

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
DEPARTAMENTO DE FILOSOFIA E TEOLOGIA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA RELIGIÃO

ENFERMEIRAS E RELIGIOSAS – O CASO DO
HC-FM / UFG GOIÂNIA

EDICÁSSIA RODRIGUES DE MORAIS CARDOSO

Goiânia
2004

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
DEPARTAMENTO DE FILOSOFIA E TEOLOGIA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA RELIGIÃO

**ENFERMEIRAS E RELIGIOSAS – O CASO DO
HC-FM / UFG GOIÂNIA**

EDICÁSSIA RODRIGUES DE MORAIS CARDOSO

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Ciências da Religião da Universidade Católica de Goiás (UCG), como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Carolina Teles Lemos

Goiânia
2004

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela oportunidade que me foi dada;

A meus **pais**, onde estiverem, pela força;

A meu **companheiro**, com muito amor;

A minhas **filhas**, pela paciência e pelo amor;

A meus **amigos e familiares**, pela minha ausência nos bate-papos;

A minha **orientadora**, pela dedicação.

Às irmãs de caridade, sujeitos do meu estudo.

*Ainda que eu falasse a língua dos homens,
se não tivesse amor, nada seria.*

(1Coríntios 13)

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT	7
INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO I: UM POUCO DE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM	12
1.1– Inícios do Cristianismo e Idade Média.....	13
1.2 – A Modernidade	22
1.2.1 – Florence Nightingale	26
1.2.2 – A nova formação do profissional de enfermagem	35
1.3 – Brasil Antigo	40
1.4 – Brasil Atual	49
CAPÍTULO II : O HOSPITAL DAS CLÍNICAS	56
2.1 – A Concepção do HC e Atuação	56
2.2– A Enfermagem no Hospital das Clínicas	58
2.3 – Alguns Depoimentos	72

CAPÍTULO III: A IMPORTÂNCIA DA CRENÇA EM DEUS NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM.....	80
3.1 – A Crença em Deus para as enfermeiras leigas	92
3.2 – A Crença em Deus para as enfermeiras religiosas	98
CONCLUSÃO.....	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	108
DADOS BIOGRÁFICOS	112
ANEXOS	114

RESUMO

CARDOSO, Edicássia Rodrigues de Moraes. *Enfermeiras e Religiosas – o caso do HC-FM/UFG*. Goiânia: Universidade Católica de Goiás, 2003.

O objetivo geral é refletir sobre a presença/ausência das enfermeiras de ordens religiosas no exercício da enfermagem, desde o início da profissão até os tempos modernos, especialmente no caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. O universo pesquisado é composto de 16 (dezesesseis) profissionais de enfermagem, distribuídos em duas categorias: os leigos e aqueles pertencentes a alguma ordem religiosa. Elaborase breve conceituação de tópicos como sacerdócio, carisma e solidariedade, investigando aproximações e afastamentos das características principais da enfermagem. O texto está estruturado em três partes: a) no primeiro capítulo, elaborase um breve perfil histórico da profissão de enfermagem, desde suas origens pagãs até a modernidade, passando pelos trabalhos em saúde na Idade Média e pelos hospitais da Idade Moderna. Passa-se também pela história da enfermagem no Brasil, da colônia até os modernos cursos universitários e a atuação de enfermeiro no Programa de Saúde da Família; b) no segundo capítulo, recupera-se parte da história da instalação e construção do HC, a organização administrativa, os principais diretores e a história do serviço de enfermagem no Hospital, além de anotar o atual quadro de trabalhadores, especialmente os do setor de enfermagem c) no terceiro capítulo, faz-se à exposição das respostas ao questionário aplicado, a análise dos dados recolhidos e a vinculação com os conceitos de sacerdócio, carisma e solidariedade.

ABSTRACT

CARDOSO, Edicássia Rodrigues de Moraes. *The Priesthood and the Caring in the Nursing Services: the nuns, the Nursing and the Hospital das Clínicas (HC) case – Medical School in Goiás Federal University*. Goiânia: Universidade Católica de Goiás, 2003.

The general aim of this paper is to reflect about the presence/absence of the nurses from religious orders in the nursing work, since the beginning of this profession until the modern times, specifically at the Hospital das Clínicas (HC) from the Medical School in Goiás Federal University. The researched place is composed of sixteen (16) nursing workers, divided into two large categories: the ones who don't have formal education and people who belong to religious orders. This essay tries to do a brief definition of words as *Priesthood*, *Caring* and *Solidarity*, studying approaches and distance related to the main characteristic of the work of the nursing professional. This paper is organized by three distinct parts: a) in the first part, it shows a historical profile of the Nursing Profession, since its ancient origins till the modern times, going to the Health Works in the Middle Ages, and it is already the Christian period and it also shows the hospitals during the Modern Ages, including the Brazilian Nursing History, since the Colonial Times until the modern university courses and the performance of the nurses in the Family Health Program; b) the second chapter describes part of the Hospital das Clínicas installation and building, its administrative organization, its main directors and the HC nursing service history, as well as to take notes about the HC present staff, specially from the Nursing Area and c) the third part does a report of the questionnaire answers, the analysis of the collected data and its relationship between the concepts of the *Priesthood*, *Caring* and *Solidarity*.

INTRODUÇÃO

Com o nosso trabalho, conforme o tema proposto, procuraremos analisar a presença das religiosas nas práticas de enfermagem e suas características solidárias e carismáticas, tomando como referência o Hospital das Clínicas, analisando, desde o começo da profissão até os momentos atuais.

Como objeto específico, estaremos verificando a ausência-presença das práticas solidárias e carismáticas na enfermagem; se essas práticas estão vinculadas à presença das religiosas no início da profissão; se essa contribuição dada pelas religiosas continua na evolução da profissão e, em caso afirmativo, como é vista nos dias de hoje.

Acredita-se que a influência da presença das religiosas¹, pela sua atuação como enfermeiras, foi muito forte, motivo pelo qual se considerou que a enfermagem aproximou-se mais da arte que da ciência: cuidar tornou-se um dom conhecido como “arte de cuidar”.

Outro objetivo a que nos propomos é procurar identificar e analisar as características que evidenciam a presença/ausência do carisma e do sacerdócio no processo de modernização das práticas da enfermagem. E a relação dessas características com a presença/ausência das religiosas (freiras) nessas mesmas práticas.

¹ A consagração à vida religiosa é um compromisso ao menos intencionalmente, irreversível. Por religiosas designamos as mulheres católicas que, tendo realizado um compromisso público em sua igreja (consagração), desempenham diferentes funções na sociedade e na Igreja Católica em nome desse compromisso. “Ela tem

A metodologia aplicada no nosso trabalho resgata anotações de irmãs que trabalham em um convento do Rio de Janeiro, ligado à Escola São Vicente de Paula, da Pastoral da Saúde, localizado à Rua Dr. Satamini, 333, no Bairro da Tijuca, onde encontramos religiosas (pessoas com votos de consagração), que já prestaram serviços ao Hospital das Clínicas. Agradecemos as irmãs que entraram em contato conosco, através das respostas a um questionário com uma série de perguntas, que será fixado como anexo, o qual nos serviu de instrumento de trabalho na pesquisa de campo, tanto para as irmãs enfermeiras, como para as leigas.

Foram catalogadas usando-se o mesmo questionário, informações de freiras/enfermeiras que trabalharam no HC e que hoje estão no serviço de enfermagem da obra social Roberto Agoline - SP. Quanto ao trabalho com o questionário usado, os depoimentos e respostas às perguntas com as religiosas foram quase todos colhidos no Rio de Janeiro e em São Paulo, dessas duas instituições acima citadas. Somente uma das religiosas entrevistadas que prestou serviços no HC, hoje reside em Anápolis e presta serviço a colônia Santa Marta, destinada a tratamento de pacientes portadores de Hanseníase (Lepra).

Essas enfermeiras foram escolhidas para participarem do nosso trabalho pelo fato de terem exercido a profissão no HC. A metade das participantes foram enfermeiras freiras e a outra metade enfermeiras leigas que trabalharam no HC. Como tinham se aposentado do HC, não contávamos com nenhuma enfermeira freira dentro do HC, sendo que a última que prestou este serviço de enfermagem

sua expressão mais perfeita na profissão perpétua”. A obrigação de pobreza, castidade, obediência são os pontos de partida e de convergência de toda a reflexão teológica sobre o estado religioso. (Roxo, 1969, p. 70)

e que permanecia no Hospital faleceu há um ano e pertencia ao convento PIO XII, em Anápolis.

Os anos de formatura das entrevistadas variaram muito, a maioria formada bem no início de todo o trabalho de institucionalização do HC, e o restante delas nos anos mais recentes. As irmãs se formaram nos anos de 1943 (60 anos de trabalho), 1947 (56 anos de trabalho), 1948 (57 anos de formatura), 1967, 1988, 1992 e 1993.

As leigas, que constituíram a outra metade das enfermeiras do HC e que responderam ao nosso questionário, também formam um grupo heterogêneo quanto às datas de formatura, mas são de época mais recente: 1980 (20 anos de trabalho), 1986 (16 anos de trabalho), 1991 (12 anos de trabalho), 1992 (06 anos de trabalho), 1997 (06 anos de trabalho), 2002 (01 ano de trabalho), 1997 (03 anos de trabalho), 1986 (12 anos de trabalho), sempre com base na data de aplicação do questionário.

Todas as informações para a pesquisa de campo foram colhidas através do questionário aplicado e foram relatadas com a utilização de nomes de fantasia para identificar as fontes.

CAPÍTULO I

UM POUCO DE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

Afirma Paixão (1979, p.17) que "o espírito de serviço era uma inclinação natural do homem, ser social por excelência; quando ainda não havia ciência, era o espírito de serviço que realizava, já embrionariamente, aquilo que ainda hoje constitui alguns dos objetivos da enfermagem: dar conforto físico e moral ao doente, afastar dele os perigos, ajudá-lo a alcançar a cura".

A consideração desse período da enfermagem como arte se dá pela mistura de magias, de superstições e de conhecimentos empíricos, característicos dos períodos de organização tribal do Homem. Nesse momento, os poderes mitológicos, as forças espirituais, os conhecimentos de determinadas pessoas a respeito das forças da natureza davam a elas certa ascensão sobre os demais membros do grupo.

Durante muito tempo, os poderes considerados mágicos foram os responsáveis pelo conforto físico e moral de pessoas que sofriam de algum mal. Só mais tarde, com a institucionalização, veio um maior aprofundamento científico, tornando-se a enfermagem arte e ciência.

Para alguns autores, a falta de conhecimento científico acerca das doenças foi uma porta de entrada para as religiosas, as quais tiveram uma permanência forte na enfermagem.

1.1. Inícios do Cristianismo e Idade Média

Nos inícios do Cristianismo, havia a concepção de que a doença era um castigo para o pecador, e acreditava-se também que a alma tivesse um caráter importante na recuperação do doente. Por isso todo o trabalho de cura e salvação da alma, todo o esforço se canalizava direcionado para a salvação após a morte. Com isso, o caráter de sacerdócio junto às práticas de enfermagem também toma proporções importantes.

O apego dos doentes aos religiosos, segundo Lapenta (1989, p.107), se dá devido à “parte mística que os religiosos buscam, pela presença de Deus que os seduzem; ainda cultivam este mistério na oração, e vivem a presença de Jesus. Para fazer esse caminho, unem-se a um grupo de amigos que os ajudem nessa busca apaixonada da experiência de Deus”.

Tomando como referência os primeiros séculos do Cristianismo, no Ocidente, pessoas com motivações religiosas (leigas, bruxas, místicas, benzedoras) marcaram o começo da profissão de enfermagem, com valores como o carisma, como a solidariedade, aliados ao dom de curar e de cuidar. Muitos dos profissionais, mesmo sendo leigos, eram praticantes religiosos que, em sua maioria, dividiam os seus trabalhos entre o doente e a Igreja, criando uma relação muito forte entre a religião e a profissão.

Assim, com essa relação entre religião e profissão, ocorre o que afirma Durkheim, segundo o qual, os homens foram obrigados a criar para si uma noção do que é religião, bem antes que a ciência das religiões pudesse instituir suas comparações metódicas. As necessidades da existência nos obrigam a todos, crentes e incrédulos, a representar de alguma maneira as coisas no meio das quais vivemos, sobre as quais a todo o momento emitimos juízos e precisamos levar em conta nossa conduta (Durkheim, 1996, p.4).

A palavra religião teve origem em língua pré-cristã, mas entrou logo no uso lingüístico cristão; ela aparece quer na versão latina da Bíblia quer nos Padres latinos da Igreja. Segundo Heiler (1972), “religião” deriva de religere, cuidar diligentemente – ao contrário de negligere (descuidar) – e significa a coisa sagrada, pertinente ao numem, ou seja, objeto rico de força sobrenatural, que é tabu ou oposição ao profano, de que se pode avizinhar somente com cautela. Em seu significado secundário, religio exprime o sentido de profundo respeito que o homem sente diante de tal objeto sacro, o temor cheio de reverência.

Quando se toma essa observação de Heiler, a profissão de enfermagem se identifica ainda mais com a vida religiosa, pois o profissional de enfermagem, principalmente no começo da profissão, mostra esse religere, ou seja, esse cuidar diligentemente. Inclusive, o símbolo que representa a enfermagem passa a ser uma lâmpada, pois mostra que as precursoras adotavam uma candeia para clarear as ruas escuras e dar apoio e ajuda aos necessitados.

O cristianismo medieval considerava como religiosa no seu grau máximo a vida monástica de pobreza, de celibato, de obediência, de contínua oração e, portanto religiosus por excelência são o monge e a freira; e o status religiosus

torna-se o perfectionism. Na moderna filosofia da religião, a palavra religião é aceita para indicar a relação do homem com o mundo sobrenatural e eterno (Heiler, 1972, p.1)

Quanto ao acolhimento da profissão, pode-se afirmar que é concretamente suscitado na Igreja dentro de um processo peculiar – como a própria vida religiosa –, e causado pelo Espírito Santo. Segundo Roxo (1969), o carisma, dom ou graça interior, equivale ao apelo divino no íntimo do cristão. Uma inclinação específica delinea-se e lentamente se afirma como o efeito imediato e próprio da graça interior carismática e especial; é a vocação, algo como instinto que desperta interesses novos, experiências pessoais no relacionamento com Deus, responsabilidades de seguimento (p.69)

Esboçando um paralelo entre as religiosas e a enfermagem, percebe-se que, no início da profissão, há uma grande correlação entre as mesmas: a abnegação mostrada no começo da profissão, a caridade para com os pobres e necessitados no ato de atender e levar a cura, tudo isso coincidia muito com a vocação das religiosas. Na história da enfermagem, vê-se, através do pensamento de Roxo (1969, p.70) que a abnegação intrínseca à vida religiosa faz parte da história da enfermagem, marcando, especialmente, o começo da profissão. A convergência está no registro de várias mulheres que, na enfermagem, dedicaram suas vidas aos doentes: são as parteiras, as leigas, as damas da sociedade e outras que se entregaram ao serviço da caridade e ao exercício da solidariedade.

Esse caráter de ação de caridade esteve muito forte na história da enfermagem e é devido, em grande medida, à presença abnegada das religiosas nos serviços de enfermagem, pelo menos no início da profissão.

Era um trabalho com características de ofício, essencialmente feminino e que foi duramente perseguido do século XIV ao século XIX em toda a Europa, numa ação conjunta da corporação médica e das Igrejas Católica e Protestante, onde eram perseguidas as mulheres que se ocupavam das atividades de cura, incluindo aí as curandeiras e parteiras, todas abrigadas sob a denominação de bruxas (Pires, 1989, p.107ss).

A importância das parteiras com o cunho caritativo na história da enfermagem precede toda a institucionalização da profissão, e ainda ajuda a registrar o caminho percorrido na evolução da enfermagem. As parteiras eram movidas, no início, pelo instinto materno e, só mais tarde, seu ofício foi diferenciado, mediante cursos preparatórios com noções de higiene e esterilização, para que se evitasse assim, o grande número de óbito neonatal.

A história das religiosas como auxiliadoras nos atos caritativos e de cura também se relaciona muito com a história da enfermagem. Na hora de dar a vida a uma criança, muitas vezes, eram as religiosas as chamadas para o trabalho.

A partir desses fatos históricos, a mulher fica com o papel de cuidar como mãe, serviço desvalorizado pelas elites. Com essa desvalorização, o médico torna-se também detentor do saber, continuando o ciclo patriarcal mesmo dentro da profissão. A dominação medicina-enfermagem torna-se produto da história.

A prática de saúde articula-se com as diferentes civilizações e estruturas sociais, evoluindo-se da antigüidade para a modernidade, e diferenciando-se a

partir da Grécia antiga para a Grécia clássica. Paixão (1979, p.27) observa que o mundo grego, bem mais avançado em suas pesquisas na área médica, difere profundamente do mundo oriental, mesopotâmico e egípcio, com a economia já bastante desenvolvida nas suas principais cidades, não obstante tenha absorvido a influência destes em relação às práticas de saúde.

A religião, como um fenômeno cívico, tem interferência na vida política do Estado, e este dá expressão maior aos deuses cujo teor mitológico e dogmático corresponde às expectativas dos governantes (Giovanini et al, 1995, p.6).

A Grécia é considerada como referência para o surgimento de práticas de saúde mais evoluídas que as mágico-sacerdotais. No caso dessas práticas antigas, a tentativa de institucionalização, no início, foi totalmente desacreditada, vez que as massas continuavam a crer no poder da magia (Giovanini et al, 1995, p.7).

Assim, a prática de saúde associava-se à prática religiosa, numa luta de milagres e encantamentos contra os demônios causadores dos males do corpo e do espírito (Giovanini, et al, 1995, p.7). O sacerdote exercia o papel de mediador entre os homens e os deuses, investindo-se dos atributos das divindades e do poder de cura, da vida ou da morte. A cura era um jogo entre a natureza e a doença, e o sacerdote nessa luta desempenhava o papel de intérprete dos deuses e aliado da natureza contra a doença. Quando o doente se recuperava, o fato era tido como milagroso. Caso morresse, era por ser indigno de viver, ou seja, havia total isenção de responsabilidade do sacerdote nos resultados das ações de saúde. Afirma Paixão (1979, p.21) que também essa prática mágico-sacerdotal permanece por muitos séculos desenvolvida nos templos que, a

princípio, foram santuários e escolas, onde os conceitos primitivos de saúde eram ensinados.

Todavia, o caráter das profissões de saúde ficou marcado pelos homens, que passaram a exercer a magia e o sacerdócio dentro das tribos, e estes homens eram os físicos, cirurgiões, barbeiros, boticários, jesuítas, curandeiros, práticos e escravos treinados (Pires, 1989, p.56).

Posteriormente, relata Paixão (1979, p.17), desenvolveram-se as escolas específicas para o ensino da arte de curar no sul da Itália e na Sicília, propagando-se pelos grandes centros do comércio, nas ilhas e cidades da costa.

Enquanto as práticas de saúde sacerdotais continuavam a prosperar nos santuários, daquelas escolas saíam elementos que trabalhavam nas cortes, nas cidades e nos exércitos, recebendo, muitas vezes, honorários elevados, pagos pelo tesouro público das grandes e pequenas cidades. Segundo Giovanini et al (1995, p.8). Trata-se de uma elite bem remunerada, ocupando lugares de destaque, atendendo exclusivamente à classe abastada, enquanto os segmentos mais pobres da população eram assistidos por sacerdotes com preparo inferior, que aceitavam ínfima remuneração.

Tal categoria de curadores de doenças era justificada pela existência de ambulatórios gratuitos e pelos preceitos legais da época, que difundiam a hospitalidade e o amparo aos pobres. Assim, as diversas camadas da sociedade recebiam tipos de assistência diferentes, de acordo com os conceitos estabelecidos pelo grupo social.

Em relação à Enfermagem, a única citação que Giovanini (1995, p.7) faz às referências concernentes à época em questão é a da prática domiciliar de

partos e a atuação pouco clara de mulheres de classe social elevada que dividiam as atividades dos templos com os sacerdotes.

Para provocar moléstias, são conhecidos os bonecos espetados com flechas e espetos e, como terapêutica para as moléstias assim causadas, são utilizados os ritos para a transferência da doença para o corpo dos animais, além de cerimônias de exorcismo dos maus espíritos (Pires, 1989, p.22).

A grande preocupação passou a ser aquela gerada pelas causas das moléstias, vinda de castigos dos deuses e de males causados por feitiços. Isso fez com que as massas procurassem soluções através dos feiticeiros que, segundo Pires (1989, p.22) eram portadores de uma grande força de sugestão, usando para isso hipnose e os vegetais alucinógenos nos períodos de transe para alcançar os objetivos de vingar-se de alguém ou de satisfazer ao cliente.

Para o mesmo autor, os fenômenos de saúde e doença também poderiam ser interpretados como resultado da intervenção divina: ira, castigo, e benevolência dos deuses, os quais causavam doenças ou permitiam a cura dos males. Portanto, para tratar tais doenças, também eram utilizados rituais mágicos, oferendas, sacrifícios e amuletos. Cabia aos feiticeiros, aos pajés e aos sacerdotes a incumbência de identificar essas doenças, tratando-as com poções de chá e ervas e desenvolvendo os rituais curadores, redentores e afungentadores de maus espíritos.

