



**UMA CIÊNCIA DO CUIDADO: RACIONALIDADES E AFETOS NO CAMPO DA
ENFERMAGEM**

A science of care: rationality and affections in the nursing field

Bruna Motta dos Santos

Cientista social e mestra em Ciências Sociais, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

Email: bruna-motta@outlook.com

Áltera, João Pessoa, v.3, n.11, p. 165-199, jul./dez. 2020

ISSN 2447-9837

RESUMO:

O presente artigo tem como objetivo a compreensão da noção de cuidado no campo da enfermagem, tendo por pano de fundo os dilemas e questões que perpassam as experiências cotidianas desses profissionais. Pertencente ao campo da saúde, a enfermagem é uma área definida pela noção de cuidado – entendida como essência e especificidade da profissão –, o que a caracteriza como o mais alto nível de profissionalização do *care*. Através de uma etnografia com estudantes e professores do curso de graduação em Enfermagem de uma universidade pública mineira, foi possível compreender como as concepções acerca da noção de cuidado possuíam um caráter predominantemente científico. Nesse sentido, procuramos relacionar tal concepção com a trajetória histórica da profissão para, ao final, demonstrar como esse entendimento impactava na forma como as emoções eram concebidas e vivenciadas.

PALAVRAS-CHAVE:

Cuidado. Enfermagem. Ciência. Emoções.

ABSTRACT:

This article aims at understanding the notion of care in the field of nursing, against the background of the dilemmas and issues that run through the daily experiences of these professionals. Belonging to the health field, Nursing is an area defined by the notion of care, understood as the essence and specificity of the profession, which characterizes it as the highest level of professionalization of care. Through an ethnography with students and professors of the nursing undergraduate course of a public university in Minas Gerais, it was possible to understand how the conceptions about the notion of care had a predominantly scientific character. In this sense, we seek to connect this conception with the profession's historical trajectory. In the end, we will demonstrate how this understanding had an impact on the way emotions were conceived and experienced.

KEYWORDS:

Care. Nursing. Science. Emotions.



INTRODUÇÃO

Quando nos direcionamos às temáticas que se situam na interface do cuidado, nos deparamos com uma multiplicidade de contextos, sujeitos e sentidos que evidenciam a complexidade dos imaginários construídos a partir dele, mas também das práticas que o envolvem. Para Saillant e Gagnon (1999) o cuidado possui um caráter intrinsecamente relacional, ao constituir-se em um conjunto de gestos, palavras e valores que visam ao auxílio e ao acompanhamento de sujeitos em situações de fragilidade ou limitação.

Nessa mesma direção, Hirata e Debert (2016) afirmam que o cuidado consistiria em uma noção utilizada para tratar de processos, interações e sentimentos entre sujeitos que cuidam e que são cuidados, contemplando relações entre seres vivos – humanos e não humanos – e objetos, nas mais diversas esferas do social. Segundo essa acepção, o cuidado enquanto categoria se constituiria, sobretudo, pelo seu caráter polissêmico, podendo ser compreendido somente em relação aos contextos nos quais suas significações são produzidas (BONET; TAVARES, 2007).

Nessa perspectiva, abordar questões relacionadas ao cuidado implica, também, tratarmos de uma categoria que transita por diversas dimensões, cujas fronteiras ainda permanecem pouco esclarecidas. Utilizamos habitualmente o termo cuidado para nos referirmos a um conjunto de ações realizadas no âmbito doméstico, executado de forma gratuita e que, comumente, é direcionado aos membros da família ou ao lar. Como afirmou Hirata (2010), o trabalho doméstico não remunerado é considerado como uma maneira de as mulheres – sujeitos que majoritariamente cuidam – expressarem sentimentos de amor aos familiares; uma relação social de cuidado que demanda a realização de uma série de tarefas rotineiras, como limpar, lavar ou cozinhar. Contudo, tais relações não se restringem ao âmbito do privado/doméstico, se situando, também, no campo do trabalho profissional assalariado, sobretudo a partir do século XX.

Chamado pela bibliografia de *care work*, existiriam diferentes estágios de profissionalização do cuidado, que contam com maior ou menor grau de capacitação e/ou formação. Nesta acepção, as empregadas domésticas estariam no seu primeiro



estágio, seguidas pelas cuidadoras, auxiliares e técnicas de enfermagem no segundo estágio e, por fim, a enfermagem profissional, localizada no mais alto nível de profissionalização do trabalho de cuidado (HIRATA, 2010).

Consolidada como uma profissão que compõe a área da saúde, a enfermagem se constituiu ao longo do seu processo de desenvolvimento como um fazer definido pelo cuidado. Frequentemente apontada como a *arte* ou a *ciência* do cuidar, seus profissionais não somente mobilizam tal categoria para definirem seu ofício, mas também a situam como a especificidade e essência da profissão, compreendendo um conjunto de conhecimentos e procedimentos próprios da atuação das enfermeiras e enfermeiros. Enquanto a “arte” do cuidar se distinguiria pela realização das técnicas e dos fazeres pelos sujeitos que dela se ocupam, a sua “ciência” se referiria ao campo de conhecimento voltado aos seus saberes e práticas, sendo o seu fazer uma síntese entre estas duas dimensões (LIMA, 2005).

Segundo a enfermeira e teórica do cuidado Vera Regina Waldow (2012), ainda que outros profissionais da saúde compartilhem do objeto e sujeito do cuidado, este se difere em relação ao modo como é dispensado, se constituindo como a razão existencial da enfermagem. Assim, os profissionais dessa área lidam cotidianamente com corpos que possuem as mais diversas enfermidades; e depositam sobre estes diferentes práticas de cuidado, para as quais foram treinados, e cuja legitimidade lhes é atribuída – sendo o cuidar, em enfermagem, formulado enquanto um conhecimento técnico-científico, segundo o modelo biomédico.

Em outras palavras, quando tratamos do campo da enfermagem, nos direcionamos a um ofício que se ocupa e se define em torno da noção de cuidado. Além de se situar no mais alto grau de profissionalização do cuidado – em razão da necessidade de uma formação e de diploma de nível superior para o exercício da profissão –, o campo se constituiu como um fazer consolidado dentro do campo científico, o que torna o cuidar uma questão de ordem teórica e prática para esses sujeitos.

Nesse sentido, a partir de uma etnografia realizada com estudantes e professores do curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública mineira¹,

¹ O presente trabalho é parte de uma pesquisa de mestrado mais ampla, cujo objetivo consistiu em compreender a corporalidade das práticas em enfermagem, buscando apontar como tal formação impacta na forma como o corpo é construído e manejado. O trabalho de campo foi realizado entre

traçamos o entendimento da noção de cuidado como o principal objetivo do presente trabalho, buscando compreender os sentidos que lhe são atribuídos por enfermeiras, enfermeiros e estudantes de enfermagem. Em seguida, procuraremos relacionar o cuidado com a trajetória histórica da profissão. Ao final, partindo da concepção de cuidado tal como entendem os interlocutores, buscaremos tecer algumas breves reflexões acerca das concepções e experiências relacionadas às emoções. Desse modo, ao nos voltarmos para a dimensão emocional e afetiva dessa atividade, esperamos, seguindo a perspectiva de Hirata e Borgeaud-Garciandía (2020), nos aproximarmos de uma abordagem voltada às ambiguidades e complexidades que contornam as relações entre aqueles que cuidam e aqueles que recebem o cuidado.

“A ENFERMAGEM É UMA CIÊNCIA QUE CUIDA DAS PESSOAS”

Era uma manhã muito fria de agosto, quando cheguei à porta do laboratório de práticas em um dos primeiros dias de trabalho de campo. Acenei para alguns alunos no espaço de convivência e nos direcionamos ao segundo andar, onde se localizavam os laboratórios. Mas antes de entrar, era preciso que os estudantes se conduzissem a uma pequena antessala para que se vestissem com seus jalecos, dada a obrigatoriedade dessa vestimenta para a realização das atividades de cuidado. Sendo uma condição prévia, os estudantes o adquiriam prontamente ao ingressarem na graduação, gravando sobre a sua superfície uma série de insígnias e emblemas. Seu tecido, inteiramente branco, carregava bordados na parte superior do bolso esquerdo, com a identificação dos nomes próprios e a área de formação, enquanto no braço direito estavam estampadas as palavras *arte, ciência e cuidar*, contornando uma figura da lâmpada a óleo, considerada como o símbolo da profissão². Tal como gravado na vestimenta distintiva desses profissionais, eu observaria ao longo do trabalho de campo que a palavra cuidado viria sempre acompanhada dos termos “científico” ou

agosto e dezembro de 2019, tendo sido empreendido no contexto teórico e prático de duas disciplinas específicas da referida graduação.

² A consolidação da lâmpada como símbolo do ofício de enfermagem remonta à Guerra da Crimeia, período em que Florence Nightingale empreendia rondas noturnas para avaliar as condições na quais se encontravam os combatentes feridos, realizando-as sempre com o auxílio do objeto (OGUISSO, 2007).



“ciência”, palavras que se mostrariam fundamentais para a compreensão da categoria por esses sujeitos.

A noção de cuidado emergia como uma categoria onipresente nos contextos de ensino-aprendizado em enfermagem. Sua centralidade resvalava para além dos tratados teóricos, repercutindo no cotidiano e evidenciando a especificidade do entendimento que esse grupo possuía acerca da categoria. As menções a uma dimensão científica do cuidar eram predominantes e, quase sempre, vinculadas à tentativa de diferenciar o cuidado comum – aquele que qualquer sujeito seria capaz de realizar – e o cuidado enquanto prática profissional, pautado em diretrizes técnico-científicas e que necessitaria de uma formação para ser realizado. Tais diferenciações eram, assim, estabelecidas de modo constante tanto para apontar como o cuidado na profissão era específico e diferenciado, quanto para denotar uma ruptura entre o momento em que o realizavam de forma leiga e o momento em que passaram a exercê-lo de forma científico-profissional. Desse modo, a experiência universitária assumia um caráter de transição, muitas vezes associada ao exercício de cuidados anterior ao ingresso na universidade, quando executavam práticas de acompanhamento e ajuda a familiares.

