

AS POSTURAS COMPASSIVAS NA ENFERMAGEM – O SOFRIMENTO QUE PERMEIA O CUIDAR

THE COMPASSIVE POSTURES AT NURSING – THE SUFFERING WITHIN TAKING CARE

LAS POSTURAS COMPASIVAS EN ENFERMERÍA –EL SUFRIMIENTO QUE PERMEA EL CUIDAR

Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos¹
Maria Itayra Coelho de Souza Padilha²

RESUMO: Estudo com abordagem qualitativa exploratória descritiva com objetivo de refletir sobre o sofrimento como uma vicissitude da compaixão evidenciada no cuidar da enfermagem e que influencia no cuidado prestado. Os sujeitos foram cinco enfermeiras de um Hospital Universitário de Santa Catarina. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada e observação não participante. A categoria de análise encontrada foi o sofrimento no cuidar. Verificamos que, a questão do cuidar relaciona-se com a troca de afetos, os quais, na prática estabelecem formas compassivas de ajuda. As enfermeiras imprimem mais as suas características pessoais no jogo das relações em virtude do fato de que a formação acadêmica ainda se fortalece no fazer. A carência e as concepções sobre o seu fazer que elas apresentam como justificativas de compreender o cliente marcam-se pela intuição e senso comum.

PALAVRAS-CHAVE: enfermagem, compaixão, cuidado de enfermagem, sofrimento

ABSTRACT: Has as objective the reflection over the suffering as a vicissitude of compassion evidenced at care at nursing which influences the way care is taken. It had descriptive, exploratory and qualitative approach. The subjects of study were five nurses of a University hospital of Santa Catarina. Data were collected through semi-structured interviews and through non participative observation. The category of analysis for characterization of compassionate postures was the suffering. As result we had that taking care is related to affection exchange, which establishes compassionate ways of help. The nurses use their personal characteristics at the game of relationships because of the fact that one's academic background gets stronger while in action. The lack and the concepts over their activity they present as justifications of comprehending the other – the clients – are flagged by intuition and common sense.

KEYWORDS: nursing, compassion, nursing care, suffering

RESUMEN: Tuvo por objetivo reflexionar sobre el sufrimiento como una visicidad de compasión evidenciada en el cuidar de enfermería y que influye en la forma en que este cuidado es ofrecido. Tuvo un abordaje cualitativo, exploratorio y descriptivo. Los sujetos del estudio fueron cinco enfermeras de un hospital universitario de Santa Catarina. Los datos fueron colectados mediante entrevistas semi-estructuradas y observación no participante. La categoría de análisis para la caracterización de las posturas compasivas fue el sufrimiento. Como resultado obtuvimos que el cuidar se relaciona con el intercambio de afectos, los cuales, en la práctica se establecen como forma compasivas de ayuda. Las enfermeras imprimen más sus características personales en el juego de relaciones en virtud del hecho de que la formación académica aún se fortalece en el hacer. La carencia y las concepciones sobre su quehacer que ellas refieren como justificaciones para comprender esse outro – el cliente- se enmarcan en la intuición y el sentido común.

PALABRAS CLAVE: enfermería, compasión, cuidado de enfermería, sufrimiento

Recebido em 10/08/2002
Aprovado em 20/12/2002

¹ Doutor em Filosofia da Enfermagem pela UFSC. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Federal Fluminense. Membro do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem.

² Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este artigo trata do modo como vem se construindo o sofrimento como uma vicissitude da compaixão no cuidar de enfermagem, levando em consideração a análise genealógica. Uma das características da Enfermagem é lidar com uma gama de emoções, tanto as inerentes a quem cuida e quem é cuidado como as que surgem como conseqüências do cuidar. Todo cuidar é movido pela emoção. Isso nos faz refletir no alicerce do sofrimento como constituinte de uma fragilidade via atitudes compassivas no cuidar da enfermagem, como um traço significativo das relações interpessoais manifestas no convívio com os clientes. Remonta, assim, a um dos instrumentos básicos da relação de ajuda, mesmo entendendo esse termo como algo genérico, distinto de afeto que, amiúde, provém do fato que essa relação não está dissociada do encontro de desejos e paixões, que objetivam o bem-estar e cura do cliente cuidado pela enfermeira.