Na enfermagem, um dos primeiros trabalhos socialmente organizados e reconhecidos, afirma Pires (1989, p.106), foi o trabalho caritativo, assistencial, tendo como objetivo o cuidar do corpo e da alma. Segundo essa autora, outros trabalhos também vieram a ser reconhecidos socialmente; como é o caso dos

leigos, das parteiras, dos curandeiros e de outras práticas que assistiam os indivíduos, por meio de uma atividade de cunho profissional, não institucionalizada. Isso sem contar o trabalho dos feiticeiros e sacerdotes, das sociedades tribais, que incluía um auxílio global aos indivíduos necessitados de assistência de saúde.

Nos diversos períodos da história dos homens, comprova Pires (1989, p.21) que, antes de Cristo, registram-se pensamentos místicos, os quais eram normatizadores de toda produção intelectual e de organização da vida comum. Nessa relação homem-natureza, o homem procurava buscar sua subsistência, relacionando-se com os fenômenos naturais, catástrofes e abundância, conferindo-lhe caráter de uma resposta dos deuses. O povo, na época em que o misticismo e a magia tiveram maior significado para as curas de seus males, procurava sempre uma ajuda dos mediadores dos deuses e encontravam, como resposta, principalmente o trabalho do sacerdote.

Esta característica de cura pelo sacerdócio permanece também por muitos séculos na enfermagem. Na visão de Paixão (1979.p.35), a enfermagem foi por muito tempo praticada pelas mãos de religiosas e de abnegadas mulheres que dedicavam suas vidas à assistência aos pobres e aos doentes. A predominância das ações de saúde, porque caseiras e populares, era de fortes conotações místicas e sob a indução dos sentimentos de amor ao próximo e de caridade cristã. A abnegação, o espírito de serviço, a obediência e atributos como esses vieram consolidar-se como herança dessa época remota.

Durante o período da Idade Média, registra-se um aumento de múltiplos exercentes das ações de saúde. Pires (1989, p.107) relaciona esse crescimento

com o aumento populacional nas primeiras civilizações da Antigüidade. Esses exercentes das ações de saúde eram pessoas do próprio seio da comunidade, que aprendiam a arte de curar através de experiências e da tradição oral. Eram, na maioria, mulheres, chamadas de sábias pelo povo, e de bruxas pelos médicos, pela Igreja e pelos poderosos. Essas mulheres, além de promoverem curas, cuidavam dos partos e dos recém-nascidos.

Os ex-votos, representados por quadros descritivos e esculturas das partes do corpo curadas, eram deixados pelos doentes que se recuperavam, tornando-se a posteriori um verdadeiro testemunho das práticas de saúde daquele tempo (Geovanini et al, 1995, p.7).

O hospital da Idade Média, na Europa, informa Foucault (1993, p.101), não era destinado à cura das doenças, mas visto como instituição para assistência aos pobres, com a separação dos mesmos e exclusão para evitar a contaminação dos demais. Continua tendo este objetivo até a metade do século XVIII quando a sua preocupação principal não é a de curar doentes, mas oferecer um espaço para o pobre morrer, passando a ser chamado de “Morredouro”.

Foucault (1993, p.101) considera este local, em que eram recebidos os pobres para morrer, como espaços em que religiosos e leigos ofereciam cuidados materiais e espirituais, principalmente os espirituais, almejando, com isso, oferecer a salvação eterna, com aspecto de caridade, tanto para a salvação da alma do pobre como do pessoal hospitalar, já que favoreciam com suas ações a passagem da vida para a morte.

Os hospitais no início da colonização do Brasil são um espaço terapêutico e não mais caritativo de abrigo aos pobres mantidos pela Igreja

Católica. O estado capitalista emergente não assume as políticas sociais como tarefa e o trabalho de cuidado aos doentes e de administração do espaço hospitalar fica, principalmente na Inglaterra, berço do capitalismo e do anglicanismo, relegado ao plano das não prioridades, empregando para o desenvolvimento deste trabalho às mulheres das classes pobres que tinham sido excluídas da indústria e as marginalizadas pela sociedade da época, apontadas como bêbadas e prostitutas (Paixão, 1789, p. 53-55).

1.2. A modernidade

Com o desenvolvimento tecnológico e com o aprimoramento científico, o quadro começa a mudar. Crises constantes desestabilizam o homem e, segundo afirma Lapenta (1989), a crise é um momento sofrido de mal-estar e de desalojamento. O apoio afetivo da compreensão, do acolhimento, da solidariedade e do amor funciona como estimulante da vitalidade pessoal e da condição de enfrentar os desajustes. Em contraposição, o abandono, o desinteresse, a condenação, o clima frio do desamor diminuem as energias pessoais e predispõem para soluções desastrosas (Lapenta, 1989, pp. 35-36).

Na era moderna, a partir do século XIX e no século XX a descoberta da microbiologia e dos antibióticos revoluciona a profissão. A esta altura, já não se via como castigo dos deuses as doenças, que ocorriam em função da falta de higiene ou devido a tratamentos inadequados. Iniciava-se então a construção de um novo marco no conceito de doença. Cursos de enfermagem começam a ser

oferecidos em escolas, com um ensino já bem técnico-científico e mudam a experiência do profissional de enfermagem em relação às doenças.

Acompanhando o período das transformações hospitalares ocorridas na Europa no século XVII, Foucault (1993.p.103) percebe um tipo de transformação que não considera positiva, pois as mudanças não procuravam buscar nenhuma ação sobre a cura das doenças, e sim sobre os efeitos nocivos que o hospital poderia causar à população, tais como os de contaminação, ou seja, ser em consequência foco de desordem econômica ou médica. Migrando para os novos centros industriais, essa população, que antes não se desnutria, em razão da facilidade de subsistência gerada pela atividade agropastoril, diante das novas condições de vida nas cidades, de desigualdade econômica e de exploração de seu trabalho, torna-se susceptível às doenças, bem como aos contágios resultantes da propagação de doenças transmissíveis. Tuberculose, pelagra, desnutrição, acidentes e intoxicações passam a fazer parte do cotidiano das classes operárias, bem como o aumento da mortalidade infantil, provocado, em grande medida, pelo trabalho do menor e pelo trabalho feminino.

A prática médica ganhou destaque com o advento da Medicina política e social, nascida das articulações da esfera produtiva e reforçada pelas aquisições científico-tecnológicas, geradas pela revolução industrial. A categoria foi projetada, na medida em que teve importância política na manutenção do status quo e seus membros passaram a fazer parte dos grupos políticos e da elite econômica, reforçando, cada vez mais, o seu poder (Giovanini et al.1995, p.16)

Com a incorporação da tecnologia na sociedade, passa-se a ter um progresso sócio-econômico marcado por novas exigências aos profissionais de

enfermagem. Para que pudessem acompanhar o desenvolvimento da tecnologia, teriam também que ter, além do ideal religioso, um maior embasamento científico e maior domínio tecnológico, os quais possivelmente os levaram a um maior distanciamento dos pacientes. Desta forma a solidariedade e o carisma, valores também sustentados pela sociedade, mas muito mais pelas crenças e pelas práticas religiosas, ficaram mais difíceis de serem exercitados.

Foucault (1993, p.101) deixa bem claro que os hospitais não respondem como meio de tratamento para a cura dos pobres, mas para a exclusão dos mesmos, marginalizando-os diante da sociedade. Como efeito dessa exclusão citada por Foucault (1993, p.101), a prática de saúde associa-se com a prática religiosa, numa luta de milagres e encantamentos contra os demônios causadores dos males do corpo e do espírito e que, de acordo com Pires (1989, p.22), procede como tentativa de livrar-se dos males e atender às necessidades individuais. Em virtude de estarem à margem dos serviços hospitalares, as pessoas mais pobres encontravam na atuação dos sacerdotes a possibilidade de superação de seus problemas de saúde e de conforto espiritual.

Na percepção de Foucault (1993.p.103), os hospitais passam por um novo olhar no campo da ciência nos séculos XVII e XVIII, agora com uma finalidade de cura. A própria transição é lenta, o atendimento passa a ser feito em residências. O médico necessitava de tempo e estudo. Foi introduzida neste mesmo século a atuação de registrar todo o trabalho com o dia-a-dia do paciente, o que se considera um avanço nas pesquisas, tanto para o acompanhamento das patologias, quanto para a epidemiologia, bacteriologia e outras pesquisas que

pudessem levar à cura, através das estimativas de óbitos e doenças infecto-contagiosas.

Estes registros dos acontecimentos, dentro da área hospitalar, feitos no dia-a-dia, também para Foucault (1993, p.111), levam à enfermagem novos significados, ajudam a profissão que, antes, era vista apenas como uma prática, pôde também ser vislumbrada em seus aspectos teóricos e científicos. Esses avanços foram acentuados nos dias de hoje pela enfermagem: para os profissionais de enfermagem é fundamental, que façam anotações do trabalho diário da enfermagem, e são registrados nos prontuários dos doentes, assim como todos os procedimentos e cuidados prestados enquanto permanecer no hospital.

O crescimento dentro do campo da enfermagem na modernidade, após muitas lutas, é notável. Todo o dia do paciente passa a ser monitorado pelos cuidados prescritos mediante a patologia; o significado para a eficácia do tratamento médico passa a ser outro. Qualquer anormalidade passa a ser registrada e, se for de urgência, comunicada à equipe médica, facilitando, com isso, as intervenções e o trabalho em grupo, valorizando o saber da enfermagem.

O avanço nas consultas de enfermagem, junto com o diagnóstico e prescrição dos cuidados de enfermagem, foi conseguido com muito respeito e muita dificuldade até a implantação deste trabalho, após anos de subjugação aos serviços médicos, em que o profissional de enfermagem foi visto como mero auxiliar do médico. O grupo de enfermagem está hoje mais coeso e qualquer prescrição de enfermagem, qualquer interferência passa a ser do conhecimento

de todos da equipe, via prontuário, facilitando a defesa por parte dos profissionais da enfermagem, de qualquer omissão, em relação ao doente.

Pela disciplinarização do espaço médico, pelo fato de se poder isolar cada indivíduo, colocá-lo em um leito, prescrever-lhe um regime, etc., pretende-se chegar a uma medicina individualizante. Os registros obtidos cotidianamente, quando confrontados entre os hospitais e nas diversas regiões, permitem constatar os fenômenos patológicos comuns a toda a população (Foucault, 1993., p 111).

Com a instalação e desenvolvimento das novas escolas técnicas, com o poder das grandes invenções e o avanço da alfabetização acontecida na Europa, Foucault (1993, p.105) sente um novo produto de qualidade, através da preocupação com o cooperativismo. Inicia-se o desdobramento de várias ciências, com as ciências naturais e humanas definindo melhor seus objetos e métodos.

Aliado aos interesses políticos, o avanço da Medicina vem favorecer a reorganização dos hospitais, que agora irão desempenhar importante papel. A mão-de-obra é vista por Giovanini (1995, p.16) não só como agente da manutenção da força de trabalho, mas também como empresa produtora de serviços de saúde. Em razão da imagem negativa que a enfermagem trazia até então, era necessário que se reconstruísse um novo perfil profissional, porém ele deveria obedecer aos princípios impostos pela nova realidade social.

1.2.1 – Florence Nightingale

Nessa linha inscrevem-se as concepções teórico-filosóficas da Enfermagem desenvolvidas por Florence Nightingale, pois apoiaram-se em observações sistematizadas e registros estáticos, extraídos de sua experiência prática no cuidado aos doentes e destacaram quatro conceitos fundamentais: o ser humano, o meio ambiente, a saúde e a Enfermagem. Para Paixão (1979, p.67), esses conceitos, considerados revolucionários para a sua época, foram revistos e ainda hoje se identificam com as bases humanísticas da Enfermagem.

Florence enfatizou em suas duas obras, *Notas sobre Hospitais* (1858) e *Notas sobre Enfermagem* (1859), que a arte da enfermagem consiste em cuidar tanto dos seres humanos sadios como dos doentes, entendendo como ações interligadas da enfermagem, o triângulo cuidar-educar-pesquisar. Entendeu também que a cura não resultava da ação médica ou de Enfermagem, mas que era privilégio da natureza: as ações de enfermagem deveriam visar a manutenção do doente em condições favoráveis à cura para que a natureza pudesse atuar sobre ele. Considerou que as ações de enfermagem são diferentes das ações e dos conhecimentos médicos, uma vez que o interesse da Enfermagem está centrado no ser humano sadio ou doente e não na doença e na saúde propriamente ditas.

Assim, segundo o pensamento de Giovanini et al (1995, p.18), a Enfermagem surge não mais como uma atividade empírica, desvinculada do saber especializado, mas como uma ocupação assalariada que vem atender à necessidade de mão-de-obra nos hospitais, constituindo-se como uma prática social institucionalizada e específica.

Espera-se que os estudantes que aprendem a utilização do processo de enfermagem tenham necessidade de utilizar inúmeras referências e recursos para incrementar seu conhecimento e habilidades, à medida que avançam em seu programa de estudos de enfermagem profissional (George, 1993, p.36).

A Enfermagem moderna nasce como uma profissão complementar à prática médica, ou seja, um suporte do trabalho médico e subordinado a este trabalho médico, cita Giovanini (1995, p.17). Na medida em que a enfermagem se introduzia no hospital e que o nível de complexidade técnico-científica da medicina crescia, as tarefas manuais de saúde começaram a passar para os braços da enfermagem, ficando com os executores a parte intelectual que correspondia ao estabelecimento de hipóteses, diagnóstico, prescrição e tratamento.

A revolução científico-tecnológica da Idade Moderna foi precursora de um progresso social mais amplo e significativo para aquela geração. De fato, houve uma melhoria no padrão de vida das populações e Giovanini (1995, p.15) afirma que, a partir daí, as pessoas passaram a adotar hábitos de higiene, o que contribuiu para o controle de várias doenças e para o aumento da média de vida. Entretanto, após a fase de euforia do capitalismo liberal, a destrutividade da nova ordem tornou-se patente, a doença tornou-se um obstáculo para a força produtiva, gerando uma “desordem”, em relação ao aumento da produção de bens de consumo.

A doença torna-se um obstáculo à força produtiva do trabalhador e representa, não só a diminuição da produção, como também transtornos econômicos e políticos. Existe interesse em manter a saúde, não como uma

necessidade básica do indivíduo, mas como um modo da manutenção da produtividade (Giovanini et al, 1995, p.16).

A enfermagem começa a dar os seus primeiros passos rumo ao progresso técnico-científico. Com a disciplinarização dos hospitais, o médico começa a ensinar o pessoal da enfermagem, para que o avanço da medicina possa ser acompanhado por pessoas que teriam pelo menos o mínimo de noções sobre higiene, sobre como evitar a propagação de doenças, tudo o que pudesse favorecer o doente e adaptar os profissionais de saúde a este período da modernidade.

Os avanços da Medicina, aliados aos interesses políticos, favorecem a reorganização dos hospitais, que desempenharão importante papel, não só como agentes da manutenção da força de trabalho, mas também como empresas produtoras de serviços de saúde. Segundo Giovanini (1995, p.16), é, na reorganização da instituição hospitalar e no posicionamento do médico, como principal responsável por esta reordenação, que vamos encontrar as raízes do processo de disciplinarização e seus reflexos na Enfermagem, quando esta ressurge da fase sombria em que esteve submersa.

As práticas de saúde no mundo moderno analisam as ações de saúde e, em especial, as de Enfermagem, sob a ótica do sistema político-econômico da sociedade capitalista. Ressaltam o surgimento da Enfermagem como atividade profissional institucionalizada. Esta análise inicia-se com a Revolução Industrial que se inicia em 1760 e culmina com o surgimento da Enfermagem moderna na Inglaterra, no século XIX (Geovanini, 1995, p.25).

Afirma Landmann (1993, p.41) que a moderna medicina científica não surgiu apenas dos progressos tecnológicos, que se estendem do fim do século passado, até os dias atuais. Além do desenvolvimento científico concreto, que permitiu sua aplicação na investigação e cura das doenças, a medicina científica teria também importantes origens sociais e econômicas. Era parte essencial da estratégia articulada por lideranças médicas para elevar a posição do médico na sociedade, mas que conseguiu êxito porque recebeu o apoio dos elementos dominantes da estrutura de classe americana. A medicina científica ganhou o suporte dos médicos americanos, no do começo século XX, porque lhes satisfazia as necessidades sociais e econômicas, dando-lhes credibilidade técnica, status profissional e domínio da formação médica, com restrição do número de formados anualmente, reduzindo a competição.

Deste modo podemos perceber que o médico mantém sua ascendência sobre o povo, não mais pela magia, mas pelas homenagens a ele prestadas, no que diz respeito à sua evolução científica.

A Enfermagem, como foi dito antes, andou na sombra das ordens de médicos por vários anos. Não se sabe se esta submissão foi um legado das religiosas, que também exerciam suas atividades em uma camada inferiorizada em relação à dos sacerdotes; os seus serviços eram como que de auxiliares. Vários autores atribuem esta submissão da enfermagem à atuação primordial das religiosas. Atualmente, depois de muita luta, é que os profissionais de enfermagem têm conseguido organizar-se de maneira independente, através das inúmeras escolas e de excelentes trabalhos científicos que vão sendo mostrados, inclusive, no decorrer deste estudo.

O mesmo processo é desencadeado na fábrica, na escola e no hospital, sendo que, neste último, os mecanismos disciplinares são introduzidos pelas mãos do médico que, ancorado na transformação do seu saber e da sua prática, vem ocupar uma nova posição no contexto hospitalar, dimensionando os objetivos da instituição e projetando a medicalização (Geovanini et al, 1995, p.17).

A disciplinarização hospitalar, segundo Foucault (1994, p.50), é garantida nesta fase pelo controle sobre o desenvolvimento das ações, pela distribuição espacial dos indivíduos no interior do hospital e pela vigilância perpétua e constante destes. Para assegurar o exercício do poder institucional, será utilizado um esquema administrativo composto por um conjunto de técnicas, pelas quais o sistema de poder irá alcançar seus objetivos.

Afirma Paixão (1979, p.72) que, tão logo ocorra a institucionalização da Enfermagem, as ações burocráticas que favorecem este estado de coisas farão parte da prática administrativa do enfermeiro, e este ver-se-á envolvido com um grande número de instrumentos normativos e regimentais que o afastarão progressivamente da assistência direta ao doente.

A enfermagem, neste período da burocratização, passa longo tempo tentando adaptar-se à parte burocrática, e delega os trabalhos relacionados aos cuidados com o doente ao corpo de enfermagem, ou seja, às auxiliares, tomando a posição de chefia. Estabelece-se com isso, uma rivalidade, o descontentamento do grupo e, o que é mais importante, o afastamento da enfermeira de nível superior do doente, por falta de tempo, que é, em grande parte, dedicado à lida com os papéis.

É neste cenário que a Enfermagem passa a atuar, quando Florence Nightingale (1820-1910) é convidada pelo Ministro da Guerra da Inglaterra para trabalhar junto aos soldados feridos em combate na Guerra da Criméia (1854-1856), os quais, por falta de cuidados, morriam em grande número nos hospitais militares, o que chamou a atenção das autoridades inglesas (Geovanini et al, 1995, p.17).

Este período de Florence Nightingale é considerado de luz para a enfermagem, graças a seus ensinamentos, fundados em alicerces sólidos. Daí para frente, já se podia discutir a enfermagem como profissão, em níveis equiparáveis aos de outros profissionais, que surgiam num mercado já diferenciado e mais competitivo.

Contando com a entrada de escolas já fundadas em pensamentos científicos, as escolas secundaristas de enfermagem também tiveram aqui seu marco e salto de qualidade. As enfermeiras graduadas nas escolas profissionalizantes eram as mesmas que traziam cursos e de reciclagem para os profissionais, e que, segundo contam os relatos, continuam fazendo isso até os dias de hoje.

Graças aos esforços de uma enfermagem mais preparada e com embasamentos científicos, e que tem chegado até os locais mais distantes, ensinando como esterilizar o material para partos e cirurgias, como atender as emergências, como desidratação infantil, tem-se conseguido diminuir as taxas de mortalidade de muitas mulheres e crianças. É possível que, mesmo com toda a preocupação decorrente da nova tecnologia, para fazer todos os procedimentos,

esta enfermeira que vai tão longe possa estar cheia do mesmo espírito solidário de antigamente.

Florence Nightingale é uma das precursoras da enfermagem, e teve grande importância na formação de enfermeiras, como afirma Paixão (1979, p.67). Também foi fundamental na institucionalização do ensino de enfermagem na modernidade. Nascida em Florença em 1820, membro de família rica da sociedade inglesa, teve uma formação ampla, dominava o grego e o latim, falava diversas línguas e tinha bons conhecimentos de matemática. Desde cedo, mostrou-se interessada pelo cuidado com os doentes.

Sua tendência para tratar enfermos manifestou-se desde a infância e, aos 24 anos, quis praticar em um hospital. A mãe não lhe deu permissão, e as condições dos hospitais ingleses nessa época justificavam os temores maternos.

Se não fosse Florence Nightingale dotada de tão decidida vocação e marcada personalidade, desistiria diante dos imensos obstáculos que se opunham. Entretanto, perseverou. Somente aos 31 anos conseguiu a autorização para fazer estágios na instituição de Kaiserswerth, reconhecida pela moralidade e pelos ideais de seus fundadores.