Um desses casos era o de Amália³, que antes de ingressar na graduação em Enfermagem, havia sido responsável pelos cuidados com a saúde de seu pai adoecido. Nos contextos hospitalares ou no ambiente domiciliar, Amália executava várias tarefas, como troca de fraldas, realização de banhos, higienização de traqueostomia, além de cuidados com as sondas e acessos venosos por ele utilizados. Essas experiências não somente a teriam despertado para o interesse pela enfermagem, mas lhe forneceram um conhecimento sobre os cuidados que dispensava.

Contudo, ainda que Amália considerasse fundamental esse saber para as tarefas que empreendia, seu ingresso na graduação fez com que o cuidado direcionado ao pai fosse transformado em relação à assistência prestada anteriormente. Munida dos conhecimentos específicos da enfermagem, Amália passou a realizar diversos procedimentos diários, como a inspeção de edemas e lesões por pressão, a verificação do pulso e da pressão arterial, além de avaliações da glicemia, que conseguia

³ Os nomes utilizados neste trabalho são fictícios.



examinar tão logo tivesse contato com as características do hálito de seu pai. Em suas palavras: “agora eu posso utilizar as coisas para melhorar o meu cuidado, porque antes o meu cuidado era de filha, limitado ao que me era ensinado a fazer em casa. Agora o meu cuidado já é pensando no que eu sei além do que eu já sabia antes.” Este outro saber possuído por Amália era o cuidado de enfermagem que, segundo ela, consistia em um “cuidado que tem uma especialização, a partir de um conhecimento científico”.

As distinções entre cuidado leigo e científico emergiram em diversas outras situações. Certa vez, ao tratar das especificidades das técnicas próprias à profissão, uma aluna me explicou as diferenças entre o curativo feito pela equipe de enfermagem e o cuidado prestado pela esposa de um paciente em sua residência. Ela se referia à visita domiciliar realizada em um dos dias de prática do serviço de saúde, que tinha como finalidade prestar assistência a um paciente idoso que possuía uma ferida já há algum tempo sem cicatrização, oriunda da amputação de uma de suas pernas. Na companhia da agente comunitária de saúde, nos direcionamos à residência do senhor, que nos recebeu com grande entusiasmo: aquele, segundo ele, era um dia especial, visto que seu curativo era diariamente realizado por sua esposa. Ao observarem o ferimento, as docentes perceberam que ele havia cicatrizado consideravelmente, em razão da aplicação das técnicas repassadas à mulher, que dias antes havia ido à Unidade Básica de Saúde solicitar os materiais necessários ao procedimento. Após parabenizá-la, os estudantes e duas docentes prosseguiram com o curativo, sempre fornecendo dicas e orientando os rumos que a esposa deveria tomar no seu cuidado cotidiano.

Após o fim do expediente, questionei Luísa, uma das estudantes que participaram da ação, acerca de como havia sido realizado o curativo no paciente e quais eram as orientações anteriormente repassadas à sua esposa. A estudante, então, me explicou que aquele procedimento poderia estar amparado em duas técnicas distintas, a estéril e a limpa. A técnica executada pelos profissionais naquele dia havia sido a estéril, envolvendo um complexo ritual que ia desde a montagem do material aos gestos manuais, exigindo muita atenção dos estudantes, que deveriam respeitar as etapas sequenciais, sempre supervisionados pelas professoras: retirar o curativo an-



tigo, descartar as luvas, calçar luvas novas, inspecionar/avaliar, limpar, aplicar o novo curativo e descartar o material utilizado. Já a esposa do paciente realizava em seu dia a dia a técnica limpa, que ao contrário do método anterior, não requeria a utilização de materiais estéreis, dispensando a necessidade da maior parte das tarefas empreendidas pelos profissionais para prevenir contaminações. Como me contou a estudante, a primeira das técnicas não poderia ser empreendida pela senhora, já que ela “não vai saber calçar uma luva estéril, ela não vai fazer o procedimento inteiro, ela não tá habilitada para isso”.

Ao justificar tal diferenciação, Luísa me explicou: “a enfermagem é uma ciência que cuida das pessoas”. Contudo, a estudante ressaltava: “mas não é só cuidar [...] você tem que ter a base científica.”. No caso aqui elucidado, não havia uma rejeição da efetividade do cuidado prestado pela senhora – que buscava seguir rigorosamente as orientações da equipe de saúde –, cujos resultados eram atestados pelos profissionais. Entretanto, havia uma diferenciação nítida, uma separação entre um cuidado doméstico, aquele que a esposa do paciente poderia empreender, e um cuidado cujo embasamento se pautava no científico e dependia de uma formação específica para ser dispensado.

Nessa perspectiva, o cuidado leigo/doméstico aparecia como um elemento anterior à profissão, um atributo inerente e inato ao sujeito. A enfermagem seria, em contrapartida, responsável pela diferenciação em relação a um cuidar leigo e preexistente, ou seja, um fator que transforma e supera o caráter preexistente do cuidado.

O relato de Maurício, docente, exemplifica tal concepção. Para ele, o ato de cuidar estaria situado dentro do sujeito, sendo dele uma característica inata, de modo que sua exteriorização seria promovida pela formação em enfermagem, a partir da ciência que a exterioriza e a sistematiza. Na fala de Maurício, a “exteriorização do cuidado” era vinculada à percepção de uma habilidade natural para o cuidar, que ele associava ao cuidar materno. A ciência, ao convergir com o cuidado, imprimiria neste uma dimensão de racionalidade, transformando-o, assim, em um cuidado racional. Nesse sentido, ele questiona em um momento da entrevista: “Qual mulher que tiver um filho, não vai saber cuidar do filho? Vai saber!”. E prossegue:

Esse cuidado, ele tá dentro da gente. Ele não tá fora, ele é arquétipo. Ele é ontológico. O que que a gente ensina pro nosso aluno? A tirar esse cuidado de dentro, sistematizando ele. Então esse cuidado, o poder do cuidado é você sistematizar ele. Nós enfermeiros sistematizamos esse cuidado, fazemos ele sair da lógica do senso comum para transformar ele em ciência e disciplina, entendeu? É isso que as teorias em enfermagem fazem. (Maurício, docente).

Assim, a sistematização do cuidado parecia se configurar em um o processo de racionalização das práticas ou técnicas, no momento em que elas deixavam de ser realizadas de modo arbitrário (ou seja, de modo não guiado por normas ou regras), para serem estruturadas e controladas por um conjunto de conhecimentos e saberes – ou, como afirmam os interlocutores, vinculadas a um *conhecimento específico* da enfermagem. Nessa acepção, fundamentações científicas eram direcionadas a cada uma das atitudes que se desenrolam nesses ambientes, desde a postura até os procedimentos mais elaborados. As razões de sua necessidade e eficácia amparavam-se em dados, conhecimentos, estudos e manuais científicos, situando o cuidado diante de um conhecimento produzido pelo campo da saúde.

Não obstante, este cuidado sistematizado, institucionalizado e transformado em ciência e disciplina se manifestava, ainda, em uma dimensão corporal, refletida na existência de um vasto repertório de gestos, de movimentos precisos e de rituais de descontaminação construídos e incorporados a partir de um *habitus* enfermeiro. Assim, através de uma formação conferia-se a esses sujeitos uma maneira corporal de agir que se configurava de um modo muito específico (SANTOS, 2020). Essas posturas, gestos e movimentos *cientificamente orientados* eram parte de uma dimensão científica do cuidado que estava sendo construída e reafirmada.

Ao realizarem o banho de leito⁴, por exemplo, esses profissionais o executavam de acordo com métodos que possuíam uma lógica própria: iniciava-se pela cabeça (cabelo, rosto, olhos e boca), seguida pelos braços, tórax, pernas, pés, região genital e costas, com movimentos sempre orientados e obedecendo a um sentido específico de acordo com a parte do corpo a ser limpa. Nos braços e axilas, a ação

⁴ O banho de leito é um procedimento de higienização corporal realizado em pacientes acamados (MOTTA, 2008). Designado pela bibliografia da área como uma tecnologia do cuidar, sua realização envolve ações como troca de roupa de cama, posicionamento, higienização, enxágue e secagem do paciente (FIGUEIREDO; CARVALHO; TYRRELL, 2006).



deveria se iniciar da região distal para a proximal, utilizando-se de movimentos amplos e firmes; diferentemente das pernas, onde eram realizados movimentos rápidos e curtos. Desse modo, o banho de leito não se constituía em ações e movimentos realizados de maneira arbitrária ou imprevista. Através da *sistematização* do banho, as ações passavam a obedecer a uma ordem lógica, a uma sequência de movimentos que possuíam uma razão de ser e a uma eficácia direcionada à realização de um cuidado específico da enfermagem.

A esfera científica parecia, assim, operar um distanciamento de uma prática leiga e, mais do que isso, trazer legitimidade a esse campo profissional. Foi nesse sentido que a docente Tatiana me explicou a importância de uma ênfase constante no entendimento do cuidado como ciência; uma vez que, durante muito tempo, o cuidar em enfermagem esteve estritamente ligado a elementos de caráter afetivo e era pouco relacionado ao fundamento científico – o que foi se transformando ao longo do seu desenvolvimento. Na sua concepção, o distanciamento de uma visão romântica e a aproximação de uma esfera “embasada cientificamente” trariam valorização, legitimidade e autoridade para esses profissionais.

