. Combine a caridade com a coerção – e o resultado é exatamente a receita de como alimentar o ressentimento do beneficiário por seu benfeitor, garantindo a perpetuação da dependência adulta e os esforços contraproducentes para combatê-la”.

Thomaz Szasz (1994) ainda pondera que a compaixão entre os filósofos gregos e os romanos é duvidosa, tem caráter melífluo, pois a razão era o guia certo de conduta. Tratavam a compaixão, “como uma tendência, nem admirável, nem desprezível”. Assim sendo, viam-na como uma forma de paixão. Aristóteles, apud Szasz (1994: 23), argumentava que “ora, nem as virtudes nem os vícios são paixões, pois não somos chamados de bons ou de maus em razão de nossas paixões... Pois aquele que vive conforme manda a paixão não ouvirá argumentos que venham a dissuadi-lo, nem os compreenderá... A paixão parece conduzir não ao argumento, mas à força”.

Hannah Arendt, apud Szasz (1994, p. 23), sustentando a colocação de que a compaixão é um tipo de paixão, concorda com a forma como a viam os gregos, e não como Rousseau a venerava. Assim, “filósofos da antiguidade assumiam uma posição totalmente oposta à de grande apreço pela compaixão dos tempos modernos. Os antigos consideravam a mais compassiva das pessoas como não mais digna de ser chamada de melhor, do que a mais temível. O estóicos viam a compaixão e a inveja nos mesmos termos: “pois o homem que se condói do infortúnio de outro também se aflige com a prosperidade do outro.”

A compaixão tem sido vista como a essência da nossa profissão e de qualquer uma que envolva o cuidar, no desempenho das atividades relacionais. Quaisquer atividades que preconizem uma relação de ajuda, inferindo uma certa bondade, uma certa sujeição ao sofrimento e à dor do outro, da formação acadêmica e ao longo da vida profissional, não podem prescindir da compaixão. Essa visão profissional é sustentada pela ética da bondade, da compreensão absoluta com o outro que, de alguma forma, necessita de cuidados, isto é, que, de algum modo, depende, seja física, seja psicológica, seja socialmente, de alguém.

Gustafson (sd., p. 4) ressalta que, em suas pesquisas sobre a diferenciação entre as perspectivas morais, cognitivas e inatas de motivação ao cuidar em enfermagem, esse substrato ideológico não é colocado claramente na literatura, porém pode ser inferenciado no contexto do material discursivo, no qual, e em sua grande maioria, veicula-se a motivação ao cuidar a termos como “*dever, serviço, obrigação, devoção, comprometimento, benevolência, compaixão, caridade, e piedade*”. Essas referências indicam um consenso ideológico a respeito da significação de preocupar-se com a angústia de outros e de estar desejoso de aliviar tal angústia.

Na reflexão moderna da filosofia moral, há uma separação do agente de seu ato, e julga-se e se dá valor das ações de alguém, de acordo com a interpretação – boa ou má – das intenções por trás de suas ações.

Na enfermagem, podemos nos referir à suposição de Lunardi em relação à responsabilidade do Enfermeiro e seus atos com o cliente:

A responsabilidade do Enfermeiro é bastante enfatizada por Florence, sendo preconizada como a responsabilidade pelo cliente, 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 ao Enfermeiro, a providência antecipada das condições necessárias para que se efetive. Esta responsabilidade que é assumida pelo Enfermeiro frente ao cliente, ainda quando é feita “para seu bem”, para poupá-lo e preserva-lhe suas energias, implica muitas vezes, medidas de permissão ou de proibição para a realização de determinadas ações (LUNARDI, 1997, p. 250).

Daí, a compaixão vai sendo exercida nas junções e injunções do contexto, em especial nas relações de trabalho, sobre as quais o confronto com as crenças e valores da instituição e dos profissionais na tentativa de resolução de problemas insolúveis ganha corpo. Muitas vezes, no mundo da enfermagem, o ato de cuidar se manifesta como uma impossibilidade, por sua subjetividade. A resposta imediata, a urgência do fazer, é justificada pela atitude de compaixão como uma forma de racionalizar esta subjetividade e possibilitar atos de solidariedade.

Muito embora pareça que essa relação da compaixão com o outro se oriente para um fim único, que é o cuidar do cliente, é importante que se esclareça que esse mecanismo se faz em mão dupla. Como se o padecimento e clamor do sofrimento pertençam ao outro, que necessita ser ajudado e ser dependente, mas o ajudante ou cuidador também se revela um dependente, mantendo-se porém numa convergência da relação mestre-escravo¹¹.

Cabe aqui analisar essa ética como variância de uma prática que nos conduz a uma análise moral como cerne gerador da relação mestre-escravo.

Moral entendida como, a “moralidade de 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” (LUNARDI, 1997, p.14).

Na compaixão, aprisiona-se uma questão ética da enfermagem, em que a existência do **bem x mal**, diante das posturas caridosas e de servidão, coloca-as como algo divino e metafísico ou assertivo, estando na obrigatoriedade do seguimento da

¹¹ Discutindo a relação mestre-escravo, Nietzsche coloca que a moralidade também se exerce entre duas categorias: uma dos senhores e outra dos escravos. Os senhores seriam os guerreiros, os fortes, e os escravos seriam os ressentidos e fracos que se condofiam de sua condição, mas não a mudavam. Nietzsche. F. em **Além do Bem e do Mal**. Aforismo 260. Rio de Janeiro, Cia das Letras. 1992. p. 172.

norma e dos regulamentos. Como se o sujeito humano não fosse livre para agir, e esses fatos se introduzissem e pudessem ser interpretados como aspectos nitidamente morais.

A moralidade foi considerada em Nietzsche que, a partir da reavaliação de valores, descobriu uma nova espécie de conhecimento das condições e circunstâncias em que eles cresceram e evoluíram. A moralidade pode configurar-se em várias aparências, ou seja, “a moralidade como hipocrisia, como doença, como mal-entendido, como causa, como remédio, como restrição” (PEARSON, 1997, p.138).

A enfermagem apresenta várias facetas dessas relações de força, de poder, relações com dispositivos para um possível agenciamento dos corpos e mentes, produzindo um saber discursivo, geralmente com articulação moral, sustentando uma possível "genealogia da moral" na enfermagem.

Pretendo neste estudo aprofundar algumas questões sobre a compaixão na enfermagem e tentar tematizá-la, tendo em vista a racionalidade que a sustenta e a aproxima da existência de vínculos dissimétricos na relação (Enfermeiro-cliente, Enfermeiro-Enfermeiro, Enfermeiro-equipe de enfermagem).

A partir disso, proponho uma nova reflexão: o sujeito, no caso o Enfermeiro, vacila pelo domínio da emoção, e nos seus atos há uma fala considerada apropriada, traduzida no discurso das práticas compassivas. Afirmo, então, que o cuidado de enfermagem implica uma relação compassiva na qual a hierarquia de quem cuida exerce o domínio sobre aquele que é cuidado.

Essa afirmação vem acompanhada da seguinte questão de tese: pode o cuidar na enfermagem existir como uma atividade profissional, sem que necessariamente precise implicar uma relação compassiva?

Acredito que o cuidado na enfermagem implica uma relação compassiva, visualizando-se como uma virtude¹².

Visando a problematizar o estudo sobre a compaixão, entendo ser necessário responder a algumas questões que nortearão o estudo, objetivando sustentar e estruturar uma argumentação possível e suficiente para apontar como a construção dessa subjetividade auxiliaria nos processos de mudança de uma ética da compaixão. São elas:

Como se manifesta a compaixão na Enfermagem?

A compaixão é uma das formas utilizadas na enfermagem para exercer a renúncia de si como abrandamento das reais emoções ?

A ética compassiva determina a qualidade moral do ser Enfermeiro e as suas atribuições relativas ao fazer e o saber?

A meu ver, a importância deste estudo para Enfermagem se dá no que a profissão tem como alicerce de ação/intervenção, ou seja, ao procurar estabelecer uma relação de ajuda que não fortaleça vínculos de dependência ao bem-estar de quem necessita de cuidados, objeto de preocupação de uma parcela de pesquisadores na enfermagem. Pretendo, sobretudo, apontar formas para vislumbrar o conhecimento da enfermagem, dialetizando um saber que discute um possível entendimento: como as práticas do pensar podem contribuir para a construção de um olhar subjetivo que conduza

¹² Esse termo designa uma capacidade qualquer ou excelência, seja qual for a coisa ou o ser a que pertença. Seus significados específicos podem ser reduzidos a três: 1) capacidade ou potência em geral; 2) capacidade ou potência do homem; 3) capacidade ou potência moral do homem. Abbagnano, N. (2000, p. 1003)

uma relação de ajuda. Além disso, proponho-me a discutir como a compaixão permeia os atos de cuidar da enfermagem singularizando um discurso do cotidiano do fazer.

2. QUADRO TEÓRICO

Assim como, no reino dos astros, por vezes são dois sóis que determinam a órbita de um único planeta; assim como, em certos casos, sóis de cores diversas brilham em torno de um único planeta, umas vezes iluminando-o com luz vermelha, outras com luz verde; e novamente então, iluminando-o ao mesmo tempo, inundam-no com uma luz multicolor; assim também nós, homens modernos, graças à complexa mecânica de nosso 'céu estrelado', somos determinados – por diferentes morais; nossas ações brilham alternativamente com cores distintas, raras vezes são unívocas -, e há casos o bastante em que realizamos ações multicores (NIETZSCHE, 1992, p. 215).

2.1. Os Fundamentos da Compaixão em Schopenhauer

Analisarei a compaixão na perspectiva de que ela representa um fundamento moral na prática de Enfermagem, norteando muitas das ações dos Enfermeiros perante conflitos, quer da ordem subjetiva quer da objetiva, no tratamento prestado aos pacientes e nas relações em equipe.

A compaixão pode ser descrita como um sentimento de pena, geralmente relacionado à dor, à perda ou à infelicidade de toda natureza.

A compaixão pode ser identificada historicamente desde os primórdios da humanidade, revelando-se objeto de análise quando está em jogo o contexto cultural em que se desenvolve, ou seja, criando relações de subjetividades, em que os valores de bem x mal ou bom x mau tornam-se a tônica pela qual se qualificam os costumes, hábitos de uma comunidade, grupo social e classe social. Enfim, a moral que contorna e exemplifica a categorias dos fatos e acontecimentos.

A visão de Schopenhauer critica o otimismo da filosofia hegeliana e toda metafísica que, em nome de princípios racionais absolutos e do finalismo, submete o sofrimento singular em nome da realização do universal, cuja representação atual se manifesta no discurso do progresso técnico-científico.

O problema que se impõe a Schopenhauer é o de como pensar a partir do dualismo kantiano (fenômeno e coisa-em-si) um novo fundamento para a moral, sem cair no dogmatismo. Schopenhauer preserva a distinção kantiana, mas com um sentido totalmente diverso. O fenômeno é entendido enquanto aparência, sonho, ilusão -“véu de Maia”¹³-, o númeno¹⁴, a realidade oculta pela aparência. Diferentemente de Kant, esta realidade pode ser acessada por um saber distinto do entendimento e da razão. Esse caminho de acesso à coisa-em-si é o próprio corpo compreendido como vontade, no qual se dá o entrelaçamento entre experiência externa e interna, possibilitando desvendar o sentido da experiência e o mistério do mundo.

O que se verifica no pensamento de Schopenhauer é o deslocamento do fundamento da moral do domínio teórico, nos moldes de Kant, para o domínio do sentimento localizado no âmbito da vontade. É a partir dessa perspectiva que o filósofo irá interrogar a possibilidade de se fundar a ação moral sobre os princípios meramente intelectuais.

Em relação ao imperativo categórico kantiano e seu caráter abstrato, segundo Cacciola,

Schopenhauer reivindica como móvel da ação algo que seja real e empírico e que possa exercer sua força. Esse móvel é inerente à própria natureza humana que obedece às leis da vontade como parte das leis que regem a totalidade da natureza. O conceito de liberdade não teria origem em uma causa

¹³ Véu de Maia - Na explicação de Schopenhauer sobre o princípio de individuação que divide a vida em organismos distintos que aparecem em diferentes lugares e períodos; só no espaço e tempo parecemos seres separados, esse espaço e tempo são o Véu de Maia, isto é, a ilusão correspondente a unidade das coisas.

¹⁴ Este termo foi introduzido por Kant para indicar o objeto do conhecimento intelectual puro, que é a coisa-em-si Abbagnano (2000, p. 718).

transcendental ou no imperativo categórico, mas no predomínio da vontade sobre o intelecto (CACCIOLA, 1995, p. 125).

Schopenhauer analisa a questão da ação moral no qual sequencia a ação moral em:

1. O próprio da ação, positiva ou negativa, moralmente boa, (é) ser dirigida tendo em vista a vantagem e o proveito de outrem. 2. Ora, para que minha ação seja executada unicamente tendo em vista outrem, é necessário que o bem desse outro seja para mim, e de maneira direta, um motivo, tanto quanto meu bem o é, de ordinário. 3. Ora, é supor que por um meio qualquer eu me identifico com ele, que qualquer diferença entre mim e outrem está destruído; pelo menos até certo ponto, pois é justamente nessa diferença que repousa meu egoísmo. 4. Ora, é esse o fenômeno cotidiano da compaixão. 5. Essa piedade, eis (por conseguinte) o único princípio real de qualquer justiça espontânea e de qualquer caridade verdadeira. Da compaixão procedem a justiça e a caridade, essas duas virtudes cardeais “porque dela provêm praticamente todas as restantes e teoricamente derivam delas (SCHOPENHAUER, 1995, p. 50).

Alguns escritos¹⁵ revelam que também existe uma implicação moral na compaixão dos homens para com os animais. A compaixão é para Schopenhauer uma virtude, uma categoria de um atributo de máxima elevação ética e metafísica. Isto é evidenciado quando discute a compaixão como moral, sustentando com grande insistência esta argumentação. A partir disso, acredita que existe uma orientação especial ao utilitarismo, mesmo que historicamente sua origem tenha se dado de outro modo.

A partir de uma compreensão da compaixão como princípio ético originário, Schopenhauer diz que

é visível ao primeiro olhar que há dois graus claramente distintos nos quais o sofrimento de um outro torna-se meu motivo, quer dizer, pode determinar-se a agir ou não: a saber, primeiro no grau em que, opondo-se a motivos egoístas ou maldosos, impede-me de causar do sofrimento alheio – e, depois num grau mais alto, em que a compaixão, agindo positivamente, leva-me a uma ajuda ativa (SCHOPENHAUER, 1995, p. 134).

15 Tungendhat, E. (1996) registra que, para Schopenhauer, a compaixão com os animais era uma obrigação moral dos humanos.

Roger (1995, p. 50) registra não só a defesa que Schopenhauer faz da compaixão como um dos princípios anteriores à razão, como também a ausência de um componente biológico nela. Desse modo, Schopenhauer contesta e afirma “esta mesma compaixão é um fato inegável da consciência humana, é-lhe essencialmente própria e não repousa sobre pressupostos, conceitos, religiões, dogmas, mitos, educação e cultura, mas é originária e imediata e, estando na própria natureza humana, faz-se valer em todas as relações e mostra-se em todos os povos e tempos”. Schopenhauer chegará a sustentar que, “não apenas a compaixão, mas também seu segundo grau, a caridade, sempre existiu, inclusive entre os gregos; entretanto, “os filósofos da Antigüidade (...) não chegaram a estabelecer a caridade (...) como virtude”, o que não impediria os atenienses de erigir um altar à compaixão. De resto, os europeus, ao contrário dos asiáticos, desenvolveram a compaixão mais no sentido da outra virtude cardeal – a justiça” (Schopenhauer, 1995, p. 120). Schopenhauer, ao analisar as máximas de La Rochefoucauld¹⁶, simultaneamente reconhece, como o moralista, a sutileza do amor ao próprio, embora despreze as consequências rochefoucauldianas dessa sutileza:

Em certos casos, essa ignorância vai tão longe que o homem sequer imagina o motivo verdadeiro da sua ação; acredita-se incapaz de experimentar seu impulso, ao passo que esse motivo, todavia, é o único real. Tudo isso é, ao mesmo tempo, uma confirmação e uma ilustração desta máxima de La Rochefoucauld: ‘O amor-próprio é mais hábil do que o mais hábil homem do mundo’. Por certo, há casos em que “eu, numa boa ação, tenho diante dos olhos meu próprio bem, por mais longínqua e indiretamente que seja. Portanto, quando levo em consideração a recompensa neste ou no outro mundo, ou o alto conceito e a fama de ter um coração nobre, ou a convicção de que a quem hoje ajudo ajudar-me-á uma vez também, ou pelo menos que poderá ser-me útil e servir-me”. Mas o que provam esses casos, a não ser que neles a compaixão é impura, contaminada pelo egoísmo, do mesmo modo que, em Kant, o dever cai na heteronomia, assim que se mescla nele alguma inclinação ou consideração “patológica”? A objeção foi suspensa? (SCHOPENHAUER, 1995, p. 120)

16 François La Rochefoucauld (1613-1680), também chamado Príncipe de Marcillac; clássico autor francês que foi conhecido por suas máximas e epigramas expressando o paradoxo da verdade, no qual o pessimismo e a desilusão são notáveis. Ele observava os membros do seu círculo, e em seus ensaios desenvolvidos através de cartas traçou um retrato da sociedade com sensível cinismo e aguçada percepção do comportamento humano.

Ou, continuando a analogia kantiana, não convém indagar se uma só ação verdadeiramente “compassiva”, inspirada pela pura piedade, jamais foi cometida? Argúcia conceitual! Basta reportar-se ao fato original, à experiência primitiva, que não se duvidará mais do altruísmo. Ao que se responderá que esses exemplos de heroísmo parecem distantes de seu pretense fundamento (a compaixão) e que deles não está ausente uma consideração egoísta, como já ressaltara Platão” Roger (1995, p.5 4).

