

*A evolução da doença de Chagas no Estado de São Paulo.* Silva, Luiz Jacintho da. Hucitec, São Paulo, 1999; *Malária e seu controle.* Barata, Rita C. Barradas. Hucitec, São Paulo, 1998; *A malária em São Paulo – epidemiologia e história.* Matos Marina Ruiz. Hucitec, São Paulo, 1999; *Dengue no espaço habitado.* Donalisio, Maria Rita. Hucitec, São Paulo, 1999. (Coleção Samuel Pessoa).

Maria Rita Donalisio  
DMPS/FCM/UNICAMP

Doenças epidêmicas de importância nacional são tratadas de forma transdisciplinar na Coleção Samuel Pessoa, sob a luz da saúde coletiva, da história, da geografia e da sociologia. É justa a homenagem a este grande mestre, fundador de uma das mais profícuas escolas de parasitologia da América, cuja influência foi ponto de partida para uma visão mais abrangente e multidisciplinar do espaço e suas interações com a distribuição de doenças. Introduziu no meio científico brasileiro os conceitos de “paisagem modificada pelo homem”, e dos focos naturais propostos por Pavlovsky na década de 1930. Vem daí, e da sua profunda contribuição no estudo de diversas doenças infecciosas de importância nacional, a pertinência da lembrança do “velho albatroz”, como era conhecido o mestre Pessoa, soberano conquistador de grandes espaços e atrapalhado no solo devido ao tamanho de suas grandes asas, como lembra José da Rocha Carvalheiro.

*A evolução da doença de Chagas no Estado de São Paulo*, de Luiz Jacintho da Silva; *Malária e seu controle*, de Rita Barradas Barata; *A malária em São Paulo – epidemiologia e história*, de Marina Ruiz de Matos e *Dengue no espaço habitado*, de Maria Rita Donalisio, compõem, até o momento, esta coleção, procurando articular saberes e análises que transcendem a abordagem biológica e ecológica das doenças.

O que há de comum nos textos é o olhar que busca a totalidade. É a contextualização da transmissão destas várias enfermidades, é a análise das relações fundamentais da doença no espaço geográfico, as determinações da organização social e econômica sobre os caminhos das epidemias e, particularmente, a influência das políticas institucionais para enfrentá-las. A malária, a doença de Chagas e o dengue são concebidos e analisados como fenômenos sociais, historicamente influenciados.

Esta historicidade das epidemias está sendo amparada pelo conceito que reconhece o processo saúde-doença como um objeto totalizado, onde existem nexos orgânicos e relações recíprocas entre as realidades epidemiológicas e o conjunto do sistema social. Desta forma, as epidemias não são um mero acúmulo numérico de casos clínicos delimitados no tempo e espaço. Estas concepções brotaram e se ramificaram, em parte, a partir da herança do velho Samuel Pessoa e de tantos outros da saúde pública nacional.

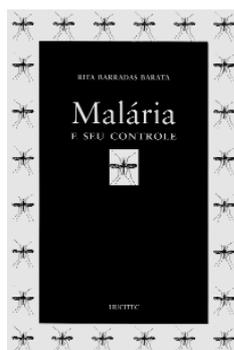
Por outro lado, a análise do conjunto de fenômenos sociais que explicam o processo saúde-doença não dilui a especificidade do objeto epidemiológico.

O comportamento da malária, do dengue e da doença de Chagas são apreendidos, utilizando, como ponto de partida, o padrão de exposição, os registros da distribuição temporal e espacial dos casos e as políticas do estado.

O livro *A evolução da doença de Chagas no Estado de São Paulo*, de Luiz Jacintho da Silva, busca explicar a organização das ações de combate à doença de Chagas e a manutenção da endemia através do processo de organização do espaço geográfico, superando a insuficiência explicativa da geografia médica, como vinha sendo concebida. O processo de ocupação do território paulista, particularmente das fazendas de café, propiciou a dispersão e domiciliação do *Triatoma infestans*, principal vetor da doença de Chagas neste século, potencializando a transmissão. A década de 1950 foi escolhida para a análise do declínio da doença, devido ao intenso desbravamento do interior paulista e a chegada às barrancas do rio Paraná. Também a estagnação da população rural e as profundas modificações na organização do espaço agrário brasileiro contribuíram para a interrupção da transmissão natural da doença.

*Malária e seu controle*, de Rita Barradas Barata, procura reconstruir o processo de crescimento e desenvolvimento da economia paulista para ampliar a compreensão da malária e seus caminhos no estado. Identifica modelos tecnológicos, nas décadas de 1930 a 1990 capazes de responder às necessidades sociais de cada período. Foram examinadas as conjunturas em que a malária foi percebida como “necessidade socialmente priorizada”, a ponto de orientar a construção de políticas e práticas de intervenção, articuladas com o conhecimento científico e epidemiológico da época. No período de 1930 a 1950, a autora contextualiza a ocorrência da malária, identificando o modelo “ecológico-ambientalista” para a compreensão da doença e dos projetos de intervenção. O período de 1950 a 1970, de intensa urbanização e industrialização, diminui a incidência da malária, embora a endemia se mantenha em regiões de colonização novas do estado. Nesse período, identifica o modelo “técnico campanhista”, onde as campanhas de erradicação expandem a cobertura das ações de combate à malária e são introduzidos o DDT e a cloroquina. Nos anos 70 a 90, a malária deixa de constituir um problema de saúde pública em São Paulo, porém o risco de sua reintrodução impõe gradativamente as ações de vigilância epidemiológica para reduzir os focos residuais e manter a interrupção da transmissão.

*A malária em São Paulo – epidemiologia e história*, de Marina Ruiz de Matos, procura associar, a cada momento, a malária ao espaço histórico de sua manifestação. O núcleo principal de análise refere-se à ocorrência (notificação de casos e óbitos) e desaparecimento da malária autóctone no Estado de São Paulo e sua articulação com a organização social e política do estado, de 1900 a 1990. Permite uma visão do processo, buscando o conceito de totalidade, dentro de matriz teórica do materialismo histórico e com isso ampliar a compreensão desta epidemia no período.



*Dengue no espaço habitado*, de Maria Rita Donalizio, reafirma a compreensão das epidemias como fenômenos sociais, influenciadas pelo contexto histórico, pelas políticas de intervenção e pela subjetividade ligada às concepções sobre o adoecer e sobre o risco de transmissão. Discute a influência das ações de controle nos caminhos da epidemia de dengue na atualidade e as tendências de disseminação da virose no país. Considera algumas situações epidêmicas de relevância na América e em outros cantos do planeta, como sinalizadoras dos possíveis caminhos das epidemias no Brasil.

Estes livros reacendem a discussão metodológica no campo da epidemiologia, particularmente na abordagem destes velhos e atuais problemas de saúde pública nacionais. Procuram superar os limites dos métodos positivistas e tratar o objeto de investigação valorizando o contexto político, econômico e social na produção das doenças.