Canevacci, citado por Vieira (1998, p. 103), em um estudo sobre as representações do cuidado, demonstra que o cuidado de enfermagem apresenta dois sentidos culturais: o sincrético e o dialógico. Sincrético, pois sua expressão se dá no conjunto de um sistema de adaptações na coincidência do seu mundo e a incidência sobre ele. É um sistema associativo fundamentado no coexistir, no conviver e no viver com: em que um sistema ideológico veicula a ciência, arte e o ideal, mantendo, contudo, as características singulares dos indivíduos. O dialógico se reproduziria não somente na conjunção desses elementos mas ainda na diversidade das situações e nos conflitos da prática diária. Lisboa (1998, p. 119) ressalta, em seu estudo sobre as representações do sofrimento e prazer no cotidiano da prática, que existe uma dicotomia entre duas situações, a saber: a primeira se apresenta como as enfermeiras formam opiniões de si mesmas; e a segunda, como as enfermeiras se colocam sobre as qualidades e as características de uma boa enfermeira que são: "a doação do amor ao próximo (doação, querer ajudar, desprendimento, carinho, gostar de cuidar, solidária, humana e benevolente); ser estudiosa; ter iniciativa (rapidez, perspicácia, observação) e a ser profissional (coragem, segurança, discernimento profissional, responsabilidade, fazer as coisas bem feitas, fazer sabendo, busca do equilíbrio)." A autora justifica essa colocação pois reflete a relação que as enfermeiras pesquisadas têm como colegas de trabalho, e, por outro lado, quando se dirigem à sua população alvo, que são os clientes internados. Este estudo tem como objetivo refletir sobre o sofrimento como uma vicissitude da compaixão evidenciada no cuidar da enfermagem e que influencia na forma como este cuidado é prestado e na relação terapêutica que a/o enfermeira/o desenvolve com o cliente.

QUADRO METODOLÓGICO

A partir do tema da compaixão, exposto como objeto de investigação utilizamos um estudo exploratório descritivo, com cunho filosófico e idéias preconizadas por Michel Foucault, para tratar da discussão dos discursos das/os enfermeiras/os à luz da análise genealógica. Sabemos que, apesar de Foucault ter atribuído a seus trabalhos uma dívida

à reflexão nietzschiana, não se precisou claramente de que forma se efetivou esse vínculo. Faz-se necessário traçar algumas delimitações na captura do método para abordar a trajetória indicada por Michel Foucault, o qual descreve três etapas de análise problematizadas concomitantemente: as práticas discursivas que articulam o saber; as estratégias e as técnicas racionais que dinamizam o exercício dos poderes; as formas e os modelos de relação consigo mesmo pelas quais o sujeito se constitui e se reconhece como sujeito. Ficaremos restritos a genealogia, entendendo que o nome de Nietzsche aparece em vários escritos de Michel Foucault e a influência do conceito nietzschiano de "genealogia" foi tratado por ele para designar metodologia de sua obra. Para o "genealogista", através das pequenas mudanças, da sutileza, da superfície dos acontecimentos são estabelecidas as respostas a se encontrar. Foucault indica que, "para fazer a genealogia dos valores, da moral, do conhecimento, devemos ao invés de partir em busca da origem, nos demorar nas "meticulosidades e acasos dos começos, prestar atenção escrupulosa à sua derrisória maldade" (FOUCAULT, 1987, p. 19).