A imagem do homem, segundo Schopenhauer, é, “primeiramente, ligada ao caráter absurdo da vontade. O homem é - sob esse aspecto - uma face da vida absurda. Diante dessa constatação, Schopenhauer acusa moralmente a Vontade de ser perversa ou má e louva a negação da Vontade porque esta frustra qualquer expectativa de felicidade absoluta. Chegando, por meio da piedade, a uma visão compassiva diante do mal e do sofrimento, Schopenhauer se torna, então, quase um místico, adotando a divisa da unidade de todos os seres. Assim, renuncia à felicidade pessoal e admite somente a solidariedade com o sofrimento do outro como única felicidade” Brum (1998, p. 51). Schopenhauer classifica duas virtudes cardeais: a justiça e a caridade, e ambas se enraízam na compaixão natural: “esta mesma compaixão é um fato inegável da consciência humana, é lhe essencialmente própria e não repousa sobre pressupostos, conceitos, religiões, dogmas, mitos, educação e cultura, mas é originária e imediata e, estando na própria natureza humana, faz-se valer em todas as relações e mostra-se em todos os povos e tempos. Por isso é que se apela para ela confiantemente em toda a parte como sendo algo presente necessariamente em todo homem, e em nenhum lugar ela é atribuída a “deuses estranhos”. Pelo contrário, chama-se de inumano aquele que dela parece carecer. Do mesmo modo que “humanidade” é muitas vezes usada como sinônimo de compaixão” Schopenhauer (1995, p. 135).

Fora disso, há apenas uma paz imperturbável, uma calma profunda, uma serenidade “íntima” que Schopenhauer associa à negação do querer-viver. “Essa beatitude nirvânica não pode ser considerada uma felicidade pessoal, porque, enquanto “alegria celeste”, ela não pertence mais ao mundo. Pertence ao domínio da mística” (BRUM, 1998, p. 52).

Buscando uma vida sem dor, sem tempo, sem movimento, Schopenhauer acabou por encontrar a vida mística, que corresponde a uma felicidade “inumana”, a uma verdade oposta à vontade de viver. Essa é a origem da admiração de Schopenhauer pela ascese. Adversário da alegria, Schopenhauer caminha em direção a seu contrário: a negação do querer-viver.

Schopenhauer (1995, p. 132-133) suscita essa ascese, a negação do querer viver, um sentido do nada, no qual a dor oferece um sentido moral à vida, como:

A dor, o sofrer, de que faz parte toda a falta, carência e necessidade e mesmo todo desejo, é o positivo, aquilo que é sentido imediatamente. Ao contrário, a natureza do contentamento, do prazer, da felicidade, consiste só no fato de que uma carência foi suprimida, uma dor aquietada. Estas agem portanto negativamente. Por isso mesmo, a necessidade e o desejo são condições de todo o prazer. Portanto o positivo, o que se manifesta por si mesmo, é a dor. Contentamento e prazer são o negativo, a mera supressão da dor. É nisto, em primeiro lugar, que se baseia o fato de que só o sofrimento, a falta, o perigo e o desamparo do outro despertam diretamente nossa participação. O feliz e satisfeito como tal nos deixa indiferentes, justo porque seu estado é negativo: a ausência da dor, da falta e da necessidade. Podemos, por certo, contentarmo-nos com a felicidade, o bem-estar e o prazer de um outro, mas isto é secundário e mediado pelo fato de que, antes, seu sofrer e sua carência nos perturbaram. Participamos, sim, também do que é feliz ou do que tem prazer não com tal, porém enquanto ele é nosso filho, pai, amigo, parente, serviçal, súdito e assim por diante. Mas aquele que é feliz ou que tem prazer não estimula puramente como tal nossa participação imediata, como o sofredor, o carente e o infeliz como tal o fazem. Também nosso sofrer, no qual tem de ser incluída toda a carência, necessidade, desejo e mesmo o tédio, estimula também, até para nós mesmos, nossa atividade, enquanto que um estado de contentamento e de felicidade nos deixa inativos e em sossego preguiçoso. Por que não aconteceria o mesmo em relação aos demais, já que nossa participação repousa sobre uma identificação com eles? A visão daquele que é feliz e sente prazer pode até mesmo excitar muito ligeiramente nossa inveja, já que existe em todo homem a disposição para ela e já que ela encontrou seu lugar de destaque entre as potências antimorais. (SCHOPENHAUER 1995, p. 132-133)

Os símbolos de alegria e tristeza como ideário, respectivamente, do pensamento trágico de Nietzsche e do pensamento pessimista de Schopenhauer, compartilham do assombro doloroso filosófico da filosofia angustiante. O entusiasmo de Schopenhauer pela tragédia, é por que ela exhibe um mundo tão sombrio, designado por ele como, “*a vontade lutando consigo mesma, em todo horror de tal conflito*”, o que como referenda Brum (1998, p. 91), “*são as mesmas palavras que utiliza para definir a essência sofredora da Vontade*”. Em Nietzsche, o trágico se opõe à visão de Aristóteles como

resultado da purgação (catarse) e, quanto à visão schopenhaueriana, como estímulo à resignação, o que depõe contra o caráter geral da arte enquanto afirmação da vida. A condição trágico-dionísiaca, conjuga o sofrimento à jubilação, levando a uma visão paradoxal: a vida, como tal ela é, mostra-se na tragédia com caráter efêmero e sofredor.

Schopenhauer caminha na visão da identidade de todos os seres na ótica da vontade de si¹⁷. O mundo enquanto representação, o mundo enquanto coisa-em-si será Vontade.

A vontade, no sentido Schopenhaueriano, seguirá uma forma analógica: a vontade, essência do mundo, corresponderá ao ser humano.

A vontade se objetiva e se revela submetida ao descobrimento em seu corpo. A imagem de uma vontade cega que compartilha com os outros seres vivos, essa força vital é o atributo do mundo que não opera a representação, é o mundo enquanto coisa-em-si, o mundo enquanto vontade (BRUM, 1998, p. 23).

Assim, Schopenhauer registra a primazia da vontade no cerne das distinções tradicionais da filosofia - ser, essência, existência -, pois ela é a essência dos corpos. A vontade, porém, é mais complexa, haverá uma distinção da sua objetivação, que é o conjunto dos seus fenômenos.

A essência não pode ser apreendida objetivamente, pois, ao se expressar imperfeitamente, ultrapassa toda definição, como diz Pernin (1995, p.71) "*ela encerra um dilaceramento interior, uma falta de ser*".

Entretanto, essa analogia pode ser contestada, pois privilegia um raciocínio de proporcionalidade, no qual se estabelece a identidade das proporções e das relações,

¹⁷ Schopenhauer traz a concepção do homem ligada à doutrina da vontade, ou seja, o homem existe, na medida em que é um fenômeno da Vontade, uma objetivação da coisa-em-si do mundo. O aspecto fenomênico do mundo é aquele que é representado, no âmbito da representação, atribuindo sempre uma causa ao que acontece. A fortaleza é a coisa em si, o mundo fora da representação (p. 22).

segundo Pernin, (1995, p. 75) “*Assim, meu corpo seria, ao mesmo tempo, representação pelo conhecimento exterior e como vontade pela consciência interior*”.

O filósofo Adam Smith situava a compaixão como um sentimento simpático especial. Schopenhauer “tem consciência desta restrição ao negativo-comiseração pelo sofrimento - e ela parece ser plausível, se o sentimento de compaixão natural como tal já é o fundamento da moral (o que não será no caso de Adam Smith)” (TUGENDHAT, 1996, p.196).

Na verdade, os autores concordam que muitos seres humanos, frente a qualquer sofrimento, reagem espontaneamente com compaixão, mas isto, na afirmação de Tugendhat (1996), é uma reação parcial, e em alguns manifesta-se, mais forte do que a compaixão, o sentimento contrário, ou seja, a satisfação pelo mal alheio e o prazer na crueldade (desumanidade).

É, assim, naturalmente possível que, por compaixão nas relações com os pacientes e outros membros da equipe de saúde, os Enfermeiros procedam de forma moralmente errada, ao se deixarem conduzir exclusivamente pelo sofrimento do outro, podendo ir contra os seus próprios direitos e podendo, sobretudo, ir contra os direitos dos outros.

A compaixão, na triangulação de obrigações morais em que o sofrimento se direciona a um propósito de anular a liberdade de escolha, e atribuir uma regra de coerção, origina um poder de controle das vontades e fazeres.

Ainda em Roger (1995, p. 53), prefaciando Schopenhauer,

pode-se enfim contestar o pretense desinteresse da compaixão que com frequência é um sentimento de nossos próprios males nos males de outrem; é uma hábil previsão das desgraças em que podemos cair; socorremos os outros para incitá-los a nos socorrer em ocasiões semelhantes; e esses serviços que lhes prestamos são, falando propriamente, bens que fazemos a nós mesmos antecipadamente (ROGER, 1995, p. 53).

2.2. Os Fundamentos da Compaixão em Nietzsche

Repousaremos no pensamento de um filósofo de grande importância, Friedrich Nietzsche, que desdenhava da compaixão como modalidade de valoração moral, colocando, no centro dos imperativos categóricos do homem, a exigência da felicidade e a vontade de poder.

Friedrich Nietzsche discute criticamente a compaixão, pois a entendia como a repressão dos verdadeiros sentimentos e a sublimação do desejo, implícitos no cristianismo, em prol de uma ética mais forte e mais próxima das origens instintivas de nossos sofrimentos. A negação dos instintos era consciente quando unia o ascetismo¹⁸ com a autonegação e simultaneamente inconsciente, quando colocava a humildade como expressão de ressentimento (STRATHERN, 1997).

Nietzsche propõe algo mais importante que um mundo de hipóteses próprias acerca da moral, em oposição ao seu mestre Schopenhauer, a quem remete em seu livro *"Humano, Demasiado Humano"* (1997). O filósofo trata da questão do altruísmo, dos instintos da compaixão, da renúncia, da abnegação, diferentemente de Schopenhauer, que os diviniza e os eleva, considerando-os valores substanciais, entre os quais está a caracterização da negação da vida e de si mesmo. O problema do valor da compaixão e da moral altruísta pode parecer, à primeira vista, uma questão isolada, uma interrogação única e à parte:

Mas quem se detiver um pouco, quem souber interrogar, verá como se lhe abre uma perspectiva nova, imensa; sobressaltá-lo-á como uma vertigem a visão de toda uma possibilidade (NIETZSCHE, 1990, p. 95).

Nietzsche tem uma relação ambígua com a sociedade em que viveu. Em um universo amparado pela ciência reificadora, pela moral sem generosidade, pelas

¹⁸ Doutrina moral ou religiosa que preconiza um modo de vida austero, feito de privações e mortificações, tendo em vista alcançar a perfeição moral e domínio de si. Japiassu. H. e Marcondes. D. *Dicionário Básico de Filosofia*. 2. ed., Rio de Janeiro, Jorge Zahar editores, 1991.

revoluções com perspectivas medíocres e por uma falsa cultura historicista, desejava o filósofo conquistar a arte como o modo mais digno de viver.

E, aí, o conflito com Deus, ou com o Ser, põe a Natureza, que chama Uno primordial, abolindo a crença no transcendente, numa lógica fundante de um conjunto de forças, que, sem parar, cria os seres vivos, movimentando-os, destruindo-os, transformando-os.

A hipótese nietzscheana da gênese da moral é que, nos tempos mais remotos, a humanidade pagava suas dívidas e se reanimava através de ritos cruéis, mas, com o processo civilizatório, a crueldade muda sua direção. Na modernidade, no domínio da moral da “má consciência”, o que dá sentido ao homem é alimentar o conflito entre o instinto e a moral. O que Nietzsche mostra é que essa “má consciência”, ou moral da compaixão, tem uma longa história não levada em conta pela tradição.

As últimas ressonâncias do cristianismo na moral são identificadas por Nietzsche como a máxima felicidade com o sacrifício e na adaptação do indivíduo à moral da sociedade, o que leva a ponderar que:

Talvez não haja agora nenhum preconceito melhor acreditado do que este: que se sabe o que constitui propriamente o moral. Parece agora que faz bem a todos ouvir dizer que a sociedade está em vias de adaptar o indivíduo às necessidades gerais e que a felicidade e ao mesmo tempo o sacrifício do indivíduo consistem em sentir-se como um membro e instrumento útil do todo: só que no presente ainda oscila muito sobre onde esse todo deve ser procurado, se em um Estado vigente ou a ser fundado, ou na nação ou em uma irmandade de povos ou em novas pequenas comunidades econômicas (NIETZSCHE, 1997, p. 72).

Nietzsche sustenta uma resistência contra monopolizações ou absolutizações em prol da verdade, da moral ou da própria nação, e se coloca ao lado do que é reprimido. Ele se coloca não só contra a pretensão monopolística ao humanitarismo, como também contra a liberdade, igualdade, fraternidade, como postulados totalitários. Neste projeto contra a utopia do homem satisfeito, defende o homem efetivo, não um produto da moral de rebanho.

A moral do rebanho está relacionada ao poder pastoral, citado em Rabinow, P e Dreyfus, H (1995, p. 236), quando afirmam que

O poder pastoral não é apenas uma forma de poder que comanda; deve também estar preparado para se sacrificar pela vida e pela salvação do rebanho; é uma forma de poder que não cuida apenas da comunidade como um todo, mas de cada indivíduo em particular, durante toda a sua vida; esta forma de poder não pode ser exercida sem o conhecimento da mente das pessoas, sem explorar suas almas, sem fazer-lhes revelar seus segredos mais íntimos. Implica um saber da consciência e a capacidade de dirigi-la (RABINOW e DREYFUS, 1995, p. 236).

Júnior (1995, p.174), discutindo a questão de justiça e do humanitarismo no pensamento nietzscheniano, registra que, nas variedades das aspirações humanas, a efetividade do homem seria uma oposição de uma pluralidade de “vontades de poder” heterogêneas e diversamente fortes:

Justiça significa, a partir daí, não universalização coordenada com base em pretensa filantropia, porém de acordo com seu princípio fundamental: “apreensão conceitual e ordenação conjunta de um enorme reino de delicados sentimentos de valor e diferenças de valor, que vivem, crescem, procriam e perecem (JÚNIOR, 1995, p. 174).

A partir desse conhecimento, ele critica o utópico humanismo predominante e opõe a ele não a des-humanidade, mas um humanismo realista.

A compaixão e suas vicissitudes na enfermagem foram discutidas à luz da compreensão das idéias enunciadas por Nietzsche, categorizando-as na forma como se encontraram nos discursos dos Enfermeiros.

Nietzsche diz que aquilo que a “ciência da moral” chama ciência é crença, isto é, uma crença na moral vigente, o que os filósofos chamaram de fundamentação da moral. Os filósofos da moral encontraram seu representante máximo em Schopenhauer, que, como símbolo avançado do idealismo, sintetizava o princípio fundamental da moral do homem moderno, a compaixão, o que ele denomina o “princípio” da ética, os dois únicos princípios da moral são dois imperativos estreitamente ligados.

A tese fundamental em torno de cujo teor os éticos se acham verdadeiramente de acordo: *neminem laede, immo omnes, quantum potes, juva* [“não prejudica ninguém, mas ajuda a todos, quanto tu podes”]¹⁹.

Szasz afirma que os vários sentimentos, como raiva, gula, orgulho, são sintomas de mal estar civilizatório e, em algumas ocasiões, sintomas de doença mental, porém o sentimento de compaixão ainda se mantém preso a uma visão de pecado:

A luz da falsa virtude da compaixão, subvertemos a concepção liberal clássica do homem como agente moral, dotado de livre arbítrio e responsável por suas ações e a trocamos pela concepção do homem como paciente, a vítima da doença mental (SZASZ, 1994, p. 22).

Em *Aurora*²⁰, Nietzsche coloca como esse sentimento pode ter conseqüências relacionadas com a compaixão,

Como? A essência do verdadeiramente moral consistiria em captarmos no olho as conseqüências mais próximas e mais imediatas de nossas ações para outros e decidirmos de acordo com elas? Isso é apenas uma moral estreita e pequeno-burguesa, se é que é uma moral: mas parece-me um pensamento mais alto e mais livre olhar também por sobre essas conseqüências mais próximas para outros e, em certas circunstâncias, promover fins afastados, também através do sofrimento do outro - por exemplo, promover o conhecimento, também a despeito da compreensão de que, proximamente e de imediato, nossa liberdade de espírito lançará os outros em dúvida, aflição e coisa pior..... Nós compartilhamos com o próximo, ao mesmo tempo, a intenção em que ele pode sentir-se como vítima, nós o persuadimos à tarefa para qual o utilizamos. Somos sem compaixão? Mas se é também por sobre nossa compaixão que queremos conquistar a vitória contra nós mesmos, isto não é uma atitude e disposição mais alta e livre do que aquele que se sente seguro depois que decifrou se uma ação faz bem ou mal ao próximo?

A compaixão como negação de si pode ser vista colocada de uma forma radical no aforismo 132, de *Aurora* no capítulo sobre os preconceitos morais,

Não pensar mais em si - O que distingue, em suma, os homens sem compaixão dos compassivos? Antes de tudo - para também aqui traçar apenas

¹⁹ cf. Schopenhauer, apud Nietzsche, 1993, p. 86.

²⁰ NIETZSCHE, F. *Aurora*. In: *Os pensadores*. São Paulo: Ed. Nova Cultural Ltda, 1996. P. 135.

um esboço - eles não tem a fantasia excitável do medo, a fina faculdade de farejar o perigo; e também sua vaidade não se ofende tão depressa quando acontece algo que poderiam evitar (a cautela de seu orgulho lhes ordena não se imiscuírem inutilmente em coisas alheias, e eles até mesmo amam. A partir de si mesmos, que cada qual ajude a si próprio e jogue suas próprias cartas). Sobretudo, estão quase sempre habituados a suportar dores do que os compassivos; e assim não lhes parece tão injusto que outros sofram o que eles próprio sofreram. Por fim. O estado da brandura de coração lhes é penoso, assim como aos compassivos o estado da impossibilidade estóica.; dão-lhes nomes depreciativos e pensam que nele sua virilidade sua fria bravura estão em perigo- escondem lágrimas diante dos outros e as enxugam, descontentes consigo mesmos. Há uma outra espécie de egoístas além dos compassivos;- mas denominá-los maus, em sentido eminente, e aos compassivos, bons, não passa de uma moda moral, que tem seu tempo: como também a moda inversa teve seu tempo, e um longo tempo! (NIETZSCHE, 1996).