***Modernity, medicine and health: medical sociology towards 2000.* Scambler, Graham e Higgs, Paul (ed.) Routledge, Londres, 1998, 241pp.**

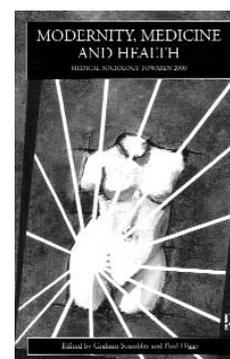
Everardo Duarte Nunes  
DMPS/FCM/UNICAMP

Com o objetivo central de discutir as relações medicina/saúde/sociedade, mas dentro de um espaço que privilegia a visão de um mundo em transformação, Graham Scambler e Paul Higgs organizaram uma coletânea de textos, tomando como referência as dicotomias modernidade/pós-modernidade e modernismo/pós-modernismo, vocábulos que se tornaram parte integrante na análise do conhecimento, especialmente a partir dos anos 80. A coletânea reúne 11 trabalhos escritos por importantes especialistas britânicos que vêm se dedicando à sociologia médica, no momento em que esta área de conhecimento atinge destacado desenvolvimento na Grã-Bretanha.

Michel Bury, da University of London, escreve o capítulo que abre a coletânea ('Postmodernity and health', pp. 1-28), traçando uma abordagem crítica da pós-modernidade e saúde, inclusive dos problemas de terminologia. Diz que, embora os termos pós-modernidade e pós-modernismo não tenham sido amplamente usados na sociologia médica, estas idéias aparecem, sobretudo, sob a influência dos trabalhos de Michel Foucault, havendo, mesmo, autores, como Nicholas Fox, que explicitamente invocam o pós-modernismo como esquema de referência. Ao apontar a dificuldade de definir pós-modernidade, lembra que por detrás desse termo escondem-se uma idéia, uma experiência cultural e uma condição social, ou melhor, a combinação dessas três dimensões. Se a pós-modernidade liga-se aos processos sociais de mudança, dos quais a globalização é tido como exemplar, o pós-modernismo encontra a sua melhor referência nos processos cul-

turais de mudança, sendo comumente usado em relação à arquitetura, arte e crítica literária. O autor passa em revista, de forma sintética, os principais pontos que têm sido detectados nas análises que marcam os processos socioculturais e enfatiza o papel da saúde e da medicina nesses processos que, longe de serem periféricos, têm contribuído para modelar a cultura e a sociedade modernas. Na análise, o autor destaca que esses processos socioculturais são atravessados por outros três processos: objetivação, racionalização e subjetivação. O primeiro, o autor ilustra, com o caso do desenvolvimento da medicina e sua tendência crescente de separar a doença da experiência do sofredor. Lembra diferentes perspectivas sociológicas, como as desenvolvidas por Foucault, quando o paciente, sob o "olhar" clínico, é colocado sob o controle de uma poderoso *expert*. De forma geral, analisa como a doença é "seqüestrada" pela medicina da experiência cotidiana e transferida como objeto de um discurso médico, como aparece nos estudos de Freidson, de início dos anos 70, como também naqueles que se voltam para a saúde reprodutiva. O segundo processo, a racionalização, acentuaria o processo anterior, introduzindo cada vez mais a mensuração e a quantificação na expressão da saúde e da doença, inclusive ao tratar de conceitos como "bem-estar", "satisfação", "qualidade de vida", produzindo uma incrível quantidade de questionários, modelos de entrevista e escalas. Insiste o autor que o problema não é somente criar novas técnicas, mas como elas "ajudam a estender os mecanismos de controle social sobre uma população aparentemente dócil. Não há dúvida de que tal vigilância tem se tornado característica da nossa época". Bury escreve que, à medida em que a voz da ciência torne-se menos incisiva, cresce a possibilidade de subjetivação, na qual a noção de "reflexividade" permite que se volte para compreender o que ocorre no mundo que nos rodeia e do nosso lugar dentro dele. Isto se estende à medicina e aos processos saúde/doença, onde a subjetividade vai encontrar formas de expressão e, dentre os exemplos que cita, destaca o campo da enfermagem. Em resumo, ao introduzir a heterogeneidade – emoções e subjetividade –, a pós-modernidade criou condições para que vozes, antes silentes, possam, agora, ser ouvidas. O autor completa a sua exposição com três questões que a sociologia médica tem enfrentado: o julgamento que as pessoas leigas fazem quando comparam o que elas ouvem e o que elas sabem sobre a doença, sobre o papel da medicina a partir dos anos 50 e da crítica ao relativismo cultural, assim como da visão que a pós-modernidade tem tido sobre o poder.

Dentro dessa linha de trazer subsídios para se entender a pós-modernidade, o texto de Nicholas Fox, da University of Sheffield ('The promise of postmodernism for the sociology of health and medicine', pp. 29-45), aponta o que considera as três promessas que tornaram possíveis a revelação e desenvolvimento de uma abordagem pós-moderna da sociologia da saúde e da medicina. Estas promessas são: "revelar os discursos que constroem nossos cor-



pos e nossa saúde e doença” – da territorialização que a medicina faz do homem como “organismo” (corpos com órgãos) para uma redescoberta da nossa corporeidade, não de um corpo-sem-órgãos, mas de um *arche-health* no qual se inscrevem a subjetividade e os impacientes no lugar dos pacientes; a segunda promessa é a de que é possível engajar os praticantes da saúde e do cuidado em ambientes nos quais os encontros que ocorrerem não tenham como base o poder, mas a doação – cuidar e amar – revelando um mundo além das categorias acadêmicas; a terceira promessa é que essas relações possibilitem engajamentos e participação. Todo o texto é construído em cima da oposição entre doar e apropriar, que Fox remete às relações entre cuidadores e “pacientes”, investindo nos cuidadores informais da comunidade e dessa forma politizando o cuidado.

A preocupação de Graham Scambler (“Medical sociology and modernity: reflections on the public sphere and the roles of intellectuals and social critics”, pp. 46-65) é a de discutir o papel da sociologia, em direção a uma sociologia crítica e, para isso, volta-se para a idéia habermasiana de reconstrução do projeto iluminista, que se vincula à teoria da ação comunicativa – quando afirma “alcançar o entendimento está inerente ao telos do discurso humano”; à distinção entre “sistema” e “mundo da vida” e de como a lógica e dinâmica da racionalidade no mundo ocidental têm desafiado as relações entre a economia, o estado e as esferas pública e privada “colonizando o mundo da vida”. O encaminhamento dado pelo autor é o de enfatizar o discurso que Habermas traça sobre a ética, a justiça e a solidariedade, afirmando que a tarefa do sociólogo é engajar-se em processos de real democratização, via institucionalização dos procedimentos ético-discursivos na sociedade civil e na esfera pública e tornando públicos assuntos de interesse comum. Ser crítico e participante não significa que todos (o destaque é do autor) os sociólogos devem “tornar-se ativos atores ou agentes na esfera pública” num duplo papel de intelectual e crítico, mas os que adotam essa posição devem ter autonomia suficiente para introduzir críticas e não serem simplesmente intérpretes do mundo. O exemplo que o autor trabalha no campo da saúde é o das suas pesquisas sobre o Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra e as relações desigualdades em saúde e classes sociais, esta última na perspectiva das pesquisas sobre qualidade de vida, mas incorporando às medidas objetivas e racionais que presidem a maioria destas pesquisas a “voz do paciente”.