Hoje a gente tenta abordar o cuidar com amor, com essa, entre aspas, ‘caridade’, mas embasado o tempo todo no que é científico. Então a gente desconstrói um pouco essa visão muito romântica da enfermagem, pra gente valorizar o nosso curso e valorizar os nossos profissionais enfermeiros. [...] Eu acho que o cuidar é isso, é você se embasar cientificamente, pra trazer melhorias para aquele indivíduo e para aquela comunidade (Tatiana, docente).

Com efeito, a noção de cuidado em enfermagem, tal como compreendiam os profissionais e estudantes com quem convivi, estava intimamente vinculada a uma oposição ao cuidado leigo ou doméstico. Percebemos, assim, que o período de formação não se constituía apenas em um momento de aprendizado das práticas que caracterizam o fazer em enfermagem, mas consistia, também, em uma etapa na qual os estudantes compreendiam o que é ser enfermeira e enfermeiro – incluindo-se as dificuldades e os prestígios da profissão.

Desse modo, os dizeres em torno da noção que define o trabalho na enfermagem não eram somente comuns, mas demonstravam uma preocupação constante em situar a prática e o ofício de um modo científico e racional. Tal preocupação, que pensa-



mos estar associada à constituição da enfermagem enquanto prática social, é estabelecida através de uma tênue fronteira com o fazer doméstico e remete-se à fundação desse campo como ciência, cujo marco se deu na passagem entre os séculos XIX e XX.

Os períodos que antecedem a profissionalização da enfermagem são importantes não somente por nos indicarem a trajetória histórica da profissão, mas também por nos darem pistas relevantes acerca das atuais concepções das quais compartilham seus profissionais. Nesse sentido, considero necessária uma pequena digressão à história das práticas em enfermagem, para que compreendamos de modo mais profundo os esforços desses sujeitos para o estabelecimento de uma ciência do cuidado.

DO LEIGO AO CIENTÍFICO: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

A institucionalização da enfermagem enquanto profissão data da segunda metade do século XIX, e tal processo esteve intimamente vinculado à figura de Florence Nightingale (1820-1910), retratada pela historiografia da área como a responsável por torná-la uma prática científica e alterar a visão negativa que lhe era atribuída. Contudo, ao ser vinculada às ações de cuidado, sobretudo nos contextos de adoecimento, a enfermagem tem traçado uma trajetória que antecede os trabalhos realizados por Nightingale; seu desenvolvimento, permeado por momentos e eventos históricos que marcaram profundamente o ofício, teria se dado ao longo dos séculos.

Se, em seus primórdios, as práticas do cuidado se restringiam ao trabalho doméstico, realizado majoritariamente por mulheres no cuidado dos filhos, idosos e doentes, é com o advento do cristianismo que aquelas alcançam considerável impulso. Com a ascensão da religião cristã, as concepções de saúde e doença adquirem uma nova significação e passam a ser entendidas como desígnios divinos. Nesse cenário, o cuidado atinge um estatuto vocacional, caritativo e religioso, percebido como um dever sagrado e como um modo de alcançar a salvação e a comunicação com Deus (MARTÍN-CARO; MARTÍN, 2001). Elevado a um caráter superior, o cuidado é exercido com empenho por homens e mulheres cristãos, como diáconos, diaconisas, abadesas, viúvas e virgens, que, já na primeira era cristã, foram incorporados nas ordens incumbidas da assistência aos pobres e enfermos (PADILHA; MANCIA, 2005).



O deus dos cristãos tinha duas faces, castigava os mortais por seus pecados, mas também era o instrumento de redenção, pois permitia que os pecados fossem expiados com o exercício de uma vida ascética, de benefício aos pobres e de autopenitência. Com isso proliferaram as ordens religiosas e as atividades assistenciais por elas desenvolvidas, dentre estas o espaço institucional precursor dos hospitais (PIRES, 1989, p. 116).

O impulso das atividades de cuidado coincide com o contexto da Idade Média, período no qual as ordens monásticas exerciam grande influência, tanto sobre a esfera cultural e intelectual, quanto nas ações de assistência. Nesse ínterim, diversos historiadores da área apontam como as Cruzadas teriam sido um dos movimentos que alavancaram o desenvolvimento da profissão. Segundo Silva (1986), seus impactos mais significativos foram a criação de diversos hospitais e o surgimento das ordens militares de enfermagem – muitas destas, compostas por monges enfermeiros que se incumbiam dos cuidados prestados nos hospitais construídos no percurso trilhado pelos cruzados. Para Oguisso (2007), as Cruzadas tiveram uma finalidade assistencial de enfermagem que ultrapassou sua dimensão religiosa e militar, embora se caracterizassem por uma prática muito simples e restrita às necessidades básicas de assistência.

Nessa altura, não havia a exigência de um conhecimento teórico na realização das atividades de cuidado, devendo essa preparação se restringir à formação religiosa, exercida por sujeitos detentores de atributos como a caridade, a submissão e a obediência. Tais noções foram, ao longo do tempo, incorporadas como atributos intrínsecos à enfermagem, consolidando no ofício uma acepção de sacerdócio, que foi transmitida e herdada desse período.

Em um contexto no qual essa prática se vinculava ao trabalho doméstico, as ações de enfermagem se estruturavam em torno de um saber oriundo do senso comum; eram caracterizadas como atividades proeminentemente manuais, sem associação com conhecimento especializado, e cuja disseminação se dava no meio social (MARTIN-CARO; MARTIN, 2001; GEOVANINI et al, 1995; SILVA, 1986). Nesse sentido, a enfermagem

cuidava dos corpos enfermos ou feridos; do visível, portanto, e, ademais, as tarefas que então lhe eram pertinentes não requeriam nenhum preparo e saber especializados. Não obstante, quando exercida por monjas estivesse envolta em uma aura de religiosidade (que exaltava os aspectos



invisíveis da salvação das almas do doente e de quem o tratava), é preciso dizer que tais aspectos (embora ocultos) dependiam apenas da fé (SILVA, 1986, p. 38).

A enfermagem esteve, assim, sob o controle restrito da Igreja, de modo que as instabilidades desta se estendiam, também, ao exercício das atividades do cuidar. Após um período de considerável impulso e ascensão, se instaura uma fase de declínio. Alguns eventos históricos foram centrais para a decadência das atividades que mais tarde comporiam o ofício de enfermagem, como a Reforma Protestante, a transformação dos hospitais e o declínio das ordens religiosas dos mosteiros e outras instituições de caridade (PIRES, 1989).

Para Silva (1986), esse período coincide com o fim da expansão feudal e com a emergência e o desenvolvimento do capitalismo. Como explicou-nos a autora, a Reforma, em consonância com os princípios da sociedade burguesa emergente, traria consigo novos valores, engendrando uma ética drasticamente distinta daquela disseminada pelo catolicismo, pautada no lucro e na riqueza como signos de predestinação, no reconhecimento do empenho individual e na crença de que aqueles que ascendiam profissional e materialmente eram parte dos escolhidos por Deus.

Tais eventos resultaram em um desapareço pela vida monástica, na dissolução dos mosteiros e no fechamento e na secularização de diversos hospitais; e significaram, também, o fim das organizações direcionadas à assistência aos pobres e doentes da época. Com o afastamento dos religiosos das ações de cuidar, trabalhadores despreparados, a exemplo de mulheres oriundas das ruas e prisões, caracterizadas como analfabetas ou prostitutas, eram convocados para a função de cuidar dos doentes no âmbito hospitalar, instaurando o que a história da profissão denominou como *Período Obscuro* ou *Período Crítico da enfermagem* (PAIXÃO, 1979) – uma fase de crise e declínio que se perpetuaria até meados do século XIX.

Decorridos cem anos após a Reforma, o declínio da enfermagem já havia se estendido por toda a Inglaterra. Esse período de decadência se vinculava, especialmente, à situação vivenciada pela desestruturação dos hospitais, que se constituíam em locais insalubres e eram percebidos como um depósito de doentes, onde o trabalho de enfermagem era realizado de forma precária e exploratória, vinculado à

decadência dos padrões morais (KOERICH et al, 2018; SILVA, 1986). Nas palavras de Paixão (1979, p. 63), “o tipo comum da enfermeira era da bêbada, desordeira, mulher de má vida”. Dadas a perda de vínculo com a igreja, a desorganização hospitalar e a considerada imoralidade das mulheres que passaram a se responsabilizar pelo cuidado, a enfermagem se vê associada a uma prática inadequada para as pessoas oriundas da alta sociedade.

As condições políticas, o baixo nível de qualidade das práticas de saúde e a posição considerada inferior da mulher na sociedade contribuíram para o desprestígio da Enfermagem, durante o período compreendido entre os séculos XVI e XVII, caracterizando sua fase de decadência (GEOVANINI, 1995, p. 14).

Enquanto a enfermagem esteve alheia aos domínios intelectuais da época, associada quase unicamente ao trabalho doméstico, o campo da medicina havia se direcionado para as universidades e hospitais, o que possibilitou seu considerável progresso (SILVA, 1986). A chegada dos séculos XVI e XVII instaura e consolida uma nova forma de compreensão do mundo, rompendo com as bases religiosas que vigoravam na Europa Ocidental (BONET, 2004). De acordo com Le Breton (2013), a libertação das amarras religiosas e culturais é resultado das novas formas de conhecimento, do individualismo emergente e do impulso do capitalismo, que estabelecem “a passagem da *scientia contemplativa* à *scientia activa*” (LE BRETON, 2013, p. 100).