Nietzsche, revela, no ato compassivo, não um sentimento de simpatia para com o que sofre. A compaixão, sentimento fundamental da doutrina moral de Schopenhauer, se opõe claramente às características que Nietzsche valoriza na vida: a crueldade e o efêmero, logrando com isso um sentimento de prazer indissociável do caráter doloroso da existência, algo que, assim, segundo o filósofo trágico, comprova a inexorabilidade da vida.

2.3. Genealogia da Moral

Historicamente, a compaixão se organiza, desde os séculos XVII e XVIII, com a chamada Lei dos pobres, na Inglaterra, talvez o exemplo mais antigo de coerção compassiva (CAPONI, 1997, p. 11).

O marco ideológico da *New Poor Law* (ocorrido em 1834, mas que significava a revogação da *Poor Law*, promulgada em 1601) foi o do pensamento liberal inglês, que, segundo Miranda (1996, p. 7), procurou estabelecer que:

1) a questão da pobreza (ou pauperismo, criado pela revolução industrial), não é mais do domínio das relações econômicas, e também não é mais um problema do Estado, o qual não continuará a suplementar os salários;

2) a pobreza passa a pertencer às relações de domínio sobre a doença, como um fenômeno natural, agora no campo do saber médico, devendo-se portanto, fomentar os asilos ou as *work houses* (as chamadas prisões sem crime).

Faz-se importante entender implantação da New Poor Law devido à criação de um vínculo da pobreza com o crime, que fomenta o surgimento de uma moral inglesa e o crescimento de grandes vultos da filantropia, bondade e caridade.

Aparecem também críticos ferrenhos dessa nova moral, como Charles Dickens, que em seus livros traçava violentas discussões acerca da sociedade inglesa, e satirizava a enfermagem através da personagem Sairey Gamp, no romance *Martin Chuzzlewit*, descrevendo-a como uma Enfermeira dos bairros pobres de condições higiênicas precárias, gorda, cruel, corrupta e bêbada (MIRANDA, 1996, p. 19).

Essa representação vai de encontro ao Boletim Moral, oficializado por Florence Nightingale em sua Escola de Enfermagem, que exigia às candidatas a futuras Enfermeiras, moral ilibada e estarem acima de quaisquer suspeitas. Esse rigor na formação e posterior atuação das Enfermeiras, Nightingale justificava-o como uma forma de “encarnar a negação daquelas que cuidavam dos doentes na Inglaterra”, devendo o seu modelo ser exatamente o oposto ao do descrito por Charles Dickens (PADILHA, 1997, p.132). No Brasil, a primeira escola de enfermagem moderna segue o modelo de ensino e prática de enfermagem preconizado por Florence Nightingale, estendendo a sua influência por praticamente todo o país.

Na *Genealogia da Moral*, uma expressão madura do seu pensamento, Nietzsche empreende uma crítica aos cientistas da moral de Sócrates a Schopenhauer, pois esses pensadores nunca se propuseram a pensar sobre a origem (*Herkunft*) da moral.

Na polêmica e confronto com a metafísica, que encontra suas origens em Sócrates e Platão, Nietzsche polemiza com a sentença do oráculo de Delfos: “conhece-te a ti mesmo!” Sócrates, o pai da metafísica ocidental, dado seu instinto gregário, não percebeu que só se pode conhecer o seu desconhecimento- a sua superação- no afastamento, através do pathos da distância. Não é possível conhecermos nada que seja objetivo, muito menos nós mesmos (BAIRROS, 1996, p. 78).

Michel Foucault²¹ afirma que a genealogia é a análise da proveniência (Herkunt) e da emergência (Entstehungs), ao contrário da pesquisa da origem (Ursprung). Uma análise de proveniência mostra que não há nada fixo, nada de essência, nada de verdade. E a emergência, por sua vez, expõe o lugar da proveniência, que é o espaço do confronto, a manifestação de um jogo de forças.

A psicanálise apresenta uma moralidade sexualizada, a partir da noção de pulsão, cuja radicalidade é a fusão de aniquilamento e prazer, abrindo a perspectiva de uma ética do desejo e colocando-a como necessariamente diferente de uma moral dos bons costumes.

Essa colocação da psicanálise tem muito a ver com o pensamento de Nietzsche, pois um de seus leitores foi Freud, mais um dos mestres da interpretação, o que permitiu uma virada no pensamento da modernidade, alterando as posturas do homem em relação à cultura e à natureza.

Quando se fala de moral e de ética, deve-se perceber que se parte de juízos de valor e que se necessita de um aparato filosófico adequado. Os juízos são universais e singulares e, todavia, empíricos, caso não relacionados a algo matemático, ou seja, têm sua sustentação na verdade da experiência vivida ou imaginada (TUGENDHAT, 1994, p.14).

O juízo moral, que se situa num tipo de agir bom ou mau, no que pode ser permitido ou proibido, só se sustentará empiricamente se colocado num contexto cultural, ou seja, determinada classe social, ou grupo social, juiz de uma conduta censurável ou pertinente.

²¹ FOUCAULT, Michel. "Nietzsche, a Genealogia e a História". *Microfísica do Poder*. Org. por Roberto Machado, 1979, p.19.

A vontade de poder, ou potência, é discutida por Nietzsche, em relação à vida, pois é um jogo plural de forças em luta. Assim, o que se mostra é resultado desse embate, das tensões, tudo em expansão e crescimento, sendo o que se vive supera a si mesmo. A luta por expansão encontra resistências colocadas por outros centros de forças em expansão.

Nas obras de Nietzsche, as questões abordadas estabelecem uma tendência que se manterá constante. Encontram-se escritos sobre a arte trágica, moral, do valor, da religião, da ciência e vontade de potência, discutindo o conhecimento científico ou filosófico determinado pela cultura ocidental.

Muitos autores colocam que seu pensamento não se reduziria a uma epistemologia ou uma teoria do conhecimento. Ele rejeitava uma teoria de verdade, que por muitas vezes gerava enormes dificuldades de interpretação.

Segundo Ansell-Pearson (1994), as categorias como “causa” e “efeito”, “sujeito” e “objeto”, e noções tais como “domínio da lei”, “liberdade” e “motivo” devem ser compreendidas como “ficções convencionais para fins de designação e comunicação - não para explicação”.

Quando Nietzsche se refere ao conhecimento como negação ou reação à vida, refere-se a um processo de afastamento das forças, que resulta de uma relação maior com o mundo dos sinais, dos códigos, em detrimento do corpo, da terra e da vida. Essa abstração fornece a ilusão de que o homem controla a vida e pode afastar o sofrimento.

Ainda nas argumentações sobre a verdade, muito se refuta a Nietzsche, já que, para ele, a verdade não é alguma referência que se deva achar ou descobrir, mas algo “que deve ser criado e que dá nome a um processo” pelo qual ela se apresenta. É como “uma determinação ativa - não um ato de vir a ser consciente de algo que é, em si mesmo, firme e determinado. É uma palavra para a “vontade de poder” (ANSELL-PEARSON, 1994).

Segue-se um retrospecto histórico das linhas de pensamento que precederam e influenciaram a filosofia nietzchiana e com termos que particularmente se encontram em suas obras.

Existe um ponto de partida nos questionamentos da tradição filosófica de Nietzsche: o surgimento da filosofia na Grécia Clássica. Ele recorre a conhecimentos filológicos e subverte a imagem tradicional da filosofia da passagem do mítico para o lógico-científico. Questões como a mitologia, a tragédia, os rituais dionisíacos, a música grega na transição do período arcaico para o clássico mostram que algo de essencial se perde por aí (MARCONDES, 1997, p. 243).

Com Sócrates, o domínio da razão se estabelece como racionalidade argumentativa e conhecimento científico, afastando, assim, o homem da natureza e de suas forças vitais, que determinavam o período anterior, expressando-se nos rituais dionisíacos, na dança, na embriaguez. A tragédia manifestava o elemento vital de confronto entre os deuses e os homens, em que o herói visava a superar os limites.

A filosofia, diz Nietzsche, se apresenta com o domínio do “espírito apolíneo”, derivado de Apolo, Deus da racionalidade, da ordem, do equilíbrio. Na época anterior da filosofia, o espírito apolíneo e o espírito dionisíaco se equilibravam num contrabalançar de mutualidade e dialetizações.

Com o advento e o desenvolvimento da filosofia e da razão científica, o espírito apolíneo prevalecerá, e, assim, o espírito dionisíaco - representante do desejo e da afirmação da vida - será reprimido. O cristianismo reforçou essa idéia convergindo para uma direção do espírito do sacrifício e submissão, em que o pecado e a culpa coexistiam. Nietzsche, porém, proclamava a morte de Deus:

O cristianismo, é uma forma de perversão dos instintos que caracteriza o platonismo, repousando em dogmas e crenças que permitem à consciência fraca e escrava escapar à vida, à dor e à luta, impondo a resignação e a renúncia como virtudes (NIETZSCHE, 1996, p.11).

Nietzsche ironiza a pretensão do racionalismo crítico moderno de fundamentar o conhecimento e suas práticas. Um de seus pontos de confronto é Kant, com sua possível descoberta de algo profundo no fundamento do conhecimento e no agir moral. Nietzsche entende que uma resposta é uma mera repetição da pergunta,

mas essa é uma resposta de comédia, e é tempo, afinal, de substituir a pergunta kantiana, como são possíveis os juízos sintéticos a priori? por uma outra pergunta: ‘por que é preciso a crença em tais juízos?’ (MARCONDES 1997, p. 245).

Nietzsche trará à tona um significado esquecido da palavra bom, que, em latim, significa também o “guerreiro”, significado sepultado pelo cristianismo. Outros significados deveriam ser recuperados para a construção de uma genealogia da moral, que, de certa forma, explicaria as etapas das noções de bem e de mal.

Essas etapas vão do ressentimento (“é tua culpa se sou fraco e infeliz”); a consciência da culpa (momento em que as formas negativas se interiorizam, dizem-se culpadas e voltam-se contra si mesmas); ao ideal ascético (momento de sublimação do sofrimento e de negação da vida).

Na fórmula “tu és mau, logo eu sou bom”, vê-se o triunfo da moral dos fracos, que negam a vida, que negam a “afirmação”: neles tudo é invertido: os fracos passam a se chamar fortes, a baixeza transforma-se em nobreza.

O texto Genealogia da Moral tem uma importância fundamental no pensamento político de Nietzsche, pois rejeita a concepção da tradição da lei natural do pensamento político moderno (Rousseau, Hobbes e Locke), que, através do contrato social, legitima a dominação política.

Nietzsche estabelece uma análise histórica e psicológica do homem como animal moral, situando-o não apenas como um animal político, mas também como cultor da moralidade, logrando um produto de indivíduo soberano, possuidor de livre-arbítrio, que se ligaria a contratos sociais e sustentaria seus atos.

Nesse processo os conceitos legais de obrigação, dever, culpa, lei e justiça, que brotaram em contextos materiais assumiriam, “com a ascensão da má consciência e a difusão do cristianismo um sentido e significado exclusivamente morais: a culpa, por exemplo, não mais significa dívida (legal), mas pecado (moral)” (ANSELL-PEARSON, 1997, p. 137).

A relação contratual supõe a idéia de dívida, na forma da promessa de um futuro compromisso firmado no presente. O devedor se empenha pelo firmado no contrato e, caso não consiga cumpri-lo, alguma coisa de que disponha, como seu corpo, sua liberdade ou a própria vida, servirá para reparar o prejuízo sofrido pelo credor. A culpa (Schuld) tem a história e a memória que só podem ser feitas por meio do sofrimento:

Através da ‘punição’ ao devedor, o credor participa de um direito dos senhores. A compensação consiste, portanto, em um convite e um direito à crueldade (NIETZSCHE, 1996, p. 66).

Nietzsche, no pensamento de Bairros,

nos responde polemicamente e avança em sua suposição, a de que sofrer era um prazer, então troca-se o dano, o prejuízo, por conta de um contra-prazer, isto é, fazer o culpado sofrer. Isto quer dizer, que do ponto de vista do não culpado, o prejuízo pode ser compreendido como gozo, na forma do prazer causado a ele pelo sofrimento ou morte do culpado (BAIRROS, 1996, p. 85)

Complementando esta idéia, Ansell-Pearson coloca que:

um dos pontos chaves de Nietzsche sobre a realização de uma genealogia da moral é que não se deve confundir ‘origem’ e ‘finalidade’: por exemplo, a ‘finalidade’ corrente da lei pode não revelar nada acerca de suas- ilegais- ‘origens’ (Ansell-Pearson, 1997, p. 139).

Apresentando um sistema em que coloca a Vontade a essência única do mundo e do homem, Schopenhauer, confere a uma força inconsciente que comanda e restringe tudo o que existe. O pessimismo de Schopenhauer, demarcado por um mundo absurdo, justificava-se na busca de um mundo sem dor através da negação da vontade.

Nietzsche, por outro lado, também parte da infelicidade humana, do lastro dionisíaco da existência, porém situa o homem numa posição diferente, de afirmação da vida no tempo e no efêmero, e exalta a alegria de viver no tempo, como a grande força e sabedoria do saber trágico da existência humana.

3. QUADRO METODOLÓGICO

Há uma exuberância da bondade que pode parecer maldade (NIETZSCHE, 1995, p. 184).

A partir do tema da compaixão, exposto como objeto de investigação utilizei a metodologia qualitativa, com cunho filosófico e idéias preconizadas por Michel Foucault, para tratar da discussão dos discursos dos Enfermeiros à luz da análise genealógica.

A maneira como a genealogia está articulada por Foucault inicia-se na década de 70, quando seu interesse pelo discurso (arqueologia) é substituído pela ênfase nas formações discursivas (genealogia) (PADILHA, 1997, p. 36).

O estudo orientado para ter uma aproximação com ideário moral de Friedrich Nietzsche em sua genealogia da moral, não obstante traduzida pela forma assistemática de seus escritos, possibilita apoiar-me em Michel Foucault. A relação e identificação de uma problemática me permitiram essa articulação, não em termos de doutrina ou parentesco de vocabulário, mas a partir de uma prática comum de pensar: a suspeita.

Mais do que uma referência, é de uma utilização que se trata de retrazar aqui o desenvolvimento, isto é, de uma reapropriação que não se limita nem à exegese tranqüila nem à escolha de uma posição filosófica, mas que pretende afirmar ao mesmo tempo um parentesco problemático de empréstimos de método e de vocabulário e mesmo uma certa prática comum de pensamento (PINHO, 1995, p. 8).

A mesma suspeita de Nietzsche na sua genealogia da moral, ao criticar o ressentimento (cristianismo), a moralidade do dever (Kant), e o ideal ascético (nihilismo), leva Foucault a questionar os mecanismos de poder que controlam a institucionalização de hospitais psiquiátricos, escolas, dentre outras. Assim, a suspeita é dirigida não contra as ideologias, mas na própria concepção substancialista do poder, como se este pudesse ser centralizado ou concentrado num espaço político-metafísico (soberania), universalizável (revolução burguesa), teleológico (fim da história) (OLIVEIRA 1997, p. 22).

Sabemos que, apesar de Foucault ter atribuído a seus trabalhos uma dívida à reflexão nietzschiana, não se precisou claramente de que forma se efetivou esse vínculo. Faz-se necessário traçar algumas delimitações na captura do método para abordar a trajetória indicada por Michel Foucault, o qual descreve três etapas de análise problematizadas concomitantemente:

- 1) as práticas discursivas que articulam o saber;
- 2) as estratégias e as técnicas racionais que dinamizam o exercício dos poderes;
- 3) as formas e os modelos de relação consigo mesmo pelas quais o sujeito se constitui e se reconhece como sujeito.

Ficarei restrito à genealogia, observando não só que o nome de Nietzsche aparece em vários escritos de Michel Foucault como também a o conceito nietzschiano de “genealogia” foi empregado por Foucault para designar metodologia de sua obra.

Para o “genealogista”, através das pequenas mudanças, da sutileza, da superfície dos acontecimentos são estabelecidas as respostas a se encontrar. Foucault indica que,

para fazer a genealogia dos valores, da moral, do conhecimento, devemos ao invés de partir em busca da origem, nos demorar nas “meticulosidades e acasos dos começos, prestar atenção escrupulosa à sua derrisória maldade (PADILHA, 1997, p.37).

Neste sentido é uma pesquisa de natureza qualitativa, que permitirá compreender de forma mais detalhada e subjetiva **como a compaixão permeia os atos de cuidar da enfermagem, singularizando um discurso do cotidiano do fazer.**

Richardson (1989, p. 39) afirma que os estudos que tratam da metodologia qualitativa

podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos (RICHARDSON, 1989, p. 39).

3.1. O Campo de Estudo

O Campo utilizado foi o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, unidade de Clínica Médica masculina, caracterizada por apresentar clientes com doenças agudas e crônicas, com tempo de internação em média de 07 dias. A unidade era dividida em 10 a 12 quartos com 02 ou 04 leitos, com banheiro no quarto e mesa de cabeceira para cada cliente.

O primeiro local escolhido para a coleta dos dados foi um hospital público psiquiátrico da mesma cidade. Na avaliação preliminar, em que se identificaram os possíveis informantes e se realizou uma reunião geral para intercambiar idéias sobre o assunto, houve concordância mútua. Após dois meses de contatos com Enfermeiros, visitas ao local, leitura e exposição do projeto, as responsáveis pela condução do trabalho da equipe de enfermagem do hospital concluíram “que não seria interessante para a instituição”, que a coleta de dados constituída de observação e entrevistas fosse autorizada pela chefia, já que o hospital passava por mudanças administrativas e institucionais (o movimento da reforma psiquiátrica estava se ordenando), e os resultados do estudo poderiam, segundo elas, “resultar em prejuízos para a enfermagem”.

O referencial metodológico, não foi bem aceito, a meu ver, pelo seu caráter “revelador”²², podendo comprometer a estrutura da mudança institucional. Esta decisão me causou certo desalento, não só pelo tempo perdido no contato do conhecimento do campo mas também pela dificuldade de as Enfermeiras enfrentarem situações que poderiam na verdade gerar ganhos e não necessariamente perdas, como foi entendido pela chefia de enfermagem da instituição.

O medo e a dúvida diante de pesquisas que aparentemente possam parecer desconstruidoras de determinadas práticas, contribuem no entanto para a reflexão e transformação das mesmas.