Além desses artigos de caráter teórico, a coletânea apresenta trabalhos que analisam aspectos específicos da saúde. O artigo de Richard Levinson, da Emory University, Estados Unidos e do University College London Medical School, Londres, intitulado “Issues at the interface of medical sociology and public health”, pp. 66-81, relata algumas das possibilidades da interação entre o trabalho dos sociólogos médicos com os profissionais de saúde pública. O autor analisa o que denomina a “etiologia

social” no processo da doença, que envolve a estrutura social, a cultura e as condições de vida, e também a perspectiva sociológica da saúde pública como instituição de controle social, analisando o sistema político-econômico na melhoria da saúde da população. Utilizando a clássica distinção de Robert Straus, quando, nos anos 50, distingue a “sociologia na medicina” da “sociologia da medicina”, o autor também faz essa colocação, dizendo que “uma sociologia ‘da’ saúde pública ajuda a definir o campo, como suas funções estão relacionadas à política econômica e à definição social dos problemas de saúde pública. Isto fornece uma lente para ver a profissão de sanitarista e explica de forma ampla a orientação dos sociólogos ‘na’ saúde pública”. Enfatiza as questões sobre classe social, distribuição da riqueza, gênero, como fundamentais e discute a medicalização e a intervenção na comunidade como pontos focais da saúde pública.

Também os organizadores da coletânea, Paul Higgs e Graham Scambler, ambos do University College London, trazem uma importante contribuição no artigo “Explaining health inequalities: how useful are concepts of social class?” Destacam que os sociólogos médicos têm “perdido a oportunidade” de trabalhar o conceito de classe. Para os autores, tem havido uma subteorização de classe na sociologia médica, “falta de sofisticação socioteórica” que eles atribuem a uma orientação ultrapassada neopositivista de conduzir a pesquisa e, especialmente, no caso da Grã-Bretanha, a caracterização pobremente documentada de trabalhar o caráter de classe das desigualdades sociais. Ressaltam que as percepções subjetivas de classe podem variar, com frequência, independentemente das realidades objetivas da classe; que as sofisticações teóricas, quer sejam as marxistas ou weberianas, estão ausentes dos mecanismos utilizados pelo General Registrar para situar em suas estatísticas a pertinência de classe, investindo na ocupação como base de diferenciação.

Outro tema que tem destaque na coletânea é escrito por Annette Scambler, da University College of London, “Gender, health and the feminist debate on postmodernism”, pp. 100-124. Inicia o seu trabalho dizendo que “provavelmente é dentro da sociologia médica que uma das críticas mais fortes do feminismo pós-moderno pode ser estabelecida”. Para a autora, há pontos positivos trazidos pela pós-modernidade, mas há também um lado hostil e subversivo ao projeto feminista e, ao tratar das questões teóricas que envolvem o tema, diz que “necessitamos uma teorização estrutural de gênero, não estruturalista”. Apresenta destacada revisão dos principais problemas da mulher face à saúde e, ao encerrar o trabalho, aponta que a pós-modernidade projeta, ainda, uma visão da mulher que a reduz à estrutura do simbólico masculino, tratando os problemas da concepção, infância e criação dos filhos não como experiências individuais das mulheres, mas como exigências estruturais.

Simon Williams e Gillian Bendlelow, da University of Warwick, abordam em “In search of the

'missing body': pain, suffering ante the (post) modern condition" temas que, tendo sido anteriormente banidos para as margens da teoria sociológica, vêm sendo trazidos para o seu interior pela sociologia médica. Incluem-se a construção social do conhecimento biomédico, a experiência fenomenológica da dor, da doença, da incapacidade e da morte. Para os autores, a questão do dualismo corpo-mente pode ser enfrentada por meio de uma abordagem que combine a perspectiva ontológica realista com a epistemologia relativista do construcionismo social. Nesse sentido, destacam a experiência mais do que a representação e, embora salientem o social, este não pode ser priorizado sobre o material, temas que, de certa forma, têm sido centrais no debate entre a modernidade/pós-modernidade sobre o corpo, dor e sofrimento. Concluem dizendo que isso não significa que a sociologia da saúde e da doença não devem ser críticas da biomedicina, mas que isso deve ser feito aderente "aos problemas práticos e aos interesses experimentados por aqueles que são o objeto de estudo".

As questões da idade, do envelhecimento e suas relações com a corporeidade são analisadas por Mike Fearherstone (Nottingham Trent University) e Mike Hepworth (University of Aberdeen), no texto "Ageing, the lifecourse and the sociology of embodiment", pp. 147-175. Contribuem os autores para repensar o tema a partir das limitações que cercam a idéia de examinar o curso da vida como uma trajetória linear e progressiva e o tempo como um recurso finito. Isto contribui para que o processo de envelhecimento seja visto como um processo de uma única via, com base nas limitações biológicas dos ciclos de vida, o que levanta questionamentos sobre a natureza da corporeidade humana e das fronteiras entre cultura e biologia. Os argumentos apresentados estão direcionados para se entender que o declínio do corpo não significa necessariamente o "envelhecimento do *self* e um inevitável afastamento da vida ativa". Acrescentam o papel importante da crítica do movimento feminista sobre a concepção dualista natureza/cultura, difícil de ser defendida neste final de século. Salientam, ainda, que as concepções sobre o envelhecimento não podem ser baseadas em vagas conceptualizações ontológicas de entidades diversas, como corpo, *self* e sociedade. Ao término do artigo, oferecem uma detalhada discussão sobre as mudanças tecnológicas (computação, ciberespaço, Internet) e suas relações com o envelhecimento, na medida que a tecnologia pode criar novos ambientes ou mundos e concorrer para melhor entender o corpo e escapar de suas limitações.