Esse momento é marcado por diversos avanços no campo científico e filosófico, com conquistas importantes nos âmbitos da matemática, física, química e biologia. Datam do século XVI as descobertas relacionadas aos conhecimentos de anatomia humana, cujo expoente foi Versálio (1514-1564), responsável por lançar bases para o desenvolvimento da medicina moderna. Já na primeira metade do século XVII, William Harvey (1578-1657) evidencia as leis da circulação humana, alcançando os conhecimentos de fisiologia. Ainda nesse século, foi inventado o microscópio e foi descrito o sistema muscular (SILVA, 1986). Esses e outros conhecimentos foram responsáveis por enriquecer profundamente o campo da medicina, embora sua constituição enquanto ciência moderna tenha se dado somente no final do século XVIII (FOUCAULT, 1984).



Ainda que a enfermagem não tenha correspondido, na mesma medida, ao desenvolvimento trilhado por outros campos do conhecimento, sua institucionalização enquanto profissão sofreu grande influência dessa época, sobretudo das transformações técnico-científicas realizadas na área médica (SILVA, 1986). Conforme já apontamos, os períodos que antecedem o século XVIII são marcados por hospitais caracterizados como morredouros, locais de separação e exclusão onde se conglomeravam doentes, loucos, prostitutas e devassos. Apenas no final do século ocorre uma transformação significativa nesse âmbito, quando tal instituição se torna um instrumento terapêutico em torno da ascensão do poder médico.

Segundo Foucault (1984), tal processo decorre da disciplinarização dos hospitais, aliada à legitimação da intervenção médica, que passa a ser percebida como um fator e uma ferramenta para a cura dos doentes, de forma a situar o hospital como um lugar de produção e disseminação de conhecimento médico-científico. De acordo com Silva (1986), essas mudanças trarão consigo a necessidade de um preparo mais adequado dos sujeitos responsáveis pelo cuidado direto, já que as condições de cura dependerão, também, das circunstâncias mais amplas de tratamento.

A despeito da reestruturação dos hospitais, o cuidado permanece um elemento secundário, percebido como auxiliar, em detrimento da prática médica. São as guerras coloniais empreendidas pela Inglaterra as responsáveis por evidenciar a necessidade de um novo olhar sobre esse fazer. Para Silva (1986), a Guerra da Criméia (1854-1856)⁵ constitui um antecedente imediato fundamental para a profissionalização da Enfermagem; e é nesse contexto que Florence Nightingale, por intermédio do Ministro da Guerra, Sidney Herbert, realiza a organização dos serviços de enfermagem dos hospitais militares, que testemunhavam altos índices de mortalidade de seus soldados devido à ausência de recursos humanos e materiais.

Na historiografia da área, Florence Nightingale é descrita como integrante de uma família aristocrática e intelectual, o que lhe teria possibilitado a aquisição de amplos conhecimentos de matemática, grego e latim, além de viagens através

⁵ A Guerra da Criméia teve como objetivo romper as investidas expansionistas da Rússia na região da Península da Criméia, numa disputa que envolveu as Forças Aliadas da França, Turquia e Inglaterra (OGUISSO, 2007).



das quais observou o exercício da enfermagem em diversos países. Embora manifestasse desde cedo seu desejo pelo trabalho de cuidado, esta era uma atividade imprópria para mulheres que compartilhavam de tais condições econômicas e sociais. Isso fez com que ela, após muita resistência de seus familiares, se direcionasse a instituições religiosas que realizavam ações de assistência. Estabeleceu contato com o trabalho das Filhas de Caridade de São Vicente de Paulo no Egito e com o orfanato de missionários americanos na Grécia, e passou por um treinamento, de cunho teórico e prático, na fundação das diaconisas modernas em Kaiserswerth, na Alemanha, que contava com a orientação religiosa do Pastor Theodor Flie-dner. Como apontou Oguisso (2007), o caráter religioso adotado nessa instituição seria de importância fundamental para os anseios de Nightingale, pois dissociaria o aprendizado do estigma dos hospitais ingleses. Ademais, tais instituições tiveram grande relevância nas investidas no sentido de retornar ao trabalho realizado no âmbito hospitalar, sendo consideradas precursoras da enfermagem moderna, ainda que seu ensino pouco desfrutasse de fundamentos científicos (PAIXÃO, 1979).

Não obstante, Florence empreendia observações e estudos, realizava comparações, quantificava e anotava todas as informações de forma sistemática, além de elaborar recomendações para a prática. Quando partiu para a Criméia em 1854, na companhia de 38 voluntárias, Florence já detinha prévio conhecimento e experiência em enfermagem, adquiridos de sua vivência e seus estudos naquelas instituições, e aplicava-os às inadequadas condições sanitárias encontradas na guerra (OGUISSO, 2011; GEOVANINI et al, 1995). Nos dois primeiros meses, ela já havia reorganizado os hospitais, e passados seis meses de trabalho, foi responsável por reduzir de 40% para 2% a taxa de mortalidade dos soldados – o que lhe trouxe grande prestígio, não só entre os combatentes, se tornando uma figura nacionalmente reconhecida.

Com o seu retorno, criou-se o Fundo Nightingale, cuja finalidade era direcionar recursos ao treinamento de enfermeiras e possibilitar a transformação do status social da enfermagem. O trabalho empreendido por Nightingale na Criméia havia contribuído, então, para a alteração do imaginário vigente; mas o seu objetivo primordial era que esse ofício fosse uma possibilidade de ocupação para as mu-



lheres, instituindo a enfermagem como uma profissão feminina (OGUISSO, 2007), isto é, tornando-a um espaço legítimo à participação das mulheres de classe média e alta no espaço público.

Em 1860 é iniciado o funcionamento da primeira Escola de Enfermagem, fundada junto ao Hospital Saint Thomas, em Londres. As turmas eram formadas através de um criterioso processo seletivo, com período probatório de um mês; e uma das principais exigências se dava acerca dos atributos morais e intelectuais daquelas que pleiteavam as vagas⁶ (SILVA, 1986). A reforma da enfermagem, empreendida por Florence, esteve embebida por moralidade e puritanismo, valores cultivados pela Inglaterra vitoriana. Sua preocupação era despertar a atenção de “moças de boa família” para essa prática, priorizando as qualidades morais das estudantes, de forma a reconstruir o perfil das enfermeiras através da formação profissional. Em consonância com esse objetivo, o curso era constituído em regime de internato, pois buscava formar nas alunas qualidades associadas ao exercício adequado da enfermagem, como sobriedade, serenidade, honestidade e organização (FONSECA et al, 2011; SILVA apud CARVALHO, 1986).

É importante destacar que, embora Florence tenha estabelecido amplo contato com instituições religiosas em busca de experiências acerca do cuidado, seu objetivo não era fundar uma congregação feminina; seu intuito era construir uma ocupação secular para as mulheres, dissociada da esfera religiosa. Esse processo de secularização não dispensou, contudo, os princípios religiosos tradicionalmente vinculados à prática – como a humildade e o altruísmo –, pois estes eram parte da estratégia que visava a afastar a profissão do estereótipo a que estava associada – o que explica, também, as profundas preocupações com a moralidade das candidatas. A alteração dessa visão negativa atribuída à ocupação se constitui, assim, em um projeto idealizado e executado pela elite inglesa da época, que tinha como um dos objetivos centrais a edificação de um novo perfil para a enfermagem (OGUISSO, 2007; SILVA, 1986).

⁶ Nessa escola se formariam dois grupos distintos de enfermeiras, as *ladies*, mulheres de origem abastada e que depois de formadas realizariam atividades intelectuais de administração, supervisão, direção e controle, e as *nurses*, que oriundas do proletariado, seriam responsáveis pelas tarefas manuais (GEOVANINI et al., 1995).



LEGITIMIDADE E CUIDADO: A INSERÇÃO NO UNIVERSO CIENTÍFICO

No contexto da sociedade ocidental moderna, a biologia alcançou grande destaque na explicação dos processos de saúde-doença, o que tornou a biomedicina o modelo predominante no entendimento e no tratamento das patologias, instituindo o desenvolvimento das ciências médicas. Sua constituição enquanto uma ciência da doença esteve ancorada na racionalidade científico-mecanicista, que nos séculos XVI e XVII foi responsável por uma nova compreensão do mundo, tornando-o inteligível a partir de explicações metódicas e racionalistas. Como explicou-nos Bonet (2004), a biomedicina se estabeleceu como um saber científico, o que lhe angariou legitimidade a partir do enunciado de seu caráter universal, apoiando-se nos estudos de anatomia e fisiologia que se davam nos moldes do mecanicismo. Nesse sentido, a aprendizagem da biomedicina se estrutura através de uma profunda vinculação entre esse modelo e o âmbito científico, refletindo nos seus processos uma concepção de corpo e doença como fenômenos apreensíveis e mensuráveis cientificamente.

Nessa ótica, o modelo biomédico engloba um conjunto de saberes, práticas, valores e símbolos que são compartilhados por aqueles que constituem esse grupo social específico e exercem a medicina científica moderna, cuja função de curar é socialmente legitimada. Os profissionais da medicina constituiriam, assim, uma cultura particular, sendo detentores de uma visão de mundo e de uma perspectiva médica que têm como premissas básicas aspectos como o dualismo corpo-mente, a racionalidade científica e a centralidade em elementos físico-químicos (HELMAN, 2009). O hospital seria a principal estrutura científica da área, onde seus membros exercem o domínio sobre o saber e saber-fazer acerca das doenças.