A enfermagem nightingaleana se difunde por todo o mundo ocidental, influenciando decisivamente na estruturação da nova profissão (PIRES, 1989, p.122). A estruturação da enfermagem nightingaleana acontece, dentro dos seguintes princípios: formação em escola própria, dirigida por enfermeiras e anexa a um hospital no qual as alunas aprendem a prática da enfermagem, bem como tomam conta da assistência prestada pelo hospital; seleção rigorosa das

alunas que devem ser do sexo feminino e dotadas de valores “morais, físicos, intelectuais e aptidão profissional”.

Para Paixão (1979, p.72), o objetivo das escolas de enfermagem eram o ensino dentro dos padrões considerados de melhor qualidade para aquela sociedade: ensino metódico com fundamentação de anatomia, fisiologia; formação na modalidade de internato, isto é, as alunas vivem a escola como um espaço de convivência e de formação dos valores morais e de conduta ascética e caridosa; instituição de formas organizativas das ex-alunas a fim de normalizar o exercício profissional, preservar os princípios básicos da profissão e divulgar os conhecimentos produzidos; fundamentar as alunas para o exercício do cuidado aos enfermos e necessitados, para a manutenção administrativa do espaço hospitalar e para o ensino em enfermagem; formar alunas para o trabalho do tipo manual (as *nurses* originárias das camadas pobres da sociedade) e outro grupo de alunas para o trabalho intelectual, ensino e administração hospitalar e do cuidado e difusão dos princípios nightingaleanos (as *lady-nurses*, originárias de camadas mais privilegiadas).

Os reformadores expulsaram dos hospitais as religiosas que se dedicavam aos doentes. Afirma Paixão (1979, p.54) que não dispuseram logo de nenhuma organização, religiosa ou leiga, para substituí-las e, por isso, foram obrigados a fechar grande número de hospitais. Só na Inglaterra foram fechados mais de mil.

Esse foi, verdadeiramente, o período crítico da enfermagem. Os pretensos enfermeiros desses estabelecimentos deixavam os doentes morrerem ao abandono e lhes extorquiam gorjetas, mesmo aos indigentes. Imperava a falta

de higiene. Segundo Paixão (1979, p.54), a comida era detestável e insuficiente. Não havia quem se interessasse em amenizar os sofrimentos físicos e, muito menos, os morais dos pacientes

Somente com as mudanças ocorridas na política e com o surgimento da tecnologia do período industrial é que a enfermagem começa a tomar novos rumos, principalmente com as iniciativas dos primeiros ensinamentos, buscando um espaço, chamado inicialmente de escolas, que são dirigidas pelas mãos de médicos no início e, posteriormente, por enfermeiras inglesas convidadas a trabalhar nesses ambientes. Os primeiros hospitais, segundo Pires (1989.p.59), tiveram um caráter diferente, atendendo só o aspecto religioso, mas serviram também para impulsionar a enfermagem a uma nova etapa.

1.2.2 – A nova formação do profissional de enfermagem

Com o passar dos anos, nos quais tivemos grande avanço nos estudos técnico-científicos, várias escolas já não formavam só profissionais com dons tão carismáticos, como os dons antigos, mas se preocupavam com uma nova etapa na história, traduzida pelo saber científico, mais voltado às técnicas do que às práticas. O saber baseava-se em livros de pessoas que já não comungavam o mesmo credo. Mesmo sabendo da importância do carismático para a cura, detinham-se no diagnóstico e em exames de laboratório. Não se confiava mais no poder do carisma; não se acreditava mais que só isso fosse suficiente para obter respostas aos tratamentos. A solidariedade orgânica passa a ser a característica principal das relações na enfermagem.

Segundo Boudon & Bourricaud (2001.p.169), em regime de “solidariedade orgânica”, ao contrário da solidariedade mecânica, a diferenciação das atividades produtivas é, de acordo com os critérios de competência e de eficácia, perfeitamente legítima. Em conseqüência, há uma mudança marcada e incessante na hierarquia do status, que, por outro lado, é geradora de anomia. Correlativamente, produz-se um enorme desenvolvimento das funções de coordenação, que se tornam cada vez mais conscientes e metódicas.

Como as diferenças resultantes da especialização provocam o aumento da freqüência e da intensidade das trocas entre os produtores, com os riscos de conflito inerentes a esses contatos e a essas trocas, a divisão do trabalho deve ser colocada sob a vigilância de autoridades dotadas de uma visão mais abrangente do processo de produção do que cada um dos produtores. Durkheim acrescenta que essa função de coordenação e de reflexão é tanto mais importante quanto mais diferenciadas forem as tarefas produtivas (Boudon & Bourricaud. 2001, p.169).

Segundo Durkheim (1999, p.164-165), a estrutura das sociedades em que a solidariedade orgânica é preponderante, é constituída não por um sistema de órgãos diferentes, mas cada um deles com um papel especial e que é formado, por si próprios, de partes diferenciadas. Os indivíduos não mais são agrupados em suas relações de descendência, mas segundo a natureza da atividade social a que se consagram.

Segundo Boudon & Bourricaud (2001, p.83), esse regime de solidariedade que Durkheim chama “orgânica” caracteriza-se pela sua fragilidade. Com efeito, como sociedades que tanto prezam o individualismo podem proteger

a si próprias contra o egoísmo de seus membros e chegar a estabelecer um mínimo de conformidade? Afirmam ainda os referidos autores que Durkheim não só distingue esses dois termos, mas ainda os opõe. Para ele, o individualismo não contradiz o acordo e a cooperação: chega a ser uma condição para que ocorram. O egoísmo, ao contrário, caracteriza-se em primeiro lugar pela dissolução das referências comuns e pelo afrouxamento dos vínculos primários (familiares e locais); o indivíduo só tem como referência seus interesses ou seus humores.

Seguindo a linha de pensamento de Durkheim, observa-se que o trabalho do profissional de enfermagem sofreu grande influência do regime da solidariedade orgânica, e o próprio afrouxamento com os laços familiares, o egoísmo e o individualismo, a busca dos próprios interesses dificultariam essa convivência com as pessoas. Na divisão de trabalho da enfermagem, esse sentimento de individualismo, gerado por esse regime, dificultaria, também, as relações enfermeiro (a)–paciente. Justamente porque, como afirma o autor, o egoísmo e a busca dos seus próprios interesses geram esse distanciamento entre as pessoas; conseqüentemente, na enfermagem, um distanciamento dos doentes.

A preocupação em manter os pacientes mais distantes, agora já tendo como ponto de partida o esclarecimento acerca dos riscos de contaminações oferecidos pelo doente, mostra um distanciamento do profissional em relação ao doente. Isso era feito através de equipamentos de proteção individual disponibilizado tanto para proteger o doente como os profissionais de enfermagem.

Desta forma começa-se, a etapa do distanciamento entre doente e enfermeiro. Já não tem sido vista nem sentida a influência das religiosas à frente dos trabalhos. Elas continuam atuando, mas em um número muito menos significativo. Uma outra característica do momento atual é a presença de inúmeros movimentos religiosos instalados na sociedade e de um novo modelo de atendimento espiritual. O que é mais sensível neste momento é a diluição do trabalho das religiosas, da igreja católica e um aumento de missionários e outros religiosos de seitas ou de outras religiões institucionalizadas.

Neste novo momento, marcado pela maior presença da tecnologia entende-se que, por um lado, a interferência na vida do doente poderia acarretar prejuízos, pois o empirismo estaria vinculado a uma série de credices e superstições que poderiam atrapalhar o tratamento e a cura e que, por outro lado, a abordagem deve se dar de uma forma a conceber o paciente de maneira integral, que não se limite ao protocolo tradicional de tratamento.

Atualmente, vive-se um momento de transição. Um grande número de profissionais de enfermagem faz tudo para alcançar o doente tanto nos seus aspectos físicos como nos espirituais e emocionais, visando uma melhor recuperação do paciente. Isso porque estudos indicam que a falta de alguma dessas abordagens acarretaria uma baixa imunidade, levando o paciente a ter uma recuperação mais lenta, ou não ter nenhum tipo de recuperação, pela queda de auto-estima.

Observa-se todo esse momento de transição através da atuação dos profissionais de saúde e, também, através da publicação cada vez mais freqüente de estudos que revelam o avanço de uma medicina integrada e mais humana.

Hoje, na tentativa de fazer um retorno à qualidade e ao tratamento humanizado, a enfermagem tem sido vista com respeito em todas as religiões. Com a possibilidade de verificar a influência da presença das religiosas no trabalho da enfermagem, este estudo serviu-nos de estímulo para resgatar a caminhada desses profissionais e, principalmente, a influência da religião em todo trabalho deles. O interesse foi justamente porque por muitos anos ficou-se sem acreditar em uma saída para o tratamento das doenças, que contemplasse todos os aspectos necessários a uma perfeita recuperação.

A mudança de perspectiva pode ser verificada e tem como característica a participação de todos os credos e manifestações de crença, junto com a ciência e a tecnologia. Para este texto, o atual momento de transição permeia tanto as convicções anteriores como ideologias modernas. Pode-se perceber neste momento que os profissionais de enfermagem estão ganhando espaço e aperfeiçoando técnicas mais humanas, nem sempre ligadas às bases religiosas do início, mas com uma correlação humanitária, e correm contra o tempo, contra o mito e o medo. Os profissionais trabalham com a convicção de que chegarei ao melhor, tanto para o doente quanto para os profissionais de enfermagem.

O preparo científico e técnico que cada área exige, seja ela da saúde, da educação, da pastoral, da evangelização em culturas diferentes, da inserção nos diferentes meios populares, exige que disponham de uma formação básica e também específica para um trabalho profissional que supõe conhecimentos especializados. A solidariedade exige que sejamos comunidades idôneas e “suficientes” para satisfazer as necessidades legítimas da vida das pessoas mais próximas de nós e, sobretudo, das excluídas da sociedade (Boff, 2002, p.132).

Perguntas surgem dentro do atual contexto histórico, sobre a evolução das etapas vividas no desenvolvimento do profissional de enfermagem, relacionadas, principalmente, com a presença das religiosas, no processo de evolução da profissão de enfermagem. Qual a característica evidenciada com a presença das religiosas nas práticas de enfermagem? Houve alguma mudança com a modernização? E no Hospital das Clínicas, como ocorreu este processo de presença-ausência de carisma e solidariedade, influenciado pelas religiosas? Nosso trabalho visa encontrar respostas a essas perguntas.

1.3 Brasil antigo

Mostrando a situação das parteiras no Brasil, Largura (2003, p.2) relata em seu livro:

“As inúmeras e incontáveis parteiras que vivem aqui, no país, agem de maneira diferente das de outros países, pelas dificuldades de locomoção para chegarem às casas das pacientes. Muitas dessas parteiras esperam horas, dias rezando e pedindo a proteção de santos, de Deus e de Nossa Senhora”. (Largura, 2002, p. 2)

São, na sua grande maioria, mães de família, o que lhes concede maior sensibilidade e compreensão na hora de dar à luz. Essas parteiras, sem grandes pretensões econômicas, doam seu tempo à mulher que está parindo, não têm pressa e nem preocupação com a própria conta bancária. Segundo Largura (2003.p.2), são humildes, corajosas, pacientes, compreensivas e amorosas. “Conheci muitos profissionais como médicos e enfermeiras obstétricas com ‘alma

de parteira', isto é, com o dom de proteger a vida do nascituro (Largura, 2003, p.2)".

Segundo trabalhos relatados na história da enfermagem, as parteiras tiveram um trabalho de caráter caritativo. Conforme se pode verificar em Pires (1989, p.115), a religião foi uma das vertentes que caracterizaram esse tipo de trabalho caritativo e hegemonizou a ideologia do trabalho caritativo e religioso com o da enfermagem. Até hoje, o trabalho desses profissionais é exemplo de abnegação, de vida ascética e de dedicação aos pobres e necessitados de ajuda.

Já a visão de Paixão (1979, p.37) revela que o trabalho caritativo da enfermagem está mais relacionado com os seus precursores, que foram as irmãs de caridade, os padres e irmãos das ordens religiosas que atuaram no Brasil.

No Brasil, a história destaca o trabalho do franciscano frei Fabiano e do Jesuíta padre Anchieta na assistência de saúde no período colonial (Pires, 1989, p.117).

O legado deixado pelo padre Anchieta, no século XVI, foi citado por Pires (1989, p.117) e por Paixão (1979, p.101), como ação de grande importância para o Brasil porque o padre, além de professor, médico e enfermeiro, ainda escreveu sobre os costumes dos indígenas, sobre o clima e as doenças mais comuns daquela época e o tratamento através das plantas medicinais usadas pelos nativos da terra. O trabalho tão importante do padre Anchieta, registrado por Pires, (1989, p.117), vem recebendo continuidade com o trabalho de voluntários leigos.

Entre as voluntárias leigas, destacadas como vultos da história da enfermagem e precursoras do trabalho profissional de enfermagem no Brasil

encontramos, no século XVII, Francisca Sande e Ana Justina Ferreira Néri (Pires, 1989, p.118).

O trabalho voluntário não teve qualquer aproximação com o trabalho profissional. Na visão de Pires (1989, p.118), o trabalhador voluntário era motivado pelo espírito cristão e cívico. No início do cristianismo, a enfermagem teve um desenvolvimento que foi alcançado com grande marco, pela presença das ordens religiosas femininas. Posteriormente os profissionais da enfermagem não foram capazes de manter este mesmo desenvolvimento, com a entrada da tecnologia, passando assim por um período de decadência.

A evolução e a trajetória vividas pela enfermagem estão vinculadas aos períodos transitórios de desenvolvimento das nações, aos fatores de transição de poder, da política de saúde e de outros fatores socio-econômicos. O desenvolvimento da prática de saúde está intimamente associado às estruturas sociais das diferentes nações em épocas diversas (Giovanini, et al,1995,p.5).

Foi essa interação com os outros elementos da sociedade que levou a enfermagem a passar de uma concepção e prática mais solidárias para uma mais tecnológica. Para Durkheim (1999, p.31), a “Solidariedade Social” é formada pelos laços que ligam os indivíduos, membros de uma sociedade, uns aos outros, formando a coesão social.

Quanto mais os membros de uma sociedade são solidários, mais mantêm relações diversas seja uns com os outros, seja com o grupo tomado coletivamente, pois, se seus encontros fossem raros, só dependeriam uns dos outros de maneira intermitente e fraca (Durkheim, 1999, p.31).

A mulher é a grande precursora do atendimento às necessidades de saúde da espécie humana. Isso porque a divisão social do trabalho, na estrutura familiar dos grupos primitivos, contemplou-a como responsável pelo cuidado com as crianças, os velhos e os doentes.

As características de solidariedade e carisma foram muito fortes, neste período primitivo, pois, com o papel de mãe-protetora dentro das tribos, as mulheres realizavam um bem humanizado: o cuidado com um doente se assemelhava aos cuidados para com um filho.

Segundo Padilha et al (2003, p.2), as viúvas e as virgens constituíam um grupo de mulheres com funções e obrigações junto aos pobres da igreja para aliviar as dores daqueles que sofriam. Não eram viúvas no sentido estrito, mas era um título obtido também em respeito pela idade da mulher. Com o tempo, as virgens e as viúvas se incorporaram à vida comunitária como monjas.

Com a chegada do colonizador europeu e do negro africano, doenças infecto-contagiosas, como a tuberculose, a febre amarela, a varíola, a lepra, a malária e as doenças venéreas passaram a compor o cenário nosológico brasileiro, tendo início o percurso macabro das epidemias e a extinção dos nativos (Giovanini et al, 1995, p.22).

A escassez de profissionais colaborou para a proliferação do curandeirismo. A arte de curar nas mãos de leigos, autorizados a desempenhar umas poucas funções específicas, era um misto de tirocínio, ciência e credence, afirma Paixão (1979 p.105). Ainda segundo o autor, a medicina popular portuguesa, composta por conhecimentos empíricos e trazida pelos navegantes,

colonos e missionários, foi o que serviu de base à medicina brasileira. Somente com a chegada do príncipe-regente é que o ensino médico teve início no Brasil.

A primeira forma de assistência aos doentes após a colonização, foi estabelecida pelos padres jesuítas que aqui vieram em caráter missionário, para assumir a tarefa de doutrinação cristã da população colonial (Giovanini, et al, 1995, p.22).

No Brasil, a rede missionária difundiu-se em pouco tempo, através da fundação de colégios e missões, toda a cultura colonial é plasmada pelo trabalho dos jesuítas, que chegam a exercer ingerência política ao nível da economia e da administração estatais.

A assistência aos doentes é, então, prestada pelos religiosos em enfermarias edificadas nas proximidades dos colégios e conventos. Mais uma vez é sentida a presença das religiosas como uma grande força na formação dos profissionais de saúde. Posteriormente, aderiram à assistência aos doentes, os voluntários e os escravos, que também passam a executar essa atividade nas Santas Casas de Misericórdia, fundadas a partir de 1543, de início nas principais capitâneas brasileiras (Geovanini, et al 1995, p.22).

Os historiadores divergem muito nos relatos da história das Santas Casas. O certo é a atuação preponderante de Anchieta na Santa Casa do Rio de Janeiro, fato relatado por vários historiadores.

Dada a importante atuação dos jesuítas na fundação, direção e manutenção das obras de assistência, era de se esperar que se encarregassem do seu ensino e da supervisão dos trabalhos. Outros religiosos, posteriormente, trabalharam também como enfermeiros.

Celebrizou-se também, pela sua ilimitada dedicação, Frei Fabiano de Cristo, franciscano que exerceu por quase 40 anos as funções de enfermeiro no Convento de Santo Antônio do Rio de Janeiro, onde viveu no século XVIII. Os hospitais militares e as Santas Casas de Misericórdia, mantidos pela iniciativa privada e pela filantropia, tinham nestes padres voluntários verdadeiros exemplos de doação.

Os médicos eram figuras esporádicas no cotidiano hospitalar. Para Giovanini (1995, p.22), nesta sociedade, a indefinição de uma política de saúde é, em parte, explicada pela falta de interesse na reprodução da força de trabalho, já que esta ia sendo gradativamente ocupada pelos imigrantes.

A questão saúde passa a constituir um problema econômico-social. Para deter esta escalada que ameaçava a expansão comercial brasileira, o governo, sob pressões externas, assume a assistência à saúde através da criação de serviços públicos, da vigilância e do controle mais eficaz sobre os portos, inclusive estabelecendo quarentena; revitaliza, através da reforma Oswaldo Cruz introduzida em 1904, a Diretoria-Geral de Saúde Pública, incorporando novos elementos à estrutura sanitária, como o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, a Inspeção de Isolamento e Desinfecção e o Instituto Soroterápico Federal, que, posteriormente, veio se transformar no Instituto Oswaldo Cruz (PIRES, 1989, p.130).

Os relatórios de saúde denunciam que o Porto do Rio de Janeiro, principal porta de entrada das doenças pestilentas (malária, varíola, febre amarela e peste) já existia desde 1828, e as autoridades desta cidade, não tinham

qualquer controle sobre essas doenças, chegando a uma situação de verdadeira calamidade pública.

A formação de pessoal de Enfermagem, para atender inicialmente aos hospitais civis e militares e, posteriormente às atividades de saúde pública, principiou com a criação, pelo governo, da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro, junto ao Hospital Nacional de Alienados do Ministério dos Negócios do Interior (Geovanini et al, 1995, p.23).

A enfermagem somente na época imperial começa a se estruturar efetivamente. Relata Andrade (1991, p.8) que, só então surge a primeira lei relacionada à enfermagem, datada de 03 de outubro de 1832. Trata-se da organização dos cursos de parteira, cursos vinculados às academias médico-cirúrgicas nas cidades do Rio de Janeiro e Bahia.

No ensino da enfermagem registra-se que a primeira escola de formação de enfermeiro foi a de Alfredo Pinto, instituída pelo decreto nº 781 de 27 de setembro de 1890, dirigida por médicos e que formaria pessoal para atuar na área de psiquiatria, conforme afirma Andrade (1991, p.10). Segundo este autor, infelizmente, a concepção que tínhamos das funções de enfermeira levou os médicos a estabelecer a escola em bases muito rudimentares. Assim, na enfermagem do Brasil no tempo do Império poucos nomes se destacaram como dignos de passar para a História e, entre voluntários, merece especial menção o de Ana Néri².

² Ana Néri 2-nasceu na Cidade de Cachoeira, na Bahia aos 13 de dezembro de 1814, enviuvou-se aos 30 anos.Seus dois filhos médicos são convocados para servir ao governo brasileiro, durante a Guerra do Paraguai (1864-1870). Ana Néri, não resiste à separação da família e coloca-se á disposição de sua Pátria.Após cinco anos servindo na guerra, retorna ao Brasil, sendo reconhecida pelo governo imperial, que lhe concede pensão e medalhas humanitárias.

O governo americano, em concordância com o governo brasileiro, na pessoa de Carlos Chagas, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, conforme Geovanini (1995, p.24), manda para o Brasil algumas enfermeiras, que organizam em 1923 a primeira escola de Enfermagem baseada numa adaptação americana do modelo nightingaleano: a Escola de Enfermagem Ana Néri.