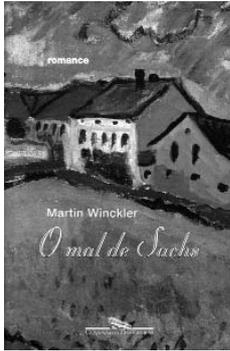
Paul Higgs, em "Risk, governmentality and the reconceptualization of citizenship", pp. 176-197, analisa um tema que se tornou, de forma meteórica, dos mais importantes na literatura sociológica nas duas últimas décadas. Refere-se ao conceito de 'risco', que tanto é usado para descrever, como para "ajudar a fornecer uma agenda para ação política futura". Higgs usa a noção foucauldiana de 'governabilidade' e 'tecnologias do *self* e a emergência

de novas abordagens no estudo da provisão de cuidados à saúde e do *welfare* estatal. Na questão do risco, este tanto pode se referir aos perigos ambientais, como a um grupo de pessoas ou de práticas. De outro lado, a utilização do risco e de sua avaliação apresentam diferentes papéis quando referidos às políticas sociais e de saúde: algumas vezes a ênfase é sobre fatores ambientais, outras vezes sobre fatores genéticos. Trata a construção do risco como um resultado de escolhas de estilos de vida feitas pelos indivíduos, como o risco converte-se em 'perigo' e fornece as novas formas de relações entre o cidadão e o estado.

Mike Saks, da Montford University, em seu artigo "Medicine and complementary medicine: challenge and change", pp. 198-215, estuda, no contexto da pós-modernidade, as relações entre a medicina e a medicina complementar. Analisa, inicialmente, o desenvolvimento da biomedicina e seu caráter positivista, assim como as suas consequências para o paciente. Refere-se que, embora possam ser encontrados precedentes que se desviam da corrente hegemônica, é nos anos 60, na onda da contracultura, que as práticas alternativas em medicina começam a se projetar. O interessante do artigo é que o autor procura estabelecer como a noção de pós-modernidade e de um mundo pós-moderno irá permear o desenvolvimento da medicina complementar. Situa que, na Grã-Bretanha, as políticas de saúde são bastante liberais em relação às práticas complementares, embora estas concentrem-se no setor privado. O fato de contar com um número elevado de profissionais, estimado em 50.000, não significa que as práticas da medicina complementar – homeopatia, acupuntura, reflexologia, osteopatia, etc. – estejam isentas de questionamentos, pois a natureza fragmentada das organizações conduz a uma pluralidade de discursos.

O último artigo do livro é de autoria de Zygmunt Bauman, da University of Leeds e University of Warsaw, "Postmodern adventures of life and death", pp. 216-231. Nele, o autor analisa a natureza e a profundidade das mudanças de orientação frente à morte nos tempos pré-moderno, moderno e pós-moderno. O autor enfrenta a densidade do tema, associando-o às concepções de corpo, doença e saúde, e de como se converte em objeto da medicina.

Embora em alguns momentos esta resenha tenha se estendido, não é possível, de forma limitada, situar a enorme riqueza conceitual deste livro que, de forma instigante e polêmica, recoloca as questões da medicina e da saúde nos debates da pós-modernidade que, como escrevem os organizadores da coletânea, são extremamente importantes para pensar o futuro da sociologia e da sociologia médica.



**O mal de Sachs, Martin Winckler. Tradução de Rosa Freire D'Aguiar. Companhia das Letras, São Paulo, 1999, 554p.**

Nelson Felice de Barros  
FCM/Santa Casa de São Paulo  
Doutorando FCM/UNICAMP

Este livro, classificado como romance, por certo é uma boa reflexão sobre a prática médica, garantindo o reconhecimento das principais questões da clínica, guardadas as proporções do estilo, para os profissionais da saúde que se interessam por essa linha de pesquisa. Ele integra a tradição que inter-relaciona (que relaciona interna e intrinsecamente) literatura e medicina. Sabidamente, essa é uma linha de trabalho de muitos autores que contam com eventos específicos e, como ressalva o autor no *post-scriptum*, “certos trechos deste romance foram lidos em público durante os colóquios de “literatura e medicina” (Cerisy-la-Salle, verão de 1994) e “testemunho e ficção” (Lyon, Villa Gillet, primavera de 1995).

Uma das características do modelo biomédico é o seu reducionismo biologicista; todavia essa característica não é monolítica e se desdobra de diversas maneiras. Um desdobramento singular na prática médica é o pragmatismo, doutrina segundo a qual a verdade de uma proposição consiste no fato de que ela seja útil, tenha alguma espécie de êxito ou de satisfação. De acordo com Walter Benjamin (1994), “o senso prático é uma das características de muitos narradores natos”, por isso a narrativa “tem sempre em si uma dimensão utilitária. (...) [Que] pode consistir seja num ensinamento moral, seja numa sugestão prática, seja num provérbio ou numa norma de vida – de qualquer maneira, o narrador é um homem que sabe dar conselhos”. Portanto, essa tremenda identidade entre as características da narrativa e da prática médica é que permite que haja a fecunda relação entre a medicina e a literatura.

Martin Winckler é o pseudônimo literário do médico Marc Zaffran, médico e escritor nascido na Argélia em 1955, que narra o “mal” do dr. Bruno Sachs. Na medida que o romance discute de forma êmica e ética as principais questões da clínica médica, até mesmo a utilização de um pseudônimo faz parte da construção dessa narrativa. Martin resgata as fichas dos pacientes do dr. Marc, atendidos em algum lugar da França, ao longo de dez anos, e lhes dá vida, deixando existir as fichas/personagens/narradores. Assim, quem mais sofre é também quem mais goza o direito de narrar, de forma que se cria um jogo de imagens em que os pacientes, enquanto fornecem informações ao dr. Sachs, também o fazem, para o leitor, sobre o dr. Sachs. Por certo, os narradores (fichas/personagens) são, predominantemente, do tipo arcaico dos *camponeses sedentários* descritos por Benjamin, ou seja, aqueles homens e mulheres que ganharam “honestamente sua vida sem sair do seu país e que conhecem suas histórias e tradições”. Por outro lado, o autor, transi-

tando da sua identidade de médico argelino na França, para o pseudônimo com que assina um romance sobre a prática médica, até identificar-se com o dr. Sachs, cumpre o papel do romancista que “retira da experiência o que ele conta: sua própria experiência ou a relatada pelos outros. E incorpora as coisas narradas à experiência dos seus ouvintes”.

A narrativa desenvolvida no livro está organizada a partir de eventos, como uma consulta ou uma visita domiciliar, que constituem os capítulos. Há, no entanto, a referência às mesmas situações e aos mesmos personagens em diferentes espaços temporais da prática do dr. Sachs e do livro, de forma a garantir uma construção temporal linear. Por exemplo, a Sra. Leblanc inicia sua participação deixando entender que é a secretária, encarregando-se da organização da agenda de consultas e visitas, da correspondência, da limpeza e organização do consultório e dos pedidos dos pacientes; posteriormente, narra sua contratação, enquanto descreve o dr. Sachs, seu consultório e até o falecimento de seu pai, na primeira semana em que o consultório deveria funcionar. Em seguida, narra o movimento no consultório, de forma que *nos dois primeiros anos, você passava horas no consultório e só via uma ou duas pessoas durante o dia* e, posteriormente, retoma o momento da contratação para explicar o início dos soluços que a trouxeram, em um sábado pela manhã, para a consulta com o dr. Sachs, seu médico, e não para quem tem trabalhado há tantos anos; por fim, a Sra. Leblanc encerra sua narrativa apresentando o grande êxito do consultório e a demanda crescente, que fizeram com que houvesse a presença de um substituto para os dias de descanso do dr. Sachs.