Assim, tornou-se necessário pensar nova possibilidade de campo, partindo primeiramente da revisão da temática do estudo, e reordenando as proposições, concluí que, em qualquer lugar onde se exerça a enfermagem, o cuidado implica relação de ajuda, ou seja, o contato humano.

Parti, então, para a coleta de dados na Clínica médica, na qual não houve resistência, nem por parte da Direção de enfermagem, da Comissão de Ética do Hospital, e nem tampouco das Enfermeiras, ao estudo proposto, à forma como os dados seriam coletados. O campo, rico em números de clientes e da equipe de enfermagem, contemplava a utilização dos instrumentos da coleta de dados e posteriormente a análise dos resultados.

²² Um dos pontos positivos do uso da observação, segundo Richardson (1989, p. 217) é o fato da “possibilidade de obter a informação no momento em que ocorre o fato, sendo assim aspecto importante porque possibilita verificar detalhes da situação que, passado algum tempo, poderiam ser esquecidos pelos elementos que observaram e vivenciaram o acontecimento.” Em se tratando de entrevistas, o mesmo autor justifica que “a melhor situação para participar na mente de outro ser humano é a interação face a face, pois tem o caráter, inquestionável, de proximidade entre as pessoas, que proporciona as melhores possibilidades de penetrar na mente, vida e definição dos indivíduos.”

3.2. A Apreensão dos Dados

O campo estudado, duas unidades de clínica médica, continha um número expressivo de profissionais da equipe de enfermagem: 02 Enfermeiras-chefes, 02 Enfermeiras no horário da manhã e duas Enfermeiras no horário da tarde, um número aproximado de 24 técnicos e auxiliares de enfermagem. Isso possibilitou a realização de 05 entrevistas com as Enfermeiras sobre os pontos relevantes e cruciais do cuidado, direcionando-as para os sentimentos e valores que as Enfermeiras conceituavam na prática. As 05 entrevistas deram conta da proposta, pois as respostas começaram a se repetir, alcançando o objeto de estudo em foco e mostrando-se suficientes após revisão das articulações teórico-metodológicas. Antes de iniciar a coleta de dados, as Enfermeiras foram orientadas quanto ao cuidado ético no manejo das observações e informações prestadas, assinando o consentimento livre e esclarecido (Anexo I). Para facilitar a não identificação dos sujeitos do estudo optei por utilizar nomes fictícios de origem grega (XANTIPA, POTONA, ANTÍGONA E JOCASTA) e do Rei Lear de Shakespeare (GONERIL).

A equipe de enfermagem foi observada durante cerca de 100 horas, alternando-se períodos da manhã e da tarde, no qual o pesquisador percorreu os caminhos das Enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Ressalto que tomei parte das passagens de plantão e reconhecimento da unidade, em atividades de ordem administrativas, como marcação de exames e acompanhamento de clientes a exames, e auxílio nas técnicas e alguns procedimentos de enfermagem, observação das informações dadas aos médicos e residentes pelas Enfermeiras e posteriores comentários feitos pelas condutas de outros profissionais com os clientes (Anexo II).

Segundo Richardson,

com a observação podem-se obter informações sobre os fenômenos novos e inexplicados que, de certo modo, desafiam a nossa curiosidade. E com respeito a este tipo de observação podemos dizer que sua função é descobrir novos problemas (RICHARDSON, 1989, p. 41).

Na realidade, o tempo que passei observando o cotidiano do trabalho da equipe de enfermagem ultrapassa a riqueza do convívio com a equipe de enfermagem no intento da permanente participação dos técnicos nas orientações dadas pelas Enfermeiras sobre o fazer e tomadas de decisões em equipe.

A observação não participante foi realizada durante o período de agosto a novembro de 1999, alternando-se por semana cada uma das clínicas médicas, nas quais a minha permanência se dava em períodos da tarde ou manhã, participando das passagens de plantão para ater-me aos problemas dos clientes, do planejamento do cuidado de enfermagem e dos aspectos relacionados ao comportamento dos clientes na enfermaria e das informações da enfermeira chefe sobre eventos institucionais.

Cabe salientar que a passagem de plantão tinha a participação de toda equipe. A importância da passagem de plantão se deve à possibilidade de conhecimento do pesquisador a respeito da equipe estudada e à percepção da dinâmica da equipe frente as agudezas do trabalho da enfermagem.

Após cada passagem de plantão, o pesquisador acompanhava as Enfermeiras, para vivenciar o acontecimento da visita diária da enfermeira a cada cliente. Já, aí, se destacava a relação de ajuda, o que proporcionou o desenvolvimento da observação e a construção do diário de campo, a partir da prática cotidiana da equipe de enfermagem.

Ressaltando a relação observador-observado, Richardson (1989, p. 216) coloca que “o que é dito para o participante é válido para o não-participante, ou seja, é imprescindível manter um nível de relacionamento agradável e de confiança”.

A observação foi sustentada em um roteiro de referências da prática mais habituais da enfermagem, como a passagem de plantão e as discussões sobre a causa que os problemas dos clientes levantavam como reflexão do cuidado prestado para equipe. Outro fator foi como se desenrolava o primeiro contato com os clientes novos e a continuidade da relação com os clientes mais antigos. Nessa etapa, pude evidenciar algumas dicotomias dos valores e sentimentos, tanto na equipe quanto dos clientes, com

as regras do planejamento dos cuidados diários e a necessidade da emergência da questão da interdisciplinaridade.

Outra via de informação das relações advindas dos clientes e suas demandas institucionais, foi a observação das visitas dos familiares, realizadas duas vezes por semana, no período da tarde, que possibilitaram o acompanhamento das informações e orientações feitas aos clientes, em conjunto com seus familiares, pelas Enfermeiras, aprofundando o foco do estudo.

Para Triviños (1987,p.153), o conceito de **observação** não é simplesmente o olhar, observar. A rigor seria destacar de um conjunto (objetos, pessoas, animais, entre outras) algo específico, prestando, por exemplo, atenção em suas características (cor, tamanho, entre outras).

A observação, sendo estruturada na pesquisa qualitativa, coloca em relevo a existência, a possibilidade de existência, de traços específicos do fenômeno em estudo, buscando a verificação das hipóteses.

Sobre a observação não participante, Richardson diz que

o investigador não toma parte nos conhecimentos do objeto de estudo como se fosse membro do grupo observado, mas apenas atua como espectador atento. Porém a sua utilidade não se faz apenas em explorações: ela é igualmente indicada em estudos mais profundos, tanto em ciências sociais quanto na humanísticas (RICHARDSON, 1989, p. 215).

Além da observação não participante, senti necessidade de complementar a coleta de dados com a realização de entrevistas com roteiro semi-estruturado (Anexo III). As entrevistas prestaram-se neste estudo, na linha genealógica, para levantar as categorias que emergiram dos discursos das Enfermeiras. Estas constituem a possível racionalidade construída pela práticas compassivas, ou seja, das falas que apontam para situações em que a bondade, a devoção e divinização da profissão, colocadas como imperativo do cuidar impossível fundamentam um saber moral.

Podemos entender por entrevista semi-estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipótese, que interessam à pesquisa, e que, em seguida oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas dos informantes. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências, dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

A entrevista semi-estruturada foi eleita como um dos instrumentos da coleta de informações pois, “ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

As entrevistas foram gravadas em fita magnética e transcritas integralmente. Após, encaminhei o material transcrito para a validação das informações oferecidas pelas Enfermeiras, as quais não se opuseram ao conteúdo transcrito.

Durante o período de entrevistas com as Enfermeiras, houve um grande interesse de participação e curiosidade, pois o assunto era enigmático para maioria delas. A surpresa com a questão da compaixão tornou um pouco problemático o trabalho, em virtude do desconhecimento do tema, pois implicava falar da sua prática no que tange à relação com os clientes e, de certa forma, colocava-as de frente com um componente importante do cuidado diário com os clientes – a compaixão.

Com efeito, caberia discutir como a compaixão se inscreve não somente nos discursos, mas na linha filosófica de Nietzsche e Schopenhauer, grandes empreendedores das questões do pessimismo, bondade, negação de si.

À primeira vista, as entrevistas formaram o pano de fundo das práticas sobre a enfermagem, em especial àquelas que tratam de temáticas relativas à prática/assistência de enfermagem.

Realizei um levantamento apurado dos conceitos de compaixão, bondade, cuidado compartilhado, amor ao próximo, humanismo, como formas de provável

tecnologia do poder ou estratégias de poder (políticas), evidenciando como as definições de compaixão se opõem às de solidariedade.

Para compreender como se dão as relações de compaixão e suas vicissitudes na prática de enfermagem, a técnica de observação não participante permitiu a minha inserção no cotidiano de unidades de internação, tornando-a mais conseqüente e corroboradora com a proposta do estudo, haja vista que, no campo das práticas, foi possível determinar a lógica que a equipe de enfermagem dinamiza para o cuidado direto aos clientes – ora agudos, críticos, e os conflitos de ordem institucional, entre outros.

A possibilidade da discussão da metáfora do cuidado de enfermagem: a relação de ajuda, instrumento de aproximação da equipe de enfermagem, revela a singularidade de cada sujeito envolvido, articulando as proposições básicas do estudo - a inserção da ética da compaixão como moral no ideário da profissão e a caracterização que lhe dá a formação intelectual dos Enfermeiros.

3.3. A Análise dos Dados

Considerarei a análise de discurso explicitada por M. Foucault, que situa os discursos como uma dispersão, isto é, como sendo formados por elementos que não estão ligados por nenhum princípio de unidade. A análise do discurso colocará regras nessa dispersão, as quais serão capazes de reger a sua formação.

A rigor, essas regras determinam uma formação discursiva, cuja finalidade apresenta-se como um sistema de relações entre os objetos, tipos enunciativos, conceitos e estratégias, nas quais caracterizando a “formação discursiva” em sua singularidade, deslocam a passagem da dispersão para regularidade. A regularidade é atingida pela análise dos enunciados que constituem a formação discursiva.

A análise genealógica se constitui na busca de visibilidade em cada coisa, as questões relativamente mais profundas são as mais superficiais.

Isto não significa, contudo, que sejam triviais ou sem importância, apenas que seu significado deve ser buscado nas práticas superficiais e não em profundidades misteriosas²³ (FOUCAULT).

Para o genealogista, a interpretação dos fatos, dos cadafalsos, não é desvelar um possível significado escondido, pois com a provável influência de Nietzsche em suas obras, diz que “não há o que interpretar, não há nada de absolutamente primeiro a interpretar, pois no fundo tudo é já interpretação”.²⁴

Em Deleuze, encontramos tanto uma conceituação de genealogia como a investigação do elemento trágico na filosofia de Nietzsche. A qual genealogia

quer dizer simultaneamente valor de origem e origem dos valores. Genealogia opõe-se ao caráter absoluto assim como ao seu caráter relativo ou utilitário. Genealogia significa o elemento diferencial dos valores donde emana o seu próprio valor. Genealogia quer portanto dizer origem ou nascimento, mas também diferença ou distância na origem. Genealogia quer dizer nobreza e baixeza, nobreza e vileza, nobreza e decadência na origem. O nobre e o vil, o elevado e o baixo, tal é o elemento propriamente genealógico ou crítico. Mas assim compreendida a crítica é ao mesmo tempo o mais positivo. O elemento diferencial não é o crítico do valor dos valores, sem ser também o elemento positivo da criação. É por isso que a crítica nunca é concebida por Nietzsche como uma reação, mas como uma ação. Nietzsche opõe a atividade da crítica à vingança, ao rancor ou ao ressentimento (DELEUZE, 1997, p. 7)

A pretensão que o estudo propôs foi a de buscar os conteúdos em que a compaixão piedosa se torna uma ética instaurada no agir dos Enfermeiros, mais claramente nos discursos referentes às suas construções intelectuais, a partir de seus referenciais teóricos aplicados nas suas falas.

²³ FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. p. 119.

²⁴ FOUCAULT, M. Nietzsche, Freud et Marx. P.189

A análise se efetivou na sistematização das categorias, segundo as premissas propostas por Foucault, para análise genealógica, que resultou na reprodução de categorias basilares para representação do estudo.

Após exaustiva leitura das entrevistas, levei em consideração o que de alguma forma já havia sido evidenciado na Observação não participante, que o cuidado pode revelar os conteúdos da compaixão. A partir disso, essa leitura indicou os significantes contidos neste cuidado, ou seja, a evidência da **AFETIVIDADE E DO SOFRIMENTO** enquanto categorias de análise.

As categorias evidenciaram a problemática da compaixão como efeito da lógica do trabalho de enfermagem, mais precisamente da relação de ajuda. Selecionaram-se assim, as categorias, com ênfase nos discursos dos Enfermeiros.

A Tese compõe-se de cinco capítulos.

O primeiro capítulo investiga as pretensões ou questionamentos em torno do objeto de estudo proposto – a compaixão – ante condições que me inquietavam no sentido da validade das proposições morais na Enfermagem, justificando a relevância da temática na construção de uma reflexão no interior do discurso da profissão e seus objetivos.

O segundo capítulo trata do desenho teórico na ótica filosófica, introduzindo a temática do estudo, com contribuições principalmente de Nietzsche e de Schopenhauer, os quais discutem e teorizam sobre a compaixão e sua produção moral no cerne da existência humana. Traçam as nuances e verdades, num constante diálogo com a minha prática profissional para fundamentar o quadro teórico do estudo.

O terceiro capítulo trata do quadro metodológico, no qual utilizei a abordagem qualitativa e o método da análise genealógica em Michel Foucault, que serviu de sustentação para analisar os discursos das Enfermeiras depoentes através dos dados da entrevista semi-estruturada, bem como, a observação não participante.

O quarto capítulo inscreve “As posturas compassivas na enfermagem”. Trata dos domínios do significante compaixão simbolizando a prática de enfermagem voltada para o cuidado como relação de ajuda, enfatizando a dinâmica dos processos interativos do cuidado hospitalar.

O quinto capítulo denomina-se “A compaixão e suas vicissitudes”, nele se finaliza a genealogia como ferramenta de onde procede o valor moral da compaixão e suas vicissitudes. Explicitam-se não só a necessidade das posturas compassivas da enfermagem mas também seu legado humanista, vistos como um tamponar do mal estar civilizatório.

4. AS POSTURAS COMPASSIVAS NA ENFERMAGEM

Em algum canto afastado do universo, espalhado no clarão de inumeráveis sistemas solares, houve um astro sobre o qual animais inteligentes inventaram o conhecimento. Foi o minuto mais arrogante e mentiroso da História Universal; mas foi apenas um minuto. Após alguns suspiros da natureza o astro congelou e os animais inteligentes morreram. (NIETZSCHE, 1969, p. 170-1).

Neste capítulo, tratarei do modo como se construíram as categorias e, a partir delas, analisarei o conteúdo veiculado nas falas trazendo o bojo das discussões na emergência do cuidar e as vicissitudes da compaixão, que se entrelaçam na prática, levando em consideração a análise genealógica. Procuro, assim, revelar a racionalidade inscrita nesses discursos, que algumas vezes contraditórios em relação à literatura e ao próprio dito de enfermeiras/os, trazem à tona toda a situação na qual o cuidar tem características compassivas.

Destarte, encontramos a força que a relação de ajuda tem na crueza cotidiana da prática do enfermeiro, conformando o laço simbólico em que a profissão tanto se sustenta.

Szasz afirma que os profissionais de ajuda defrontam-se com um dilema particularmente perturbador:

se eles coagirem seus clientes, não poderão ajudá-los de verdade; para ajudá-los não coercitivamente, esses profissionais devem angariar a cooperação dos clientes; e eles não podem fazê-lo senão respeitando, e apelando para o interesse próprio dos clientes, como estes o definem. Se o profissional se recusa a respeitar a visão que o cliente tem de seu mundo, ou se o cliente se recusa a colaborar com o profissional, os dois chegam a um impasse que só

pode ser resolvido de duas formas. Ou o profissional deve abandonar o cliente, ou o Estado deve conferir ao profissional o poder, e na verdade impor-lhe a obrigação de coagir o cliente a aceitar ajuda, da forma como o Estado a define. Hoje, deixar à sua própria sorte alguém oficialmente considerado “carente de ajuda profissional” (ainda que legalmente capaz) é tido como um ato insensível, desumano, talvez até como negligência profissional (SZASZ, 1994, p. 13).

Apresento duas subcategorias derivadas do que chamo de vicissitudes da compaixão, pilares necessários da relação de ajuda, apoio, terapêutica ou outro predicado, enquanto definida como relação originária do contato com o cliente, que estabelece a ferramenta básica para qualquer ato que, colocado em prática, cumpre a lei imperativa do cuidar servindo, assim, como critério para fundar uma identidade cultural da enfermagem.

A primeira subcategoria compreende a **AFETIVIDADE**, a qual faz um laço social com o cliente, e, sobretudo, funda o jogo que, daí, advém das trocas entre os clientes e o enfermeiro. Uma das características da Enfermagem é lidar com uma gama de emoções, tanto as inerentes a quem cuida e quem é cuidado como as que surgem como conseqüências do cuidar. Todo cuidar é movido pela emoção.

A segunda se cristaliza no **SOFRIMENTO** como ato ético de compreensão do sofrimento de outrem, que mediatiza um traço voluntarioso do escopo teórico-prático historicamente construído na função da enfermagem – reforçado pela marca que Florence Nightingale imprimiu na Enfermagem Moderna. Ele perfaz a identificação quase que imediata do agir dos enfermeiros, aí entendido como a vacilação que nos faz crer que dois momentos se cruzam no agir do cuidar: por um lado, a dedicação e servidão; e, por outro, a possível dominação e controle dos clientes que não aceitam as regras que as enfermeiras/os impõem.

Canevacci, apud Vieira (1998, p. 103), em um estudo sobre as representações do cuidado, demonstra que o cuidado de enfermagem apresenta dois sentidos culturais: o sincrético e o dialógico. Sincrético, pois sua expressão se dá no conjunto de um sistema de adaptações na coincidência do seu mundo e a incidência sobre ele. É um sistema associativo fundamentado no coexistir, no conviver e no viver com: em que um sistema

ideológico veicula a ciência, arte e o ideal, mantendo, contudo, as características singulares dos indivíduos. O dialógico se reproduziria não somente na conjunção desses elementos mas ainda na diversidade das situações e nos conflitos da prática diária.