A escola era considerada como formadora de grupos de elite e se tornou uma tradição no contexto da educação no Brasil. Suas enfermeiras, consideradas padrão, durante muito tempo personificaram a imagem da verdadeira enfermeira brasileira. Para muitas pessoas, ser enfermeira significava ser uma pessoa formada pela Escola Ana Néri.

A estruturação de órgãos de saúde, em nível nacional e nos estados, começa a acontecer por volta das últimas décadas do século XIX, mas só no início do século XX surge o Departamento Nacional de Saúde Pública, que representa a organização estatal que vai dar origem ao Ministério da Educação e Saúde e, posteriormente, ao atual Ministério da Saúde. Segundo Paixão (1979, p.122), no mesmo ano da criação do citado Ministério, criaram-se normas legais para o ensino e exercício da Enfermagem.

Ao mesmo tempo, várias escolas também iam sendo fundadas nos estados brasileiros pelo Governo Federal, muitas delas por iniciativa das congregações religiosas que, através das irmãs de caridade, ainda desenvolviam a Enfermagem na maior parte dos hospitais, sem que para isso possuíssem preparo específico.

Neste mesmo período da fundação do Ministério da Saúde e dos cursos para enfermagem, vamos encontrar a Enfermagem profissional, ainda voltada prioritariamente para a área de ensino e de saúde pública, enquanto nos hospitais predomina a prática leiga e subserviente da Enfermagem, desenvolvida por religiosas.

Faleceu no Rio de Janeiro em 20 de maio de 1880. A primeira Escola fundada no Brasil recebeu o nome de Ana Néri que, como Florence Nightingale, rompeu com os preconceitos da época, que faziam da mulher prisioneira do lar. (Pires, 1989, p.127)

Na década de 40, a Escola Ana Néri foi incorporada à Universidade do Brasil e, em 1949, o Projeto de Lei nº 775 controlou a expansão das escolas e exigiu que a educação em Enfermagem fosse centralizada nos centros universitários. Em 1961, a partir da Lei nº 2.995/56, todas as escolas passaram a exigir curso secundário completo ou equivalente dos candidatos, mas só no ano seguinte a Enfermagem passou a ensino de nível superior. (Giovanini et al, 1995, p.25)

Ao mesmo tempo em que a enfermagem se institucionalizava no Brasil, as doenças infecto-contagiosas, trazidas pelos europeus e pelos escravos africanos, começam a se propagar rápida e progressivamente. Afirma Pires (1989, p.129) que, mais tarde, a Reforma Carlos Chagas (1920), numa tentativa de reorganização dos serviços de saúde, cria o já mencionado Departamento Nacional de Saúde Pública, Órgão que, durante anos, exerceu ação normativa e executiva das atividades de Saúde Pública no Brasil.

A formação de pessoal de Enfermagem para atender inicialmente aos hospitais civis e militares e, posteriormente, às atividades de saúde pública, principiou com a criação, pelo governo, da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro, junto ao Hospital Nacional de Alienados do Ministério dos Negócios do Interior. Esta escola, que é de fato a primeira escola de Enfermagem brasileira foi criada pelo Decreto Federal nº 791, de 27 de setembro de 1890, e denomina-se hoje Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, pertencendo à Universidade do Rio de Janeiro - UNI-RIO. (Pires, 1989, p.130)

1.4 Brasil atual

As mulheres apareceram na saúde desenvolvendo ações de cuidado ao doente no trabalho caritativo das religiosas, como parteiras leigas e como voluntárias para a assistência aos doentes, como foi o caso de Ana Néri. (Pires, 1989, p.58)

A Enfermagem, na sociedade brasileira, pode ser analisada utilizando-se critérios de periodização, segundo Giovanini (1995, p.21) nos quais o desenvolvimento da Enfermagem latino-americana considera três fases principais.

A primeira caracteriza-se pela organização sob o controle de ordens religiosas; a segunda, pelo desenvolvimento da educação institucional e das práticas de saúde pública e a terceira, que corresponde ao processo de profissionalização da Enfermagem.

A enfermagem é uma profissão desenvolvida através do século e, para buscar o seu registro na história do país, segundo Andrade (1991, p.7), torna-se necessário levantar o processo de colonização do Brasil e analisar a trajetória da

enfermagem e seus desenvolvimentos relacionados com as conjunturas e as políticas de saúde implantadas no país.

No decorrer do século XIX, a sociedade brasileira evoluiu economicamente sem, contudo, modificar substancialmente sua estrutura. Para Giovanini (1995, p.21-22), a sociedade brasileira manteve-se basicamente agrária, escravista e aristocrática, com seus núcleos urbanizados. Quanto às ações de saúde, são encontradas inicialmente vinculadas aos rituais místicos, realizados na própria tribo pelos pajés e feiticeiros, e às práticas domésticas desenvolvidas pelas mulheres índias para o cuidado das crianças, velhos e enfermos.

Ao se reportar à história, pode-se ver que os paradigmas da área de saúde modificaram-se na medida em que, em determinado momento, não conseguiram mais responder aos questionamentos do homem. O choque de valores, estabelecidos por um sistema econômico de lucros e mão-de-obra qualificada, veio a jogar por terra sentimentos altruístas, por meio dos quais os profissionais de enfermagem poderiam ser facilmente reconhecidos. Neste sistema, tiveram como resposta um intercâmbio de informações e cada vez mais um distanciamento em relação aos sentimentos fraternos.

Estamos cada vez mais caminhando para uma enfermagem massificada, qualificada tecnicamente e com valores para atender somente ao mercado de trabalho. Será que os dons, tão reconhecidos e admirados em outros tempos nestes profissionais cederam lugar para os novos valores deste novo sistema capitalista e consumista? Ou será que novos paradigmas surgirão, em desafio aos modelos técnico-científicos, concebidos como reconhecidamente frios e

desumanos. Poderá ainda surgir uma associação, em um novo tempo, entre os dois modelos.

Veja-se a fala de Comblin (1993), na obra de Assmann, (1994, p.16), que elucida bem a evolução destes valores, e o porquê dessa mudança de paradigmas.

A nova sociedade, nascida da terceira revolução capitalista... a nova burguesia (os norte-americanos chamam-lhe 'classe média') impõe a sua cultura, o seu egoísmo, o seu consumismo, e o resto do mundo que se dane. (...) a nova burguesia impõe a sua 'cultura da satisfação', como diz Galbraith (a). Isola-se no seu consumo privilegiado, reserva-se a si mesma todos os recursos do mundo, nega-se a prever o futuro, ou a encarar os males presentes das imensas multidões de miseráveis. A nova burguesia cultiva uma euforia artificial, porque pode consumir cada vez mais e ignora o resto, nomeadamente, a destruição das massas pobres da humanidade. Por um lado estamos diante de uma minoria fechada no seu egoísmo integral, por outro lado, jaz aí uma imensa maioria sem poder, sem recursos, os 'novos bárbaros', (...) burguesia inconscientemente muito mais cruel do que todas as anteriores, porque está decidida a deixar morrer de inanição a maior parte da humanidade, sem mover um dedo para não". Sacrificar nada dos bens egoistamente conquistados. (...) já não se pode pensar num simples movimento de libertação, porque se trata de regenerar todo o tecido da sociedade, e de fazer um novo modelo social. (Comblin, 1993 apud Assmann, 1994, p.16)

Segundo Giddens (1991, p.11), os desencaixes da sociedade, com outros problemas inerentes à "modernidade", referem-se a estilo, costume de vida ou

organização social que emergiram na Europa a partir do século XVII e que ulteriormente se tornaram mais ou menos mundiais em sua influência. Isso associa a modernidade a um período de tempo e a uma localização geográfica inicial, mas por enquanto deixa suas características principais guardadas em segurança numa caixa preta.

Hoje, no final do século XX, muita gente argumenta que estamos no limiar de uma nova era, a qual as ciências sociais devem responder e que está nos levando para além da própria modernidade. Uma estonteante variedade de termos tem sido sugerida para esta transição, alguns dos quais se referem positivamente à emergência de um tipo de sistema social (tal como a “sociedade de informação “ou a “sociedade de consumo”), mas cuja maioria sugere que, mais que um estado de coisas precedente, está chegando a um encerramento (‘pós - modernidade, pós-modernismo“ , “sociedade pós - industrial”, e assim por diante). (Giddens, 1991, p.11)

A iminente convivência com o risco e com o perigo, os desencaixes, do tempo e espaço, a fuga do outro fazem ver no estudo da modernidade discutida por Giddens, a ameaça que o ser humano enfrenta. E cada vez mais, em meio a tanto embaraço, o homem vai tentando acertar, com as dificuldades oferecidas pela modernidade, solução que o tire da condição de medo constante.

Segundo Giovanini (1995, p.25), a rápida escalada industrial no Brasil se processou através da instalação definitiva dos grandes complexos econômicos estrangeiros, num momento em que a população interna e a tecnologia brasileira ainda não haviam atingido um grau de desenvolvimento suficiente. A falta de infra-estrutura urbana e a precariedade dos serviços oferecidos, somadas ao alto

custo de vida, à inflação e às grandes aglomerações, geraram as condições para a deterioração da vida e da saúde do povo brasileiro. A inclinação dos centros de poder para atender às problemáticas questões de saúde que se levantaram com o processo brasileiro de acumulação capitalista foi direcionada prioritariamente para cumprimento das funções reprodutivas da força de trabalho. Com a consolidação do processo de industrialização em nosso país, a tecnologia hospitalar e a indústria farmacêutica ocupam lugar de destaque, privilegiando a Medicina curativa, que passa a ser o paradigma de um sistema de saúde que tem no Hospital seu principal centro de referência.

É neste quadro nacional, sucintamente esboçado e com a educação em Enfermagem já consolidada, através da sua integração aos programas universitários e governamentais, que vamos encontrar os enfermeiros concentrados basicamente na área hospitalar, observando-se por este mesmo tempo um crescimento quantitativo de outras categorias na Enfermagem, para fazer face às novas exigências do mercado de trabalho. (Giovanini et al., 1995, p,26)

Ainda segundo Giovanni (1995, p.26), o crescimento do setor privado e o modelo de assistência adotado pela Previdência Social determinaram a ampliação do campo de prática da Enfermagem, e os profissionais de nível superior passaram a ser absorvidos em maior quantidade pelo setor público, enquanto o setor privado, como forma de reduzir os gastos com o pessoal, passou a absorver auxiliares e operacionais em maior proporção. Esse quadro reflete-se na área da educação em Enfermagem, onde os currículos que, antes, enfatizavam a saúde pública, passaram a privilegiar o ensino especializado e a assistência curativa.

Ocorre também a proliferação dos cursos para atendentes, auxiliares e, mais tarde, para os técnicos de Enfermagem, muitos deles, mantidos por entidades de direito privado.

Afirma Giovanini (1995, p.26) que a existência de várias categorias e a divisão do trabalho na Enfermagem também dificultam o seu reconhecimento social, uma vez que os usuários dos serviços de saúde, por desconhecerem a existência dessa divisão hierárquica, tendem a confundir seus agentes.

Este fato é reforçado, de um lado, pelas outras categorias que genericamente se autodenominam como enfermeiros; de outro, pelos próprios enfermeiros que não vêm desenvolvendo, quer individualmente, quer através de seus órgãos representativos, uma ação esclarecedora junto à população; e, ainda, pela divulgação distorcida de alguns veículos de comunicação que, através de contos e novelas, desprestigiam a classe, ao exibi-la de forma depreciativa, ora como grotesca e vulgar, ora como dócil e submissa, fortalecendo idéias pré-concebidas e errôneas a seu respeito. Isto contribui para diminuir ainda mais o status profissional e o poder de barganha da Enfermagem na defesa de seus interesses. (Giovanini, et al. 1995, p.26)

Outra questão que favorece a subutilização da Enfermagem, segundo Giovanini (1995, p.26), em favor da acumulação do capital, é a fraca participação da categoria nas entidades de classe e nas lutas pelas reivindicações profissionais, além da conjuntura política que a condiciona a exercer um papel subalterno e limita seu poder de decisão, uma vez que raramente se encontra um enfermeiro exercendo o maior comando dentro de uma estrutura hierárquica da área de saúde.

As Conferências Nacionais de Saúde têm sido realizadas no Brasil desde 1947. São instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde, têm caráter deliberativo e são regulamentadas pela Lei nº 8.142/90. Afirma Giovanini (1995, p.29) que, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, a própria concepção de saúde, antes abstrata, é redefinida, partindo-se da premissa de que a saúde merece um conceito mais abrangente e político que aquele adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946. Assim, frente aos propósitos da Reforma Sanitária brasileira, a saúde passa a ser entendida como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.

São reveladores os Programas implantados em todo o país como, por exemplo, o Programa de Saúde da Família (PSF), no qual a equipe multidisciplinar visita o doente em casa, aumentando a auto-estima de muitos pacientes, inclusive de doentes crônicos, aumentando com isso a sobrevivência dos mesmos.

Em matéria divulgada pelo jornal *O Popular*, edição do dia 04 de maio de 2003, constata-se essa mudança de comportamento entre os profissionais da saúde. A reportagem mostra como o PSF funciona, com as suas visitas domiciliares, cadastrando os moradores e os orientando diante de tratamentos, prevenção de doenças, encaminhamento para locais especializados de tratamentos em hospitais de grande porte quando necessário.

Esses encaminhamentos dos pacientes são feitos, atualmente, em parceria com as prefeituras, que respondem pelo transporte e pelas instalações

dos pacientes em albergues em outras cidades e coordenados por uma equipe multidisciplinar, ligada ao município, que assiste o paciente que se desloca geralmente para as capitais, onde os tratamentos específicos se concentram. A assistência fica, assim, individualizada, mais humanizada, inclusive porque, quando o paciente vem de sua cidade, encontra em Goiânia, por exemplo, referencial para que possa prosseguir seu tratamento e retornar o mais rápido possível.

CAPITULO II

O CASO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

2.1 Concepção do HC e sua atuação

A história do hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG) é a história das instituições públicas de saúde e educação no Brasil: trata-se de uma história de resistência.

Segundo a enfermeira Andrade (1991, p.6), autora do relatório de Enfermagem, o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás é uma instituição de ensino na área de saúde que tem como objetivos a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão. Integram os departamentos de Enfermagem, Medicina, Farmácia, Odontologia, IPTESP (Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública) e Nutrição; serve ainda de campo de estágio para os cursos de Serviço

Social e Psicologia da Universidade Católica de Goiás e formação de pessoal técnico do nível médio da Enfermagem.

Construído em 1941 pelo governo do Estado e equipado em 1959 pela Associação da Faculdade de Medicina, é inaugurado em 23 de fevereiro de 1962 com 60 leitos e 67 funcionários, que assumem juntamente com o corpo docente da Faculdade de Medicina, a formação de 33 acadêmicos e a prestação de serviços a um público não pagante, procedente do Estado de Goiás e circunvizinhos. (Andrade, 1991, p.11)

Para Andrade (1991, p.6), o início do funcionamento do HC é assegurado pelo convênio com o Estado, que assume 75% de sua manutenção, enquanto à UFG cabe a contratação de pessoal e os 25% restantes. Ainda, o convênio com a irmandade São Vicente de Paulo e os subsídios dos Hospitais de Ribeirão Preto e São Paulo, de onde as assessorias técnicas de um professor médico com formação em administração hospitalar muito facilitaram (o convênio, os subsídios, etc) na fase de organização.

Foi de grande relevância a contribuição da Santa Casa de Misericórdia e Hospital JK para o treinamento de pessoal durante 06 meses antes da abertura do hospital. Neste período foram elaboradas as normas e rotinas. (Andrade, 1991, p.12)

Referente à gestão de 94/2001, foi levantado um relatório, do qual passamos a explorar algumas informações. Segundo este relatório, o Prof. Rodopiado de Souza Florêncio relata que o Hospital das Clínicas surgiu há 12 anos, com a instituição da comissão SOS/HC, que, na época, lutou para retirá-lo

de uma crise que fazia com que, dos seus 350 leitos, apenas 120 estivessem funcionando. *(Rodopiano Florêncio. Médico e professor do HC)*

Segundo o professor Rodopiano Florêncio, em 1991, em eleição direta, foi conduzido ao cargo de Diretor Geral do HC/UFG o professor da Faculdade de Medicina Dr. João Damasceno Porto, que o convidou para assumir o cargo de Diretor de Serviços Auxiliares.

Administrativamente e no aspecto didático, o HC vinculava-se à Faculdade de Medicina e, em 1983, desvinculou-se e ficou subordinado hierarquicamente à Reitoria. Andrade (1991, p.6) informa que, apesar das dificuldades financeiras, houve um aumento percentual de leitos na ordem de 477% no decorrer de 11 anos, atingindo a capacidade de 280 leitos com a infraestrutura inalterada do espaço físico, comprometendo as condições de trabalho, gerenciamento, qualidade de ensino e prestação de serviços.

É composto de 1934 funcionário(a)s, sendo que apenas 700 pertencem ao quadro permanente da UFG. 169 funcionários trabalham cedidos por outros órgãos (Secretaria de Estado da Saúde, Ministério da Saúde, IPASGO e Secretaria Municipal de Saúde) e, com exceção dos 700 servidores do quadro permanente, todos os outros são custeados com recursos gerados pelo próprio hospital.

2.2 – A Enfermagem no Hospital das Clínicas

A história da enfermagem no Hospital das Clínicas teve início com a fundação e funcionamento dessa instituição. Segundo Andrade (1991, p.15), nesse período o hospital mantinha convênio com a irmandade São Vicente de Paulo, e o serviço de enfermagem foi coordenado por Irmã Luma e Irmã Sarmiento. O Diretor Geral neste período de inauguração foi o Dr. Geraldo Pedra, que ficou no cargo de 28 de fevereiro de 1962 a 28 de janeiro de 1968.

Devido à falta de registros na Seção de Enfermagem, só foi possível levantar o histórico de enfermagem a partir do ano de 1975, onde temos encadernação dos trabalhos realizados nesta seção. (Andrade, 199, p.14)

Afirma Andrade (1991, p.15) que, no período de 19.01.68 a 22.12.72, o Diretor Geral do Hospital das Clínicas foi o Dr. Jorge Dourado e que as enfermeiras que coordenaram o serviço foram Irmã Celina Maria das Neves Araújo, Delza Dias Bueno e Lunildes Lopes Fernandes.

A partir de 16.09.73 e até 02.03.77, as chefes da Seção de Enfermagem foram Carminda Campos e Maria Aparecida Veloso e Lecy Santana O Diretor Geral nesse período foi o Dr. Ary Monteiro do Espírito Santo.

O Dr. Augusto S. Teixeira foi o Diretor Geral no período de 02.03.77 até maio de 1982, quando a chefe da Seção de Enfermagem era Lunildes Lopes Fernandes. Neste período é implantada a metodologia da assistência da Enfermagem, bem como a fundação da Faculdade de Enfermagem e Nutrição.

No segundo semestre de 1982, com as eleições diretas para diretor da Faculdade de Medicina, diretor do Hospital das Clínicas, também teve-se a oportunidade de eleger a nossa representante para a chefia da Seção de Enfermagem, sendo eleita a enfermeira Maria Rezende Cardoso que atuou no

período de 05.11.82 a 07.02.84, sendo o Diretor Geral nesta época o Dr. Alberto Sinfronio Sartori. (Andrade, 199, p.12)

Na década de 80, as crises financeiras aprofundaram-se, quadro que se agravou com a renúncia do Diretor eleito, Dr. Alberto S. Sartori. Afirma Andrade (1991, p.16) que o Diretor eleito foi substituído por um professor indicado pela reitoria, sem contar com a participação da comunidade. Neste período, devido à renúncia do Diretor Geral, a chefe da Seção de enfermagem, Maria Rezende Cardoso, também entregou seu cargo, sendo substituída pela Enfermeira Lílian Joy A Oliveira, que permaneceu no cargo entre 07.02.84 e 10.01.90. Os Diretores Gerais nesta época foram o Dr. Gerson Veloso e o Dr. Naby Salum.

Passaram pela direção do HC o Dr. Dílson Antunes de Oliveira e o Dr. João Damasceno (este último chegou ao cargo pelo voto direto). Responderam pela Seção de Enfermagem Leni Assunção de Melo e, por voto direto, Maria Rezende Cardoso até abril de 1991.

Os problemas enfrentados pela seção de enfermagem, neste período de 1991, vão desde a deficiência nos recursos humanos, materiais e equipamentos, além de espaço físico inadequado. Com falta constante de material de consumo e material permanente, bem como a falta de pessoal qualificado (Andrade, 1991, p.14).

O corpo de enfermagem é composto de funcionários do quadro eletivo da Universidade Federal de Goiás (UFG), do Sistema Único de Saúde (SUS), da Fundação de Apoio à Pesquisa (FUNAPE), de prestadore(a)s de serviço e bolsistas. Enfermeiro(a)s são em número de 79 (setenta e nove), técnico(a)s de enfermagem, 120 (cento e vinte) e Auxiliares de Enfermagem, 62 (sessenta e

dois). Para Andrade (1991), diante desta realidade, em que se tem um quadro de pessoal com vários vínculos empregatícios, torna-se difícil uma assistência de qualidade. Assim, a proposta para o futuro do trabalho é a de realização de concursos públicos para preenchimento de vagas na enfermagem.