O que constitui “O mal do dr. Sachs” é a própria medicina, em suas palavras, *É o discurso médico que é como câncer. Prolifera. Cada nome de doença remete a significados múltiplos, alusões prolongamentos, subentendidos. (...) as doenças, assim como as síndromes, levam o nome dos médicos. (...) Nunca têm o nome da pessoa que sofreu dessa doença. O que mostra muito bem a que ponto a doença pertence aos médicos*. Por refletir sobre as bases desse “mal”, ao longo do livro, o médico, como categoria profissional, é muito bem detalhado.

Várias passagens apresentam reflexões sobre as dificuldades do início da carreira em um consultório particular, sobre o desgaste que representam os plantões, sobre as chamadas de urgência a qualquer instante, sobre as relações do clínico geral com as especialidades e com o hospital, sobre a ética médica, sobretudo, em relação ao sigilo profissional e às opções dos pacientes em relação aos tratamentos e, por fim, sobre as mudanças na realidade da prática com o passar dos anos. Essas narrativas concordam com os achados sociológicos sobre os médicos no Brasil, feita por Machado (1997), sobretudo no que diz respeito às fases da vida profissional do médico. O livro inicia sua narrativa exatamente na primeira fase da carreira médica, ou seja, de acordo com Machado, os primeiros anos após a graduação em que se busca uma inserção efetiva no

mercado de trabalho, em que o número de atividades que os médicos jovens desempenham é comparativamente menor do que nos demais segmentos e em que a realização de plantões é muito frequente. Finalizando o livro, pode-se perceber que o dr. Sachs já passou pela fase inicial e encontra-se na fase de consolidação na vida profissional, de forma que está há mais de dez anos e menos de 25 em atividade, incorporando à sua prática um leque maior de atividades, inclusive não restritas à clínica médica, e contando com o apoio de outros profissionais. Embora não atinja a fase de desaceleração das atividades médicas, é possível perceber, também, as características dessa etapa através da relação do dr. Sachs com outros profissionais médicos das imediações em que vive.

Fica explícito, desde o início, que a narrativa, pelas palavras daqueles que entram em contato com o médico, está baseada na relação médico-paciente, destacando, sobretudo, que o modelo adotado é o de *participação mútua*, no qual o papel do médico é ajudar o paciente a ajudar a si mesmo; o papel do paciente é de participante em parceria e a representação dessa relação é a de um encontro entre adultos. No entanto, sente-se a falta de alguma narrativa sobre o sistema de organização dos serviços a que se vincula o trabalho do dr. Sachs, isto é, faltam para o leitor explicações sobre o planejamento e a gestão do sistema de cobranças de honorários profissionais, bem como do sistema de referência e contra-referência entre o médico e o laboratório, o médico e o especialista, e o médico e o hospital.

No entanto, mesmo notando a falta dessa explicação sobre a organização dos serviços, um elemento da narrativa deve ser ressaltado por, certamente, interessar aos debates atuais do campo da saúde brasileira. Trata-se de refletir sobre as inú-

meras visitas domiciliares que o dr. Sachs realiza ao longo do livro e que constituem uma das discussões fundamentais para o Programa de Saúde da Família. De acordo com Blasco (1999), "A visita médica domiciliar é prática inseparável do médico de família. O acompanhamento de doentes crônicos no seu domicílio, fornecendo uma orientação completa – nutricional, comportamental e medicamentosa – é fonte contínua de solicitações em medicina de família". Portanto, vale a pena a leitura das narrativas de visitas que, às vezes, atenderão o *acidente de automóvel com cinco pessoas...; a hemorragia de útero num câncer inoperável...; a morte súbita do recém-nascido...; os doídos, os abilolados, os enrolados...; as loucas com prisão de ventre crônica...; os violentos que dão uma surra na mulher e ameaçam de espingarda o vizinho...; os angustiados apavorados de passar mais uma noite sozinhos...; as histéricas que têm sua crise semanal...; os adolescentes que dão chiliques...; E de vez em quando são aqueles a quem você tem a impressão de ter ajudado, um velhinho que caiu da cama e você conseguiu acalmar todo mundo para que não o levassem ao hospital...*

#### Referências

- Benjamin W 1994. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov, pp. 197-221. In *Mágica e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. 7ª ed. Brasiliense, São Paulo.
- Blasco PG 1999. Medicina e pessoa humana, pp. 1-8. In <http://www.hottopos.com/mirand2/medicina.htm> 10 de maio de 1999.
- Machado MH 1997. Dinâmica do mercado de trabalho, pp. 99-146. In *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Fiocruz, Rio de Janeiro.

**Rationing health care, R. J. Maxwell (Scientific ed.). *British Medical Bulletin – A Series of Expert Reviews*. October, 1995, Volume 51, Number 4, pp: 761-962**

Ricardina Giovanna Pitelli da Guia  
SIAM/SESP/SP

O racionamento de cuidados tem sido praticado nos mais diversos sistemas de saúde do mundo ocidental como decorrência linear da assertiva, na maioria das vezes incontestável, de que as fontes de financiamento para o setor saúde apresentam limites que a demanda por cuidados insiste em negligenciar. No Brasil, o tema surge como debate público esporádico através de questões pontuais, a exemplo do fornecimento, gratuito ou não, de medicamentos de alto custo para AIDS, ou quando os tribunais garantem a este ou aquele cidadão o direito a procedimentos que, em princípio, já estavam previamente estabelecidos como tais pela Constituição.

Publicado há cinco anos, como um documento de subsídio ao processo de reforma conservadora implementado no Reino Unido nos anos noventa, esta revisão traz a contribuição de diferentes países sobre um problema que, infelizmente, mantém-se sobremaneira atual. A questão do racionamento emerge como o denominador comum aos sistemas de saúde ocidentais, apesar das expressivas diferenças que estes apresentam entre si no tocante às características da população atendida, fontes de financiamento, formas de organização ou estratégias para o estabelecimento de prioridades.

Ao discutir porque o racionamento está em debate, Maxwell (*Why rationing is on the agenda*, pp. 761-768) oferece a perspectiva do sistema britânico, onde o problema emerge através das filas de espera por cuidados apresentadas como um "fato na vida do NHS (National Health Service)" que vem "se agravando com o tempo". Assim, o que estava implicitamente estabelecido como "cuidados médicos factíveis" à época da criação do NHS, em 1946, apre-

sentou mudanças substanciais com o decorrer dos tempos, gerando expectativas de cuidados de magnitude crescente de forma que, a cada dia, se apresentam mais incompatíveis com as fontes de financiamento disponíveis.