Torna-se, a partir disso, uma problemática que nos impõe e que afeta consideravelmente nossas ações frente ao cliente e a nossa própria sociabilidade enquanto profissionais.

Lisboa (1998) ressalta, em seu estudo sobre as representações do sofrimento e prazer no cotidiano da prática, que existe uma dicotomia entre duas situações a saber: a primeira se apresenta como as enfermeiras formam de opiniões de si mesmas; e a segunda, como as enfermeiras se colocam sobre as qualidades e as características de uma boa enfermeira que são:

a doação do amor ao próximo (doação, querer ajudar, desprendimento, carinho, gostar de cuidar, solidária, humana e benevolente); ser estudiosa; ter iniciativa (rapidez, perspicácia, observação) e a ser profissional (coragem, segurança, discernimento profissional, responsabilidade, fazer as coisas bem feitas, fazer sabendo, busca do equilíbrio) (LISBOA, 1998, p. 119).

A autora justifica essa colocação pois reflete a relação que as enfermeiras pesquisadas têm entre os profissionais, e, por outro lado, quando se dirigem à sua população alvo, que são os clientes internados.

Atravessar essa contingência provoca um certo desassossego, talvez pelo fato de não sabermos exatamente como nos posicionarmos a contento nesta situação de cuidar.

Por um lado, apresenta-se quase que simultaneamente um desafio: a exigência de nos livrarmos das amarras em que podemos cair ao analisar as emoções, colocando-nos ou de maneira efêmera ou infantil diante da vulgarização dos afetos, ou de modo anárquico, vivendo todas as emoções desenfreadamente, a despeito de possuímos um recalque inconsciente, além da mediação da cultura da nossa época e do nosso comportamento. Os dois pólos afastar-nos-iam da crença dos filósofos gregos em que as paixões deviam ser controladas pelo sujeito e não controlá-lo.

Por outro, lança-nos na busca e nas novas formas de pensar e existir, adornados de uma ética e estética afirmativa e de encantamento. Isto se traduz nas práticas morais que julgam a maneira como enfermeiras/os concebem seu instrumento de trabalho -- o **cuidar** --, à medida que a tendência de tratar de sujeitos doentes, ou que poderão vir a ser doentes, causam um horror, próprio do real, que alguma vezes se torna indizível.

As teorias de enfermagem retratam um cenário de intervenções e ações fundadas em certas características dos laços duais para um agir mais ético, desse modo, tentando dar sustentação aos argumentos de uma ciência da enfermagem, sobretudo a respeito do cuidado de enfermagem. Uma das mais discutidas e comentadas é a teoria de Watson (1988, p. 62), a qual assevera ter uma ciência do cuidar, com efeito, a combinação e a integração de similaridades e das diferenças. Propõe, então, suposições básicas a esse processo de cuidar, as quais enumeramos:

1) “o cuidado só pode ser efetivamente demonstrado e praticado interpessoalmente.

2) O cuidar consiste de processos básicos entre as pessoas, ressaltando em algum senso de satisfação com frequência associado às necessidades humanas.

3) Cuidar efetivo resulta na promoção da saúde e crescimento individual ou familiar.

4) Atitudes de cuidar permitem que uma pessoa seja como ela é agora, mas também permitem a atualização de potencialidades para que ela seja diferente no futuro.

5) Cuidar é uma prática “de saúdegenia” – mais ainda do que curar. Pode-se curar uma doença, mas a prática de cuidar integra conhecimento científico com humanístico para promover saúde e oferecer ministrações aqueles que estão doentes.

6) Uma ciência de cuidar é, por conseguinte, diferente de, mas complementar a

uma ciência de cura.

7) A prática do cuidar é central á profissão de enfermagem.”

Vieira (1998, p. 88), em seu estudo sobre a escolha e imagem cultural da enfermagem, coloca que a relação de ajuda contida na prática se dirigiu como um processo humanístico, assegurando que, a partir dos anos 70, houve uma necessidade de aliar o humanismo ao conhecimento científico para embasar essa prática.

A história do cuidado e das técnicas de si seria, portanto, uma maneira de fazer a história da subjetividade: porém, não mais através dos loucos e não loucos, doentes e não doentes, delinquentes e não delinquentes, não mais através da constituição de objetividade científica, dando lugar ao sujeito que vive, que fala e trabalha (FOUCAULT, 1997, p. 111).

Pretendo com isso demonstrar como as categorias se afirmam como uma construção de racionalidade que funda os atos morais da enfermagem, compreendendo que o trabalho da enfermagem, sem a compaixão, não existiria. Um vazio se faria na história da saúde, no qual o trabalho voluntarioso e benfeitor organizou espaços políticos e criou modelos de éticas.

4.1. Afetividade

A afetividade, via de regra, abrange um dos domínios manifestos do cuidar na Enfermagem. Remonta, assim, a um dos instrumentos básicos da relação de ajuda, entendido em sentido genérico e distinto do afeto que, amiúde, provém do fato de que essa relação não está dissociada do encontro de desejos e paixões, que objetivam o bem-estar e cura do cliente cuidado pelo enfermeiro.

Em Minzoni, umas das pesquisadoras da área de saúde mental, encontramos cinco princípios básicos²⁵ para que a relação de ajuda se efetive. Deles, salientarei um dos princípios que norteiam a ação do enfermeiro, “*o conhecimento e a aceitação de si mesmo e do outro*”, que o qualifica para o profissional de Enfermagem atuar diante da necessidade de ajuda ao cliente.

Considera-se, desse modo, a atitude de disponibilidade do enfermeiro/a como um fator fundamental na relação de ajuda, pois entende-se que, através dos gestos, tom da voz, palavras e expressões corporais e o olhar sem crítica, facilitar-se-ia a capacidade de o cliente sentir-se importante, e, de reconhecer que, a rigor, alguém lhe dá atenção.

Nas relações interpessoais no cuidar, Silva (1998, p. 131) afirma que

a afetividade existe, inevitavelmente, na medida em que ela se refere a um contato entre pessoas. Por mais que se procure manter um distanciamento, sentimentos estão sempre presentes, na mais variadas formas, como empatia, antipatia, medo, erotismo, afeição. Demonstramos amor por meio de gestos ternos, gentis, afetuosos; podemos até pensar que revelamos o maior usando as palavras, mas confiamos mais nas expressões de amor manifestadas pelo contato físico (SILVA, 1998, p. 131).

Dentre as várias manifestações da afetividade, podemos considerar a **solidariedade**, cujo fundamento afeta os sujeitos de tal maneira que se sensibilizam com o sofrimento ou alegria alheia e que os tornam integrantes de um sistema simétrico de respeito às diferenças. Este sistema se dissolve, caso tal estado simétrico se inverta, sobrelevando-se, então, sentimentos de pena e compaixão.

Segundo Bettinelli,

²⁵ Minzoni estabeleceu cinco princípios básicos para a pessoa que requer ajuda, são eles: a) o indivíduo que enfrenta uma crise ou experiência de doença mental é um participante ativo desse processo; b) o indivíduo que enfrenta uma crise ou experiência de doença mental é respeitado em sua individualidade, direitos e valores; c) há reciprocidade de envolvimento, onde os participantes observam-se, avaliam-se e tomam decisões; d) o profissional está sempre agindo com sua carga emocional, preconceitos, capacidade, conhecimentos, habilidades e deficiências; e) é básico para o profissional de enfermagem o conhecimento e a aceitação de si mesmo e do outro (GATTÁS, 1996, p. 77).

a solidariedade é uma forma de experienciar com o outro, respeitando suas diferenças e seu espaço. Esta maneira de preocupar-se com estar junto, com a coexistência, fará com que se resgate a eficácia das relações sociais e da integração entre as pessoas, numa sociedade. O homem necessita de solidariedade para desenvolver todas as suas potencialidades, pois ele se completa no outro. O ser humano isolado seria incompleto e o infeliz, pois lhe faltaria a dimensão maior do ser-relacional, conforme a lei da reciprocidade e do complemento de sua própria vida (BETTINELLI, 1998, p. 28).

Dentre os vários objetivos parciais da relação de ajuda, um deles é a criação da possibilidade de reflexão no cliente, auxiliando-o no entendimento da crise, que, por ora esteja passando, como, por exemplo: a hospitalização, o medo do futuro, a ausência da família, uma tentativa de suicídio, visando a fortalecer a sua personalidade e criando mecanismos positivos de resposta a esta crise.

Com efeito, a proximidade e intimidade, que a relação de ajuda suscita, indicam o grau e tensão dos sentimentos embutidos nela. O enfermeiro investe na situação, de certa maneira, suas características pessoais, que, geralmente, se dirigem ao fato de que a díade enfermeiro-cliente se constrói numa relação essencialmente com dispositivos de auto-referência, pois o auto-conhecimento que se espera do enfermeiro é sempre duvidoso, por causa das sobejamente más condições de formação e de trabalho que a maior parte da categoria vivencia ou vivenciou.

A afetividade aparece na falas de enfermeiras como o equivalente de um laço próprio da profissão, socializando a forma de emergir do quantum da relação com o cliente, condição sine qua non para o evidenciamento do cuidar. Trata-se, portanto, de uma categoria referencial do mundo da enfermagem. O cuidado é específico da enfermagem, pois historicamente a intenção do ajudar sempre esteve presente desde os primórdios, ou seja, antes da era pré-científica.

O ajudar não só o cliente, ou pessoas necessitadas de algo, se configura com uma desmedida social ou moral. A figura da enfermeira prestes a agir, nesse sentido, simboliza o ponto de estofo de enfermagem: o afeto, a ajuda.

Várias profissões, com as transformações sociais, a industrialização e os modos de produção e circulação de novas teorias e práticas econômicas, sofreram mudanças em seu modo de compreender a humanidade, e, de alguma forma, não só deslocaram suas atividades, como também autorizaram no cuidar uma nomeação mais precisa, como é o caso, por exemplo, do serviço social.

A **primeira manifestação** da afetividade como dar-se, tornar-se disponível, tratar o cliente com carinho, sem exigir algo em troca. A troca é um traço solidário, em que a diferença concreta determinada pela situação institucional do profissional e do cliente não se dá na diferença da relação de afeto.

O discurso de enfermeiras/os com relação a afetividade, na sua primeira forma, manifesta-se da seguinte forma:

A simpatia, a não discriminação, a abertura de tu chegares e perguntar, se está calmo sentar e conversar, ter uma relação melhor, tentar responder às perguntas que também surgem da parte dele. Não sei, acho que da própria pessoa, o relacionamento vai surgindo, tem pessoas que são mais abertas e outras não, independente disso a gente tenta mostrar que está disponível, que está aqui para ajudar, que não é apenas o enfermeiro, ou chefe que está participando junto (XANTIPA).

Podemos perceber na fala acima, o primeiro aspecto da afetividade no qual a abordagem inicial da enfermeira é tomada de simpatia, e tem como função, marcar o encontro. O uso da simpatia como abertura traz um certo alívio para enfermeira, forjando a possibilidade de que o cliente é um ser que não é discriminado, que pode receber seu sentimento. Nem todos os clientes podem entender a simpatia e a disponibilidade como uma possível compreensão do seu problema, porém a necessidade de mostrar-se simpática, mesmo que a situação não corresponda, evidencia a capacidade que enfermeiras/os têm de lançar mão de seus sentimentos mais poderosos e altruísticos.

Henson (1997, p. 77) utiliza o conceito mutualidade como meio-termo ou equilíbrio entre duas posições extremas de relação de respeito ao outro, que são o

paternalismo e a autonomia, o primeiro, centralizado na provedoria, e o segundo, assentado extremamente no cliente. Os atributos da mutualidade caracterizam-se por sentimento de intimidade, conexão e compreensão do outro, com objetivo de satisfação de ambos intervenientes.

É compreender, me preocupar com eles, fazer eles verem que você está realmente preocupada com o estado deles, que você quer ajudá-los de alguma forma, conversar melhor, escutar eles. Que às vezes não dá tempo. Tentar escutar, fazer com que eles desabafem (ANTÍGONA).

A participação ativa na relação com o cliente, compreendendo o que se passa com o cliente. Mas compreender o quê? Sempre há o que compreender? Máquina da compreensão, ou podemos compreender para ignorar a situação, o objeto, a fala?

Esta disposição à fala sobrepõe-se ao imperativo da compreensão, como um vômito pela rapidez com que o enfermeiro tem que articular esse imperativo de dever e de controle dos afetos dos clientes. Um desespero de que não possa faltar o afeto ao cliente, enquanto um ser que tem que ser respondido em toda sua unidade existencial.

Olha, em um primeiro momento, quando eu vou conhecer o cliente, meu primeiro bom dia, é de expectativa, porque ele é um cliente para quem eu vou prestar um serviço. Eu acho que depois é que a relação vai sendo construída no dia a dia. Então, depois que a gente já se conhece, conhece a história, aí a gente passa uma, duas, três manhãs e dependendo de quanto tempo que ele fica internado é que a gente vai estreitando mais os laços, não é? (GONERIL)

Então essa participação junto com a equipe, na hora até da visita e tu ajudas também na higiene, no conforto e mostrar a ele que tu não és aquele chefe ali que está só mandando. Que tu estás ali junto e que passas mais tempo ali conversando, trocando idéias, na hora da visita conhece a família, tem uma boa relação, chama no telefone quando é possível, eu atendo familiares (XANTIPA).

Esta fala tenta demonstrar quanto a proximidade de discurso com os familiares, de atendimento as necessidades de esclarecimento, sobre o estado do cliente, tem como objetivo colaborar na conexão dos familiares para com a situação vivida pelo clientes.

Ajuda numa sustentação do valor da relação mais realista e justa, não calcada na abnegação e sim no direito de existência fora do mundo da instituição.

Mas, mesmo assim, eu acho que eu não me envolvo muito assim sentimentalmente com ele, eu sempre procuro deixar o problema, vamos supor, de que quando eu saio daqui, a minha vida lá fora muda, é outra, não é? O que eu vejo de problemas aqui, eu procuro não levar para a minha casa. Porque eu sei que se eu for levar isso para eles, que vai interferir na minha vida. Às vezes tu até pensas, como no caso do Moisés, tu te lembras do Moisés, então o Moisés conviveu com a gente praticamente nove meses aqui e é difícil você não se envolver sentimentalmente, não pensar nele no dia a dia, saber que a expectativa dele de vida é pouca, e, apesar de eu e ele termos a mesma idade, eu tenho a chance de sair, de passear e me divertir e ele não, ele está aqui dentro, preso e a vida dele depende da gente, ele é totalmente dependente. Praticamente é isso (POTONA).

Esta longa fala é esclarecedora, em vários aspectos, dos fatores imbuídos na relação: o controle emocional, a firmeza frente à morte, o distanciamento necessário, dentre outros.

Eles estabelecem uma afetividade próxima ao ato mais solidário, em que a enfermeira empresta sua sensibilidade ao cuidar do cliente terminal, fazendo um corte no sentimento de dependência emocional do cliente. Ela percebe que seria negativo se envolver demais com um cliente que traz a súplica da morte. Mas mantém-se firme, perante o fato de que o conforto que ela pode dar é ouvi-lo e aceitar a dependência do cliente - *que traz uma angústia grande na equipe de enfermagem*: - a morte, que, em termos existenciais, lhe possibilitou a comparação entre as idades próximas de um e de outra.

Demonstra o dito da enfermeira um certo conhecimento de sentimentos que levam ao questionamento da sua própria relação com a vida e a morte, mas, que cessam, quando o reconhecimento da sua prática é o que determina seu controle diante das questões que os clientes trazem, cujo caráter real não pode ser totalmente reduzido à pena ou à comoção.

A referência da afetividade tem, com efeito, a qualidade de um agir ético fundado em razões morais, permitindo a enfermeira tratar as dores e alegrias advindas

da relação interpessoal. Verificamos que a solidariedade aprofunda um elemento básico das relações sociais e que a simetria causada insere na enfermagem mais um múltiplo de suas atividades, enquanto função de cuidador.

A **segunda manifestação** da afetividade mostra outro movimento na relação: o afeto se investe na relação dual, implicando a necessidade do retorno da afetividade do cliente, via agradecimentos, presentes e amizade mútua.

A fronteira da relação se mistura com um princípio moral, no qual o cliente é meio para se obter um fim de um desejo, “o mais humano possível”, “solidário”, “de apoio emocional”, caracterizando uma reivindicação de amor por parte do cuidador.

Em seu estudo sobre o prazer, Lisboa (1998) argumenta que as enfermeiras identificaram o prazer no trabalho com o cuidado do cliente, tomando como fundamento central:

o cuidar do cliente com toda uma característica de doação. Ou seja, elas se doam para a cura do outro, o seu prazer está no outro, na melhora do outro, na recuperação do outro. Através do outro (o cliente), que é também quem reconhece o seu trabalho de enfermeira, elas encontram o sentido do seu trabalho (LISBOA, 1998, p. 178).

Mas eu nunca tive problema assim de relacionamento com cliente, sempre tive um bom relacionamento, eu acho que, quando ele sai, ele gosta de mim, porque, às vezes, depois de uma longa data fora do hospital, ele volta e lembra da gente e isso é importante, a gente ser lembrada pelo cliente, e bem lembrada, não é, como uma pessoa boa, uma pessoa que ajudou na recuperação dele. Eu acho que isso daí é vantajoso para a gente, é uma das coisas que fazem com que tu prossigas no teu serviço bem e satisfeita, apesar de todos os problemas que a gente tem (POTONA).

Nessa fala, justifica-se o ato de cuidar com o futuro agradecimento, isto é, a retribuição amorosa, que a enfermeira espera e apela para que isso aconteça. Nessa nova gradação do sentir pelo outro, a ajuda, que foi por vezes sofrida e dispendiosa, desvela a esperança de que o trabalho da enfermagem possa ser lido, não apenas como prestação de serviços mas também um prazer que é legítimo no sentir. Se pensarmos, no entanto, um pouco mais, perceberemos que a ajuda faz um corte na perspectiva de que o

enfermeiro está cuidando com afeto, e a utilização desse afeto como forma de garantia de seu status profissional:

Para que ele sinta que eu estou presente, apesar de não estar as seis horas, ou doze horas junto no quarto com ele, mas que eu estou ali presente e tudo que ele quiser ou sentir, ele pode chegar a mim. Isso acontece até bem visível que muitos deles voltam e trazem presentes, escrevem cartas de agradecimento, então a gente comprova que essa relação foi boa, que interagiu realmente até com conduta deles (XANTIPA).