Tendo como realidade essa visão caótica do trabalho da enfermagem, mediante as dificuldades de administração e recursos, nota-se uma enfermagem com vários empecilhos para elaborar um serviço que atenda bem a sua clientela, inclusive atender os próprios profissionais, que se encontram várias vezes estressadas, e com sobrecarga de trabalho, pela falta de profissionais, e pela falta de concursos.

Segundo informações do relatório desta gestão, este foi um período muito difícil no aspecto financeiro, com a alta da inflação tendo ajudado a proporcionar os atrasos nos pagamentos, e várias outras dificuldades. (Rodopiano, médico e professor do HC)

A partir de propostas tiradas em conjunto foi criada uma capela para o atendimento individual, para vislumbrar a parte espiritual do paciente, já observada a carência criada pela falta de estrutura do serviço. A história do HC pode ser melhor entendida à luz de alguns autores que consideram tanto o papel da religião como as conseqüências dos avanços tecnológicos na sociedade.

Para Durkheim, o sobrenatural é o mundo do mistério, do incompreensível, e a religião seria, portanto, uma espécie de especulação sobre tudo que escapa à ciência. Para o autor, é certo que o sentimento de mistério não deixou de desempenhar um papel importante em certas religiões, especialmente no cristianismo (Durkheim, 2000, p.5). Sob esse ponto de vista faz-se necessário

que a equipe de enfermagem tenha a mesma postura que o HC vem tendo, de respeito aos doentes em todas as suas necessidades, principalmente espirituais, que a ciência não focaliza.

O pensamento de Weber (2000, p.319), que ressalta o sacerdócio e o carisma, dá sustentação às situações vividas no HC, pois tivemos a observação através das pesquisas de uma defesa dos profissionais enfermeiros religiosos ou não, sobre o sacerdócio, que, na perspectiva de Weber, coincidia com as situações vividas dentro do HC. O interesse em ganhar as almas, através da cura, é o verdadeiro instrumento de poder dos sacerdotes, precisamente na vida cotidiana, e tanto mais influencia o modo de viver quanto mais ético seja o caráter da religião.

Ao se dedicar a uma carreira, com tanto desprendimento do próprio eu, a(o) enfermeira(o) passa a ser para o outro – a(o doente) –, um “suporte de vida”, ou seja, aproxima-se muito do conceito da pessoa com as características carismáticas, conforme define Weber (2000, p.319).

Os desencaixes (cf. Giddens, 1991, p.14) ocasionados pela modernidade poderiam provocar no doente uma maior sensação de vazio e, nos enfermeiros leigos, maior dificuldade em estarem associando o trabalho técnico à ciência. Nossa leitura, portanto, é a de que continuamos a vivenciar e precisar de Deus para satisfazer o lado espiritual. Mesmo na modernidade os profissionais continuam a buscar um a maneira de assistir o doente de forma holística, observando os aspectos físicos e espirituais.

Na abordagem de Boudon & Bourricaud (2001, p. 82), fica claro que toda ação social repousa sobre um mínimo de conformidade, o que não se deve confundir, porém, com conformismo.

Segundo os autores, a conformidade se apresenta de diversas formas. Pode-se inicialmente distinguir, inspirando-se no ensinamento de Durkheim, uma conformidade por semelhança de uma conformidade por convergência. Para esses autores, Durkheim opõe às sociedades primitivas ou tradicionais, que ele caracteriza pela absorção do indivíduo em seu grupo, as sociedades modernas, caracterizadas pela valorização da contribuição individual de seus membros e, conseqüentemente, pela autonomia que elas lhes concedem.

A Solidariedade é a liberdade de cada um de procurar seus próprios interesses e, em particular, de estabelecer contrato com outro, à condição de que o conteúdo desse contrato seja lícito e reconhecido como legítimo. A exigência social de conformidade não se confunde com a obrigação imposta ao indivíduo de tornar-se, por assim dizer, indiscernível do "tipo" social. Ela se resume à aceitação e ao respeito (tomando - se esta última palavra no sentido moral) às regras do jogo, para que se estabeleça reciprocidade dos diferentes atores. (Boudon & Bourricaud, 2001, p. 83)

Com efeito, afirmam Boudon & Bourricaud que, para Durkheim, a divisão do trabalho, mesmo acompanhada de uma especialização das tarefas, no nível da alocação dos recursos, e de elevação da produtividade, no que concerne ao produto, é também e antes de tudo um fato de organização ou, como prefere Durkheim, um fenômeno de solidariedade. Como se deve entender essa expressão? Lendo Durkheim, tender-se-ia a tomá-la num sentido muito amplo e

diluir a análise da divisão do trabalho numa visão de conjunto das condições que afetam a coesão das diferentes formas de sociedade. Se reduzido, porém, a duas proposições essenciais, o preceito durkheimiano mantém sua pertinência e precisão. (Boudon & Bourricaud 2001, p.82-83)

A divisão do trabalho não é, *stricto sensu*, um fenômeno natural, mas propriamente social. Além disso, esse fenômeno não é espontâneo, mas, por assim dizer, sistematicamente organizado e coordenado. Com respeito à segunda proposição, que enfatiza a coordenação das tarefas, Durkheim faz algumas especificações muito importantes. Primeiramente, em relação à organização social, a solidariedade apresenta-se sob dois tipos, um “mecânico”, outro “orgânico”. (Boudon & Bourricaud, 2001, p.169)

A partir de Durkheim (1999, p. 133), somos levados, assim, a considerar a divisão do trabalho sob um novo aspecto. Nesse caso, de fato, os serviços econômicos que ela pode prestar são pouca coisa em comparação com o efeito moral que ela produz, e sua verdadeira função é criar entre duas ou várias pessoas um sentimento de solidariedade.

Como quer que esse resultado seja obtido, a solidariedade orgânica suscita essas sociedades de amigos, e ela as marca com seu cunho. Se, com freqüência, considerou-se que as relações sociais que dão nascimento à divisão do trabalho consistem apenas na troca, foi por se ter desconhecido o que a troca implica e o que dela resulta. Ela supõe que dois seres dependam mutuamente um do outro, por serem ambos incompletos, e apenas traduz exteriormente essa dependência mútua.

Giddens (1991, p.14) observa, com relação às dimensões institucionais da modernidade, o que denomina de descontinuidade, ou “conjunto de descontinuidades”, que devem ser percebidas mediante sua extencionalidade tanto quanto em intencionalidade.

Sobre o plano extencional, as mudanças no estilo de vida ocorridas com a modernidade, serviram para estabelecer formas de interconexão social que cobrem o globo; em termos intencionais, elas vieram alterar algumas das mais íntimas e pessoais características de nossa existência cotidiana. (Giddens, 1991, p.14)

Existem, para Giddens (1991, p.14), continuidades entre o tradicional e o moderno, mas a mudança ocorrida nos últimos três ou quatro séculos causou grande impacto nas instituições, a saber, uma mudança intrínseca na natureza das organizações. Neste pormenor, precisa-se avaliar a crença no progresso como espada de dois gumes, especialmente no que respeita à questão da segurança versus o risco, em que o progresso foi realizado com grandes conflitos.

Sente-se que, quanto à continuidade entre o tradicional e o moderno, principalmente quando se fala em crenças e religiões no âmbito hospitalar, dentro da modernidade, como já citado em parágrafos anteriores, se faz necessária uma diferenciação ou uma ligação com o tradicional.

Quando os magos, corporativamente organizados, se tornam pouco a pouco sacerdotes, afirma Weber (2000, p.315), essa função importante da educação de leigos não cessa de existir e, por toda parte, a pretensão do sacerdócio é mantê-la firme em suas mãos.

Ao mesmo tempo, o saber sagrado, como tal, vai desaparecendo, e o ensinamento sacerdotal transforma-se numa tradição fixada literalmente, interpretada pelos sacerdotes mediante dogmas. Uma religião livresca deste tipo torna-se então fundamento de um sistema de educação, não apenas para os próprios membros do sacerdócio, mas também e precisamente para os leigos. (Weber, 2000, p.317)

Para o autor, o trabalho sacerdotal, na sistematização da doutrina sagrada, é alimentado constantemente por componentes novos que aparecem na prática profissional dos sacerdotes, em oposição à situação dos feiticeiros mágicos. Na religião congregacional ética, surge o sermão como algo totalmente novo e a cura racional de almas como algo substancialmente distinto do auxílio mágico em caso de necessidade.

Essas oportunidades, oferecidas ao sacerdócio, vão abrindo mais espaços a essa prática, principalmente quando os mágicos falham e, com isso, perdem mais e mais a sua credibilidade junto ao povo.

O sermão, isto é, o ensinamento coletivo sobre coisas religiosas e éticas, no sentido próprio da palavra, afirma Weber (2000, p.318), é em regra um elemento específico do profeta e da religião profética. Quando aparece fora desta, constitui-se numa imitação. Sua importância diminui, em geral, nos casos em que a religião revelada se converte, devido a cotidianização, num exercício sacerdotal, e encontra-se em proporção inversa aos componentes mágicos de uma religiosidade.

O sermão ganha maior importância, portanto, dentro do protestantismo, no qual o conceito de sacerdote foi totalmente substituído pelo pregador. O

budismo, no que se refere aos leigos, consiste originalmente somente em sermão, e nas religiões cristãs estes adquirem tanto mais significado quanto mais se eliminam os componentes mágico-sacramentais. (Weber, 2000, p.318)

As curas de almas, a assistência religiosa aos indivíduos é, em sua forma racional-sistemática, também um produto da religião profética revelada, afirma Weber (2000, p.318), e, ainda segundo o autor, sua fonte é o oráculo e o aconselhamento pelo mago, em casos nos quais doenças ou outras adversidades sugerem um pecado mágico, o que levanta a questão de que sejam os meios adequados para acalmar o espírito ou o demônio ou deus enfurecido. Aqui se encontra também a origem da “confissão”.

A enfermagem teve, durante anos seguidos, a influência da Igreja, basicamente dos seus atuantes, inclusive dos profissionais leigos que se dividiam entre a Igreja e as casas de misericórdia, como antes era chamado o local nos quais se recolhiam as pessoas doentes, para os cuidados necessários.

Para o futuro aparece uma nova perspectiva da religião na vida dos profissionais de enfermagem: a formação de equipes multiprofissionais, e participação de religiosos que possam atuar em programas de saúde, ou seja, na sociedade, com a tentativa de reciclar o velho no novo, isto é, retomando valores iniciados com a religião, tratando-se da arte de cuidar, mas já com base nos conhecimentos científicos. Isto tudo sem descartar a participação da prática religiosa do paciente, também importante na sua recuperação.

Uma das falas de uma enfermeira leiga do HC deixou-nos um ponto grande para reflexão do futuro, se realmente a enfermagem tem mudado, ou se estamos com outra roupagem, reciclando o Velho no Novo, é a história do

carisma e do sacerdócio, além da solidariedade tão discutida pelos nossos pensadores, e voltar com o nome de humanização.

Marina, enfermeira recém-formada funcionária do HC, conta-nos uma experiência que teve há poucos dias com uma paciente internada na Clínica Médica para ser hidratada. Relata que a senhora Rosa, de 76 anos, tinha operado de um tumor maligno no esôfago, e que, nas últimas semanas, não estava engolindo nem a saliva.

Marina disse que ao fazer a internação da paciente, notou quanto era grande o desespero das duas filhas que a acompanhavam, e sem relutar, autorizou que as duas revezassem e permanecessem ali na enfermaria com mãe, Marina diz que notou nos olhos da dona Rosa uma vontade enorme de viver e o medo de morrer, todos esses pontos fez com que se dedicassem mesmo fora do horário de serviço ao tratamento da dona Rosa, sempre era ela que punçionava sua veia, pois dona Rosa já estava muito traumatizada, Marina acompanhou por vinte e quatro dias, este drama todo, e viu a cada dia renascer vida na dona Rosa, esta sempre alegre, até uma semana antes de voltar a piorar seu estado de saúde.

Marina disse que já estava muito familiarizada a ver a dona Rosa todos os dias, a rirem juntas, a pedirem a Deus que curassem também juntas e sempre reunida com os familiares, que no horário de visita vinham em grande número, mesmo que dona Rosa residisse em outra cidade.

Quando Marina sentiu a piora de dona Rosa, que foi praticamente por cinco dias, quase entrou em desespero, mas não podia: era a enfermeira e tinha que dar forças àquela paciente que “era já como uma pessoa da família e tudo indicava que logo morreria”. Questionou Deus como todos fazem, “porque Dona

Rosa que é tão boa!” Foi quando sentiu o tanto que amava aquela pessoa que acreditou na enfermeira que cuidava dela, no seu trabalho, acreditou que curaria com as orações e a força transmitida por ela. Foi então que Marina conta-nos que viveu o seu limite.

Acompanhou todo o momento de piora no quadro de saúde de dona Rosa; esteve sempre perto; fez questão de segurar em suas mãos; de falar com Deus em voz alta, com medo de que ele não a ouvisse. Deus a levou, numa terça-feira às duas horas da tarde. Dona Rosa estava apoiada nos braços de Marina.

A enfermeira Marina questiona o fato de algumas pessoas pensarem que os enfermeiros modernos deixaram a ciência os sufocar. “O nosso sentimento só a nós pertence, e o modo como expressamos só nos sabemos, por isso acho que quem trabalha com o ser humano neste limite de vida e morte, sempre manifestara a identificação com o sofrimento do outro, talvez o meu colega nem fale na hora como eu fiz, talvez ele até maltrate todos que estão por perto, mas eu acredito, que na nossa alma de enfermeiro, tudo se registra e se liga ao sagrado sejamos religiosas de ordens ou não, somos é gente e muito gente, se não, não estaríamos participando do tratamento de quem sofre” (*Marina Oliveira, enfermeira do HC da Clínica Médica*)

Aqui observamos, a fala de Marina, é cheia de carisma embora as religiosas, não estivessem presentes.

O que se pode perceber a partir da leitura dos depoimentos dos profissionais de enfermagem que responderam ao questionário para este trabalho

é a sintonia com essa perspectiva do atendimento humanizado. A ponto de se poder imaginar essa sintonia como um traço do trabalho de enfermeira(o)s.

Historicamente, como ficou demonstrado, as Religiosas estiveram presentes desde o início da profissão, quando a atividade nem mesmo era reconhecida como tal. Permanecem nos trabalhos até hoje, com menor, mas não menos importante participação. As presenças das Religiosas, de certa maneira, traduziram e deram o tom para a atuação dos profissionais de Enfermagem. Entre os depoimentos, é praticamente unânime a aceitação e o reconhecimento da importância da participação das Religiosas na construção da profissão de Enfermagem. Algumas ressalvas que foram anotadas dizem respeito ao caráter de submissão dos primeiros profissionais em relação aos serviços ou procedimentos desempenhados pelos médicos. Outra diz respeito ao reconhecimento de que a presença de atuação religiosa ou vínculo com alguma religião não é condição necessária para se fazer um atendimento humanizado.

Com relação à abordagem do paciente, é unânime a concepção de um atendimento integral, que envolva os aspectos sociais, biológicos, psíquicos e espirituais do doente. Essa postura aponta para a necessidade de atendimento por uma equipe multidisciplinar, capaz de dar conta do maior número possível de informações sobre o estado do paciente e proceder aos encaminhamentos necessários e com a presteza e a rapidez exigidas pelo caso específico.

Outro ponto mencionado e não menos importante é a questão da formação profissional. As escolas, hoje, estão concentrando sua atenção nos equipamentos, no manuseio deles e nas práticas e rotinas administrativas, em detrimento da formação humanística. Não é uma situação localizada, própria dos

cursos de Enfermagem, mas reflete o sistema social e econômico, que valoriza a formação técnica, supervaloriza a economia. Nesse modelo, os profissionais precisam atender o maior número de pessoas no menor tempo possível, não permitindo o acolhimento humanizado e a atenção que o paciente recebia em outros tempos, como relatam muitos dos depoentes.

Há muitos entrevistado(a)s que se mostram saudosistas em relação ao desempenho da atividade de Enfermagem. Acreditam que, apesar de todos os avanços técnicos, no passado se prestava um atendimento de melhor qualidade ao paciente. Muitos apontam para a realidade social do país, que raramente permite que se tenha um único emprego, com dedicação exclusiva. O mais comum é o profissional de Enfermagem trabalhar em dois ou três locais diferentes, para que consiga um mínimo de condições econômicas para sua família. Os reflexos dessa realidade no desenvolvimento das atividades são reconhecidos por muitos dos entrevistados.

Talvez devido em grande parte à fragilidade com que as pessoas chegam aos Hospitais, precisando de ajuda, elas vêem nos profissionais que ali trabalham seres humanos especiais, portadores dos conhecimentos e dos métodos de trabalho de que elas têm necessidade para se livrarem de seus medos. Conforme os relatos, muitas vezes antes mesmo de qualquer procedimento técnico por parte de médicos ou enfermeiros, o paciente já se sente aliviado, mais tranquilo, menos tenso. Isso para se dar em virtude de se sentir seguro diante de pessoas especiais. Essa constatação quase que obriga a pensar na concepção de ser carismático, conforme se vem discutindo neste trabalho. A enfermagem faz esse contato do Homem com sua filiação Divina, na pessoa do(a) Enfermeiro(a), vista

pelos pacientes como alguém que acumulou conhecimentos e que, por meio desses conhecimentos, é capaz de livrá-los de suas ansiedades.

O atendimento humanizado exige mudança de paradigmas, alteração de modelos e de rotinas hospitalares. De forma unânime, as pessoas entrevistadas para este trabalho, consideram essa mudança de paradigma uma necessidade. Concordam que técnica deve estar a serviço desse novo modelo de abordagem. Deveria ser essa concepção de atendimento que orientasse o uso da técnica, e não o contrário.

Essa retomada da “velha” enfermagem solidária, em que as questões financeiras pesavam pouco ou quase nada, praticada, especialmente, por mulheres religiosas, significa a religação (de religare, de religião) do homem com seu aspecto mais sublime, que é essa vizinhança com o Divino, com o Sagrado. Parece extremamente importante que, hoje, se busque uma atuação médica e de enfermagem – como de resto em todos os campos–, mais preocupada com a integralidade do ser. São inumeráveis os movimentos vinculados ao Holismo.

O distanciamento entre enfermeira(o) e paciente é decorrência da fragmentação do ser, característica da modernidade e transformada em método científico com o Positivismo. As ciências, todas, na ânsia de definir seu objeto e seu campo de estudo e atuação, esquecem de relacioná-los, esquecem de compartilhá-los.

2.3 – Religiosas: carismáticas ou sacerdotisas?

Relata a enfermeira Marta Dourado, que esteve acompanhando a evolução do hospital das Clínicas, que a situação do mesmo, no início, era de muita dificuldade em todos os aspectos: “faltava de material até mão-de-obra qualificada”. Enfermeiras como ela tiveram que se desdobrar muito, fazendo às vezes trabalho que, hoje, caberia somente a um hematologista, que seria a transfusão de sangue em pacientes, o que ela fazia com a maior tranqüilidade, conforme relatou à pesquisa.

Marta Dourado, é a favor de o profissional agir como sacerdote, durante seu trabalho, pois mesmo sendo leiga a sua ação foi sempre paralela ao do sacerdócio. A enfermeira não conseguiria separar a enfermagem do sacerdócio.

Por outro lado, ao se dedicar a uma carreira com tanto desprendimento do próprio eu, a(o) enfermeira(o) passa a ser para o outro – a(o) doente – um “suporte de vida”, ou seja aproxima-se muito do conceito da pessoa com característica carismática, a que Weber se refere na sua obra *Economia e Sociedade*.

A Enfermeira Gomes, ex-funcionária do HC, aposentada desde 1966 e que estudou e trabalhou com as irmãs que iniciaram o trabalho da enfermagem, pertence à Congregação de Pio XII em Anápolis. Dedicou sua vida profissional a cuidar dos doentes e, mesmo aposentada, ainda trabalha como voluntária na Vila São Cotolengo.

A enfermeira Dayse sente muitas saudades do hospital, pois hoje, já como aposentada, só lhe restam boas lembranças, apesar de relatar as grandes dificuldades que enfrentou durante cirurgias, por exemplo. Lembra que os pontos eram feitos com grampos e pela enfermagem. Agradece tudo o que aprendeu

com as enfermeiras freiras, queria ser uma também na época, mas optou em acompanhar de perto a família. Observou a enfermeira que as freiras enfermeiras, durante todo o seu processo de trabalho com o HC, dedicavam muito mais o seu tempo do que as outras enfermeiras, e que tratavam o paciente muito mais carinhosamente que as enfermeiras leigas com as quais teve oportunidade de trabalhar mais no tempo próximo ao da aposentadoria.

Para a enfermeira Dayse a percepção em relação ao trabalho das freiras coincide mais com a idéia de sacerdócio, conforme o conceito de Weber. Ela considera diferente a dedicação das enfermeiras leigas, cujo tratamento dirigido aos doentes é mais amplo, pois as leigas não se preocupam tanto com a salvação e cura de almas.

Weber define o carisma como uma qualidade considerada extraordinária que se atribui a uma pessoa. Por conseguinte, esta começa a ser considerada com força e de propriedades sobrenaturais ou sobre-humanas ou, pelo menos, excepcionais de forma específica, não acessível aos demais, ou então como enviada por Deus, ou como revestida de um valor exemplar (Weber 2000, p.161).