Mudanças demográficas, geradas principalmente pelo aumento da esperança de vida, e a contínua expansão das expectativas acerca do que é medicamente possível numa sociedade onde, segundo Maxwell, “cada nova técnica diagnóstica, cada novo tratamento, tende a prometer benefícios adicionais para alguns e custos adicionais para todos”, aumenta a cada dia a magnitude do problema aqui abordado. Dentro do sistema britânico, a decisão política sobre a alocação de recursos para cuidados específicos é apresentada, sob a perspectiva de sua distribuição, como transmutada em decisões clínicas acerca de quem deve ser tratado e como. Assim, restrições de ordem econômica e financeira são usualmente apresentadas ao paciente como reflexos de julgamentos clínicos sobre suas chances de se beneficiarem, ou não, de determinados tratamentos, tornando-se, em larga escala, invisíveis como problemática afeita às políticas públicas. A solução para a transparência seria a utilização de critérios explícitos para o racionamento dos cuidados, apresentada como uma das propostas do processo de reforma imposto ao NHS em 1991 – estratégia que, hoje sabemos, não foi viabilizada a contento.

Como introdução ao debate, Klein, Day e Redmayne (*Rationing in the NHS: the dance of the seven veils – in reverse*, pp. 769-780) procedem à discussão conceitual acerca do que vem a ser racionamento de cuidados. Em primeira instância, este seria a negação de algo que é potencialmente benéfico ao paciente, de forma que ele, ou ela, receberia menos cuidados do que seria desejável num mundo com recursos ilimitados. Em segundo lugar, estabelecem como necessária a distinção entre racionamento e estabelecimento de prioridades, sendo este, em princípio, inerente à prática das políticas públicas, dado que, enquanto o primeiro afeta pessoas individualmente, o segundo envolve alocação de recursos para grupos populacionais ou procedimentos específicos. Assim, é o estabelecimento de prioridades que define os parâmetros a partir dos quais o racionamento se apresenta como operacionalmente factível.

Racionamento, como definido acima, implicaria a utilização de julgamentos de especialistas (usualmente, mas não invariavelmente, médicos) acerca da eficiência ou adequação de procedimentos médicos específicos, enquanto o estabelecimento de prioridades envolveria julgamentos de valor, demandando ampla discussão no seio da sociedade, como os afeitos ao equilíbrio entre equidade e eficiência ou acessibilidade e eficiência. No entanto, reconhecem que tal distinção se torna nebulosa na prática, onde o racionamento freqüentemente envolve critérios não técnicos, evidenciando imprecisos graus de envolvimento de médicos e não-médicos no processo.

A partir do exposto, descrevem diferentes graus de visibilidade do processo de racionamento, onde

o menos visível seria aquele revestido como decisão clínica e o mais evidente o propiciado pelas filas de espera por cuidados, passando pelo acesso racionado por barreiras geográficas ou sociais. Várias autoridades sanitárias britânicas, mais do que definir o rol de cuidados a serem oferecidos, têm atrelado tal oferta ao cumprimento de protocolos médicos específicos, estratégia interpretada por muitos como uma tentativa de dissociar tais restrições de sua natureza orçamentária e financeira, dado que as esperanças depositadas na utilização de protocolos clínicos esbarram no pouco conhecimento que temos, seja sobre seu impacto em diferentes grupos mórbidos ou populacionais, seja sobre as reais necessidades de suas adaptações, como regras gerais de conduta, aos contextos locais de saúde. Assim, indagam se os protocolos são, e em que extensão, em si mesmos uma forma de racionamento, ainda que mais diluída.

Ao discutir o problema nos Países Baixos, Van de Vem (*Choices in health care: a contribution from The Netherlands*, pp. 781-790) descreve o termo racionamento como fortemente associado a situação de recursos escassos onde faz-se imperativo que procedamos a escolhas. Assim, apresenta três boas razões para que estas sejam feitas na área da saúde – porque são necessárias, desejáveis e justas. Fazer escolhas é necessário porque existe uma tensão entre as demandas por cuidados e os recursos que as financiam, assim como entre benefícios individuais e financiamento coletivo. É desejável porque estimula o debate entre o senso e o não-senso relativo aos cuidados: doenças iatrogênicas, cuidados inapropriados, supermedicação, medicina defensiva, cuidados fúteis ou consumismo de cuidados médicos. É justo porque não proceder a escolhas explícitas possibilita a emergência de decisões arbitrárias que, via de regra, produzem filas de espera e serviços de baixa qualidade em sistemas publicamente financiados e cuidados eficientes e de alta qualidade em serviços de elite com financiamento privado.

Descreve que “The Dutch Government Committee on choices in health care” estabelece os cuidados básicos de saúde a serem oferecidos pelas agências seguradoras de saúde, pública ou privadamente financiadas, os quais devem obrigatoriamente contemplar os quatro critérios seguintes: ser necessário, ser efetivo, ser eficiente e não passível de ser relegado à responsabilidade individual. Reconhece que tal estratégia transfere a responsabilidade pela adequação dos cuidados primariamente aos profissionais de saúde e suas organizações ressaltando, no entanto, que estes devem trabalhar em conjunto com a sociedade em geral no sentido de estabelecerem os padrões de cuidados mais adequados.

Kiitzhaver e Kenny (*On the Oregon trail*, pp. 819-830) explicitam que, de acordo com as estratégias sanitárias implementadas no Estado do Oregon – EUA, a questão emergente é de natureza política e relaciona-se a quanto e quais são os cuidados que a sociedade está preparada para pagar e porque. Respondem que as escolhas afeitas ao problema devem ser explícitas e que a sociedade deve es-

tar pronta para se responsabilizar por elas através de pressões a serem exercidas junto ao poder legislativo, às grandes corporações e ao público em geral. Assim, julgam que o objetivo a ser perseguido é saúde, e não cobertura universal, acesso aos cuidados sanitários ou contenção de custos, mas simples e diretamente saúde. Referem que os cuidados médicos não são necessariamente sinônimo de saúde, dado que nem todos os procedimentos médicos apresentam igual valor ou eficiência em produzir saúde.

Como estratégia política estabeleceram três variáveis: elegibilidade (para quem), benefício (o que será oferecido) e custo (quanto será financiado e distribuído) a serem contempladas pelo Oregon Health Plan. Optando por uma parceria público-privada no financiamento do sistema, julgam que a grande dificuldade remete à segunda variável, isto é, quais serão os benefícios oferecidos num contexto onde restrições fiscais impõem que se proceda a escolhas e que estas, invariavelmente, têm implicações políticas e demandam explicação clara de objetivos.