Há um traço nostálgico referido nas falas: o retorno pelas cartas simboliza um contato com demanda do amor, que tem como pano de fundo uma tarefa ou atividade bem sucedida. A função da presença física afasta outros conteúdos também presentes no cotidiano das enfermeiras, como a morte ou situações dolorosas, e demarca bem a agravante das relações que se estabelecem num domínio da total conexão: uma grande emoção como forma maternalizada no cuidar, indicando uma virtude de um bem pela doação com uma troca esperada.

E já fomos convidados até a participar de uma festa na casa de um cliente, a gente foi e fomos muito bem recebidos, guardaram o nome de todos e foi uma aceitação bem legal, uma experiência muito boa. Então a gente tenta ser o mais simpático possível, é lógico que não se consegue agradar a todos, mas eu tento sempre ser o mais (XANTIPA).

A participação na vida do cliente fora da instituição demonstra a valorização por parte dele de uma tarefa que foi bem desenvolvida. Mostra não só o entrelaçamento que a enfermeira faz da sua atividade formal como também o desprendimento que faz para validar esta atividade. Há um resgate de sentimento intuitivo maior como peso dessa fusão ocorrida dentro do espaço hospitalar que mostra a simpatia para dividir, consciente ou inconscientemente, o valor da retribuição do contato, confundido, fora do hospital com agradecimento do dever cumprido.

Duas vertentes se dialetizam daí, pois se revela também a retribuição exagerada da enfermeira para o cliente, já que não bastou todo o esforço que ela fez durante a internação do cliente.

Olha, o envolvimento se dá de forma mais intensa com alguns e menos intenso com outros. Eu, fazendo uma auto-avaliação, eu penso que eu interajo bem com os clientes, até pelo retorno que eles me dão. Para ver eles me dizerem “muito obrigado”, para quando eles saírem, fazerem questão de se despedir, e a maioria faz isso. E se você é insignificante, ninguém vai te procurar para dizer até logo, ou muito obrigado, ou mesmo que dissesse que não gostou do tratamento (GONERIL).

Há um princípio de contradição no que se refere à insignificância da procura do cliente, pois pode ser que ele seja grato ao cuidado prestado, sem que ele a gratifique com presentes ou elogios. A eficácia perfeita do cuidado, como se mostra na fala, tem como resultado o agradecimento, que, sem ele, se torna vazio.

A dependência da retribuição doméstica a formalidade do cuidado e sobreleva o afeto, o que de certa forma implica o jogo de valores, não do que um tem de excesso e ao outro falta, mas no que a moral do bem traz como um estado de abnegação como perfeição pessoal na profissão.

A **terceira manifestação** da afetividade suscita a grande suspeita de que o uso que os sentimentos de bondade, compaixão, liberdade, mesmo que não ditos, estão flagrantemente implicados na relação e se transformam, como antípodas, na observação de qualidades opostas que nelas próprias podem surgir, como uma forma de compaixão negativa. Esse elemento compassivo traria o negativo da vida moral como o motor multiplicador e conservador de todas as misérias.

Nessa seqüência da manifestações sobre a afetividade, delimitaremos agora a **compaixão**. Muito embora a compaixão se apresente fortemente nos discursos das enfermeiras, de forma aparente ou deslocada, se faz importante compreender a garantia que a compaixão tem como simulacro nas ações de enfermagem. Muitas discussões têm colocado como contágio emocional, empatia participante, como valores positivos. Entendo, porém, que a abordagem mais adequada do conceito se apresenta na característica do que ela contém de trágico.

Eriksson (1999) assinala que

o verdadeiro cuidado é baseado na compaixão”, com efeito, a autora coloca que “a compaixão emerge no encontro entre o sofrimento e o amor, a habilidade de enfermagem sentir compaixão emerge de experiências pessoais de sofrimento e amor, e não se adquire compaixão por técnicas ou tarefas avançada. Compaixão envolve uma simples, despretensiosa presença para com outro (ERIKSSON, 1999, p. 15).

Para mim essa é uma pergunta difícil, eu nunca tinha parado para pensar nisso, nesse sentimento que eu tenho. Eu tenho um sentimento próprio de compaixão, carinho, por eles. Não é pena, mas eu tenho vontade de ajudar sempre que eu vejo que ele está precisando, de alguma forma eu tento sempre melhorar o que eles estão sentindo. Porque eles também ficam tristes, depressivos, eu vou tentar melhorar esse sentimento deles, de querer valorizar, de querer aumentar o alto astral deles, mesmo que às vezes a gente não esteja tão bem para fazer isso (ANTÍGONA).

Esta fala evidencia a dificuldade da denominação do sentimento quando relacionado ao cuidar. A compaixão sentida pela enfermeira é traduzida como carinho, estar junto, o nascimento do encontro com o cliente que necessita dos cuidados de um outro, que nega que seja pena, então, por um princípio de opostos, a negação me confirma que o que está patente é o ajudar sem critérios, o não sentir pena, o tornar-se uma presença sufocante, de uma exigência que se quer aparentemente sutil, mas de uma excelência trágica.

Estamos diante de concepções sobre a compaixão, que podemos, de acordo, com os filósofos, classificá-la em negativa e positiva. As tradições filosóficas referem-se como os filósofos deram lugar aos sentimentos compassivos e como isso foi de importância moral em determinados ciclos filosóficos para discussão da ética, e como algumas cederam à compaixão como um instrumento de valoração moral das ações humanas.

Nesse sentido, a compaixão negativa, segundo Abbagnano (2000), o elemento negativo da vida moral, começa pelos estóicos e atravessa Spinoza, que considera que

no homem que vive segundo a razão a compaixão é, por si mesma, ruim e inútil”, porque nada mais é que dor; por isso “o homem que vive segundo a razão esforça-se o máximo possível para não ser tocado pela compaixão, bem tampouco pelo ódio, pelo riso ou desprezo, porque sabe que tudo deriva da necessidade da natureza divina”. Nietzsche, seguindo essa tradição, assevera que “esse instinto depressivo e contagioso debilita os outros instintos que

querem conservar e aumentar o valor da vida; é uma espécie de multiplicador e de conservador de todas as misérias, por isso um dos instrumentos principais da decadência do homem (ABBAGNANO, 2000, p. 155).

Na questão que envolve uma clientela particular, como a dos idosos, percebe-se a necessidade do cuidar vinculado ao apaixonar-se, e entregar-se com a piedade transforma a enfermeira veículo de participação no sofrimento do outro no qual constitui o verdadeiro fundamento do amor ao próximo.

Bom, como eu tenho pouca experiência no contato com o cliente, eu estou aprendendo a ter essa interação melhor. Eu me dou melhor, consigo me expressar melhor com os clientes mais idosos, aqueles que precisam mais. Com os bem velhinhos, eu sou apaixonada por eles! (ANTÍGONA).

Atualmente, com o advento da qualidade de vida como massificação dos deveres para se manter saudável, obriga-se o cuidar de si como necessidade de garantir uma velhice melhor. Com efeito, essa situação criou um investimento crescente na terceira idade, e a enfermagem, como tributária da saúde do outro, vem se preparando para atuar com essa clientela. O que vemos na fala da enfermeira caracteriza a piedade com os velhos. Ela sinaliza e se diz apaixonada, colocando a importância da dependência deles ao seu trabalho, o que garante, portanto, uma transferência de amor para esses clientes.

Por um lado, o sentimento revela - "a paixão" - por outro através da piedade, se desvela a compaixão. No primeiro momento, admite-se que ela não o julga por ser um velho incapaz; mas, simultaneamente, julga, pela moral, os sentimentos de pena que se emaranham no cuidado.

Podemos atribuir esse significado de compaixão ao que as enfermeiras sentem espontaneamente, na tentativa de diminuir a dor e o sofrimento dos clientes, revelando uma apropriação emocional do cuidado, fundado num julgamento moral de sofrimento, pois não há a fala do cliente em querer ser ajudado.

4.2. Sofrimento

A análise desta categoria vincula-se ao fato de que a enfermagem tem a dor e o sofrimento como acompanhantes na prática, ou seja, o trabalho da enfermagem possibilita que o sofrimento e a dor sejam evitados, atenuados ou reforçados, através do cuidado e conforto, visando ao bem-estar do cliente.

Situarei o sofrimento como uma relação de dependência para a enfermeira e para o cliente. A partir disso, as defesas e/ou sentimentos morais se equivalem para a atenuação dessas situações. Espera-se que a enfermeira esteja capacitada para atuar e lidar com situações extremas de sofrimento, mas não nos esqueçamos que a fortaleza psíquica não se orienta só por uma técnica bem aplicada. O valor moral que as enfermeiras atribuem ao sofrimento pode revelar o que está na armadilha da atuação, cuja ação se conjuga na bondade, sentimentos voluntariosos, pena, isto é, a compaixão.

O sofrimento tem para a enfermagem uma utilidade. A tarefa a ser cumprida frente ao cliente que está morrendo, por exemplo, está vinculada às condições possíveis de conforto e bem estar, que a aproxima de uma ética utilitarista. E aí se torna mais clara a clivagem dos sentimentos morais, pois a qualidade de quanto mais virtuoso e cuidadoso com quem sofre, com a renúncia que se faz de si indica, mais a culpa ou o lamento da impossibilidade do cuidado nessas situações de morte ou de extremo sofrimento, o que traz a tona a questão radical da dissociação entre o bem do enfermeiro e o seu bem-estar e o possível bem de quem é cuidado.

A obra de Nietzsche, desde o Nascimento da Tragédia, atravessa a questão do trágico e do jubiloso, da felicidade e da infelicidade, da experiência da dor e da afirmação da alegria, o que se aproxima do sofrimento do agente do cuidar, cujo confronto com o sofrimento pode ser ilustrado com o aforismo 225 de Além do Bem e do Mal:

A disciplina do sofrimento, do grande sofrimento – não sabeis que somente essa disciplina criou todas as elevações do homem até agora? Aquela tensão da alma na infelicidade, que faz crescer sua força, seu arrepio à vista do grande ir-ao-fundo, sua inventividade e bravura no carregar, aguentar,

decifrar, utilizar a infelicidade, e tudo o que sempre lhe foi dado de profundidade, de segredo, de máscara, de espírito, de ardil, de grandeza não foi lhe dado sob sofrimentos, sob disciplina do grande sofrimento?

Na questão do sofrimento, a enfermagem se analisa em função do elemento trágico que carrega sua função de cuidadora do enfermo, da sobreposição de sentimentos de força e fraqueza, no que diz respeito ao conhecimento do trágico, na posição de Nietzsche, no qual Rosset (2000, p. 39) vai substanciar a afirmação de que o trágico não é considerado

como mutilação da alegria, uma parte de beatitude subtraída a ela mesma pelo efeito de sofrimento, mas constitui ao contrário, um acréscimo de gáudio que prevalece sobre o sofrimento, como o pensamento da vida prevalece sobre o pensamento da morte, apresentando-se assim como um teste de beatitude, uma prova no duplo sentido do termo, de provação e de prova – ou seja como uma experiência crucial, no sentido de Bacon (ROSSET, 2000, p. 39).

Assim podemos pensar esse sentido trágico na Enfermagem perante todas essas incursões no sofrimento, morte, vida que perpassa uma ética de uma bondade espreitada, faz a conjugação da defesa em torno da difícil tarefa do ajudar o outro. Nessa neutralização do pensamento da morte, revela-se que esse trágico também se inscreve na filosofia de Schopenhauer, que lhe atribui um outro giro em que a dor e o mal moral do mundo deixam de lado uma alegre aceitação da existência, para o reconhecimento do trágico nela inerente.

Como diz Brum (1998, p. 76)

o horror diante da realidade da dor – é esta, sem nenhuma dúvida, a explicação para a opção pessimista de Schopenhauer. A sua visão pessimista considera que a dor é um escândalo, uma perturbação que deveria ser eliminada. A presença da dor no mundo é a prova de que este mundo não merece ser aprovado (BRUM, 1998, p. 76).

Às vezes eu penso, 'quem sabe eu desisto da enfermagem e vou fazer outra coisa...', na hora do sofrimento da profissão, mas eu consigo me refazer em outra coisa. Então trabalhar com o cliente hospitalizado, para mim é uma escola, todos os dias a gente encontra uma coisa nova, um sentimento, um procedimento, uma conduta, sei lá que nome dar (GONERIL).

Fica claro nessa fala a dificuldade que o sofrimento traz à enfermeira. Na intenção, até, de abandono da profissão, o pesar é um dilema marcante nos discursos frente ao sofrimento. Necessita-se, a todo momento, dar sentido a essa experiência, como reconstrução desse cotidiano calcado no real, da vida e morte, de seus clientes.

Segundo Lisboa (1998)

a impossibilidade de realizar a sua missão de cuidar do doente, devido principalmente à desorganização do trabalho e às relações conflituosas, faz com que a enfermeira sofra. O prazer ela tenta tirar deste trabalho diário, repetitivo, constante, ela acredita que ela faz diferença, que sem ela, enfermeira, os clientes ficariam piores. Apesar de todo o cansaço, encontram uma razão, um sentido no seu trabalho, que é a realização do outro, a melhora do outro, mesmo que seja às custas de seu cansaço e da sua própria saúde física e mental (LISBOA, 1998, p. 152).

Introduzindo o tema da morte, que, apesar de várias discussões com grupo de enfermeiros e a introdução gradativa do tema nos cursos de graduação, as enfermeiras depoentes se mostram confusas na compreensão sobre o tema, algumas delas apelam para a explicação religiosa e também para conhecimentos do senso comum ou tentativas psicologizantes, não há compreensão no que tange ao trágico, como expressão da finitude da existência humana.

Bem, eu não sofro com a raiva. A morte em si, quando o cliente morre, não é a morte que me chama a atenção. Porque eu tenho uma crença religiosa, então a morte, para mim, não é o fim. Mas eu sofro com o sofrimento da família, sabe? Às vezes o cliente está sentindo muita dor ou então que a gente conhece a história de vida dele, ele teve uma história de vida muito triste que assim avaliando, poderia ter sido escrita de uma outra forma. Isso me gera sofrimento, sabe, eu fico até pensando na minha própria vida, não é? Puxa, de que forma eu poderia lidar com aquela pessoa com quem eu não me sinto bem, que me causa dor? De que forma eu poderia lidar com aquele ser humano que daqui há pouco eu vou estar morrendo e se eu não souber resolver isso agora, quando é que eu vou resolver? (GONERIL).

Nota-se a confusão de sentimentos, desde a função religiosa que a sustenta no entendimento da morte, e o julgamento moral que lhe advém, à resignação e à renúncia, que se coloca ao que poderíamos entender como um desconhecimento inconsciente da finitude e da castração que a morte nos impõe diante da vida.

Posteriormente, interroga-se como o cliente se torna o espelho de sua escolha, a partir da dor do outro, ficando claro a necessidade de ela entender que dor é essa, que, de alguma forma, lhe causa repulsa. Porém, para ela há um questionamento diante dessa questão que a leva a considerar impossível entender a dor do outro. Se mostra sensível, como indica a sua formação religiosa, o fato de que não obtém uma resposta satisfatória para o problema da dor e morrer continua sem resposta.

Assim, esse não dito – a resposta não encontrada, se relaciona com o que não pode ser lido por uma ignorância de um saber de si. Podemos inferir que esse é o desejo, como diz Lacan, citado por Miller (1997), sobre a formulação da teoria do desejo, que se estrutura em três tempos, a saber:

o primeiro no sentido lógico, é o de um desejo que seria bruto, de certa forma um impulso vital, um instinto; o segundo tempo seria o desejo como imaginário, que é o lugar essencial da imagem de si, imagem do próprio corpo, tudo que é da ordem do imaginário em nós pode ser reduzido a isso, é o que Freud chama de narcisismo; o terceiro tempo seria aquele em que o desejo se simboliza, se mediatiza, ou seja, o desejo do outro, que é o desejo do homem, entra na mediatização da linguagem, (...) entra na relação simbólica, (...) na relação de reconhecimento recíproco e de transcendência, na ordem de uma lei já inteiramente pronta para incluir a história de cada indivíduo (MILLER, 1997, p. 52).

Então, o meu sofrimento em relação à dor do outro e em relação à morte do outro, é como se fosse em relação à minha dor e à minha morte, sabe? Essa coisa de pensar a vida como uma trajetória, como uma coisa que vai ter um fim enquanto matéria, não quero entrar na questão da espiritualidade, mas pensar na vida como uma coisa que acaba mesmo, porque somos matéria, apodrecemos e o quanto que a gente pode aproveitar e deixar para as pessoas que permanecem. E vai passando, é uma herança, não é, a coisa vai passando. Isso me confunde... (JOCASTA).

À medida que vai ficando mais tempo, tu vais criando uma proteção para aquilo. Na verdade, você está se protegendo. Tu sentes, eu continuo sentindo aquilo quando morre, quando tem alguém sofrendo, eu ainda continuo sentindo. Só que o que eu passo para fora, o que eu passo para os clientes e para os funcionários, é uma postura que está equilibrada. Eu não posso me deixar dominar pelo emocional, porque eu vou ter que tomar atitudes para ajudá-lo. E se eu ficar com a parte emocional, eu vou ficar confusa, eu não vou conseguir. É a mesma coisa familiar, que para mim é muito complicado visitar um familiar doente, porque o familiar doente, meus filhos que eu tenho dois, poxa, tem o papel de mãe, eu como mãe eu choro, eu tenho medo, eu tremo, eu fico confusa no que eu vou fazer... Com o cliente, eu não posso deixar essa parte emocional, então eu crio uma couraça, uma couraça para eu me proteger e poder raciocinar para poder ver o que eu vou fazer. Mas eu

não chego ao ponto de prejudicar o cliente, eu ainda luto para que eles sejam tratados humanamente, mesmo que estejam ali (XANTIPA).