Dona Dayse, como a chamavam, acrescenta em seu depoimento que quem conseguiu organizar o hospital das clínicas foram as enfermeiras de ordens religiosas, e que estas mesmas fundaram as primeiras escolas secundárias de enfermagem. As alunas já saíam moldadas segundo o critério da escola. Eram, portanto, mais dedicadas, responsáveis, e tementes a Deus. Conta que neste período, antes de se aposentar, encontrou muitas enfermeiras boas que não tinham se formado em escolas de freiras, mas que a maioria do pessoal novo no trabalho não tinha a mesma dedicação com os doentes e responsabilidade com o

hospital. Podia ser que mudaria, mas ela não acreditava nisso, pois só via gente com pressa para chegar ao outro emprego ou em casa. O tratamento atual, entre enfermeira e paciente, segundo Dayse, mudou muito e ela acrescenta que as freiras deixaram uma lacuna para ser preenchida por profissionais tementes a Deus.

Para Weber (2000, p. 314), o sacerdote é incumbido da tarefa de determinar sistematicamente a nova doutrina vitoriosa ou a velha doutrina defendida contra os ataques proféticos; de delimitar o que é ou não considerado sagrado e de impregnar isto à crença dos leigos para garantir sua própria soberania.

A enfermeira Dayse deixa bem claro que as enfermeiras que ainda têm um cuidado diferenciado com o doente nos dias atuais são advindas de aprendizados de enfermeiras de ordem religiosa.

Para Dayse, tanto o sacerdócio como o carisma devem existir no profissional, mas acredita que as religiosas possuíam mais as duas qualidades. É a favor de que o profissional cultive os dois aspectos, tanto o sacerdócio como o carisma, pois eles se completam para que se possa realizar um bom atendimento.

Para Gomes, a importância das religiosas na fundação e organização da enfermagem foi de extrema relevância, indiscutível, pois, inclusive, as enfermeiras, que eram julgadas pelos alunos como severas, foram as que marcaram mais a evolução da enfermagem. Com muita disciplina, puderam mover resquícios de uma enfermagem tida como servil. Gomes não acredita e nem concorda que a enfermagem tivesse tido atraso em sua evolução, devido à presença das freiras enfermeiras. O depoimento de Gomes aproxima-se o

trabalho da enfermagem do que se poderia caracterizar como o sacerdócio, do ponto de vista weberiano.

No que se refere ao grau de influência, a prática do sermão e da cura de almas sobre a condução da vida, afirma Weber (2000, p.318) que o sermão manifesta sua máxima força em épocas de excitação profética. Pelo simples fato, porém, de que o carisma retórico é uma qualidade individual, seus efeitos sobre o modo de viver diminuem na vida cotidiana com extrema rapidez, até desaparecerem completamente. A cura de almas, ao contrário, em todas as suas formas, é o verdadeiro instrumento de poder dos sacerdotes, precisamente na vida cotidiana, e tanto mais influencia o modo de viver quanto mais ético seja o caráter da religião.

Nesse parágrafo, sentimos a aproximação da fala de Gomes com o sacerdócio, mostrando que as ordens religiosas deixaram muito mais que o carisma, deixaram uma modificação no nível sacerdotal, como força profética, pois seus ensinamentos de nada prejudicaram as enfermeiras leigas, mas as ajudaram na construção de uma postura ética.

Afirma a enfermeira Gomes que, por outro lado, como aluna aprendeu muito mais do que muitas alunas de hoje. Havia maior articulação entre as religiosas e os médicos e, com isso, manobras delegadas aos médicos muitas enfermeiras realizavam, como episiotomia, suturas e, inclusive, anestésias mais simples. Gomes relata que foi isso que a ajudou, pois teve que ir para o interior do Estado no término do curso e este aprendizado salvou inúmeras vidas.

Gomes conta, sensibilizada, que a jornada foi árdua, mas extremamente gratificante para muitas enfermeiras daquela época, uma vez que estas viam na

recuperação do paciente todo o amor e o carinho que dedicavam. Para tanto, passar horas ao lado do doente até que ele respondesse ao tratamento era comum naquele tempo. A enfermeira aposentada sente que hoje muitos profissionais se distanciam dos pacientes, em função de suas próprias formações em faculdades ou cursos. Cita que, antigamente, a resposta da fisioterapia ou nutrição, que era acompanhada pela enfermagem, trazia os mesmos benefícios e respostas de hoje. “Com certeza, temos um avanço nos estudos, é claro, nada fica estático”, afirma. A enfermeira acredita, porém, que a enfermagem de antigamente era um pouco de várias profissões paramédicas que surgiram com a evolução dos estudos na área.

Gomes menciona, como lembrança, entre muitas colegas que considera extremamente competentes, a Irmã Ana Maria, chefe da Clínica Médica do Hospital das Clínicas. Refere-se à mesma como um exemplo de carisma e de solidariedade para com os funcionários, com a congregação e com os doentes. Gomes se manifesta favorável à presença do sacerdócio como característica do trabalho na enfermagem.

Aliamos à concepção de carismático de Weber a de solidário, conforme o pensamento de Durkheim, uma vez que consideramos que, no caso da enfermagem em seus inícios, a forma de expressão do carisma era a solidariedade, mais especificamente a solidariedade mecânica. Segundo Soares (1997, p. 667), solidário vem a ser a qualidade de ser solidário, ou também de oferecer apoio, ou tornar-se solidário. Chega a ser vista como uma responsabilidade mútua, ou de interesse comum de quem aderiu ao sentimento de outrem.

Por isso, Gomes não deixa de citar uma colega da mesma Congregação, que faleceu recentemente, como um exemplo de carisma e de solidariedade: a Irmã Corita.

Relata que Irmã Corita trabalhava na maternidade do HC, e foi um exemplo de carinho para com os pacientes. Enquanto a gestante não paria, a irmã não ia embora, esquecia inclusive dos horários de se alimentar, e qualquer que fosse o compromisso, ligado aos pacientes, lá estava a irmã Corita. Só veio a deixar de exercer a profissão quando faleceu, não se importando com seu período de aposentadoria.

Para Gomes, a sua colega de congregação se comparava aos enfermeiros antigos religiosos, não importando se era ou não de uma congregação, via na irmã Corita este exemplo, mas viu também em outras enfermeiras leigas do início da profissão.

Gomes relata que era a favor do sacerdócio, e que no início da profissão tanto a leiga como a enfermeira de ordem religiosa se aproximava muito em seu trabalho do verdadeiro sacerdócio.

O Enfermeiro antigo, segundo a visão do ser solidário, considerava sua profissão como um verdadeiro dom divino, conforme as histórias orais, um dom que se comparava com o de um carismático. E este dom o levava a cuidar de modo solidário, ajudar nas curas dos enfermos, e se considerava que só as pessoas escolhidas pelas divindades possuíam este dom de cuidar. Essa visão está presente desde o início da formação dos profissionais de enfermagem, fossem eles feiticeiros, curandeiros, mulheres (viúvas, prostitutas, damas de caridade, sacerdotisas – mulheres com o mesmo coração de todos os

profissionais – de amor e de doação), magos, profetas, alquimistas, todos que operavam a cura, no caminhar da história como enfermeiros.

Em regime de solidariedade mecânica, a especialização das tarefas achase limitada por uma restrição característica desse tipo de sociedade. Não somente a vinculação ao grupo é fortemente valorizada (o que, no entender de Durkheim, não é distintivo, já que toda sociedade exige a adesão de seus membros), mas, sobretudo essa vinculação se estabelece com base na fusão dos indivíduos no todo social. Na medida em que se especializar é individualizar, uma diferenciação muito acentuada, sobretudo se resulta da ambição e do cálculo egoísta, contradiz o princípio da solidariedade mecânica. Não é o trabalho, e ainda menos seu produto, que, em tais sociedades, diferencia os papéis sociais. A única forma de diferenciação reconhecida nesses é a participação na vida mítica e ritual da sociedade, que a cada um atribui uma figura regulamentar. (Boudon & Bourricaud, 2001, p.169)

Refletindo sobre as qualidades dos profissionais de enfermagem, destacando desde a origem da profissão, qualidades estas inerentes ao próprio trabalho, destacamos as de ser uma pessoa carismática e que tivesse espírito de solidariedade. É preciso que se conheça mais um pouco o que alguns pensadores observam sobre o tema, sendo que destacamos dos autores aqueles pensamentos que se aproximam da concepção de que se quer defender aqui, de nossos pensamentos de enfermagem ligados ao carisma e à solidariedade.

* FRANCISCA DE SANDE - primeira voluntária de enfermagem no Brasil, cujo nome foi conservado, viveu no fim do século XVII, na Bahia. Nas freqüentes epidemias que assolavam aquele Estado, improvisava hospitais, e até no seu solar hospitalizava os doentes pobres, quando não havia mais leitos na Santa Casa. Gastava, sem contar, no socorro dos pobres doentes. Morreu a 21 de abril de 1702 e foi sepultada na Ig Piedade em Salvador.

CAPÍTULO III

A IMPORÂNCIA DA CRENÇA EM DEUS NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM

Nas respostas relacionadas a seguir, a priorização do sacerdócio dentro da enfermagem faz parte da grande maioria das entrevistas. Para Irmã Tereza, as presenças das religiosas no HC, dentro do trabalho de enfermagem, trouxeram vida, alegria, mais carisma por serem baseados na verdade divina. Irmã Tereza percebe o carisma nos profissionais de ordem religiosa.

Irmã Joanna acha que as religiosas tiveram sua importância para o trabalho do HC, mas existiram muitas enfermeiras leigas que também foram de uma grande importância, pois marcaram seus trabalhos com a mesma fé e dedicação. Para Irmã Joanna, tanto as leigas quanto às religiosas tiveram presença de sacerdócio e de carisma.

A enfermeira Irmã Imaculada defende que as religiosas se diferenciaram na enfermagem e considera que as enfermeiras pertencentes a uma ordem religiosa chegam mais perto do doente. Para a Irmã Imaculada, as religiosas pertencentes a ordem são mais ligadas ao sacerdócio.

Para a Irmã Cárita, as enfermeiras de ordens religiosas, tiveram um grande marco na evolução do trabalho HC, pois tinham mais aceitação pela parte dos doentes, que confiavam mais nestas profissionais. Anota, entretanto, que estas têm que ser preparadas também profissionalmente, e afirma que as religiosas de ordem que atuaram no HC eram bem preparadas. Irmã Cárita acredita que foi o sacerdócio, que veio através das religiosas, que deu base para todo trabalho das enfermeiras, mesmo nos tempos modernos.

Irmã Luíza defende que esta relevância das religiosas não se dá só pelo fato de a presença das enfermeiras de ordens religiosas ser um marco inicial para uma profissão tão voltada para o ser humano, mas porque “o enfermeiro religioso busca mais a presença do Senhor”. No trabalho da Enfermagem as religiosas contribuíram para a segurança do doente e dos profissionais de Enfermagem. Irmã Luíza também acredita que o sacerdócio favorece a relação enfermeira e doente.

Para irmã Otávia, as religiosas conferem um testemunho melhor e uma vida de transparência que faz com que o paciente venha a confiar mais neste profissional. Irmã Otávia acredita em um sacerdócio mais genuíno por parte das religiosas.

Para Irmã Vanda, há uma certa intencionalidade em se acreditar que corpo e espírito são distintos, e isso serve apenas para, em nome da ciência, criar um

clima de saber supremo restrito às tecnologias, à religião e a parte da humanidade e há determinados momentos em que a única mão aparadora é a dessas pessoas [religiosas], que “são imprescindíveis no âmbito hospitalar”. Para Irmã Marta as religiosas são fundamentais no trabalho da enfermagem, estabelecendo um nexo entre a ciência e a profissão.

Algumas enfermeiras leigas entrevistadas falaram sobre o grau de importância das enfermeiras de ordens religiosas. A grande maioria prioriza o trabalho das enfermeiras religiosas.

Para Ludimilla, a enfermeira de ordem religiosa tem mais condição de oferecer apoio psico-espiritual ao paciente fragilizado e com medos. Nesse sentido, valoriza como de grande importância a presença das profissionais religiosas de ordem.

Para a enfermeira Karine, diferentemente, as religiosas não diferem no trabalho, somente pelo fato de serem religiosas. Karine não prioriza as religiosas dentro do trabalho da enfermagem.

Ana Fabíola não considera diferença entre as religiosas de ordens e as leigas para a evolução da enfermagem: “O importante para ser um bom profissional, é que se esteja tecnicamente bem preparada(o), curiosa(o) com relação às mudanças ocorridas e às novas descobertas e estar atenta(o), sensível na medida certa e procurar qualidade no atendimento”.

Para enfermeira Ana Hoitman, estar atento aos aspectos psico-espirituais não é prerrogativa de quem pertence a alguma ordem religiosa. Ana Hoitman não vê diferença entre a enfermeira leiga e a religiosa, com relação ao fato de ser uma boa profissional.

Para enfermeira Grayce Hellen, o paciente, por si só, é um ser carente por mais que tenha a seu lado os profissionais da saúde e a família. Muitas vezes eles mesmos pedem a presença do seu confessor religioso. A presença dos religiosos, para Grayce Hellen, sempre impõe um maior respeito, uma confiança especial, principalmente em hospitais, onde a dor e o sofrimento marcam presença. Para ela, a presença das irmãs de ordens religiosas deve ser priorizado na profissão de enfermagem.

Para a enfermeira Nara Rúbia, “as enfermeiras de ordens religiosas do HC se diferenciaram sim, porque elas tratavam o paciente com mais amor e dedicação e é muitas vezes só disso que o paciente está precisando: carinho e atenção”.

Patrícia Julian, também enfermeira no HC, considera importante o fato de as enfermeiras de ordens religiosas prestarem cuidados psico-espirituais ao doente quando atuavam no Hospital das Clínicas; “cuidado que foi praticamente abandonado pelas enfermeiras hoje”. Para ela, o cuidado psico-espiritual ao doente transmite calma, revigora as forças quer seja para a morte ou para a vida.

Passamos a anotar as impressões das enfermeiras no que diz respeito às experiências do trabalho no Hospital das Clínicas com as profissionais de enfermagem consagradas a alguma ordem religiosa. Irmã Tereza declara ser uma delas e que gosta de trabalhar com “todo global: bio-psico-espiritual. É gratificante e tenho belas experiências.

Irmã Tereza diz interceder muito junto a São Camilo, protetor dos doentes e enfermeiras: “nunca me deixou faltar em nada. Às vezes deparo-me com um procedimento difícil, como uma punção venosa de um paciente sofrido já pelas

inúmeras injeções, logo peço ao meu intercessor, e vejo o milagre acontecendo. E muitos outros”. Ela acredita que, por ser religiosa, tem um carisma, o que a diferencia de uma enfermeira leiga.

Irmã Joanna também se declara religiosa e, portanto, sempre achou que deveria dar aos seus pacientes tudo o que tinha de melhor, “sem pensar em remuneração e prestígio”. Ela acredita que por ser religiosa tem mais condições de oferecer o melhor, ao doente.

Irmã Imaculada entende que, enquanto religiosa, tem e oferece mais segurança, confiança aos pacientes no aspecto espiritual. A profissional acredita que, em virtude da religião, se diferencia das demais enfermeiras.

Irmã Luíza também acredita que, por ser religiosa, sempre achou que deveria oferecer algo mais a seus pacientes, sem pensar em remuneração e privilégios. Acredita que uma enfermeira leiga, ligada à família, diminui as condições de se aproximar dos doentes com mais desprendimento. Irmã Luíza acredita que as enfermeiras de ordem religiosa se diferenciam das leigas, por não terem laços que as prendam e impossibilitem de se doar com mais fervor aos pacientes

Irmã Vanda está convicta de que “a experiência diária do amor incondicional, da entrega da própria vida ao semelhante e do desapego das coisas” são para ela experiências importantes que devem ser reconhecidas e valorizadas nas religiosas. Ela acredita que os trabalhos desenvolvidos por enfermeira leigas e religiosas são diferentes porque as condições de sacerdócio nas religiosas são mais evidentes.

Ana Hoitman informa que trabalhou ao lado de uma freira e percebeu que ela procurava atender os pacientes nos aspectos religiosos e estes entiam-se bem mais “confortados” com a sua presença do que com a das enfermeiras leigas. Ela afirma que existe uma diferença no carisma entre a profissional religiosa e a leiga.

Grayce Hellen entende que a presença das irmãs de ordem no ambiente de trabalho no hospital das Clínicas foi de suma relevância na assistência espiritual. Elas marcaram presença ao lado do paciente, tanto dos acamados, quanto daqueles que podiam se locomover. Estes eram encaminhados à capela, onde eram reunidos em cultos religiosos diariamente, o que levava conforto espiritual aos pacientes. Grayce Hellen afirma que as religiosas se diferenciavam dentro do HC desde o início, tomando posturas sacerdotais que não se viam nas profissionais leigas.

Quando solicitadas a comentar sobre a possibilidade de a enfermagem no HC ter avançado mais com a presença das enfermeiras das ordens religiosas, as enfermeiras assim se manifestaram: Irmã Tereza disse que sempre se manifestou quanto a isso, acreditando que se todos os demais tivessem a presença delas seria diferente, principalmente no lado humano e espiritual com os doentes e funcionários. Ela acredita que a enfermagem do HC teve avanço com a presença das religiosas.

Já a Irmã Joanna se reporta à história, comentando que esta nos relata que as religiosas sem grandes conhecimentos técnicos já desempenhavam um atendimento alternativo, que salvou vidas, e que, após o correr dos tempos, tiveram na história figuras eminentes que souberam fazer de sua enfermagem um

ato sagrado. Ela cita Santa Luiza de Marillac, Margarida Naseau, Ana Nery, Laís Neto dos Reis, Valesca Paixão, Irmã Villac, Irmã Nina, Florence Nightingale e muitas outras que souberam fazer da sua missão um sacerdócio e do silêncio e do anonimato, escreveram testamentos que só serão lidos por Deus, e por aqueles a quem serviram. Irmã Joanna acredita que o avanço de toda a enfermagem, principalmente daquela ligada ao sacerdócio, deva as enfermeiras tanto leigas quanto religiosas pelo simples fato de serem solidárias, saberem doar amor ao próximo.

Irmã Imaculada também entende que houve avanço graças às presenças contínuas das irmãs no desempenho da profissão, que se dedicavam com maior exclusividade e atenção junto aos doentes.

Irmã Cárita cultiva a idéia de que a dedicação, a atenção e a presença constantes das religiosas junto aos doentes lhes dão muita segurança.

Irmã Luíza informa que, no período em que, na Associação Brasileira de Enfermagem no Brasil não houve necessidade de se criar uma Associação Católica. A ABEN era filiada ao Conselho Internacional de Enfermagem (ICM), ao Conselho Internacional de Enfermeiras e Assistência Social (CICIAMS) e Federação Pan-Americana de Enfermagem (FPEN); não havia necessidade de distinção entre religiosas e leigas, pois se comungava os mesmos sentimentos e os mesmos ideais pela profissão. Para ela, hoje se manifestam os mesmos sinais dos tempos, pois o número de religiosas diminuiu, mas o paciente é o mesmo: “um ser humano carente de saúde e que precisa de cuidados da Enfermagem Moderna, mas também de alguém que o ajude não só a cuidar do seu próprio corpo, mas também do seu bem-estar espiritual”.

Irmã Cárita revela que na sua época não havia distinção entre enfermeiras e irmãs enfermeiras, pois todas cursavam juntas as várias Escolas Religiosas Estaduais ou Federais e quase todas as Escolas foram transformadas em escolas pertencentes às Universidades Federais e Católicas.

Ainda segundo Irmã Cárita, as Escolas de Enfermagem antes, de serem federalizadas, tiveram como base o ensino de Enfermagem, quando 12 Filhas da Caridade iniciaram o curso na Escola Ana Nery, quando D. Laís Neto dos Reis, que era uma profunda cristã, abriu as portas para que as religiosas Filhas da Caridade pudessem participar da Enfermagem Moderna no nosso país. Isso nos anos de 1930-1942, porque as religiosas estrangeiras que vinham para o Brasil já traziam seus títulos dos países de origem.

Irmã Otávia considera a profissão como uma verdadeira missão. Para ela, a religiosa ligada a área de saúde foi e sempre será um avanço quanto ao tratamento humanizado.

Irmã Vanda informa que a existência das religiosas no hospital vem desde a criação dos manicômios na Europa, portanto precede em muito a idéia de que a religiosidade e hospital são compatíveis. Na Idade Média eram as freiras que atendiam os doentes em hospitais precários e com doentes de sobra. Então, se há queda nas condições de humanização dos hospitais, isso se deve não à presença de trabalho religioso, mas sim à busca do papel de deuses em determinados segmentos profissionais de saúde e da ganância de lucros de instituições hospitalares.

Ludmylla considera que houve avanço, pois os clientes visitados por elas (as religiosas) e que são abertos às suas orações, receptivos às suas

palavras, colaboram bem mais com o tratamento (terapêutica) proposto(a) e trata a equipe responsável pelo seu tratamento com mais amabilidade.