Assim, implementaram três formas de envolvimento público em torno da segunda variável: 1) discussões e debates comunitários para o estabelecimento de consenso sobre os valores que orientariam as decisões sobre a alocação de recursos; 2) reuniões e debates em todo o Estado no sentido de obter informações e depoimentos dos diversos campos de interesse atuantes no setor saúde; e 3) a Health Services Commission, juntamente com seus procedimentos e atas foram objeto de ampla discussão pública e submetidos ao escrutínio da legislação vigente. Deste modo, o Estado do Oregon definiu um pacote limitado de serviços, fortemente atrelado aos cuidados primários e preventivos, a ser provido a população com base na aceitação de duas assertivas: a) que a sociedade deve decidir o que vai financiar e b) que os cuidados com saúde não são igualmente relevantes, sendo o provimento de uns mais importante que os demais.

Num cenário onde o debate político não é mais se os governos praticam o racionamento, mas sim como o fazem, Maynard e Bloor (*Help or hindrance? The role of economics in rationing*, pp. 854-868) destacam a importância de procedermos a distinção entre “necessidade de cuidados”, “demanda por cuidados” e “grau de utilização dos cuidados”, caracterizando como “necessidade” por cuidados se, e apenas se, o indivíduo pode vir a se beneficiar das intervenções recebidas. Avaliam que a utilização dos resultados de ensaios científicos como fundamento para tais decisões tem sistematicamente esbarrado na validade questionável dos mesmos – alguns são declarados distorcidos por utilizarem tratamentos estatísticos duvidosos, outros são considerados eticamente condenáveis e as revistas científicas são acusadas de privilegiarem a publicação de resultados promissores em detrimento de avaliações negativas. Por outro lado, as tentativas de utilização de critérios relacionados ao QALY (Quality Adjusted Life Years) trazem à tona as dificuldades do traslado para a prática sanitária de parâmetros construídos apenas sob a premissa de custo-eficácia.

Para Jacobson e Bowling (*Involving the public: practical and ethical issues*, pp. 869-875), o necessário debate público acerca da questão é dificultado pela evidência de conflitos entre as visões do público em geral e a dos profissionais de saúde ou de grupos de pacientes, os quais, por sua vez, também estão frequentemente dissonantes em relação às evidências científicas em torno da eficácia ou eficiência de variados procedimentos. Relatam que, ao procederem a escolhas sobre o estabelecimento de prioridades em saúde *para sua comunidade, e não para si próprias*, as pessoas, vivendo numa sociedade que tem o indivíduo como foco, apresentam grande dificuldade em construir ou em detectar valores de natureza comunitária e, conseqüentemente, em elaborar critérios baseados em valores que não cultuam. Destacam que há fortes indícios de que também tendem a valorizar as crianças em detrimento dos velhos, a negligenciar os cuidados de determinados grupos populacionais, a exemplo dos doentes mentais ou moradores de rua, e a priorizar intervenções relacionadas aos cuidados de urgência e emergência em detrimento dos preventivos.

Ao discutir o acesso da população às informações sobre saúde e suas relações com escolhas pertinentes ao problema, McIver (*Information for public choice*, pp. 900-913) aponta que 1) diferentes formulações de um mesmo problema podem alterar as respostas decorrentes, 2) pessoas respondem de forma diferente quando questionadas sobre suas experiências e situações hipotéticas, 3) há dúvidas acerca de quão estáveis se apresentam os valores das pessoas em diferentes situações de vida e, 4) as opiniões e os valores em torno de um problema podem mudar frente ao aumento dos conhecimentos disponíveis sobre o assunto.

O debate público, apesar de toda dificuldade que se lhe faz implícita, é aqui apontado como o único caminho para a solução legítima do problema em questão. Se as comunidades privilegiam grupos específicos e negligenciam outros, somente o debate público possibilitará o aflorar à consciência de que o problema, em suas bases, é de natureza ética. E que debater tais questões implica primeiramente em conhecermos a nós mesmos e aos nossos valores, não mais como meros consumidores de cuidados, mas como seres morais que constroem preceitos éticos, os quais, vez por outra, devem ser postos em prática, a despeito de toda dor.



**O risco e o bordado, um estudo sobre a formação da identidade profissional.** Miranda, Cristina Maria Loyola. Editora Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Rio de Janeiro, 1996, 209pp.

Sherrine Njaine Borges  
SBP/RJ e IPUB/RJ

Originalmente, tese de doutorado em saúde coletiva, pelo Instituto de Medicina Social/UERJ, vemos neste livro a autora estabelecer conexões ricas entre a história e a literatura que constituem as balizas de seu exame da origem social e histórica de uma profissão moderna: a enfermagem e a mulher que a fez nascer, Florence Nightingale.

No contexto da industrialização inglesa e do século vitoriano, “obcecado pelo controle e pelo medo de perdê-lo”, bem como atravessado por “atitudes e desejos contraditórios, ansioso por um novo humanismo, mas ainda relutante em abandonar a velha severidade e os velhos prazeres”, a autora recorta da literatura de Charles Dickens o que chama de “enfermeira pré-Nightingale”, em dois dos seus romances: *Oliver Twist* e *Martin Chuzzlewit*. Traçando um retrato crítico contundente da miséria dos pobres na Inglaterra desse momento, mostramos como este escritor expõe em seus textos, de forma nua e crua, as formas de adoecer e morrer, não desprovidas de humor, daqueles que, no Brasil chamaríamos de “zé-povinho”, vivendo num mundo que não tem lugar para eles.

Em *Oliver Twist*, a enfermeira pré-Nightingale surge a partir de um perfil, de uma conduta do que *não se deve ser*. A figura da *nurse*, que a autora faz surgir aos nossos olhos, da mulher que cuida sob a orientação da instituição é cruel: ela provém dos pobres fora do trabalho ou do proletariado e tem o hábito do álcool diário em pequenos goles, pouco ou em nada se destacando dos miseráveis dos quais se ocupa e com os quais ganha a vida.

Em *Martin Chuzzlewit*, o segundo romance que ela examina, desenha-se o que é considerada uma das maiores figuras tragicômicas de toda a literatura – Mrs. Sairey Gamp, fiel representante da enfermeira pré-Nightingale que se ocupa dos doentes nos hospitais públicos com indiferença, impessoalidade, independentemente de serem ricos ou pobres. Mrs. Sairey Gamp é a criação de Charles Dickens, para criticar o que se chamava à época de **cuidar** em enfermagem. Seu modo de exercer o ofício de *nurse* é um caso à parte, na medida do descompromisso, do despreparo profissional, do egoísmo diante da vida e da morte vistas por ela como duas opções de um mesmo trabalho desgastante e cansativo. *Nurse* significava até então, uma mulher vulgar e velha, sempre ignorante e freqüentemente suja, vestindo roupas sórdidas e embriagando-se com uma garrafa de gim, prostituída e sem qualquer qualificação profissional formalizada, acumpliciando-se com as piores irregularidades. Era freqüente e conhecido socialmente que enfermeiras como Mrs. Sairey Gamp tivessem amigas pessoais e trocassem clientes com o agen-

te funerário, onde o lucro era sempre para a enfermeira.