Aqui, já se evidencia a capacidade de compreensão que o sofrimento conduz à prática da enfermagem. A enfermeira reveste-se de uma couraça contra o sofrimento, como forma de controle. A couraça suspende o sofrimento do cliente, ela se vê na tentativa de renunciar a si para sofrer pelo outro, muito embora saiba que, ao aliar-se ao sofrimento do cliente, poderá prejudicá-lo e a si mesma. Acredito que, mesmo sendo precária a sua defesa contra o sofrimento, ancorada na couraça, ela vai de certa maneira contra o ideal de enfermagem sob duas tutelas profissionais: a de sofredora e compassiva.

Ela interpreta duas correntes de sentimentos, uma que é exterior, e outra interior. O que se externaliza é da ordem da moral. Na verdade o que está em jogo é o gozo do sentir esse sofrimento, prazenteiro ou doloroso, pois existe a caricatura na enfermagem pelo sentir-se bem, um gozo excessivo pelo que é “bom” para o cliente e para enfermeira, manifesto num certo otimismo obtuso que, na realidade, nega o que há de implícito na relação como cliente.

É uma angústia. Eu consigo, eu pelo menos tento acreditar, que é necessário sofrer para a gente valorizar as coisas boas; se fosse tudo bom, a gente não valorizava nada... Mas o que a gente sente dentro da gente, é angústia mesmo, é você estar sofrendo junto com ele, não é? E você tem que tomar cuidado para saber que o sofrimento é dele e não é teu. Porque se tu não deres uma parada, tu vais sofrer junto com ele. Quando tu veres, vai ver que o cara estava vivo e vai deixar um monte de filhos pequenos, e ele não quer morrer, não quer morrer... Não dá para a gente entrar naquilo dali, porque aí a gente já não consegue pensar. A angústia é de entender o sofrimento dele, mas não entrar no sofrimento dele. Isso me deixa bem angustiada (JOCASTA).

A angústia sentida pela enfermeira, quando tem que sofrer junto ao cliente e poder obter coisas boas, aponta para o desejável, que nesse caso, é realizar bem a sua tarefa. Garantir o valor moral do prazer do sofrimento é fundamental para incorporar a identidade da enfermagem. A compaixão, o pesar pelo sofrer do outro e o seu próprio sofrimento apontam para uma “angústia compassiva”?

Com efeito, ela contraria essa posição, quando diz que tem que dar uma parada para não sofrer junto, assim o equilíbrio é retomado pois angústia se precipita na idéia de separar o sofrimento dela e o que pode ser adquirido pelo sofrimento do cliente.

Temos ali um cliente que usa muitas drogas, usa muito, mas só que é muito complicado eu avaliar o que ele está sentindo de dor e o que é a necessidade. Então nesse caso, eu prefiro dar um medicamento para a dor, para que ele não sofra. Eu não gosto de ver ele sofrer. E tem épocas, que eu me deprimos. Tem épocas que eu sinto que “meu Deus, o que eu estou fazendo aqui?” Eu trabalho todo dia com a dor, trabalho todo dia com o sofrimento. Eu não sou masoquista! Eu deveria trabalhar com coisas boas. E eu fico tentando trabalhar só com coisas, me sinto com uma carga muito grande. Só que quando eu olho ali e vejo que aquele cara que sofreu, ele também faz um troca comigo e também vai embora e vai embora bem, agradecendo o pouco, o muito pouco que a gente fez por ele. Então isso daí, já me equilibra de novo. E isso daí, nesses anos todos, sempre foi assim, de altos e baixos, me protegendo enquanto eu dou vazão à me desequilibrar. Aí eu fico lá, me deprimos, não quero mais voltar para o hospital, não quero mais ver ele sofrer, estou cansada... Aí depois eles dão um retorno, aí eu me equilibro de novo (GONERIL).

No caso concreto da questão do humano, do sofrimento do cliente adicto, a enfermeira divide-se com o que pode representar dor ou necessidade, porém, o medicamento ajuda a tamponar a sua angústia frente ao pedido de mais drogas do cliente, uma postura compassiva em que o mecanismo de alívio e dar algo é recalcado pelo concreto.

As dificuldades éticas se colocam de forma dura no enfrentamento das decisões sobre seu domínio. Afirma-se que não se é masoquista, justificando-se que o sofrer do cliente não traz prazer e nega-se que se sofra com isso, no entanto, sabemos que não existe um masoquismo separado de um sadismo, pois este tipo de questão só admite o par. O cansaço dessa vivência, os altos e baixos, caracterizam o sofrimento que toma seu cotidiano na prática.

Segundo Savater (2000),

o amor-próprio de cada homem, do homem, descobre que o mundo é a mistura inextricável do desejável e do odioso, do conveniente e do daninho, do imprescindível e do fatal. Isto é, do bom e do mau. O homem sofre por

causa da mistura do bom e do mau no mundo, porque tal mistura contraria seu amor-próprio (SAVATER, 2000, p. 210).

Sempre quando morre um cliente comigo, eu sempre vou analisar, é uma coisa que eu sempre dou uma parada e dou uma analisada. Mas para que ele seja bem encaminhado a partir dali. Eu não me sinto impotente porque ele morreu. Eu não me sinto, eu acho que cada um tem o seu horário e naquela hora vai. Eu não me sinto impotente por não ter conseguido reanimá-lo. E acho que tem uma hora para a morte sim, e tem pessoas para as quais foi bom ter morrido ali, porque já não agüentava mais o sofrimento. E a gente não agüenta mais o sofrimento no final. Às vezes as pessoas escutam e pensam assim, “ah, vocês querem que ele morra porque ele está dando trabalho...” Não é porque ele está dando trabalho. É porque a gente não agüenta mais ver alguém sofrer tanto! E às vezes aquele sofrimento se arrasta muito e leva a família junto, leva filhos junto, leva mulheres junto... E aí a gente não agüenta mais! (JOCASTA).

Podemos identificar nessa fala dois pontos. O primeiro sentido se movimenta no ressaltar a culpa diante do cliente que morre, pois o trabalho árduo de salvar não teve eficácia, a impossibilidade frente a isto tampona o sofrimento justificado na culpa e na incompreensão do morrer como fato inerente à existência humana. Num segundo momento, a contradição do agüentar e não agüentar, cuja marca de trabalho de enfermagem orienta para o extremo desconforto perante a morte. Com efeito, a enfermagem não se colocaria como profissão de laço afetivo, se não possuísse essa dicotomia, cravando a existência do humano, enquanto o discurso do trágico.

O que se pode concluir dessa fala é que valor simbólico atribuído a morte abre um corte no desejo de ser enfermeiro e leva essa tarefa de escutar e presenciar a uma possível afirmação da vida.

É que ali, naquela hora, eu me sinto incapaz, eu não sou capaz de fazer nada. Eu acho que a gente faz tanto, tanto, tanto e naquela hora não pode fazer nada... E o cliente é terminal. Então o que tu podes fazer, deixar o cliente morrer tranqüilo. Mas ao mesmo tempo é uma vida, tu não queres que ela termine assim, tu olhando, ele indo e tu no podendo fazer nada. Eu me sinto incapaz naquela hora ali, eu me sinto como se fosse tão pequenininha... (POTONA).

Mais uma vez, a incapacidade de refletir sobre o direito de salvar algo que já está ali com o real da morte. A dicotomia entre a vida e a morte é compreendida como corte, porém não se questiona que, a partir do nascimento, já estamos morrendo de certa

maneira. Com isso, o valor da vida não banalizaria a morte e o sofrimento. Entretanto o esforço para se entender o sofrimento e a morte se qualifica no que pode ser feito e o que foi feito, e o esmagamento que ela cita como “tão pequenininha” que se coloca como uma cena de horror do real, a faz resignar.

Numa passagem sobre o livro *Metafísica da Morte e Metafísica do Amor*, Schopenhauer (2000, p. 121) trata do tema da morte em várias perspectivas desde o apego à vida, o temor da morte, entre outras, justifica que a elucidação dessas questões *“não tem origem no conhecimento que seria o resultado do reconhecimento do valor da vida, porém, o temor da morte tem sua raiz diretamente na vontade, provém de sua essência originária, que é desprovida de conhecimento, e por conseguinte, é vontade de vida cega.”* Schopenhauer (2000, p. 121) acredita que, somos atraídos para a vida pelo modo impulsivo da volúpia, e do mesmo modo nos agarramos a ela mediante o temor, também de certo ilusório, da morte.

Fico, na hora eu fico assim, principalmente com o meu cliente que já tem muito tempo convivendo comigo ali diariamente, não é? Então, tu crias um certo vínculo ali com o cliente e com a família do cliente. E na hora, então, que ele vem a óbito, tu ficas triste, ficas triste por ele ter morrido daquela forma, ou então de ele não ter ido para casa e morrido em casa, para que a gente não visse. Eu não queria ver ele morrer, não queria ver. Como o exemplo do Moisés. Ele foi para casa agora e não foi totalmente bem, a gente sabe disso. Mas eu também não queria que ele voltasse para cá e morresse aqui na clínica. A minha dificuldade, eu acho que é de ver, eu não queria ver, não gosto de ver. Eu queria que todo mundo sáisse de alta e pronto (JOCASTA).

No caso do cliente que está quase terminal e da própria morte, a gente tenta apoiar a família, nesse sentido também, e dar todo o apoio para a família passar também pela situação. Muitas vezes a gente até chora junto, mas tem que primeiro acudir a família, acudir o doente que está passando mal, que está morrendo, e depois é que pára realmente para sentir, botar os teus sentimentos para fora. Então é uma experiência que com o dia a dia você consegue trabalhar. No início foi muito difícil, apesar de toda a teoria, mas só vivendo a situação é que tu sentes realmente a tua deficiência também. Mas eu tento sempre atender o doente, ficando do lado, tirando a dor, diminuindo a dor, a angústia dele; se ele quer segurar na mão, se ele quer rezar, se ele prefere um padre, um pastor, a gente procura, tenta, oferece. Fica uma situação até constrangedora às vezes, de tu ofereceres, porque geralmente a equipe médica costuma correr mito da situação e a gente que fica o dia todo em contato é que passa por toda essa situação, que muitas vezes vai alertar a família da gravidade, da real gravidade, é que está junto no hora do óbito e de todos aqueles procedimentos que são maçantes para a família também depois do óbito. Então, realmente é uma situação que hoje

em dia já é mais fácil de encarar, já é tranqüila, já consigo lidar, mas que muitas vezes tu tens que sentar e parar e ver o que a situação vem mostrando e o que realmente é prioridade (XANTIPA).

É, eu sinto assim com aquele cliente muito próximo, não é? Ainda mais quando eu me pego muito, quando o cliente já vem de tempos aqui com a gente, a gente vai tratando, é como se fosse alguém muito próximo de mim que está morrendo, que está sofrendo muito. Para mim é melhor que ele vá de uma vez do que ficar assim dias entre a vida e a morte e passa mal, a gente investe e investe e não dá certo... Para mim o sofrimento maior é esse, me deixa estressada mesmo, me deixa com muita dor de cabeça, ruim. E a minha melhor forma de extravasar isso é ir para casa e chorar, chorar um monte, para depois me sentir aliviada (ANTÍGONA).

A frustração com o sofrimento do cliente terminal que não morre traduz-se sobre as amarras do imperativo da enfermagem do fazer viver e do bem-estar, que se confrontam com a inevitável morte, que cliva os sentimentos, orienta-se no pesar e pena. O sentido de constituir um sustentáculo para aliviar o real leva a elaboração da frustração, que não se sustenta como uma racionalidade outra que não o choro expressando o pesar. É importante chorar, porém espera-se que admitir o sofrimento não exclua outras formas de dar valor ao sofrimento.

Fica caracterizado que as falas de enfermeiras, que enfrentam o sofrimento no seu cotidiano, se apóiam na práticas compassivas para provocar o alívio de todas as vicissitudes contidas na compaixão.

Evidencia-se neste capítulo a grande suspeita no que consistiu a análise genealógica em busca dos valores e de como eles procederam de maneira a construir uma lógica a qual define os passos em relação a construção desses valores morais, situando, assim, os discursos que evidenciam as vicissitudes da compaixão. Portanto, os discursos da enfermeiras depoentes, suscitam a necessidade de a enfermagem empregar na relação de ajuda sentimentos de sustentação para o seu agir ético diante do cliente e a partir deste o bem-estar físico e emocional dos mesmos.

As enfermeiras conduzem, assim, suas práticas com pano de fundo nas demandas de amor em mão dupla, tanto em questão aos clientes e delas próprias,

refletindo-se sobre jugo de duas categorias: a afetividade e o sofrimento, como entendimento da recusa do paciente como um ser que as levam a um questionamento do seu cuidar de si e de certa forma a ignorância de si e do outro como construção da existência humana do trágico.

5. A COMPAIXÃO E SUAS VICISSITUDES

Schopenhauer despojou de sancionamento filosófico – contra a teologia e a metafísica e as filosofias da história de todo tipo – a solidariedade com a dor e a comunidade dos homens desamparados no universo, mas sem pronunciar a palavras da dureza; enquanto existir fome e miséria sobre a terra não terão descanso os que possam ver (HORKHEIMER,1996).

O estudo da compaixão na enfermagem foi um desafio para mim, pois a literatura com esse enfoque na enfermagem é escassa. No entanto a descoberta da filosofia possibilitou uma grande virada para entender esse sentimento tão freqüente em na nossa prática.

O tema me permitiu um aprofundamento mais crítico do meu fazer e a percepção que a profissão se legitima no exercício dos sentimentos compassivos.

Inicialmente, a pesquisa do tema demonstrou-se negativa, sobretudo pelo paradoxo da minha formação acadêmica, que se mostrou lacunosa, em relação a discussões sobre ética e os estudos do pensamento ocidental sobre filosofia e saúde.

Discutir como os valores morais se sobrepõem na dinâmica do cuidar permitiu-me elucidar como a herança das correntes filosóficas, de certa forma, podem ter influenciado o pensamento nightingaleano, especialmente o pessimismo de Schopenhauer, e a aderência a influência religiosa na enfermagem.

O pensamento de Nightingale se inscreve nas ordens e associações religiosas, cuja influência na enfermagem trouxeram características relativas à submissão, ao altruísmo, à doação, à caridade. Elas orientavam a função do divino (representado na figura Deus), no intuito de prescreverem o mal e diabólico. Por outro lado, a influência de Schopenhauer, ao buscar uma vida sem dor, pois considerava o mundo mau, desvia a alegria do viver para negação do querer viver e, a partir da vontade como força infinita e em constante mutação, vê na razão, no intelecto, a ferramenta da racionalização contra a natureza, cuja função era a de regular moralmente as ações, concebendo uma forma de suplantar a condição humana limitada. A cadeia lógica desse raciocínio de cunho ôntico o faz lançar uma visão moral de todos os seres, merecedores sempre de compaixão.

Nietzsche, por sua vez, sobre a visão moral de Schopenhauer, delega aos seres humanos a força com que poderiam aceitar a vida tal e qual ela é, ou seja, afirma o caráter alógico através de uma potência interior, e, com base na visão trágica do pessimismo do Schopenhauer, traça a resposta trágica ao consolo moral compassivo Schopenhaueriano. Acredito que o espírito pessimista influenciou nossas práticas, sobretudo a questão da dor do outro que se presentifica nas falas das enfermeiras.

E é assim que se monta o cenário na enfermagem,“

O espetáculo da dor e do ‘mal moral’ no mundo afasta Schopenhauer de uma alegre aceitação da existência: o horror diante da realidade da dor – é esta, sem nenhuma dúvida, a explicação para a opção pessimista de Schopenhauer. A sua visão pessimista considera que a dor é um escândalo, uma perturbação que deveria ser eliminada. A presença da dor no mundo é a prova de que este mundo não merece ser aprovado (BRUM, 1998, p. 76).

Entendo que Florence Nightingale (1820-1910), contemporânea de Schopenhauer (1788-1860), adotou algumas idéias do pessimismo, da compaixão ou do choque da dor schopenhaueriana. Percebem-se algumas aproximações que foram incorporadas ao seu idealismo salvador e à sua própria fisionomia: jovem cabisbaixa e de fâcies sofredora, de olhar o mal do outro com a piedade de nós mesmos.

As suas idéias sobre o que entendia ser a profissão – enfermagem, no meu ponto

de vista, passavam por dois escopos principais: a ética que regulava os princípios morais, constituída da compaixão e doação marcando o compromisso com o cliente, e a estética no que tange a realização da tarefa como uma arte trágica, que se revela num cenário em que um doa e outro recebe a doação mas que o atributo, é o sofrimento.

De certa forma, embora Nietzsche referende a dor schopenhaueriana, instaura um elemento afirmativo, ainda que trágico: a contingência de que o homem é o cerne de tudo, sofrendo um choque profundo com a vida, que o homem, ele mesmo, é o único criador, com apoio de sua vontade, base de vida e potência. Isso implica a possibilidade de Florence Nightingale compreender a perseverança na busca de uma enfermagem ativa e instrumento da vida para diminuir a errância do ser.

O ser que se questiona sente a falta e a fragilidade, porém Nietzsche encontra na fórmula dionisíaca a afirmação do viver de um modo trágico: “O seu homem dionisíaco é um sábio trágico; ele tem a volúpia de viver segundo a lógica da vida, a da vontade de potência” (BRUM, 1998, p. 77).

As enfermeiras depoentes mostraram através de suas falas que a questão do cuidar relaciona-se com a troca de afetos, os quais, em sua grande maioria, estabelecem na prática formas compassivas de ajuda.

As demandas de afeto nos permitiram identificar dois tempos em que a relação de ajuda se diferencia: primeiro, a **afetividade** em si, em que se evidencia o laço de demandas para o enfermeiro e ao cliente; segundo, o **sofrimento**, de cuja dependência construímos nossas teorias e valores morais para constituir uma das vicissitudes da compaixão dando a devida relevância ao existir da enfermagem.

Percebe-se que as enfermeiras imprimem mais as suas características pessoais no jogo das relações em virtude do fato de que a formação acadêmica ainda se fortalece no fazer. No entanto, a carência e as concepções sobre o seu fazer que elas apresentam como justificativas de compreender esse outro - o cliente -, marcam-se pela intuição e senso comum. A ética do cuidar se acha apegada a um gozo que fixa as necessidades de

atribuir à bondade, à pena e à resignação um caráter compassivo que fundamenta essa mesma ética do cuidar, o que evidencia a compaixão como fator originário no laço simbólico que estrutura a enfermagem.