Tratando mais especificamente da enfermagem, procuramos mostrar como a área esteve desde seus primórdios associada ao âmbito hospitalar e, conseqüentemente, ao modelo biomédico, no momento em que hospitais passaram a se constituir em um espaço de diagnóstico, cura e pesquisa. Nesse cenário, os médicos legitimaram-se como detentores dos saberes e poderes acerca da cura, sendo as outras profissões, como a enfermagem, auxiliares nesse processo. Em seu estudo, Rizzotto (1995) aponta como, à medida que o modelo hospitalocêntrico se consolidava



e as necessidades emergiam dentro desses espaços, a presença de enfermeiras e enfermeiros tornou-se indispensável para o funcionamento dos hospitais; e ressalta, ainda, como tal profissão dificilmente seguiria caminhos distintos daqueles trilhados pela medicina.

Nesse sentido, Nightingale entendia que, para desempenhar o ofício de enfermagem, eram necessários conhecimentos e habilidades que só poderiam ser alcançados através de um treinamento, fazendo com que o ensino de enfermagem se estruturasse em torno de determinados princípios. Entre eles estavam a determinação de um rigoroso processo de seleção das candidatas, a deliberação de que tais instituições fossem dirigidas somente por enfermeiras e que o aprendizado se fundamentasse sobre um ensino teórico e não estritamente prático, como vigorava anteriormente. Tais medidas compunham o processo de consolidação da enfermagem como profissão autônoma e estruturada em torno de diretrizes próprias, constituída a partir da contribuição das ciências já estabelecidas e da produção de um conhecimento específico no campo da saúde (OGUISSO, 2007; PIRES, 1989). Nessa perspectiva, a fundadora da enfermagem moderna entendia a profissão como uma arte cujo treinamento e habilidade deveriam se pautar no científico, capacitando a enfermeira a servir à medicina, à higiene e à cirurgia, com o intuito de auxiliar o paciente a viver. Assim, ainda que os médicos, assim como a opinião pública, acreditassem ser prescindível uma formação específica para enfermeiras, o prestígio de Florence fez com que eles assumissem o ensino teórico, pautado nos conteúdos de anatomia, fisiologia e farmacologia (OGUISSO, 2007). Com isso, o modelo biomédico, em todas as suas práticas e concepções, não só impactou o campo da enfermagem, mas se tornou parte constituinte do seu estabelecimento enquanto ciência.

No currículo das enfermeiras, Nightingale introduziu o conteúdo de estatística, em razão de suas preocupações voltadas para a relação entre o ambiente e as doenças, elemento que foi fundamental para tornar a enfermagem uma teoria científica (DIAS DA SILVA, 2010). Como afirmou Kruse (2006), a produção de gráficos e estudos comparativos sobre hospitais de diversos países europeus pode ser lida nos termos de uma construção de autoridade no campo da saúde, que trouxe uma legitimidade científica até então ausente na prática da enfermagem. Assim, Florence situava de



um lado o conhecimento que considerava real, ou seja, o saber médico-científico, e de outro o saber popular acerca do cuidar, realizado historicamente por mulheres.

O fato de estar vinculada ao trabalho médico permitiu que a enfermeira usufruísse seu prestígio, já que, naquela época, havia no hospital muitos cuidadores que não tinham um reconhecimento profissional. Florence Nightingale, preocupada em organizar uma profissão, vinculou-a a um saber que tinha status, um saber próximo da ciência. (KRUSE, 2006, p. 407).

Ao retomarmos a trajetória histórica da enfermagem, como prática e profissão, vemos como ela se inseriu em um contexto específico, compartilhando dos saberes ali consolidados, buscando se estabelecer num espaço-tempo no qual suas práticas estavam vinculadas de maneira pejorativa a um caráter doméstico, realizado predominantemente por mulheres. Em tal processo, a cientificidade representou um sinônimo de legitimidade e impulsionou o interesse de mulheres educadas para o trabalho fora de casa.

De uma perspectiva histórica e cultural, as práticas da enfermagem foram tradicionalmente vinculadas a uma dimensão doméstica e, por um longo período, realizadas por leigos religiosos, fazendo com que se herdasse desse período um caráter caritativo e vocacional que repercute até os dias atuais. Em seu período de declínio, a enfermagem passou a ser percebida como uma prática desvalorizada, imoral e imprópria, visão que foi modificada somente na segunda metade do século XIX, produto dos esforços de Florence Nightingale.

Nesse ponto de vista, além da vinculação aos princípios religiosos, apontados anteriormente, observamos como a ênfase em uma dimensão científica configurou uma estratégia importante para o ofício se afastar dos estereótipos vigentes e se consolidar como profissão no campo da saúde – um enfoque que se perpetua mesmo na contemporaneidade e que pode ser evidenciado nas descrições trazidas no início deste artigo.

Ademais, é possível refletir sobre como os esforços direcionados à aquisição de um estatuto científico estariam, ainda, intimamente vinculados à própria noção de cuidado, uma categoria que define a enfermagem enquanto ofício, mas que consiste em uma prática que possui diversos níveis de realização, podendo ser empreendida de forma gratuita ou profissionalizada – se constituindo em todos esses níveis como uma atividade socialmente desvalorizada.



No que concerne a esse ponto, muitos são os estudos na literatura sobre o trabalho de cuidado que apontam a associação de tais atividades com uma dimensão feminina, sendo o cuidar concebido como um fazer não valorizado e invisibilizado. Como afirmam Guimarães, Hirata e Sugita (2011), as atividades de cuidado têm sido realizadas por sujeitos subalternos e femininos, e são constantemente referidas como intrínsecas à posição e disposição das mulheres. As autoras afirmam, ainda, que no contexto brasileiro tal atividade encontra-se vinculada à noção de submissão; uma tarefa dotada de desprestígio. Nessa mesma direção, Fisher e Tronto (1990) apontam que a tradição liberal da filosofia ocidental situou de um lado o domínio masculino como racional, autônomo e público e, de outro, a dimensão feminina como uma esfera associada ao privado, às relações pessoais, aos cuidados de outrem, aos deveres familiares e ao trabalho não remunerado. Disso decorre que o trabalho de cuidar seja percebido como uma atividade invisível e opressora.

Em abordagem direcionada particularmente para o campo da enfermagem, Lopes e Leal (2005) afirmam que a noção de cuidado, entendida nos contextos ocidentais como uma ação feminina e fruto de “qualidades naturais” das mulheres, teria fornecido elementos considerados consonantes e apropriados à realização do trabalho de mulheres no âmbito da saúde, de modo que os valores simbólicos e vocacionais da enfermagem se conformariam em um “exemplo de concepção de trabalho feminino baseada em um sistema de qualidades, ditas naturais, que persistem a influenciar o recrutamento majoritariamente feminino da área” (LOPES; LEAL, 2005, p. 114). Assim, a divisão sexual do trabalho de cuidado se estende ao cuidar realizado no âmbito profissionalizado, sendo o ofício de enfermagem realizado em sua maioria por mulheres.⁷

Nesse sentido, quando os nossos interlocutores apontavam uma prática científica do cuidado, eles situavam seu ofício em um lócus específico, buscando disso-

⁷ Segundo pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no ano de 2015, por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), as equipes de enfermagem se constituíam como grupos predominantemente femininos, compostos por cerca de 84,6% de trabalhadoras mulheres. A mesma pesquisa apontou, ainda, que nos quatro grandes setores de empregabilidade da enfermagem – público, privado, ensino e filantrópico – os profissionais eram remunerados com subsalários (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Cofen). Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem. Cofen (Portal). 6 mai. 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html>. Acesso em: 14 dez. 2020.).

ciar-se no cuidado realizado no cotidiano por pessoas sem qualificação e oriundo de um saber construído a partir do senso comum. Quando enfatizavam a necessidade de uma formação e compartilhavam de uma lógica que opera dentro do campo científico, pautando-se na construção de um saber específico, produziam um distanciamento em relação a uma dimensão leiga do cuidado, legitimando-se enquanto um fazer científico – esfera de saber considerada oficial e produtora de verdades universais.

Para Guimarães (2020), essas formas de nomear e classificar, por meio das quais se estabelecem barreiras e fronteiras, constituem um esforço contínuo dos sujeitos em diferenciar relações sociais significativas para, assim, atribuírem sentidos às suas experiências cotidianas. Conforme afirmou a autora, essas ações destinadas à diferenciação das relações produzem *circuitos de cuidado*, entendidos como as múltiplas configurações assumidas pelas relações sociais estabelecidas no exercício dessas atividades. No interior desses *circuitos* se definiriam e distinguiriam os significados atribuídos ao trabalho, as atrizes/atores tidos como aptos a realizá-lo, as relações sociais ali estabelecidas e os modos de retribuição dessa atividade; quatro dimensões fundamentais para a compreensão de como cada circuito de cuidado se constitui.

[...] a noção de “circuitos de cuidado” nos capacita a entender a multiplicidade das relações sociais de cuidado que ali se estabelecem. Conquanto diversas, elas denotam a operação de um mesmo processo social, pelo qual barreiras e fronteiras são estabelecidas, por meio de estratégias de nomear, de formas de classificar, mas também de práticas dos indivíduos, em que se enlaçam os aspectos micro e macrosociológicos. Como resultado, em cada uma dessas múltiplas configurações que as relações sociais de cuidado podem adquirir, se estabelecem, e diferenciam, as atrizes que neles atuam, o significado do seu trabalho, a natureza das relações sociais de trabalho ali tecidas, e o modo como tal trabalho é retribuído (GUIMARÃES, 2020, p. 94).