Através desse tipo humano de enfermeira, Charles Dickens buscava adverti-las e a própria sociedade de então que era preciso menos álcool, mais humanidade, menos egoísmo e maior preocupação com os outros. No entanto, se sua presença como descrita pelo escritor é confirmada pelos historiadores da época, assim também o era o despreparo técnico para lidar com as situações de doença e que não eram exclusividade da enfermeira mas também dos médicos e de suas teorias de degenerescência e evolucionistas para intervir com eficácia, na morbidade e mortalidade geral.

Não sem razão a autora conta-nos como Florence Nightingale queixava-se de usar o mesmo termo – *nurses* – para as novas mulheres enfermeiras saídas de sua escola criada em 1860. Segundo ela, a palavra *nurse* havia se restringido a pouco mais do que “administração de remédios e a aplicação de emplastros”, quando deveria significar “o emprego apropriado de ar puro, luz, calor, limpeza, quietude e a adequada escolha e administração da dieta e com o mínimo gasto da força vital do paciente.” O que Florence Nightingale sabia mas não explicitou é que, como nos lembra a autora, um termo é dependente do hábito linguístico que o criou, e toda vez que o empregamos, continuamos pensando, falando e agindo inspirados no sentimento e na crença que moldaram aquele tempo. A mudança na gramática se faz mais lenta, pois como nos ensinam os psicanalistas e os linguistas, dizer isto é o mesmo que dizer uma mudança no inconsciente tal como Freud o formulou e nossas resistências para o movimento requerido contra a inércia que não nos deixa pensar e sentir fora do já visto e sabido.

Florence Nightingale, diante das deformações levadas ao caricatural na figura de Mrs. Sairey Gamp e do que ela própria via e ouvia, começa a pensar que era preciso estudar para ser enfermeira e que isto significava mais do que segurar a mão de uma pessoa doente: requeria treinamento, conhecimento, disciplina, corporalidade, rituais e simbologia.

E seu grande momento ocorrerá quando da eclosão da guerra da Criméia (1853-1856), onde conhecerá, dolorosamente, a situação dos hospitais militares ingleses – lugares imundos e infestados de parasitos, a mortalidade brutal dos primeiros meses de guerra (60%), as centenas de soldados, quase crianças (muitos com 12 anos de idade), que morreram desnecessariamente e que se tornarão lembranças inesquecíveis para ela. Quando volta para a Inglaterra, Florence Nightingale é uma mulher mudada, reformada, madura e resolvida, que exigiu das enfermeiras que haviam viajado com ela, obediência cega ao regulamento no lugar de explicações, porém marcada na alma por uma tristeza, que nunca mais a deixará e que achei no poeta S. T. Coleridge, sua melhor expressão em *A balada do velho marinheiro*:

Sempre aquela agonia – e sempre em hora  
incerta –  
Retorna desde então;

E enquanto a minha história tétrica não conto,  
Queima-me o coração.

Since then, at an uncertain hour,  
That agony returns;  
And till my ghastly tale is told,  
This heart within me burns.  
(*The rime of the ancient mariner*. Part VII)

Provocando uma revolução no conceito de *nurse* da época, Florence Nightingale transformará em realidade seu sonho maior de sempre: ensinar outras mulheres a tornarem-se boas enfermeiras, vindo a formar o que hoje denominamos de enfermagem moderna, com uma identidade profissional singular. Trinta e sete anos após a criação de sua escola de enfermeiras, ou seja, em 1897, já era proibida na Inglaterra a contratação de enfermeiras não diplomadas para trabalhar em hospitais públicos.

Em 1859 publica *Notes on nursing: what is and what is not*, expondo sua concepção da enfermagem como arte, como profissão e ciência, e não um trabalho temporário que qualquer um pode fazer. As mulheres da Escola de Enfermeiras Nightingale sabiam que lhes seriam exigidas dedicação e conduta tal como a de missionárias, devendo zelar para que nenhum escândalo e nenhuma dúvida pairasse sobre quaisquer uma delas, a fim de evitar que críticas médicas retardassem por anos a proposta que estavam encarnando, de mudança radical do até então conhecido como *nurse*. Exigindo destas mulheres que tomassem a enfermagem como chamado, como aquele de Santa Tereza D'Avila, Florence Nightingale também exigia-lhes sustentarem em atos que a enfermagem era uma arte e uma vocação, como diz a autora "estava persuadida de que as qualidades necessárias a uma boa enfermeira não poderiam ser passíveis de registro e que qualquer tentativa neste sentido as conduziria à arregimentação e a perda do verdadeiro sentido do seu chamado, tomando-se muita profissão e pouca arte" (grifo nosso).

A guerra da Criméia foi para Florence Nightingale uma espécie de laboratório, donde surgiram as soluções mais inesperadas e contraditórias. Se de um lado a guerra piora as relações humanas, ela as refaz ao seu modo, e neste processo, fazendo descer ao máximo a humanidade do homem, pode permitir que se extraia do horror, novas leis de lealdade, de cuidado com o outro e com a vida.

Porém, a autora, ao fazer uso da narrativa de Charles Dickens não nos deixa esquecer que a miséria, a partir de um limite muito incipiente, ensurdece os ouvidos e o coração para sentimentos como o amor e a solidariedade. Quando a sobrevivência está em jogo, poucos podem acudir o outro. Talvez, no fundo sabendo disso, Florence Nightingale exigiu de suas enfermeiras, que mais do que tudo fossem formadas numa escola de humanidade, o que muitas vezes significa, o inferno dos outros, dos condenados à exclusão social, ao crime, à prostituição, à loucura, à fome, e o nosso próprio inferno, quando delegados para cuidar deles, tentando nos preservar da chama que os devora.

É talvez na experiência do pior que se decide o sentido de chamado, como Florence Nightingale formulou para as enfermeiras, e que tomo a liberdade de estendê-lo para todos que cuidam de outros: muita arte, pouca profissão onde decanta-se o genuíno do falso, aumenta a capacidade de compreender e perdoar e, da atrofia dos padrões convencionais podem surgir outros, mais humanamente humanos, ainda que aguardando reconhecimento na gramática que resiste a incluí-los em nossas falas e desejos até então aceitos ou repelidos.

Este é um belo livro, onde ganhamos todos, profissionais da saúde e não apenas os da enfermagem, pois suas reflexões fundamentais acerca da extensão da nossa ignorância sobre a miséria humana e da luta permanente para diminuir a distância entre a formação pretendida e a conseguida, para estarmos à altura dos momentos limites, como os da doença, os da loucura, os da morte, nos quais ela se evidencia, é o que nos assemelha em nossas diferenças.