O campo utilizado foi uma unidade de Clínica Médica masculina, de um Hospital Geral, caracterizada por apresentar clientes com doenças agudas e crônicas, com tempo de internação em média de 07 dias. Realizamos 04 entrevistas com as enfermeiras, as quais foram identificadas pelos seguintes codinomes: Xantipa, Jocasta, Goneril, Antígona e Potona. Com elas, refletimos sobre os pontos relevantes e cruciais do cuidado, direcionando-as para os sentimentos e valores que as enfermeiras conceituavam na prática. As 04 entrevistas deram conta da proposta, pois as respostas começaram a se repetir, alcançando o objeto de estudo em foco, mostrando-se suficientes após revisão das articulações teórico-metodológicas. Antes de iniciar a coleta de dados as enfermeiras foram orientadas quanto ao cuidado ético no manejo das observações e informações prestadas, assinando o consentimento livre e esclarecido. A equipe de enfermagem foi observada durante cerca de 100 horas, alternando-se períodos da manhã e da tarde, no qual o pesquisador percorreu os caminhos das enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Segundo Richardson (1989, p. 41), "com a observação podem-se obter informações sobre os fenômenos novos e inexplicados que, de certo modo, desafiam a nossa curiosidade. E com respeito a este tipo de observação podemos dizer que sua função é descobrir novos problemas". A observação não participante foi realizada durante o período de agosto a novembro de 1999. Realizamos também entrevistas semi-estruturadas. A entrevista semi-estruturada foi eleita como um dos instrumentos da coleta de informações pois, "ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação" (TRIVIÑOS, 1987, p. 146). As entrevistas foram gravadas em fita magnética e transcritas integralmente. Após, encaminhamos o material transcrito para a validação das informações oferecidas pelas enfermeiras, as quais não se opuseram ao conteúdo transcrito. Consideramos a análise de discurso explicitada por M. Foucault, que situa os discursos como uma dispersão, isto é, como sendo formados por elementos que não estão ligados por nenhum princípio

de unidade. A análise do discurso colocará regras nessa dispersão, as quais serão capazes de reger a formação dos discursos. A análise genealógica se constitui na busca de visibilidade em cada coisa, as questões relativamente mais profundas, são as mais superficiais. “Isto não significa, contudo, que sejam triviais ou sem importância, apenas que seu significado deve ser buscado nas práticas superficiais e não em profundidades misteriosas” (FOUCAULT, 1982, p. 119). Para o genealogista a interpretação dos fatos, dos cadafalsos, não é desvelar um possível significado escondido, pois com a provável influência de Nietzsche em suas obras, diz que “não há o que interpretar, não há nada de absolutamente primeiro a interpretar, pois no fundo tudo já é interpretação”. (FOUCAULT, 1997, p. 189). A análise se efetivou na sistematização de categorias, segundo as premissas propostas por Foucault, para análise genealógica, que resultou na reprodução de categorias basilares para representação do estudo. Após exaustiva leitura das entrevistas, levamos em consideração o que de alguma forma já havia sido evidenciado na observação não participante, ou seja, que o cuidado pode revelar os conteúdos da prática de enfermagem. A partir disso, a leitura indicou os significantes contidos neste cuidado, ou seja, a evidência do **sofrimento** enquanto categoria de análise.

O SOFRIMENTO NO CUIDAR, CUIDADOR, CUIDANDO

O SOFRIMENTO se cristaliza como ato ético de compreensão do sofrimento de outrem, que mediatiza um traço voluntarioso do escopo teórico-prático historicamente construído na função da enfermagem – reforçado pela marca que Florence Nightingale imprimiu na Enfermagem Moderna. Ele perfaz a identificação quase que imediata do agir das/os enfermeiras/os, aí entendido como a vacilação que nos faz crer que dois momentos se cruzam no agir do cuidar: por um lado, a dedicação e servidão; e, por outro, a possível dominação e controle dos clientes que não aceitam as regras que as enfermeiras/os impõem. Torna-se, a partir disso, uma problemática que nos impõe e que afeta consideravelmente nossas ações frente ao cliente e a nossa própria sociabilidade enquanto profissionais. A análise desta categoria vincula-se ao fato de que a enfermagem tem a dor e o sofrimento como acompanhantes na prática, ou seja, o trabalho da enfermagem possibilita que o sofrimento e a dor sejam evitados, atenuados ou reforçados, através do cuidado e conforto, visando ao bem-estar do cliente.