Embora não concentre suas análises especificamente no campo da enfermagem, Guimarães (2020) sinaliza como, no contexto brasileiro, a categoria cuidado emerge no cerne da busca por reconhecimento de enfermeiras e enfermeiros, funcionando como uma noção relevante para distinguir e hierarquizar sujeitos na esfera do trabalho. Esses esforços se direcionariam, em um primeiro momento, à busca por espaço a partir da diferenciação em relação aos médicos – enquanto estes se incumbiriam do “curar”, as enfermeiras se responsabilizariam pelo domínio do “cuidar”. De tais hierarquias, diferenciações e assimetrias surgiriam outras, agora estabelecidas

entre enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, proposições que se mostram de extrema relevância ao lançar luz para o estatuto da noção de cuidado enquanto uma categoria em disputa.

Assim, as práticas referenciadas de acordo com estudos, as ações sistematizadas e a consolidação de um conhecimento próprio integram a busca pela constituição de uma *autoridade*, que no campo científico consiste em um tipo particular de capital, que diz respeito à capacidade de falar e agir com legitimidade, garantindo poder sobre os mecanismos que constituem o campo, e fazendo com que as práticas que ali se desenvolvem sejam direcionadas à sua busca (BOURDIEU, 1983). A preocupação constante em situar e evidenciar sua prática como científica mostra-nos como esses sujeitos buscam legitimidade para agir e falar sobre o cuidado como prática específica que requer uma formação. Nesse sentido, angariar um status cada vez mais científico traria à enfermagem não só legitimidade, mas a colocaria em um terreno estruturado pela formalidade e legalidade na realização de suas práticas.

O CUIDADO COMO CIÊNCIA: QUAL É O LUGAR DAS EMOÇÕES?

A temática do cuidado nos direciona a um cenário permeado não somente por práticas e gestos, mas se refere, também, a um contexto de relações e afetividades (SAILLANT; GAGNON, 1999). Contudo, ainda que as emoções e, sobretudo, as afetividades não se limitem ao cuidado realizado no âmbito familiar, elas têm sido associadas com mais frequência ao trabalho de cuidado não pago, aquele que seria realizado “por amor” e executado na esfera doméstica e familiar. Por essa razão, nos propusemos, nesta seção, a refletir acerca do lugar da experiência emocional no contexto profissionalizado do cuidado em enfermagem.

Sendo o ofício de enfermagem um fazer que implica o contato com outros sujeitos que muitas vezes se encontram em situação de vulnerabilidade, sofrimento e intimidade – o que torna essa função essencialmente relacional –, a relação com as emoções surge, em alguns momentos, expressa por uma tensão. Trata-se da tensão evidenciada a partir de relatos vinculados à emergência de emoções como a tristeza, que surgiam permeadas por tentativas de afastamento em relação aos pacientes, de



separação entre as esferas pessoal e profissional e por dilemas evidenciados a partir do contato com o sofrimento do outro.

Tatiana, docente, narrou em uma ocasião o episódio vivenciado por ela e outros profissionais da unidade de saúde, resultante do vínculo que estabeleceram com um paciente idoso, que comparecia àquele local diariamente para o tratamento de sua ferida. O senhor, que vivia solitário em uma residência próxima à unidade, era portador de uma série de problemas de saúde, como diabetes, pressão alta, comprometimento renal, condições patológicas que atrapalhavam a cicatrização de seu ferimento. Com o passar dos anos, os profissionais perceberam que o contato diário com a equipe de enfermagem era muito mais importante para o paciente do que o tratamento da lesão, que havia se tornado o motivo pelo qual ele poderia manter a relação cotidiana com aqueles profissionais. Como explicou a docente: “Ele ia todos os dias e o processo dele sair de casa e ir até a unidade de saúde e conviver com a gente, que tratava com carinho e ele tratava a gente com carinho também, era o único meio de ser sociável”.

Em um dado momento, aquele paciente resolveu fazer uma comemoração do seu aniversário para receber a equipe que, diante da sua longa insistência, aceitou o convite, já que seu processo de adoecimento vinha se agravando. Tatiana me descreveu com detalhes as sensações que teve naquele dia: o sabor da comida, as características da casa, o zelo e a alegria que sentiram por estarem ali, uma experiência que definiu como “muito pessoal” e “maravilhosa!”.

Tempos depois, após notarem que o senhor não comparecia mais à unidade de saúde, receberam com grande tristeza a notícia do seu falecimento: “Ele criou um vínculo e a gente, querendo ou não, também criou um vínculo com ele. [...] Como a gente separa o que é profissional e o que é pessoal?”. Para Tatiana, havia uma grande dificuldade no estabelecimento desses limites e, em razão dos impactos vivenciados pelos profissionais diante dessas situações, a professora acreditava que a comunicação entre enfermeira e paciente deveria ser terapêutica e não pessoal, já que as perdas eram circunstâncias comuns no cotidiano de trabalho.

Outros relatos se aproximavam das falas de Tatiana. Conversei com alunos que tinham dúvidas se continuariam na área, por considerarem o primeiro contato



com os pacientes no âmbito hospitalar um acontecimento traumático; em outras situações, estudantes manifestavam o anseio em se especializar em áreas de administração ou emergência, por considerarem que nesses cenários teriam menos contato com os pacientes, e, por conseguinte, seriam menores as chances de se acometerem pela tristeza.

Lara, estudante, me contou de uma situação vivenciada por ela enquanto acompanhava um médico que noticiaria a morte da paciente à família. Segundo seu relato, ela precisou segurar o choro e pensar consigo mesma sobre a posição que ocupava naquele contexto: “eu estou aqui como profissional, eu não posso chorar, eu tenho que ser forte”. Ao presenciar esse momento, Lara me disse ter sentido grande sofrimento pela situação da família, mais do que pelo contato que havia tido, minutos antes, com o corpo da paciente já sem vida. E completou:

Por isso que eu tenho atração por área pré-hospitalar, porque o contato íntimo é menor. Tipo o SAMU, você vai atender ele ali, se ele morrer você acabou de ver ele e acabou. Agora se você estiver numa área de internação, a pessoa fica lá um, dois, três, cinco meses... você cria um vínculo com ela e de repente você chega lá e morreu? Nesse aspecto é mais difícil de lidar (Lara, estudante).

Nas relações terapêuticas operadas pela enfermagem, nas quais as relações interpessoais se constituem como um pressuposto, a dimensão emocional não cessa de permear as interações, se referindo tanto às manifestações de dor e sofrimento, quanto às noções de amor, carinho e caridade. Bonet (2006), ao tratar das relações entre médicos e pacientes no contexto de práticas integrais à saúde, afirma que a expressão das emoções tem grande impacto no desenvolvimento das consultas, ultrapassando tanto suas dimensões racionais, quanto as esferas objetivadas do saber biomédico, ao possibilitar uma aproximação com a pessoa e sua doença. No caso da enfermagem, considerando a importância dada aos fatos e conhecimentos científicos, o surgimento das emoções é percebido, em alguns casos, através de uma tensão, localizando de um lado um fazer que se situa como ciência e de outro a dimensão emocional, muitas vezes vinculada a uma dimensão não científica e pessoalizada das relações.

Como explicou Lutz (1988), as sociedades ocidentais situaram o pensamento e as emoções em dois polos distintos. Enquanto o pensamento fora vinculado à ra-

ção e à inteligência, expressas em ações e ideias racionais aprovadas moralmente, as emoções estiveram ligadas ao agir e ao pensar irracional, ao incontrolável, à fraqueza – elementos que culminariam em condutas e julgamentos imprecisos, ou seja, seriam percebidos como um entrave ao conhecimento real dos fatos e eventos. Nessa dicotomia, as emoções se localizariam em uma dimensão inferior, seriam objeto de questionamento e se associariam a uma natureza caótica e excessiva. Como mostrou-nos a autora, a racionalidade enquanto definição dominante do inteligível estabeleceu-se de forma histórica e culturalmente específica e tornou alheio a essa perspectiva tudo aquilo que estava vinculado à “irracionalidade” das emoções.

A biomedicina, como um dos âmbitos impactados pelo processo de racionalização do mundo, edificou um discurso racionalizado sobre o corpo e as doenças, envolvendo nesse processo a separação entre as esferas emocional e racional (BONET, 2006). A esse respeito, a literatura em antropologia da saúde conta com importantes contribuições que refletem sobre o lugar das emoções nas práticas de saúde, como o trabalho de Bonet (2004), que aponta as tensões advindas da relação entre o *saber* e o *sentir* no interior das interações estabelecidas entre residentes de medicina e pacientes, estando de um lado a ênfase objetiva da biomedicina e de outro a dimensão do vivido e da experiência individual. A tensão se manifestaria, segundo o autor, no momento do contato interpessoal, quando pacientes relatam aspectos emocionais, como medos e inseguranças. Os momentos mais valorizados pelos residentes de medicina com quem Bonet realizou sua investigação seriam aqueles reservados à discussão do caso clínico e do diagnóstico, quando se aprenderia verdadeiramente a medicina, segundo a concepção geral. O foco na dimensão do saber estaria vinculado, assim, à tentativa de diminuir as situações nas quais se enfrenta o que autor chamou de *tensão estruturante* – o conflito entre o saber e o sentir.

A digitalização [das relações, mecanismo dissipador da tensão] operaria, fundamentalmente, no nível da tensão estruturante, ocasionando uma descontinuidade entre o que é de interesse para o tratamento médico (de acordo com o modelo biomédico) e o que alude a sentimentos, paixões, transferências, identificações, etc. Em outras palavras, todas aquelas dimensões que a biomedicina deixou de lado ao constituir-se em uma ciência das doenças e, por isso, ficaram de fora do discurso biomédico (BONET, 2004, p. 136).