Karine, pelo contrário, entende que o avanço na enfermagem não aconteceu por causa das religiosas (freiras). Para ela, a enfermagem é uma profissão que, por si mesma, é o reflexo da bondade do Pai Eterno e que, por isso, mesmo quando esse fato não é reconhecido, o profissional de enfermagem é um instrumento Divino. Nessa caso, argumento Karine, o avanço na profissão se deu por essa dimensão “Divina”, que transpassa e transcende o entendimento comum. Karine finaliza, justificando que esses resultados não dependem da religião, dependem da fé em Deus, da boa vontade humana, da sinceridade de se colocar a serviço do próximo. “Qual é o primeiro mandamento? Qual a enfermeira que não sofre com o sofrimento do seu paciente? Que não se alegra quando ele está curado?”

Ana Fabíola, da mesma forma, também considera que o avanço não se deu em função das religiosas de ordem, porque, segundo ela, até hoje ainda se acha que a enfermagem é um “dom”, “vocação”, anjos de branco, etc., e concepção apenas atrasa enfermeiro(a)s enquanto categoria profissional.

Ana Hoitman também não acha que houve avanço com a presença de religiosas. A enfermeira defende que há profissionais que não têm religião e que se desenvolvem na profissão de maneira mais satisfatória que uma religiosa.

Finalmente, a enfermeira Grayce Hellen acha que houve um avanço com a presença das religiosas porque os doentes passaram a ter um cuidado integral de suas necessidades.

A seguir, alguns comentários sobre a importância das religiosas na profissão de enfermagem e de como teria acontecido o processo de inserção profissão/religiosas aqui em Goiás, principalmente no HC.

Para Irmã Joanna, a principal aspecto dessa importância foi proporcionar aos hospitais e escolas de enfermagem a base para uma formação sólida na profissão, em que dava ênfase no respeito à dignidade da pessoa humana. Para ela, a inserção deu-se com a ida das Filhas da Caridade para assumirem a administração da Santa Casa de Misericórdia e fundarem a escola de enfermagem São Vicente de Paula, que ficou a cargo das Irmãs e médicos, que vieram da Santa Casa. Irmã Joanna é de opinião que as Irmãs contribuíram positivamente no desenvolvimento da enfermagem no Hospital das Clínicas.

Ana Hoitman defende que houve um avanço muito grande com a presença das religiosas de ordem nos hospitais. Para ela, nos antros de dor e sofrimento, com seu exemplo de amor e dedicação, caridade sentiu-se a necessidade de criação de Escolas para formação de profissionais de saúde para melhor atender as necessidades dos que se encontravam com a saúde combalida.

Grayce Hellen também considera positiva a presença das irmãs. Para ela, antes as pessoas eram vistas pela doença; “com a presença das religiosas na enfermagem isso foi mudado, pois elas não se preocupavam somente com a doença mas com o ser humano completo, com todas as necessidades biológicas, sociais, psíquicas e espirituais.

Irmã Imaculada gosta de seguir o exemplo de Jesus Cristo, que se preocupava e ia ao encontro dos doentes, o coxo, o aleijado, conforme se lê nos

evangelhos. Segunda ela, a Igreja continuou a missão de Cristo nas pessoas dos fundadores de Congregações (S Camilo de Lolis, Santa Luiza Marilaac junto com São Vicente de Paulo, São João de Deus entre outros). Irmã Imaculada vê as pessoas cada vez mais sedentas de Deus, e as religiões são importantes nesse sentido.

Para Irmã Imaculada, só Deus é capaz de impulsionar as pessoas para fazer alguma coisa a mais pelos outros, especialmente no exercício da profissão de Enfermagem, que, segundo ela, era discriminada. As religiosas sempre acharam que a vida era mais importante e que, se Deus tinha dado, ninguém tinha ou tem direito de tirar. Por isso faziam de tudo para salvar vidas com o seu trabalho com sua disponibilidade sem, esperar receber nada em troca. Faziam porque amavam especialmente a Deus e ao próximo.

Irmã Tereza considera importante a presença das religiosas porque quem não têm as preocupações com valores de remuneração. Para ela, enfermeiras leigas, às vezes não compreendem melhor o paciente porque não têm algum valor religioso. Esses valores religiosos ajudam as pessoas a compreender melhor a si mesmo e aos outros, afirma. Ela vê problemas quando o homem usa a religião de forma inadequada, querendo ser melhor do que Deus, tratando com indiferença a natureza humana. Para Irmã Tereza, a ciência é um recurso importantíssimo utilizada de forma adequada.

Com relação aos trabalhos da enfermagem moderna, Irmã Tereza chama a atenção para a humanização. Muitos profissionais não estão se qualificando nesse sentido. Para ela, existem muitos profissionais que são ótimos nesse aspecto, mas a maioria não está preparada. Quando se trabalha nesta dimensão,

considera Irmã Tereza, os valores são diferentes e o profissional passa a ver o cliente de forma específica, colocando-se no seu lugar, procurando perceber todas as suas necessidades em todos os sentidos.

Irmã Joanna pensa de maneira parecida. Para ela, a presença das religiosas foi de muita importância porque, sem essa perspectiva religiosa, seria muito complicado exercer esta profissão que, muitas vezes, não permite que se obtenha o resultado positivo, sempre esperado. É o fato de acreditar na existência de um ser maior que ela exerce com amor e dedicação a enfermagem, porque sabe que a recompensa desse ser superior é muito maior do que qualquer outra.

Irmã Cárita considera muito importante a presença das religiosas no exercício da enfermagem e relata um fato de quando trabalhava na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital. Segundo ela, havia uma cliente (M. F.A, de 63 anos) com insuficiência respiratória aguda. O caso dela foi se agravando e MFA ficava cada vez mais agitada e nada fazia com que se acalmasse. Então Irmã Cárita chegou próximo dela e começou a conversar baixinho, dizendo que ela não estava sozinha, segurando sua mão e falando: “Jesus está com você”. Começou a rezar o Pai Nosso bem devagar e, aos poucos, sentiu uma grande alegria interior porque pôde perceber a presença de Deus naquele momento, agindo sobre aquela cliente. Irmã Cárita reitera que esse foi um momento muito gratificante para ela, sendo que nunca se esqueceu daquele dia.

Irmã Luíza diz acreditar muito no valor da religião, mas não precisa ser fervoroso praticante. É imprescindível, porém, que se tenha alguns valores religiosos. Isso, segundo ela, ajuda muito a compreender melhor o outro lado.

.Irmã Otávia acha que é preciso ser observado, especialmente, o equilíbrio emocional dos profissionais durante os estágios. Para ela, é isso muito importante porque há gente que não sabe lidar com certas situações que acontecem e em que é necessário tomar decisões. Muitos profissionais não estão preparados para esses momentos, finaliza.

Irmã Vanda informa que, dependendo da necessidade (por exemplo, de uma confissão), ela chama um religioso. Se for o caso de uma conversa para uma ajuda ou orientação, Irmã Vanda considera que ela mesma pode fazer. Ela diz que tenta escutar e dar ao(à) paciente toda a atenção possível e ajudar no que puder.

3.1 A Crença em Deus para as Enfermeiras Leigas

A enfermeira Ludmylla entende que, para a maioria dos profissionais de enfermagem leigas, crer em Deus é, sobretudo, uma força para o tipo de trabalho realizado, pela solidariedade, que não se torna fácil nos dias de hoje, quando o distanciamento entre as pessoas cada vez torna-se mais comum.

Para enfermeira Karine, só com o a força da crença em Deus é que se pode obter condições de ajudar o paciente em sua recuperação. Com essa forma, coloca-se no mundo com uma postura mais solidária, com maior despreendimento com relação ao salário, aos horários e a outras barreiras que interpõem entre as pessoas.

Para Anna Fabíola, a crença em Deus é importantíssima, pois só quando se tem fé se pode encarar o sofrimento e a morte de maneira mais humana, como se fosse uma maior aproximação com o sagrado.

Também para Anna Hoitman, o enfermeiro precisa crer em Deus, pois só através do divino é que se pode contemplar valores humanos com maior dedicação e maior solidariedade.

Grayce Hellen entende que crer em Deus é, para o profissional de enfermagem, a maneira de diferenciá-lo de outros trabalhadores, que não lidam com o sofrimento. Para ela, a crença em Deus estabelece um elo entre o paciente e o profissional, um compromisso com a recuperação de maneira holística. Essa mesma opinião é compartilhada pela enfermeira Nara Rúbia.

Para Patrícia Julian, crer em Deus é muito importante, pois é através dele que se consegue ver as pessoas com mais amor. Ela entende que, por causa disso, o trabalho do enfermeiro se torna melhor.

Para Ágata Julliana, ter Deus enquanto profissional implica em muita influência, porque está convicta de que a medicina não pode preservar a vida para sempre e, quando os profissionais não podem fazer mais nada, só Deus pode intervir. Nesses momentos, acaba passando sua confiança, sua fé para o paciente.

Observando o pensamento dos profissionais de enfermagem leigos entrevistados, a solidariedade transparece muito mais e de modo relevante, quando levam em conta o sagrado. Na ausência da crença em Deus, a solidariedade, toma rumos diferentes, distancia o profissional do paciente, em virtude do afrouxamento de laços uns com os outros. Laços de fraternidade e de

compromisso, por exemplo. Portanto, pela visão dos leigos só se faz possível esta solidariedade, através do sagrado, pois ele muda algumas situações criadas pela modernidade.

Na opinião do profissional de enfermagem do HC, os valores religiosos cristãos influenciaram no exercício profissional da enfermagem, oito religiosas e sete leigas acharam que o profissional, quando tem alguma religião, torna-se mais sensível às necessidades básicas do homem. Somente uma leiga julgou ser importante, mas somente em determinadas ocasiões mais graves para o paciente.

Observando o aspecto psico-espiritual, a maioria das enfermeiras entrevistadas do HC achou que o mesmo, ultimamente, vem sendo esmagado pela frieza das ciências especulativas modernas. Dentre essas, oito enfermeiras de ordens religiosas, quatro leigas acreditam nesse massacre; duas leigas acham que a ciência de algum modo interfere no aspecto psico-espiritual em relação à recuperação e duas leigas acham que a ciência nada interfere no tratamento do paciente quando se trata da abordagem psico-espiritual.

Dentre os profissionais de enfermagem do HC, a maioria acha que, para serem enfermeiros, deveriam estar ligados a uma religião para conseguirem um melhor contato com o paciente. Seis profissionais de ordens religiosas falam que o profissional tem que estar ligado a uma religião; quatro leigas também concordam com esta linha de pensamento, enquanto que duas religiosas e quatro leigas acham que o profissional não precisa estar necessariamente ligado a uma religião, mas acreditam que os valores religiosos somam muito no caráter do

profissional, no seu modo de respeitar o outro, sendo que isso pesaria mais do que falar em Deus e às vezes não viver as regras de bondade desse Deus.

Observando a visão do enfermeiro do HC, mesmo quando muitos não acreditam que o trabalho psico-espiritual seja feito a todo o momento, e durante os cuidados de enfermagem, grande parte acredita na existência deste trabalho, e acredita também que a cura possa vir das mãos dos enfermeiros, através do amor e da assistência espiritual.

Para a maioria dos profissionais, o que caracteriza a enfermagem moderna é a assistência integral aos clientes, tomando como base os pontos de vista psico-biológico, o psico-espiritual e psicossocial que definem o sistema desejável de atendimento em saúde.

A opinião dos profissionais de enfermagem leigos entrevistados varia muito, quando a questão é verificar a presença dos valores religiosos no início da profissão e nos de hoje. As enfermeiras leigas acharam importante crer em Deus, para o exercício da profissão, mas o agir solidário é o que marcou estas falas pesquisadas.

Para Ludymilla os valores religiosos estavam bem mais presentes nos profissionais antigos. Karine acha que a crença dos dias atuais é muito mais sincera, quando uma pessoa procura se encontrar com Deus, ela vai direto e fala com ele. A enfermeira Karine revela que, dentro do cotidiano, em várias situações e por várias vezes se sentiu como um instrumento divino. Com relação à crença em Deus, Anna Fabíola minimiza a possível diferenciação entre profissionais leigos e religiosas, em virtude de a enfermagem ser uma ciência. Para ela, no seu cotidiano do trabalho, foram várias as ocasiões em que teve de participar da vida

espiritual do paciente. A enfermeira pondera, contudo, que é muito objetiva, sem com isso diminuir a atenção com os pacientes, teve atenção para com eles e acha que sempre deve existir no hospital uma capelania para atender o paciente em horas especiais. Diz ela que o trabalho em enfermagem já é muito desgastante e requer muita atenção e é por isso que defende a existência de uma pessoa especializada nisso, pois nem sempre temos palavras adequadas, e pecamos em tentar suprir tudo.

Para Anna Hoitman, os valores religiosos dos profissionais antigos eram bem mais presentes em virtude de maior crença em Deus, pelo próprio exemplo de amor. Hoitman entende que o enfermeiro deve ter a liberdade de poder orientar nessas questões, pois se fazemos um curso cujo exercício exige tanto trabalho com o ser humano nas horas mais difíceis, deveria se poder contar com profissionais capazes de, em uma situação de desespero, como frente na iminência da morte, ser capaz de orientar o paciente, pois nem sempre se pode contar com sacerdotes ou outro líder religioso na hora de maior desespero. A enfermeira se lembra de uma paciente que teve um parto prematuro e a criança foi a óbito logo após o nascimento. Segundo Ana Hoitman, a lembrança é muito nítida: era de madrugada, por volta de duas horas da manhã; os funcionários da maternidade estavam todos dispersos, cada um cuidando da sua escala e fazia muito frio. Não era só o clima: o ambiente também revelava muita frieza. Hoitman diz que foi nesta hora que deu graças a Deus por ter algum princípio religioso e acreditar em um Deus que ajuda. Segundo ela, foi pedindo ajuda ao Senhor que conseguiu consolar a paciente. Hoitman revela que, para ela, foram as horas mais difíceis de uma noite, mas que a ajudaram a entender que “ser enfermeira é mais

do que ter um diploma, é ser solidário com o outro, igualando-se no amor de Deus”.

Grace Hellen entende que os profissionais antigos eram mais voltados para Deus e mais sensíveis; hoje os profissionais estariam visando mais o lado financeiro da carreira. Para Nara Rúbia, a enfermagem, no começo da profissão, mostrava-se muito mais carismática. Ela relembra que a própria história da Enfermagem inicia-se com as religiosas.

Patrícia Julian acredita que, certamente, o começo da enfermagem foi marcado pela crença em Deus. Isso se pode confirmar pelo fato de ter sido as religiosas as primeiras a praticarem a enfermagem com estranhos. A enfermagem moderna também está marcada pela convicção na existência de Deus. Florence Nightingale em *Notas sobre a Enfermagem* diz que “o precioso dom da vida agraciado por Deus, muitas vezes está colocado em suas mãos”.

Conta Nara Rúbia que esteve assistindo uma paciente que provocou um aborto e estava arrependida. Orientei a que entregasse seus problemas a Deus e que ninguém é perfeito; todos erram um dia. O arrependimento já é um passo em sua evolução.

Para Patrícia Julian, as suas experiências na UTI foram marcantes para a sua carreira. Segundo ela, por várias vezes falou de Deus para os pacientes. Raríssimas vezes teria falado de forma voltada para a religiosidade, ou seja, raríssimas vezes teria deixado escapar o nome da religião a que pertencia. Ela diz que, simplesmente, falava de Deus, do seu poder, de como Ele é pessoal, das coisas que só Ele pode fazer. Patrícia Julian argumenta que não vê problemas em que o que o paciente saiba a religião de seus enfermeiros. Entende, porém, que o

fato de falar da própria religião para o paciente, neste momento de fragilidade, pode parecer aos olhos dos outros como oportunismo, que pudesse estar usando aquele momento tão difícil para divulgar uma religião específica. Para ela, sempre achou melhor falar apenas de Deus e com isso se sentiu bem, porque passa esperança ao doente; não esperança de cura, mas de segurança e cuidado.

3.2 A Crença em Deus para as Enfermeiras Religiosas

Várias enfermeiras são de opinião de que a crença em Deus tem alguma influência para o seu trabalho de enfermagem. Irmã Tereza, por exemplo, defende que existe uma forte conexão entre o poder de Deus e as curas. Confirma sua fé argumentando que não há razão para não se acreditar que as curas milagrosas aconteçam hoje, se no tempo de Jesus houve curas.

Para Irmã Joanna, a primeira coisa para se fazer um bom trabalho é imitar a Deus, pois o imitando teremos condições de realizar um bom trabalho. Irmã Imaculada, por sua vez, defende que é preciso viver com fé e esperança, o que somente encontramos quando estamos ligados a Deus. Esta é, segundo ela, a única maneira de se realizar um trabalho, com coragem, atenção e disponibilidade, assumindo as dificuldades da vida profissional.

Para Irmã Cárita, todo o pessoal da enfermagem tem que ser levado pela fé em Deus, para que o trabalho seja feito com mais amor e mais humanidade. Irmã Otávia, que dá graças a Deus por ser Católica Apostólica Romana e por estar certa de que a principal coisa que deve procurar no seu trabalho é mostrar, pela sua atitude, a face ou imagem de Deus presente nela, esta deve ser a atitude de toda(o)s que acreditam em Jesus Cristo.

Para Irmã Vanda, acreditar em Deus é testemunhar a própria existência. Na enfermagem, segundo ela, isso é muito importante, pois aumenta a credibilidade do serviço exercido de cada profissional que crê em Deus. Irmã Pollyanna acredita que só a presença de Deus justifica a nossa profissão de enfermagem, que, para ela, é como uma missão.

Observando os comentários das enfermeiras de ordens religiosas, sobre a importância de crença em Deus para o exercício da profissão, concluímos que as entrevistadas se vêem desenvolvendo um trabalho ligado ao sacerdócio, pois existe uma relação forte com o sagrado e com a maneira como este é vivido pelo paciente.

Para as enfermeiras de ordens religiosas, o profissional mais antigo acreditava muito mais em Deus. É a opinião, por exemplo, de Irmã Tereza, para quem os profissionais antigos tinham experiências mais diretas com a morte, o que os fazia se dedicar muito mais às orações. Ela acredita que, pelo batismo, se recebe a graça e hoje muitos não acreditam neste batismo e perdem sua alma. Para ela, tem acontecido um verdadeiro descrédito das famílias em relação à convivência com Deus, por isso muitas doenças estão acontecendo de maneiras trágicas, sem que a medicina possa controlá-las. Irmã Tereza diz que quase

ninguém conhece o evangelho e ressalta que a enfermagem só se consolidou com a vinda de Jesus Cristo que se fez Homem, nasceu, morreu e ressuscitou para salvar a humanidade.

Para irmã Joanna é tudo uma questão de cultura e época, pois o profissional antigo acreditava mais em Deus por falta de conhecimento científico. Devido a essa limitação, o profissional de enfermagem apelava para a religião e na sua fé em Deus encontrava respostas e solução para as dificuldades. Opinião compartilhada por irmã Imaculada, par quem a vivência Cristã entre os profissionais mais antigos também era mais uma questão cultural.

Para Irmã Cárita, os profissionais mais antigos deixavam mais claro em suas ações o carisma e a solidariedade do que os enfermeiros atuais. Irmã Luíza pondera que os enfermeiros mais antigos baseavam os seus trabalhos na estrutura familiar, que, antigamente, era mais sólida, mais imbuída de religiosidade e, por isso, se achavam com mais capacidade de lidar com o lado psico-espiritual do paciente. Na opinião de Irmã Otávia, acha que sempre houve e haverá fé em Deus. O que ela observa é a influência da mídia científica, reforçando, para os dias atuais, a existência de pessoas de pouca fé.

Irmã Polyanna acredita que ainda acontecem curas e fé como no passado, o processo é que seria outro: já não tem tanto o enfermeiro como ponte entre o paciente e o sagrado. Segundo ela, às vezes, quem faz este papel de mediador é o sacerdote, pastor e outros líderes ligados à religião.

Ao observamos as respostas das religiosas de ordens, ficamos com a impressão de que a religião era bem mais vivida entre os profissionais antigos, o

que, segundo os relatos, levava a curas e a uma interação entre o paciente e profissional, como um sacerdócio e um carisma.

Weber (2000, p.159) afirma que carisma é uma qualidade pessoal considerada extracotidiana (na origem, magicamente condicionada, no caso tanto dos profetas quanto dos sábios curandeiros ou jurídicos, chefe de caçadores e heróis de guerra) e em virtude da qual se atribuem a uma pessoa poderes ou qualidades sobrenaturais, sobre-humanos ou, pelo menos, extracotidiana, específicas. A pessoa pode, ainda, ser tomada como enviada por Deus e, portanto, como um líder. O modo objetivamente “correto” como essa qualidade teria de ser avaliada, a partir de algum ponto de vista ético, estético ou outro qualquer, não tem importância alguma para o conceito que se quer estabelecer no trabalho: o que importa é como de fato ela é avaliada pelos carismaticamente denominados.

Para Weber (2000, p.159), a validade do carisma decide o livre reconhecimento deste pelos adeptos ou seguidores, consolidado em virtude de provas, originariamente em virtude de milagres e oriundo da entrega à revelação, à veneração de heróis ou à confiança no líder. Esse reconhecimento, porém, em caso de carisma genuíno, não é a razão da legitimidade; constitui, antes, um dever das pessoas chamadas a reconhecer essa qualidade, em virtude de vocação e provas. Psicologicamente, esse “reconhecimento” é a entrega crente e inteiramente pessoal, nascida do entusiasmo ou da miséria e da esperança.