Situaremos o sofrimento como uma relação de dependência para a enfermeira e para o cliente. A partir disso, as defesas e/ou sentimentos morais se equivalem para a atenuação dessas situações. Espera-se que a/o enfermeira/o esteja capacitada para atuar e lidar com situações extremas de sofrimento, mas não nos esqueçamos que a fortaleza psíquica não se orienta só por uma técnica bem aplicada. O valor moral que as/os enfermeiras/os atribuem ao sofrimento pode revelar o que está na armadilha da atuação, cuja ação se conjuga na bondade, sentimentos voluntariosos, pena, isto é, a compaixão. O sofrimento tem para a enfermagem uma utilidade. A tarefa a ser cumprida frente ao cliente que está morrendo, por exemplo, está vinculada às condições possíveis de conforto e bem estar, que a aproxima de uma ética utilitarista. E aí se torna mais

clara a clivagem dos sentimentos morais, pois a qualidade de quanto mais virtuoso e cuidadoso com quem sofre, com a renúncia que se faz de si indica, mais a culpa ou o lamento da impossibilidade do cuidado nessas situações de morte ou de extremo sofrimento, o que traz a tona a questão radical da dissociação entre o bem da/o enfermeira/o e o seu bem-estar e o possível bem de quem é cuidado.

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

A disciplina do sofrimento, do grande sofrimento – não sabeis que somente essa disciplina criou todas as elevações do homem até agora? Aquela tensão da alma na infelicidade, que faz crescer sua força, seu arripio à vista do grande ir-ao-fundo, sua inventividade e bravura no carregar, agüentar, decifrar, utilizar a infelicidade, e tudo o que sempre lhe foi dado de profundidade, de segredo, de máscara, de espírito, de ardil, de grandeza não foi lhe dado sob sofrimentos, sob disciplina do grande sofrimento?

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

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

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

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

Fica clara nessa fala a dificuldade que o sofrimento traz à enfermeira. Na intenção, até, de abandono da profissão, o pesar é um dilema marcante nos discursos frente ao sofrimento. Necessita, a todo momento, dar sentido a essa experiência, como reconstrução desse cotidiano

calçado no real, da vida e morte, de seus clientes. Segundo Lisboa (1998, p. 152),

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

As enfermeiras depoentes mostram-se confusas na compreensão sobre o tema, algumas delas apelam para a explicação religiosa e também para conhecimentos do senso comum ou tentativas psicologizantes, não há compreensão no que tange ao trágico, como expressão da finitude da existência humana.

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

Nota-se a confusão de sentimentos, desde a função religiosa que a sustenta no entendimento da morte, e o julgamento moral que lhe advém, à resignação e à renúncia, que se coloca ao que poderíamos entender como um desconhecimento inconsciente da finitude e da castração que a morte nos impõe diante da vida. Posteriormente, interroga-se como o cliente se torna o espelho de sua escolha, a partir da dor do outro, ficando claro a necessidade de ela entender que dor é essa, que, de alguma forma, lhe causa repulsa. Porém, para ela há um questionamento diante dessa questão que a leva a considerar impossível entender a dor do outro. Se mostra sensível, como indica a sua formação religiosa, o fato de que não obtém uma resposta satisfatória para o problema da dor e morrer continua sem resposta. Esse não dito – a resposta não encontrada, se relaciona com o que não pode ser lido por uma ignorância de um saber de si. Podemos inferir que esse é o desejo, como diz Lacan, citado por Miller (1997, p. 52), sobre a formulação da teoria do desejo, que se estrutura em três tempos, a saber:

o primeiro no sentido lógico, é o de um desejo que seria bruto, de certa forma um impulso vital, um instinto; o segundo tempo seria o desejo como imaginário, que é o lugar essencial da imagem de si, imagem do próprio corpo, tudo que é da ordem do imaginário em nós pode ser reduzido a isso, é o que Freud chama de narcisismo; o terceiro tempo seria aquele em que o desejo se simboliza, se mediatiza, ou seja, o desejo do outro, que é o desejo do homem, entra na mediatização da

linguagem, (...) entra na relação simbólica, (...) na relação de reconhecimento recíproco e de transcendência, na ordem de uma lei já inteiramente pronta para incluir a história de cada indivíduo.