Ainda que centradas no contexto da medicina, trabalhos como esses iluminam nossa compreensão acerca das tentativas de afastamento dos estudantes e profissionais da enfermagem, visto que as concepções que orientam esta última são também pautadas em diretrizes técnico-científicas. Como afirmaram Abu-Lughod e Lutz (1990), o pensamento ocidental moderno situou as emoções como uma dimensão oposta à razão, vinculada ao corpo e constitutiva de uma realidade psico-biológica, vista como um lugar de (des)controle, aquém das intervenções socioculturais, de modo que espaços atrelados ao trabalho ou à ciência seriam algumas das dimensões apartadas da experiência emocional, constituindo cenários inapropriados à sua irrupção e manifestação.

No caso aqui analisado, tratamos de uma profissão que compõe um campo específico, no qual o imaginário acerca de determinadas emoções é situado em oposição à cognição, de modo que esses sujeitos compreendem que momentos relacionados ao surgimento da tristeza, por exemplo, podem se constituir como prejudiciais à prática adequada do seu ofício – ou como um elemento danoso à sua própria subjetividade.

Entretanto, no âmbito da enfermagem, a relação entre a prática da profissão e as emoções a ela associadas não se traduziam apenas em tensão; em muitos momentos, havia uma valorização de emoções como o amor e o carinho. Ainda que a enfermagem tenha se consolidado com um campo que tem a ciência como valor supremo, opondo as emoções à razão, a valorização das emoções parece estar relacionada ao caráter daquilo que define o seu fazer, a categoria cuidado, que em sua acepção mais ampla tem sido vinculada à dimensão emocional.

Concordamos com a concepção de Hirata (2014) de que a dissociação entre emoção e cognição não pode ser operada quando nos voltamos às questões do *care*, pois estas são dimensões constituintes do trabalho de cuidado. Considerando de modo mais particular o campo da enfermagem, parece-nos que a ênfase constante em um caráter científico, ou seja, numa esfera racional do cuidado, não anula a emergência das emoções; o mesmo pode-se dizer de eventos decorrentes da relação cotidiana com os pacientes e de aspectos presentes na definição do cuidado em enfermagem.



Nesse sentido, em alguns contextos do trabalho de campo, as emoções eram mobilizadas como elementos constituintes da prática de cuidado. Em um dia reservado à aula teórica, por exemplo, os estudantes discutiriam o tema da morte, evento com o qual teriam contato em algum momento no exercício da sua profissão. Mas aquela etapa representava um momento especialmente importante, por ser marcado pelos primeiros contatos dos estudantes com os pacientes. Nesses contextos, a morte não era uma possibilidade remota, e deparar-se com ela faria emergir sentimentos com os quais aqueles estudantes ainda não estavam habituados. A finalidade daquela aula era, assim, prepará-los de algum modo para o acontecimento – um momento raro, em meio a tantos outros direcionados à transmissão do conteúdo teórico e prático acerca das técnicas.

Assim, o tema central naquele dia foi a relação da enfermeira com a morte, expressa em questões relacionadas ao seu impacto na subjetividade do profissional, a como ela deveria se portar diante dos familiares e a qual postura era considerada importante para a realização satisfatória do seu trabalho. Parecia ser consenso que aquele era o momento no qual havia a necessidade de uma proximidade entre enfermeiro e paciente, pois como afirmou a professora “[a enfermagem] também é baseada no carinho, para além do conhecimento técnico-científico. A gente tem que oferecer acalanto”.

As falas traziam experiências particulares e, em muitos momentos, os estudantes foram tomados pela manifestação de sentimentos de tristeza e sofrimento, decorrentes de eventos passados ou vindouros. Contudo, a ênfase era direcionada a uma dimensão relacional do cuidado, que a professora reforçava aconselhando aos alunos que olhassem nos olhos, chamassem pelo nome e tratassem de igual para igual – condutas que possibilitariam uma abertura do paciente com o profissional. “Existe um envolvimento, por isso temos que tratar o paciente com carinho”, disse a professora. Em meio aos discursos acerca da presença dos sentimentos na profissão, uma das estudantes afirmou: “A gente tem que ter [sentimentos], porque a gente lida com o cuidado, que envolve carinho e amor. Mas [temos que] usar esse sentimento para trazer resultado para o paciente e para a família.” A professora, que ouvia atentamente as histórias e concepções, elogiou a estudante



e afirmou: “O objetivo da enfermagem pode ser o profissionalismo, mas o amor é muito importante”.

A dimensão afetiva aparece, aqui, não somente como algo que emerge na prática cotidiana da profissão, mas como um aspecto valorizado e incentivado, fazendo com que amor e carinho aparecessem relacionados ao cuidado. Alguns trabalhos na literatura em enfermagem apontam a dimensão afetivo-emocional como uma habilidade necessária ao exercício do cuidado, sendo necessário aliá-lo ao “cuidado científico objetivado” (MONTEIRO, 2016), em uma tríade composta por habilidades cognitivas, motoras e afetivas (SANTIAGO; CARVALHO, 2006). Nos meus contatos com alunos e professores, mais precisamente, os vi por diversas vezes pensando o cuidar através da associação entre estes elementos:

[Cuidado] é você orientar, é você educar, é você criar um vínculo com a família e com o paciente, porque a família participa do processo de recuperação. Eu acho é você aplicar o amor. O amor é intrínseco ao cuidado. (Beatriz, estudante).

O cuidado sempre tem que ser feito, independente se é na enfermagem ou não, para qualquer pessoa... para o meu familiar, filho, irmã, o meu amigo... Eu acho que o cuidado você tem que ter empatia, você tem que ter amor e tem que ter disponibilidade, é o mais importante. Eu acho que não faz enfermagem sem amor e sem carinho. (Amália, estudante).

A oposição estabelecida entre pensamento e emoção traz consigo um caráter ambivalente. Segundo Lutz (1988), as emoções são percebidas através de duas visões, de um lado em uma dimensão não pensativa e, de outro, em uma perspectiva não alienada. Na primeira, já discutida, a oposição entre pensamento e emoção inferioriza o subjetivo; na segunda, as emoções são contrapostas ao afastamento. Assim, na segunda acepção, as emoções passam a se caracterizar como um elemento valorizado e positivado, como o lócus dos valores humanos.

No segundo conjunto do contraste principal, a emoção se opõe ao estranhamento ou ao desligamento. Os pares de conceitos que participam do significado desse contraste incluem a vida em oposição a morte; comunidade e conexão em oposição a alienação; relação em oposição ao individualismo; o subjetivo em oposição ao objetivo; o natural em oposição ao cultural; o autêntico em oposição ao artificial; compromisso e valor em oposição ao niilismo ou moralidade em oposição a amoralidade; e a mulher em oposição ao homem. Enquanto o emocional é geralmente tratado como o membro inferior do conjunto no contraste emoção/pensamento, aqui a avaliação é invertida. É melhor, a maioria concordaria, ser emocional do que estar morto ou alienado (LUTZ, 1988, p. 57, tradução minha).



A enfermagem e sua associação intrínseca com a noção de cuidado parecem trazer consigo essa ambiguidade. Em determinados momentos, como quando se tratava de acontecimentos envoltos pela tristeza, vimos que a dimensão das emoções era rejeitada, na busca de um foco científico e profissional no seu fazer. Em outros, quando se tratava de sentimentos como o carinho e o amor, por exemplo, as emoções apareciam de maneira valorizada e incentivada, já que eram entendidas como aspectos associados à enfermagem. Como apontou Lutz (1988), tal ambiguidade pode tanto estar vinculada a finalidades particulares vivenciadas em diferentes situações quanto funcionar como um indicativo das contradições experienciadas pelos sujeitos nos contextos em que vivem.

Contudo, ao tratarmos mais especificamente do segundo caso, vinculado à valorização das afetividades, observamos que as ações direcionadas à preocupação, ao acolhimento e ao apoio aos pacientes eram entendidas como parte do ofício de enfermagem, por ser esta uma profissão responsável e definida pelo cuidado, sendo as afetividades entendidas como sentimentos intrinsecamente vinculados ao cuidar.

Segundo Debert e Pulhez (2019), o direcionamento às diferentes dimensões do cuidado implica que voltemos nossa atenção ao investimento emocional que permeia esse fazer. Nesse sentido, o trabalho de cuidado se caracterizaria por envolver um conhecimento técnico, mas, também, uma espécie de controle emocional relevante, tanto para quem cuida, quanto para quem é cuidado. No caso aqui elucidado, compreendemos esse controle como uma forma específica de gerenciamento emocional, relacionado à valorização e ao incentivo de emoções específicas, como o amor e o carinho, e à evitação de outras, a exemplo do sofrimento e da tristeza.

Segundo o sociólogo Ângelo Soares (2012), o trabalho de cuidado seria caracterizado por diferentes dimensões, como as esferas física, cognitiva, relacional, sexual e emocional. Ao voltar sua análise especificamente para a última, o autor aponta que a esfera emocional se situaria em um domínio intrínseco ao trabalho de cuidado; um fazer que envolveria, permanentemente, um trabalho emocional por parte daqueles que cuidam. Assim, Soares (2012) observa que, mesmo nos contextos em que o exercício do cuidar se daria de forma profissionalizada, as emoções e os afetos emergiriam como parte das interações ali estabelecidas.



O amor e o envolvimento são dois componentes vistos como inevitáveis, essenciais e positivos na relação entre quem cuida e quem é cuidado. Mesmo quando o trabalho de cuidar é feito no âmbito de uma organização, mediante um pagamento, o amor e o envolvimento, mesmo não fazendo parte do trabalho prescrito, estão presentes no trabalho real, escapando, de certa maneira, à mercantilização (SOARES, 2012, p. 55).