Uma vez que uma pessoa foi reconhecida pelos seguidores como portadora de carisma, cria-se uma situação *statu nascenti*, que representa a antítese de tudo aquilo que é cotidiano, tradicional, regulamentado; ela deriva da

excitação comum de um grupo de homens, nascida de algo extraordinário e da dedicação do heroísmo, seja qual for o conteúdo que ele possua. (Weber, 2000, p.161)

O que distingue o carisma dos outros dois tipos ideais de poder indicados por Weber (2000, p.159), isto é, o tradicional e o legal-racional, é o fato de que sua ação se exerce mediante a via emocional, com base numa metanóia, numa conversão interior dos seguidores; estes assumem como um dever a obediência ao portador do carisma.

Em suas manifestações mais intensas, o carisma demonstra ser o poder revolucionário especificamente criador da história, capaz de derrubar a regra e a tradição. A frase de Jesus: “Está escrito (...); eu, porém, vos digo (...)”, representa eficazmente a descontinuidade existente entre o *status quo* e o carisma, cujo portador sente-se investido de uma vocação ou missão, apto a renovar a sociedade. (Martelli, 1995, p.166)

Observamos durante esta leitura que a maioria dos profissionais concorda que a fé dos pacientes é projetada nos(as) enfermeiros(as) durante o tratamento, e isso justifica a maneira de como se relacionar com o doente, o toque de carinho, a valorização da escuta e a atenção a ele dispensada. E nessa resposta observa-se mais o lado do sacerdócio entre as profissionais de ordens religiosas.

Observamos que os relatos de algumas enfermeiras pertencentes a ordens religiosas revelam o que sentiram em determinadas situações nas quais tiveram de expressar o amor por Deus. Irmã Tereza sempre procurou incluir o positivo, o lado bom da vida, trazendo-os à situação real. Ela cita um exemplo:

quando um(a) paciente diz “Vou morrer fazendo este exame”, ela sugere que aquele que o(a) paciente está trará vida. Irmã Tereza revela-se gratificada pelo seu trabalho.

Para irmã Joanna, só mesmo tendo a presença e a postura de uma pessoa que representa a bondade de Deus no seu trabalho, se é capaz de converter o mundo inteiro. Para ela, não é necessário ser religiosa ou leiga, pois foi esse espírito religioso que levou Florence Nightingale a procurar o superior geral da congregação da missão e das Filhas de Caridade, para perguntar qual era o segredo destes, para perguntar qual era o segredo geral das Filhas da Caridade; o que as fazia assumir os serviços de muitos dos hospitais de Paris. A resposta foi “a presença de Jesus na eucaristia, fonte, força e modelo para sua subsistência.

Para Irmã Luíza, basta a presença e a postura de uma pessoa que ame Deus presente no seu cotidiano, para que, no seu trabalho, consiga levar os seus colegas e os que a rodeiam a se sentirem felizes e impulsionados para o bem. Para ela, “não é necessário que seja um ou uma irmã religiosa para isso, pois foi este espírito e essa atitude que levaram a nossa grande Florence Nightingale a ir junto ao Superior Geral das Filhas da Caridade”.

Para as enfermeiras pertencentes a ordens religiosas, sentimos que o voltar das práticas de seu trabalho sempre passam por uma interação com o sacerdócio, em virtude de suas ligações com o sagrado.

De acordo com Paixão (1979, p.35), o papel do sacerdote era o de mediador entre os homens e os deuses. Essa prática mágico-sacerdotal permanece por muitos séculos, sendo desenvolvida nos templos. Posteriormente,

foi levado às escolas, onde os conceitos primitivos de saúde eram ensinados, principalmente a arte de curar.

Entre os dezesseis profissionais de enfermagem do HC entrevistados para este trabalho, quinze procuram atender, conversando diretamente com o paciente sobre os interesses dele, principalmente sobre religião. Apenas uma enfermeira leiga optou por chamar um líder religioso para conversar com o paciente.

Na nossa pesquisa muitos profissionais de enfermagem do HC acreditam que a dimensão cristã precisa ser resgatada: oito enfermeiras de ordens religiosas e cinco leigas acham que esse resgate precisa ser feito do currículo escolar; duas enfermeiras leigas acham que não se faz necessário resgatar a dimensão cristã e uma das leigas entrevistadas acha que a dimensão cristã religiosa precisa ser resgatada no ser humano, na vida, não apenas na enfermagem, mas em todas as atividades humanas.

Com relação à pergunta dirigida aos profissionais enfermeiros do HC, a respeito de os profissionais não estarem preocupados com o aspecto psico-espiritual do doente, duas religiosas e duas leigas discordam e acham que a maioria está preocupada, o que poderia ser comprovado no dia-a-dia do hospital, onde os valores revelados pelos doentes como referência com o sagrado são ali preservados. A grande maioria dos profissionais entrevistados – os doze restantes – acredita que, somente em alguns momentos durante o exercício da profissão, alguns profissionais se preocupam, podendo ser revertido este quadro, pois para eles os pacientes precisam de ajuda psico-espiritual a todo o momento.

CONCLUSÃO

O Objetivo Geral deste trabalho, de identificar e analisar as características que evidenciam a presença/ausência das religiosas, do carisma e do sacerdócio no processo de modernização das práticas de enfermagem foi buscado, seguindo a metodologia proposta.

A presença das religiosas pode ser verificada a partir das anotações feitas com base na história da Enfermagem e dos depoimentos colhidos junto aos profissionais que já atuaram ou continuam atuando na área. Trata-se de presença marcante, definidora de paradigmas de atuação, tanto que são sempre citadas com extremo carinho por quem teve oportunidade de trabalhar ao lado delas.

O que podemos sentir com a fala dos profissionais, é que o trabalho caritativo e solidário, não vinha como resposta de religiões, pois desde os

primórdios, era evidenciado, o profissional contava com os trabalhos de pessoas cujo único desejo era de ser solidário; portanto concluímos que esse caráter de ação de caridade esteve muito forte na história da enfermagem e é devido, em grande medida, à presença das religiosas nos serviços de enfermagem, pelo menos no início da profissão.

O afastamento se é sentido hoje, deve-se, conforme os pesquisadores e os depoimentos, ao desenvolvimento tecnológico e o deslocamento do eixo orientador das rotinas hospitalares, que passa a ser muito mais profissional e técnico.

Com todas as problemáticas oferecidas pela modernidade, o retorno ao passado fica evidente através dos novos movimentos religiosos, que, numa tentativa de compensar as perdas de valores importantes na vida do ser humano, partem para uma “reciclagem” da religião, ou seja, uma tentativa de reformulação para trazer a crença antiga e inseri-la em novos padrões religiosos, com novos paradigmas, procurando atender ou suprir a carência psico-espiritual, tão discutida na modernidade, pelos desajustes e desencaixes próprios desse tempo.

Atualmente, um pouco mais distanciado da religião, o profissional de enfermagem desempenha a função de reintegrar valores como o carisma e a solidariedade ao exercício da profissão, sem perder de vista a qualidade do trabalho científico, tentando articular esses valores à tecnologia e ao mundo moderno.

Nos novos movimentos religiosos é sentida a mesma força com que foram vivenciados no passado em relação às divindades, a luta do bem contra o mal, identificando como força do bem a ajuda dos deuses, e como força do mal a

maldição dos deuses, magias, e castigos oriundos da força destes mesmos deuses.

O carisma do profissional de enfermagem ainda é citado como um traço da atividade, mas estaria hoje muito mais ligado ao ser possuidor de conhecimentos que podem aliviar dores e angústias de quem o procura. No passado, o carisma, como se viu, também tinha sua origem num amplo conhecimento por parte do ser carismático, mas este estava muito mais ligado aos aspectos mágicos do saber. Hoje se fala de conhecimento técnico.

A solidariedade está, hoje, a julgar pelos depoimentos dos profissionais, tão presente quanto no passado. A diferença estaria na pressão exercida pelo mercado de trabalho sobre enfermeiro(a)s, que são obrigadas a se submeter a uma rotina de trabalho que envolve, muitas vezes, até três locais diferentes. O mercado exige cada vez mais dos profissionais, que não podem parar nunca de estudar, sob pena de perder o posto de trabalho. Tudo isso inibe a participação de pessoas cuja formação técnica não é aquela exigida pelo mercado.

Se este trabalho tem objetivo definido, sua ambição não vai além daquela de ser uma contribuição a mais para motivar novos estudos sobre o tema, que não fica aqui nem minimamente esboçado. A presença das Irmãs como exercentes e mestres nas Escolas de Enfermagem ainda está a merecer estudos mais aprofundados, que estejam à altura da sua participação na história da Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Maura Lopes. *História da Enfermagem do HC. UFG (GO)*. Relatórios. Goiânia: Ed. da UFG, 1991.

ASMANN, Hugo. *Crítica à lógica da exclusão: ensaios sobre economia e teologia*. São Paulo: Paulus, 1994.

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOUDON, R.; BOURRICAUD, F. *Dicionário crítico de sociologia*. São Paulo: Ática, 2001.

BRUNNER; SUDDART. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

COMBLIN, J. *Algumas interpretações aos religiosos depois de Santo Domingo*. Convergência, 264. Rio de Janeiro: CRB, 1993.

DURKHEIM, Émile. *Da divisão do trabalho social*. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. *As formas elementares da vida religiosa*. São Paulo: M. Fontes, 1996.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 11.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

_____. *O nascimento da clínica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

GEORGE, Júlia B. *Teorias de enfermagem*. Tradução de Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GEOVANINI, T.et al. *História da enfermagem: versões e interpretações*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

GIDDENS, Anthony. *As conseqüências da modernidade*. Tradução de Raul Fiker. São Paulo: Edunesp, 1991.

HEILER, Friedrich. *Storia delle religioni*. Tradução de Sérgio Araújo. 2. ed. Firenze: Sansoni, 1972.

KAPFERER, B. *Entertaining Demons Social Analysis*, 1979.

LAPENTA, Losada et alli. *Afetividade e vida religiosa*. Rio de Janeiro: Publicações Conferência dos Religiosos do Brasil, 1989.

LADISLAO D. et al. *Desafios da globalização*. Petrópolis: Vozes, 1997.

LANDMANN, J. *Medicina não é saúde: as verdadeiras causas da doença e da morte*. Rio de Janeiro: Fronteiras, 1993.

LARGURA, M. *Parto humanizado*. Disponível em:
www.Parto humanizado.com.br/cap9htmlml. Acesso em: 2003.

LELOUP, Jean-Yves. *Cuidar do ser: Filon e os terapeutas de Alexandria*. Petrópolis: Vozes, 1996.

MALINOWSKI, Bronislaw. *Magia, ciência e religião*. Portugal: Edições 70, 1984.

MARTELLI, S. *A religião na sociedade pós-moderna*. Tradução de Euclides Bolacin. São Paulo: Paulinas, 1995.

MOREIRA, Alberto. *Novas igrejas e movimentos religiosos: o pentecostalismo Autônomo*. Bragança Paulista: Edusf, 1996. (Cadernos do IFAN, 15).

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento. Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1992.

PADILHA et al –*Enfermagem uma profissão de Fé (Resumo)*. Disponível em:

<http://www.cnpq.br/gpesq2/garea4/apg404/reg-se/uf-rj-ufrij/g-77/gp1177.htm>.

Acesso em: 2003.

PAIXÃO, W. *História da enfermagem*. Rio de Janeiro: Copyright, 1979.

PIRES, Denise. *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1989.

REIMER, Haroldo. *Inclusão e resistência: anotações a partir do Deuteronômio*. Petrópolis: Vozes, 2002. (Estudos Bíblicos, 72).

ROXO, Roberto Mascarenhas. *Os religiosos no Senhor e na igreja*. São Paulo: Herder, 1969.

THORA, K. *Manual de enfermagem*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1976.

WEBER, M. *Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. Tradução de Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa. Brasília: Ed. da UnB, 2000.

DADOS BIOGRÁFICOS

Os nomes aqui usados são, como falamos na metodologia, relacionados com nomes fantasia, para preservar a privacidade dos funcionários e pacientes.

Ir. Tereza – Formou em 1948 na Escola São Vicente de Paulo, hoje UCG). Trabalhou por vários anos no HC, ajudou na formação do curso de enfermagem na católica, atuante dentro dos trabalhos sindicais e de associações. Após a aposentadoria, mudou-se para o Rio de Janeiro, onde continua exercendo a profissão.

Ir. Joanna – Formou em 1992 pela Faculdade de Enfermagem Luiza Marilac - aposentada pelo HC há 29 anos trabalhou em várias clínicas do mesmo, professora da escola São Vicente de Paulo em Goiânia.

Ir. Imaculada – Formou em 1967 pela Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo MG, 40 anos de profissão, ficando no HC, por um período de cinco anos.

Ir. Carita – Formou em 1943 pela Escola de Enfermagem Ana Nery) participou do trabalho do HC, em caráter colaborativo, ajudando nas resoluções e organização de escolas.

Ir. Helenna – Formou em 1993 pela Escola Técnica em Enfermagem de Anápolis, trabalhou em clínicas como maternidade, cirúrgica, médica), atualmente trabalha esta ligada as comunidades de base.

Ir. Luíza – Formou 1985 pela Universidade Católica de Goiás, trabalhou no HC pelo um período de 20 anos, em 1977 como técnica em enfermagem, e a partir de 1985 já como enfermeira padrão, trabalhou em várias clínicas como pediatria, cirúrgica, pronto socorro, ortopedia, atualmente só trabalha como Docente de várias escolas de nível médio.

Ir. Otávia – Formou em 1947 pela Escola São Vicente de Paulo, posteriormente iniciada a faculdade da UCG onde prosseguiu seus estudos, prestou um grande serviço ao HC, e junto as associações de enfermagem esteve sempre ligada ao HC, mesmo depois de se aposentar, procura estar se informando do trabalho realizado no HC, que para ela foi pupila dos seus olhos.

Ir Vanda – Formou em 1988 no Centro Educacional Bezerra de Araújo, foi funcionária do HC por 12 anos hoje aposentada, reside em outra cidade onde direciona seu trabalho á comunidade carente. Participou do todo o trabalho com os técnicos de enfermagem de Goiânia

As religiosas hoje não fazem mais parte do quadro de funcionárias do HC, por isso tivemos que buscar em lugares variados as que participaram do nosso trabalho, como já foi mencionado. Obrigada!!!

LEIGAS

Ludmylla – Formou em 1991, pela Universidade Católica de Goiás (UCG) funcionária à doze na clínica médica do HC, tem observado que o trabalho de

assistência espiritual realizado pela enfermagem nos dias atuais junto ao paciente diferencia-se dos tempos antigos dentro do HC, não acredita que seja só pela ausência das religiosas (freiras), mas pela falta de enfermeiras que acreditam em Deus e sendo substituídas no trabalho de assistência espiritual por voluntários religiosos.

Karine – Formou em 1997, pela Universidade Federal de Goiás (UFG) funcionária à seis anos na clínica cirúrgica do HC, tem especialização em Oncologia e acredita que o trabalho das enfermeiras religiosas é um trabalho importante dentro do hospital, mas diz que se o paciente precisar de uma assistência espiritual, terá melhores condições de ser assistido por uma equipe religiosa, isso por pessoas pertencentes à uma igreja, especializadas nesse assunto.

Ana Hoitman – Formou em 1980, pela Universidade Católica de Goiás, a vinte anos vem exercendo sua função de enfermeira junto ao HC, na clínica obstétrica e acredita que tanto as enfermeiras leigas quanto as religiosas de alguma ordem ou não, tem condições de dar uma boa assistência espiritual ao paciente.

Grace Hellen – Formou em 1992, pelo Colégio Osvaldo Cruz em técnico de enfermagem, presta serviço no HC no Pronto Socorro a seis anos e acredita que a presença da enfermeira religiosa de alguma ordem ou não, faz muita diferença na recuperação do paciente.

Nara Rúbia – Formou em 1986 pelo Colégio São Vicente de Paula, e à 16 anos vem prestando serviço no HC, em várias clínicas como técnica em enfermagem, e acredita muito nas enfermeiras religiosas pertencentes a uma

ordem ou não, observando que o trabalho delas (religiosas) junto aos pacientes diferencia muito do trabalho das leigas.

Patrícia Julian – Formou em 2002 na Universidade Católica de Goiás e há um ano presta serviço na UTI do HC, acredita que o trabalho de assistência espiritual das enfermeiras leigas inclusive as que professam fé em Deus, está abandonado precisando de um resgate de valores, que deveriam ser iniciados na universidade.

Ana Fabíola – Formou em 1997 pela Universidade Federal de Goiás, e há três anos vem prestando serviço ao HC junto à clínica cirúrgica, acredita que as enfermeiras religiosas de ordem religiosa ou não, atrapalharam a evolução da enfermagem para uma profissão mais valorizada cientificamente, nos enfermeiras acabamos com o rótulo de “caridosas”, desvalorizando com isso inclusive o nosso piso salarial.

Ágata Juliana – Formou em 1986 pela Universidade Católica de Goiás, e há doze anos exerce no HC junto à clínica médica à função de enfermeira, acredita muito no trabalho de uma boa assistência espiritual e religiosa para a recuperação do paciente, pois observou que quando o paciente tem fé em Deus e esta mesma fé é trabalhada pela equipe de enfermagem, o paciente tem uma melhor recuperação.

ANEXOS

HOSPITAL DAS CLÍNICAS ANTIGO



HOSPITAL DAS CLÍNICAS ATUAL



HOSPITAL DAS CLÍNICAS FUTURO



PESQUISA DE CAMPO

(questionário para levantamento de dados)

I - Valores religiosos cristãos na vida dos profissionais de enfermagem .

Identificação:

Nome: _____

Local de trabalho _____

Curso _____ superior () _____ técnico() _____

Tempo de exercício da profissão _____

Tem alguma especialização () sim () não

Nome da escola que formou. _____

Ano de formatura _____

1. Você durante o exercício da profissão, já esteve com doentes que vêm em você uma resposta para a sua doença .

() sim () às vezes () não

2. Qual o seu posicionamento tomado diante destas pessoas.

() procura atendê-lo, conversando sobre seus interesses:

() chama um líder religioso;

() não dá atenção.

3. Qual a sua visão sobre a religião nos dias de hoje?

() importante; () indiferente; () com descrença.

4. Em sua opinião os valores religiosos cristãos influenciam no exercício profissional da enfermagem?

() sim, pois nos torna mais sensível as necessidades básicas humanas;

() só em algumas ocasiões, eles são importantes;

() os valores religiosos têm uma interferência significativa, na melhora física e espiritual do paciente.

5. Você acha que o aspecto psicoespiritual tem sido esmagado pela frieza das ciências especulativas modernas?

() sim; () às vezes; () não.

6. A dimensão religiosa cristã na enfermagem precisa ser resgatada?

- incluir no currículo acadêmico a disciplina sobre os valores religiosos cristãos;
- ser referenciados em todas as disciplinas;
- é indiferente;
- não.

II - ASSISTÊNCIA PSICOESPIRITUAL NA ENFERMAGEM

1. Você acha que para ser um profissional de Enfermagem, você tem que estar ligado à uma religião?

- sim;
- às vezes;
- não.

2. A enfermagem tem se preocupado com o aspecto psicoespiritual dos clientes.

- sim
- às vezes;
- não.

3. A assistência psicoespiritual em enfermagem:

- precisa fazer parte dos estágios supervisionados das(os) acadêmicos;
- não precisa de treinamentos em estágios;
- é indiferente.

4. Você tem dificuldades para atender as necessidades psicoespirituais dos pacientes?

- sim;
- às vezes;
- não.

5. A enfermagem tem se preocupado com o aspecto psicoespiritual dos clientes?

- sim
- às vezes;
- não.

6. Quando um doente precisa de assistência psicoespiritual.

- Você procura atendê-lo, conversando sobre seus interesses;
- chama um líder religioso;

() não dá atenção.

7. O que caracteriza a profissão de enfermagem moderna é:

() assistência integral aos clientes, visando o psicobiológico,psicoespiritual e psicossocial..

() ser bem técnica;.

() executar fielmente os horários estabelecidos para os cuidados de enfermagem,visando somente a assistência biológica.

Respostas Subjetivas

01. O fato de você crer em Deus tem alguma influência no seu trabalho de enfermagem? Qual?

02. Você acha que o profissional de enfermagem mais antigo (nos começos) acreditava em Deus? Porque você acha isso?

03. Durante o exercício profissional, esteve em alguma situação, ligada ao paciente no qual, tivesse que falar sobre Deus? Relacione a experiência. Como você se sentiu fazendo isso? Por quê?

04. Você considera importante a presença das religiosas no trabalho da enfermagem? Porque?

05. Você já trabalhou ao lado de religiosas, ou é uma delas, relate suas experiências ligadas ao lado espiritual.

06. Acha que houve um avanço com a presença das religiosas, ou considera diferente. Comente sobre isso?

07. Comente sobre a importância das religiosas, na profissão de enfermagem, como aconteceu este processo de inserção profissão/ religiosas, aqui em Goiás, principalmente no HC.

08. Como profissional de enfermagem, você acha que nos dias atuais a assistência espiritual é diferente do início da profissão porque?

GRUPOS DE APOIO ESPIRITUAL DO HC-FM



GRUPOS DE APOIO ESPIRITUAL DO HC-FM



LOCAIS DE ENCONTRO COM O SAGRADO