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

Aqui, já se evidencia a capacidade de compreensão que o sofrimento conduz à prática da enfermagem. A enfermeira reveste-se de uma couraça contra o sofrimento, como forma de controlar a si. A couraça suspende o sofrimento do cliente, ela se vê na tentativa de renunciar a si para sofrer pelo outro, muito embora, sabendo que tornar-se uma aliada ao sofrimento do cliente, poderia prejudicá-lo e a si mesma. Acredito que, mesmo sendo precária a sua defesa contra o sofrimento, ela vai de certa maneira contra o ideal de enfermagem sob duas tutelas profissionais: a de sofredora e compassiva. Ela interpreta duas correntes de sentimentos, uma que é exterior, e outra interior. O que se externaliza é da ordem da moral. Na verdade o que está em jogo é o gozo do sentir esse sofrimento, prazenteiro ou doloroso, pois existe a caricatura na enfermagem pelo sentir-se bem, um gozo excessivo pelo que é “bom” para o cliente e para enfermeira, manifesto num certo otimismo obtuso que na realidade nega o que há de implícito na relação como cliente.

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

A angústia sentida pela enfermeira, quando tem que sofrer junto ao cliente e poder obter coisas boas, aponta para o desejável, que nesse caso, é realizar bem a sua tarefa. Garantir o valor moral do prazer do sofrimento é fundamental para incorporar a identidade da enfermagem. A compaixão, o pesar pelo sofrer do outro e o seu próprio sofrimento, apontam para uma “angústia compassiva”? Com efeito, ela contraria essa posição, quando diz que tem que dar uma parada para não sofrer junto, assim o equilíbrio é retomado pois angústia se precipita na idéia de separar o sofrimento dela e o que pode ser adquirido pelo sofrimento do cliente.

Temos ali um cliente que usa muitas drogas, usa muito, mas só que é muito complicado eu avaliar o que ele está sentindo de dor e o que é a necessidade. Então nesse caso, eu prefiro dar um medicamento para a dor, para que

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

No caso concreto da questão do humano, do sofrimento do cliente adicto, a enfermeira divide-se com o que pode representar dor ou necessidade, porém, o medicamento ajuda a tamponar a sua angústia frente ao pedido de mais drogas do cliente, uma postura compassiva em que o mecanismo de alívio e dar algo é recalcado pelo concreto. As dificuldades éticas se colocam de forma dura no enfrentamento das decisões sobre seu domínio. Afirma-se que não se é masoquista, justificando-se que o sofrer do cliente não traz prazer e nega-se que se sofra com isso, no entanto, sabemos que não existe um masoquismo separado de um sadismo, pois este tipo de questões só admite o par. O cansaço dessa vivência, os altos e baixos, caracterizam o sofrimento que toma seu cotidiano na prática.

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

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

presenciar a uma possível afirmação da vida.

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

Mais uma vez, a incapacidade de refletir sobre o direito de salvar algo que já está ali com o real da morte. A dicotomia entre a vida e a morte é compreendida como corte, porém não se questiona que a partir de que nascemos já estamos morrendo de certa maneira. Com isso, o valor da vida não banalizaria a morte e o sofrimento. Entretanto o esforço para se entender o sofrimento e a morte se qualifica no que pode ser feito e o que foi feito, e o esmagamento que ela cita como “tão pequenininha” que se coloca como uma cena de horror do real, a faz resignar. Numa passagem sobre o livro *Metafísica da Morte e Metafísica do Amor*, Schopenhauer (2000, p. 121) trata do tema da morte em várias perspectivas desde o apego à vida, o temor da morte, entre outras, justifica que a elucidação dessas questões “não tem origem no conhecimento que seria o resultado do reconhecimento do valor da vida, porém, o temor da morte tem sua raiz diretamente na vontade, provém de sua essência originária, que é desprovida de conhecimento, e por conseguinte, é vontade de vida cega.” Schopenhauer (2000, p. 121) acredita que, quando somos atraídos para a vida pelo modo impulsivo da volúpia, do mesmo modo nos agarramos a ela mediante o temor, também de certo ilusório, da morte.

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

A frustração com o sofrimento do cliente terminal que não morre traduz-se sobre as amarras do imperativo da enfermagem do fazer viver e do bem-estar, que se confrontam com a inevitável morte, que cliva os sentimentos, orienta-se no pesar e pena. O sentido de constituir um sustentáculo

para aliviar o real leva a elaboração da frustração, que não se sustenta como uma racionalidade outra que não o choro expressando o pesar. É importante chorar, porém espera-se que admitir o sofrimento não exclua outras formas de dar valor ao sofrimento.