Como apontou Dias da Silva (2014), ao tratar da noção de cuidado como uma premissa ontológica, a enfermagem estabelece uma forma específica de relação com o outro, fazendo daquela categoria um valor que define os enfermeiros enquanto profissionais da saúde. Nesse sentido, o caso em tela parece evidenciar a existência de uma relação entre duas dimensões do cuidado: de um lado, a dimensão racional expressa pelo cuidado científico, e de outro, a dimensão emocional. Esses dois domínios parecem interagir, no caso aqui estudado, dentro de um arranjo que ora mobilizava uma esfera tensionante, opondo às emoções a esfera científica e profissional, ora valorizava uma dimensão cujas esferas se complementavam, entendendo os afetos (em especial, o amor e o carinho) como parte do cuidado científico que realizavam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado envolve, intrinsecamente, uma dimensão de alteridade, produzindo interações e colocando em questão a relação com o outro. Através dos relatos dos interlocutores, busquei demonstrar como, para enfermeiras e enfermeiros e estudantes de enfermagem com quem convivi, o cuidado se situava como uma prática científica, pautada no modelo biomédico, se afastando assim de prática leiga/doméstica do cuidado, através de sua afirmação como ofício profissional científico.

Quando voltamos nosso olhar para a história da disciplina, é possível notar de que maneira a sua institucionalização ocorreu, através de uma relação de oposição ao leigo e aos elementos a ele vinculados. A ênfase em um cuidado científico traria, assim, a profissão para um terreno de autonomia, legalidade e, sobretudo, legitimidade, justamente por se situar na esfera de conhecimento socialmente oficial, valorizada nas sociedades em que vivemos.



Ademais, procuramos evidenciar que, se por um lado as emoções eram vistas através de uma perspectiva negativa, o que afastaria a atividade de uma prática cientificamente fundamentada, por outro, as afetividades eram entendidas como parte do cuidado científico dispensado pela enfermagem, constituindo uma das dimensões do cuidar. Em outras palavras, ao mesmo tempo em que se reforçava a dicotomia razão-emoção, buscava-se ultrapassá-la através da sua inserção nas práticas do cuidado em enfermagem.

Em síntese, busquei apontar de que forma, ao contrário de uma oposição radical, as dimensões emocional e científica do cuidado pareciam ser mobilizadas dentro de um contexto específico, de modo que sua interação se traduzia ora em termos de tensão, ora em termos de complementaridade, sendo o ofício de enfermagem um fazer que se estende à esfera subjetiva, sendo possível entrever um gerenciamento particular das emoções.



REFERÊNCIAS

ABU-LUGHOD, Lila; LUTZ, Catherine. Introduction: emotion, discourse and the politics of everyday life. In: ABU-LUGHOD, Lila; LUTZ, Catherine (Ed.). **Language and the politics of emotion**. Tradução de Maria Cláudia Coelho. Cambridge: Cambridge University Press, 1990, p.1-23.

BONET, Octávio. Emoções e sofrimentos nas consultas médicas: implicações de sua irrupção. **Teoria e Cultura**, Juiz de Fora, n.1, v. 1, p. 117-138, 2006.

BONET, Octávio. **Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

BONET, Octávio; TAVARES, Fátima Regina Gomes. O cuidado como metáfora nas redes da prática terapêutica. In: **Razões Públicas para a integralidade: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007.

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, Renato (Org.). **Pierre Bourdieu: Sociologia**. São Paulo: Ática, 1983, p. 122-155.

DEBERT, Guita Grin; PULHEZ, Mariana Marques. Apresentação. In: DEBERT, Guita Grin; PULHEZ, Mariana Marques (Org.). **Desafios do Cuidado: Gênero, Velhice e Deficiência**. Campinas, SP: UNICAMP/IFCH, 2019, p. 5-27.

DIAS DA SILVA, Cristina. **Cotidiano, Saúde e Política: uma etnografia dos profissionais de saúde indígena**. Tese (Doutorado em Antropologia Social), Brasília, Universidade de Brasília, 2010.

DIAS DA SILVA, Cristina. De improvisos e cuidados: a saúde indígena e o campo da enfermagem. In: **Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014, p. 181-212.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de; CARVALHO, Vilma de; TYRRELL, Maria Antonieta Rubio. (Re)lembrando Elvira de Felice: gestos e falas de enfermeiras sobre o banho no leito, uma técnica/tecnologia de Enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 10, abr. 2006, p. 18-28.

FISHER, Berenice; TRONTO, Joan. Toward a feminist theory of caring. In: **Circles of care: Work and identity in women's lives**. Albany: State University of New York Press, p. 35-62, 1990, p. 36-54.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa et al. Gênero e História da Enfermagem. In: **Pesquisa em História da Enfermagem**. Barueri, SP: Editora Manole, 2011 p. 132-177.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

GEOVANINI, Telma et al. **História da Enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 1995.

GUIMARÃES, Nadya Araujo; HIRATA, Helena Sumiko; SUGITA, Kurumi. Cuidado e cuidadoras: o trabalho de care no Brasil, França e Japão. **Sociol. Antropol.** [conectados], vol. 1, n. 1, 2011, p. 151-180.



- GUIMARÃES, Nadya Araujo. O cuidado e seus circuitos: significados, relações, retribuições. In: GUIMARÃES, Nadya Araujo; HIRATA, Helena Sumiko. (Org.). **O gênero do cuidado: desigualdades, significações e identidades**. Cotia, SP: Ateliê Editorial, 2020, p. 91-128.
- HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- HIRATA, Helena. O trabalho de cuidado. In: **O trabalho emocional e o trabalho de cuidado**. I Seminário de Sociologia da Fundacentro. São Paulo, SP: Fundacentro, 2014, p. 27-55.
- HIRATA, Helena. Teorias e práticas do care: estado sucinto da arte, dados de pesquisa e pontos de debate. In: **Cuidado, trabalho e autonomia das mulheres**. São Paulo: SOF, 2010, p. 42-56.
- HIRATA, Helena; DEBERT, Guita Grin. Apresentação. **Cadernos Pagu** (Dossiê gênero e cuidado), Campinas, v. 7, n. 15, 2016, p. 7-15.
- HIRATA, Helena Sumiko; BORGEAUD-GARCIANDÍA, Natacha. Tato e Tabu: a sexualidade e as emoções no trabalho de cuidado. In: GUIMARÃES, Nadya Araujo; HIRATA, Helena Sumiko. (Org.). **O gênero do cuidado: desigualdades, significações e identidades**. Cotia, SP: Ateliê Editorial, 2020, p.189-212.
- KOERICH, Ana Maria Espíndola et al. A organização da Enfermagem e da saúde no contexto da idade moderna: o cuidado e a ciência no mundo e no Brasil. In: PADILHA, Maria Itayra et al (Org.). **Enfermagem: história de uma profissão**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2018, p. 113-150.
- KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Enfermagem Moderna: a ordem do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, 2006, p. 403-410.
- LE BRETON, David. **Antropologia do Corpo e Modernidade**. 3ª ed. Florianópolis: Vozes, 2013.
- LIMA, Maria José de. **O que é Enfermagem**. São Paulo: Brasiliense, 2005.
- LOPES, Marta Júlia Marques; LEAL, Sandra Maria Cezar. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, SP, n. 24, 2005, p. 105-125.
- LUTZ, Catherine. **Unnatural emotions: everyday sentiments on a Micronesian Atoll and their challenge to western theory**. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.
- MARTÍN-CARO, Catalina García; MARTÍN, María Luisa Martínez. **Historia de la Enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero**. Madrid: Ed Harcourt, 2001.
- MONTEIRO, Priscila de Vasconcelos et al. Quando cuidar do corpo não é suficiente: a dimensão emocional do cuidado de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, 2016, e957.
- MOTTA, Ana Letícia Carnevalli. **Normas, rotinas e técnicas de Enfermagem**. São Paulo: Iátria, 2008.



- OGUISSO, Taka. **Pesquisa em história da enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2011.
- OGUISSO, Taka. **Trajetória histórica e legal da Enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2007.
- PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; MANCIA, Joel Rolim. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6, 2005, p.723-6.
- PAIXÃO, Walesca. **História da Enfermagem**. Rio de Janeiro: Julio C. Reis Livraria, 1979.
- PIRES, Denise. **Hegemonia médica da saúde e a Enfermagem – Brasil 1500 a 1930**. São Paulo: Cortez Editora, 1989.
- RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **(Re)viendo a questão da origem da Enfermagem profissional no Brasil: a Escola Anna Néry e o mito da vinculação com a saúde pública**. Dissertação (Mestrado em Educação). Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 1995.
- SAILLANT, Francine; GAGNON, Éric. Vers une anthropologie des soins? **Anthropologie et Sociétés**, Québec, v. 2, n. 23, 1999, p. 5-14.
- SANTIAGO, Patrícia Sarsur Nasser; CARVALHO, Daclé Vilma. Habilidades afetivas na formação do profissional de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 3, 2006, p. 292-296.
- SANTOS, Bruna Motta dos. **Corpos que cuidam: uma etnografia das práticas em enfermagem**. 2020. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.
- SILVA, Graciette Borges da. **Enfermagem profissional, análise crítica**. São Paulo: Cortez Editora, 1986.
- SOARES, Ângelo. As emoções do ‘care’. In: GUIMARÃES, Nadya Araújo; HIRATA, Helena (Ed.). **Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do ‘care’**. São Paulo: Atlas, 2012, p. 44-60.
- WALDOW, Vera Regina. **Cuidar: expressão humanizadora da Enfermagem**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

Recebido em: 22/04/2020

Aprovado para publicação em: 08/12/2020