A morte, representante do sofrimento, dá ao im-possível o caráter caótico das ritualizações que direcionam o lidar em situações de dificuldades, cuja referência se mostra na incapacidade de entender a finitude. Além disso, não reconhecem elas o vir a ser, como paradigma do transformar-se a cada dia, o que simbolicamente significa que a cada momento estamos morrendo. O sofrimento diante da morte torna-se, então, para as depoentes um choque incomensurável.

Eriksson (1995, p. 15), em seu estudo sobre a conceituação do cuidar, afirma que a compaixão é a essência da enfermagem. Uma prática despretensiva para com outro cuja refutação deve admitir que a compaixão se constrói como um ir e vir em uma relação não só de sofrimento mas também de amor para com o outro. O contato humano já estabelece uma demanda do que é o outro para nós, o qual se encontra devidamente ligado por uma natureza psíquica, já marcada em nossas vivências simbólicas. A rigor, a enfermagem não é uma prática ingênua e despretensiva, sua utilidade já pressupõe um agir, baseado na configuração do cuidar compassivo que lhe garante um jogo de saberes sobre o outro.

A importância da enfermagem para a humanidade é de ela estar nesse sintoma do mal estar civilizatório, no qual preenche a falta da impossibilidade da ciência em responder a tudo. A enfermagem vai agir no primitivo do ser, tamponando as angústias do nosso problema ontológico: de que estofos nós realmente nos constituímos como seres. Claro que esse tamponar causa uma terrível ilusão/desilusão: de que o ser faltoso somos todos, e aí que o trágico se caracteriza e abre-se como um possível pensar sobre as nossas práticas.

A existência da compaixão, suas vicissitudes na Enfermagem e suas manifestações no cuidado humano, que se encontram nas teorias de enfermagem ora margeadas de um humanismo exagerado e ora de sensibilidades essenciais, demonstram

que prática de Enfermagem e da Saúde está impregnada de idéias de obediência, coerção e moral de rebanho, de altruísmo, de amor ao próximo e de dependência.

Há um quê de doméstico e religioso nessa tradição da pena e do compadecer em que a triangulação histórica influenciada pelo denominador (compaixão = bem), significando felicidade, determina mais do que simplesmente a linguagem em que nos anunciamos como profissionais. Cliva o que se diferencia, ou seja, fatores que exercem um predomínio rígido das regras no cuidar como: abnegar-se, compreender inusitadamente o cliente, dominado, público e privado.

As formas de inserção da enfermagem se dão no que é de mais estratégico de dominação, não só das práticas, mas da subjetividade do possível de ser designado nas condutas compassivas.

A enfermagem responde em possíveis espaços: produzindo uma ética da bondade, pela solicitude, abnegação, solucionadora de todos os problemas e disciplinadora, e sistematizando uma prática em regras e condutas morais.

A piedade, como uma postura compassiva, regula o valor moral das práticas na enfermagem, e é referendada por Nietzsche (1997) da seguinte forma:

O que é a piedade? É essa tolerância para com os estados da vida vizinhos do zero. A piedade é amor da vida, mas da vida fraca, doente, reativa. Militante, anuncia a vitória final dos pobres, dos sofredores, dos impotentes, dos pequenos. Divina, dá-lhes esta vitória. Quem é que sente a piedade? Precisamente aquele que apenas tolera a vida reativa, aquele que seus templos sobre o solo pantanoso de uma tal vida. Aquele que odeia tudo o que na vida é ativo, aquele que serve se da vida para negar ou depreciar a vida, para opor a si mesma (NIETZSCHE, 1997, p. 47).

Essas características morais formam um pano de fundo para um agir deliberado por essas práticas normativas e normalizadoras. E, assim se evidencia toda a trama de jogos de poderes e saberes sobre o outro, a qual analogicamente, cria uma ética que se naturaliza e se autoriza circularmente.

Estamos, certamente, diante de um paradoxo que nos dá uma formação singular de subjetividades, no cotidiano, revelando a crueldade e um devir compassivo.

As práticas compassivas na Enfermagem e Saúde se fundamentam no humanismo, como justiça e solidariedade, colocando os profissionais de saúde como agentes morais. E isso não faz parte de um sistema de saúde intruso e coercitivo? Szasz assinala que

não duvido que muitas vezes seja genuíno o desejo de ajudar. A questão não é motivo do benfeitor, mas seu método.... (SZASZ, 1994, p. 27).

A compaixão (pena) e com-paixão (amar apaixonadamente) nos retratam um narcisismo e/ ou renúncia de si que abrandariam as emoções do cotidiano, da dor, do sofrimento, alegrias e da vida.

A piedade, no simbolismo de Nietzsche (1997, p. 58) designa que,

sempre este complexo da vontade de nada e das forças reativas, esta afinidade de uma com as outras, esta tolerância de uma para com as outras. “ a piedade constitui a prática do niilismo.. a Piedade convence do nada! Não se diz o nada, põe-se no seu lugar o além ou Deus, ou a vida verdadeira; ou ainda o nirvana, a salvação, a beatitude (NIETZSCHE, 1997, p. 58).

Esse amor ao próximo e a com-paixão revelam justamente a ruptura daquilo que se chama de diferença e o faz semelhante. Szasz (1994) comenta ainda que,

quando valorizamos os outros, nossa resposta a eles não gera um problema social. Apenas quando os desvalorizamos – quando julgamos seu comportamento perigoso ou inoportuno e os vemos como indesejados - o resultado é um problema social. Quero acrescentar ainda que a distinção entre uma pessoa e seu comportamento é inventada. Somente os anjos são capazes de ginásticas existenciais de odiar o pecado mas amar o pecador. Os mortais comuns são mais propensos a praticar o pecado na intimidade e odiar o pecador em público (SZASZ, 1994, p. 27).

O preceito do amor ao próximo, do cuidado ao outro sem limites até fazê-lo cuidar se si mesmo (auto-cuidado), se radicaliza:

pois o próximo, o outro é igualmente um estranho, na mesma medida em que é próximo. Mais ainda, ele se torna estranho justamente quando a sua proximidade chega a um certo limite, ameaçando tornar-se absoluta (BARROS, 1998, p. 66).

Buscam-se também o paternalismo e o irracionalismo como vicissitudes das posturas compassivas, do querer o bem do outro. Nas máscaras da hipocrisia, na Saúde e na Enfermagem, ocultam-se o paternalismo, na impossibilidade do cliente tomar decisões sobre seu domínio, ou o irracionalismo, os quais justificam intervenções por vezes drásticas e coercitivas e criam a dependência dos “cuidadores”.

Já circula hoje o termo mutualidade,²⁶ que envolve um dividir com outra pessoa um processo em que ambos são importantes na ajuda - a enfermeira, como uma parte integral do planejamento do cuidado, e o cliente, participante de seu tratamento, sem infantilizações derivadas do maternalismo.

Nolan (1998), em seu artigo sobre as implicações das idéias de Nietzsche para os profissionais do cuidado, afirma que ele era um céptico, lendo a verdade como suspeição, e acreditando que o conhecimento não era sustentado na realidade, como a ortodoxa ciência, mas na correspondência de si.

O referencial metodológico de Michel Foucault, relativo à análise genealógica dos discursos, me possibilitou significar e re-significar a suspeita de que a compaixão é um valor moral que se adere no fazer da enfermagem.

A genealogia me permitiu discutir como a noção do valor, e, com efeito registrar uma inversão crítica a partir da derivação dos valores, avaliando criticamente o proceder institucional da criação dos valores.

²⁶ Mutuality in Nurse-Client Interaction. Implementing the Nursing Process. Sandra j. Sundeen et alli. 1994, 5° ed. Mosby-year Book, Inc. USA

Utilizando a identificação desses valores compassivos na relação de ajuda, discuti e identifiquei as categorias afetividade e sofrimento como manifestações do agir compassivo, seguindo, em certo sentido, a definição de genealogia, tanto em Foucault como em Nietzsche. Procurei reunir os elementos discordantes e concordantes que mesclam a prática de enfermagem, compreendendo assim uma crítica positiva dos valores. As construções das categorias cumpriram a tendência das enfermeiras, em um trabalho doloroso, porém, necessário, para marcar o estofo da sua atuação.

A opção pela coleta de dados na área de Clínica Médica trouxe um legado substancial das questões do cuidado humano, a riqueza das entrevistas das depoentes e a observação de campo nas enfermarias criaram um cenário em que se podem perceber agudamente as práticas do cuidado e as relações que as enfermeiras estabelecem no jogo do cuidar. As passagens de plantão revelaram os conflitos que as relações com os clientes trazem, pois parece ser um problema para equipe de enfermagem atuar frente aos seus sentimentos e àqueles advindos dos clientes.

As categorias analisadas demonstraram a suplência da relação de ajuda, conforme a compaixão. A reivindicação de afeto foi uma demanda constante, por parte das enfermeiras dos seus clientes, o que ora parece um absurdo, pois o trabalho da enfermagem se inscreve como suportar a dor e não entregar-se deliberadamente a súplica de seus clientes. O sofrimento é marcado como fonte do poder que se estabiliza a relação, traduzindo-se no traço compassivo da enfermeiras.

A identificação das idéias de dois filósofos Nietzsche e Schopenhauer, na prática teórica do cuidar na enfermagem, demonstrou que a enfermagem tem em seu escopo a tradição pessimista herdada, com certeza, dos dois pensadores cuja consequência trágica, aproxima-a da questão do existir. Em Schopenhauer encontram-se elementos para a caracterização da enfermagem como um movimento pessimista, uma visão dolorosa da vida. Por oposição, a enfermagem inspirada em Nietzsche se reinventa e se afirma como um caso dionisíaco, sabendo que a dor faz parte do seu existir, tenta, porém, criar ambientes que estabeleçam um movimento contrário à idéia de aniquilação, reafirmando a vontade de existir, apesar de quaisquer consequências.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**, 4. ed., São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ANSELL-PEARSON, K. **Nietzsche como pensador político: uma introdução**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

BAIROS, A. T. C. Aspectos morais da modernidade em Nietzsche: a “má consciência” e a tragédia do espírito. **Revista de Filosofia da Universidade Estadual de Londrina**, v.2, n.5, p. 77-88, out/dez. 1996.

BARROS, R. R. O paradoxo do amor ao próximo como a si mesmo. **In: As paixões do ser: amor, ódio e ignorância**. Rio de Janeiro: Kalimeros, 1988. p. 65-74.

BETTINELLI, L. A. **Cuidado solidário**. Passo Fundo/RS: Pe. Berthier, 1998.

BRUM, J.T. **O pessimismo e suas vontades**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

CACCIOLA, M. L. **Schopenhauer e a questão do dogmatismo**. São Paulo: EDUSP/FAPESP, 1994.

CAPONI, S. N. C. **Compaixão e disciplina na genealogia da ordem médica**. Texto apresentado a concurso de Professor Titular do Departamento de Saúde Pública da UFSC. Mimeo. Florianópolis, 1997.

COLOMÉ, C. L.B. **O processo de viver, adoecer e morrer - reflexões com familiares de pacientes internados em Unidade de terapia intensiva**. 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

CUNHA, A.G.C. **Dicionário etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa**. 2. ed.. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1996.

DELEUZE, G. **Nietzsche e a filosofia**. Porto: Rés Edit Ltda, sd.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

_____ **Vigiar e punir**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____ **Nietzsche, Freud & Marx – Theatrum philosophicum**. São Paulo: Princípio, 1997.

_____ **Resumo dos cursos do Collège de France (1970 – 1982)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

GATTÁS, M.L.B. **Relacionamento focalizando o interpessoal**. Enfermagem Psiquiátrica à Saúde Mental. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

GUSTAFSON, W. Aspectos motivacionais e históricos de cuidados e de enfermagem. In: **Cuidado: a essência da Enfermagem e da Saúde**. p. 16. Mimeo.

HENSON, R. H. **Analysis of the concept of mutuality**. Image: Journal of Nursing Scholarship. Vol. 29, number 1, first quarter 1997.

JAPIASSU, H. e MARCONDES, D. **Dicionário básico de Filosofia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

JUNIOR, O.G. **O Outro Nietzsche: justiça contra utopia moral**. Tradução do texto Reinhart Maurer sob o título: O Outro Nietzsche. Para a crítica da utopia moral. São Paulo: Transformação, 1995. p. 18, 171-182.

LISBOA, M.T.L **As representações sociais do sofrimento e do prazer da enfermeira assistencial no seu cotidiano de trabalho**. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro.

LUNARDI, V. L. **Fios visíveis/invisíveis no processo educativo de (des)construção do sujeito enfermeira**. 1994. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

_____. **Do poder pastoral ao cuidado de si: a governabilidade na enfermagem.** 1997. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MARCONDES, D. **Iniciação à história da filosofia: dos Pré-Socráticos a Wittgenstein.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

MELLO, V. M. **Nietzsche: O Sócrates de nossos tempos.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 1993.

MEYER, D. E; WALDOW, V. R; LOPES, J.M. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

MILLER, J. **Lacan elucidado: palestras no Brasil.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

MIRANDA, C.M.L. **Os doce(is) corpos do hospital.** Rio de Janeiro: PROED, UFRJ, 1997.

_____. **O risco e o bordado: um estudo sobre formação de identidade profissional.** 1996. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

MOSÉ, S. V. **Nietzsche e a genealogia do sujeito.** 1995. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

NIETZSCHE, F. **A genealogia da moral.** 5. Ed. Lisboa: Guimarães Editores Ltda, 1990.

_____. **Humano, demasiado humano-** um livro para espíritos livres. Lisboa: Relógio d'água, 1997.

_____. **Aurora.** In: **Os pensadores.** São Paulo: Nova Cultural Ltda, 1996.

_____. **Os pensadores.** São Paulo: Nova Cultural Ltda, 1996.

_____. **Introduction théorétique sur la vérité et le mensonge au sens extra-moral.** In: **Le livre du philosophe – Das Philosophenbuch.** Trad. Angèle K. Marietti. Paris: Aubier-Flamarion, 1969.

NOLAN, P. W, BROWN. B, CRAWFORD. P. **Fruits without labour: the implications of Friedrich Nietzsche's ideas for the caring professions.** Philosophical and ethical issues. *Journal of Advanced Nursing*, 1998, 28(2), 251-259.

OLIVEIRA, N. F. **Verdade, poder, ética: a genealogia da modernidade segundo Foucault.** Florianópolis: UFSC, 1997. P. 34. Mimeo.

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.** 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

_____. **A mística do silêncio - a prática de enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX.** Pelotas: Universitária/UFPel, 1998.

PEREIRA, A.C. **O 'Ethos' da enfermagem: aspectos fenomenológicos para uma fundamentação da Deontologia da Enfermagem.** 1983. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro.

PERNIN, M. J. **Schopenhauer - decifrando o enigma do mundo.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

RABINOW, P, DREYFUS, H. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica - para além do estruturalismo e da hermenêutica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

ROSSET, C. **Alegria: a força maior.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

SAVATER, Fernando. **Ética como amor-próprio.** Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

SCHOPENHAUER, A. **Metafísica do amor.** Metafísica da morte. Tradução de Jair Barboza. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. **Sobre o fundamento da moral.** Tradução de Maria Lúcia Cacciola. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

STRATHERN, Paul. **Nietzsche (1844-1900) em 90 minutos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

SZASZ, T. **Cruel compaixão.** Campinas/SP: Papyrus, 1994.

TRIVIÑOS, A N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais – a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

TUGENDHAT, E. **Lições sobre ética,** Petrópolis: Vozes, 1996.

VIEIRA, M. J. **Imagem cultural e motivação na escolha da enfermagem.** 1998. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. p.159.

WATSON, J. **The philosophy and science of caring.** Boston: Little Brown, 1985.

ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar da pesquisa que iremos desenvolver na Unidade de Clínica Médica/ HU, nos meses de julho e agosto do corrente ano.

A pesquisa que me proponho a realizar se trata do desenvolvimento de Tese de Doutorado que buscará identificar na equipe de enfermagem os sentimentos advindos da compaixão no cuidado aos clientes. Utilizarei como método de coleta de dados a observação não participante e entrevista semi-estruturada. A participação da equipe de Enfermagem ajudará a compreender melhor a dinâmica do trabalho da enfermagem.

Os relatos obtidos serão confidenciais, não utilizarei os nomes dos participantes, bem como, do local de coleta de dados, garantindo o sigilo e anonimato da pesquisa. Saliento que após a coleta de dados, seu relato será entregue para o seu parecer final, estando você livre para argumentar, interferir ou recusar informações, como também desistir de participar do estudo em qualquer momento.

Será entregue a você uma cópia deste termo, e outra ficará arquivada com o pesquisador. Forneço abaixo meu telefone, onde você poderá entrar em contato quando desejar.

Certo de sua colaboração, agradeço a sua disponibilidade em participar do estudo, possibilitando-me a aquisição de novos conhecimentos que possam gerar mudanças na construção do saber e a prática de enfermagem.

Mauro Leonardo S. C. dos Santos (048 – 3334127)

Eu, ----- consinto em participar desta pesquisa, desde que se respeitem as colocações acima.

Florianópolis, julho de 1999

ANEXO II

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

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

- OBSERVAR AS ATITUDES COMPORTAMENTAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO CLIENTE.
- EMOÇÕES, AFETOS
- OBSERVAR O CUIDADO EM SITUAÇÕES LIMITES COMO MORTE E DOR
- OBSERVAR COMO A ENFERMEIRA SE RELACIONA COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM.
- CARACTERÍSTICAS DOS SENTIMENTOS: RAIVA, PENA, ALEGRIA, MELANCOLIA, CHORO, COMUNICAÇÃO VERBAL, GESTOS, SILÊNCIOS.

ANEXO III

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

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.

- 1) Descreva seus sentimentos em relação ao cliente hospitalizado.
- 2) Qual é a sua atitude frente ao cliente que questiona o cuidado.
- 3) Como você descreve sua interação com o cliente hospitalizado.
- 4) Como é cuidar do cliente lidando diariamente com a dor e a morte.