Fica caracterizado com as falas de enfermeiras, que enfrentam o sofrimento no seu cotidiano que estas se apóiam nas práticas compassivas para provocar o alívio de todas as vicissitudes contidas na compaixão. Evidencia-se, a grande suspeita no que consistiu a análise genealógica em busca dos valores e como eles procederam de maneira a construir uma lógica a qual define os passos em relação a construção desses valores morais, situando assim, os discursos que evidenciam as vicissitudes da compaixão. Portanto, os discursos das enfermeiras depoentes, suscitam a necessidade da enfermagem empregar na relação de ajuda sentimentos de sustentação para o seu agir ético diante do cliente e a partir deste o bem-estar físico e emocional dos mesmos. As enfermeiras conduzem assim, suas práticas com pano de fundo nas demandas de amor em mão dupla, tanto em questão aos clientes e delas próprias, refletindo-se sobre julgo de duas categorias: a afetividade e o sofrimento como entendimento da recusa do paciente como um ser que as levam a um questionamento do seu cuidar de si e de certa forma a ignorância de si e do outro como construção da existência humana do trágico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A existência da compaixão, suas vicissitudes na Enfermagem e suas manifestações no cuidado humano, que se encontram nas teorias de enfermagem ora margeadas de um humanismo exagerado e ora de sensibilidades essenciais, demonstram que prática de enfermagem e da saúde está impregnada de idéias de obediência, coerção e moral de rebanho, de altruísmo, de amor ao próximo e de dependência. Há um quê de doméstico e religioso nessa tradição da pena e do compadecer em que a triangulação histórica influenciada pelo denominador (compaixão = bem), significando felicidade determina mais do que simplesmente a linguagem em que nos anunciamos como profissionais. As formas de inserção da enfermagem se dão no que é de mais estratégico de dominação, não só das práticas, mas da subjetividade do possível de ser designado nas condutas compassivas. A enfermagem responde em possíveis espaços: produzindo uma ética da bondade, pela solicitude, abnegação, solucionadora de todos os problemas e disciplinadora, e sistematizando uma prática em regras e condutas morais. Essas características morais formam um pano de fundo para um agir deliberado por essas práticas normativas e normalizadoras. As práticas compassivas na Enfermagem e Saúde se fundamentam no humanismo, como justiça e solidariedade, colocando os profissionais de saúde como agentes morais. E isso não faz parte de um sistema de saúde intruso e coercitivo? A compaixão (pena) e compaixão (amar apaixonadamente) nos retratam um narcisismo e/ ou renúncia de si que abrandariam as emoções do cotidiano, da dor, do sofrimento, alegrias e da vida. Esse amor ao próximo e a com-paixão revelam justamente a ruptura daquilo que se chama de diferença e o faz semelhante. O preceito do amor ao próximo, do cuidado ao

outro sem limites até fazê-lo cuidar se si mesmo (auto-cuidado), se radicaliza: "pois o próximo, o outro é igualmente um estranho, na mesma medida em que é próximo. Mais ainda, ele se torna estranho justamente quando a sua proximidade chega a um certo limite, ameaçando tornar-se absoluta" Barros (1998, p. 66).

Percebe-se que as enfermeiras imprimem mais as suas características pessoais no jogo das relações em virtude do fato de que a formação acadêmica ainda se fortalece no fazer. No entanto, a carência e a concepções sobre o seu fazer que elas apresentam como justificativas de compreender esse outro - o cliente -, marcam-se pela intuição e senso comum. A ética do cuidar se acha apegada a um gozo que fixa as necessidades de atribuir à bondade, à pena e à resignação um caráter compassivo que fundamenta essa mesma ética do cuidar, o que evidencia a compaixão como fator originário no laço simbólico que estrutura a enfermagem.

A morte como representante do sofrimento que dá ao im-possível o caráter caótico das ritualizações que direcionam o lidar em situações de dificuldades, cuja referência se mostra na incapacidade de entender a finitude. Além disso, não reconhecem o vir a ser, como paradigma do transformar-se a cada dia, o que simbolicamente significa que a cada momento estamos morrendo. O sofrimento diante da morte torna-se, então, para as depoentes um choque incomensurável. A importância da enfermagem para a humanidade é de ela estar nesse sintoma do mal estar civilizatório, no qual preenche a falta da impossibilidade da ciência em responder a tudo. A enfermagem vai agir no primitivo do ser, tamponando as angústias do nosso problema ontológico: de que estofos nós realmente nos constituímos como seres. A existência da compaixão, suas vicissitudes na Enfermagem e suas manifestações no cuidado humano, que se encontram nas teorias de enfermagem ora margeadas de um humanismo exagerado e ora de sensibilidades essenciais, demonstram que a prática de enfermagem e da saúde está impregnada de idéias de obediência, coerção e moral de rebanho, de altruísmo, de amor ao próximo e de dependência. As formas de inserção da enfermagem se dão no que é de mais estratégico de dominação, não só das práticas, mas da subjetividade do possível de ser designado nas condutas compassivas. O amor ao próximo e a compaixão revelam justamente a ruptura daquilo que se chama de diferença e o faz semelhante. A identificação das idéias de dois filósofos Nietzsche e Schopenhauer, na prática teórica do cuidar na enfermagem, demonstrou que a enfermagem tem em seu escopo a tradição pessimista herdada, com certeza, dos dois pensadores cuja consequência trágica, aproxima-a da questão do existir. Em Schopenhauer encontram-se elementos para a caracterização da enfermagem como um movimento pessimista, uma visão dolorosa da vida. Por oposição, a enfermagem inspirada em Nietzsche, se reinventa e se afirma como um caso dionisíaco, sabendo que a dor faz parte do seu existir, tenta, porém, criar ambientes que estabeleçam um movimento contrário à idéia de aniquilação. Atravessar essa contingência provoca um certo desassossego, talvez pelo fato de não sabermos exatamente como nos posicionarmos a contento nesta situação de cuidar.

As posturas compassivas...

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- BARROS, R. R. O paradoxo do amor ao próximo como a si mesmo. In: _____. **As paixões do ser: amor, ódio e ignorância**. Rio de Janeiro: Ed. Kalimeros, 1988. p. 65-74.
- BETTINELLI, L. A. **Cuidado solidário**. Passo Fundo - RS: Pe. Berthier, 1998.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- _____. **Nietzsche, Freud & Marx** – Theatrum filosoficum. São Paulo: Princípio Edit., 1997.
- _____. **Vigiar e punir**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.
- GATTÁS, M.L.B. **Relacionamento focalizando o interpessoal. Enfermagem Psiquiátrica à Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- HENSON, R. H. Analysis of the Concept of Mutuality. **Image: Journal of Nursing Scholarship**, v. 29, n. 1, first quarter 1997.
- LISBOA, M.T.L **As Representações Sociais do sofrimento e do prazer da enfermeira assistencial no seu cotidiano de trabalho**. Rio de Janeiro, 1998. 229 f. Tese – (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 1998.
- MILLER, J. **Lacan elucidado: palestras no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- NIETZSCHE, F. **Humano, demasiado humano** - um livro para espíritos livres. Lisboa: Relógio d'água, 1997.
- NOLAN, P. W, BROWN. B, CRAWFORD. P. Fruits without labour: the implications of Friedrich Nietzsche's ideas for the caring professions. Philosophical and ethical issues. **J. A. N.**, v. 28, n. 2, 251-259, 1998.
- PADILHA, M.I.C.S. **A mística do silêncio** - a prática de enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX. Pelotas: Ed. Universitária/UFPel, 1998.
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.
- ROSSET, C. **Alegria: a força maior**. Rio de Janeiro: Relume Dumarã, 2000
- SCHOPENHAUER, A. **Metafísica do amor. Metafísica da Morte**. Trad. Jair Barboza. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- SZASZ, T. **Cruel compaixão**. Campinas/São Paulo: Papirus, 1994.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais** – A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
- VIEIRA, M. J. **Imagem cultural e motivação na escolha da enfermagem**. Ribeirão Preto, 1998. 159 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 1998.