

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL  
CENTRO DE FILOSOFIA E EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FILOSOFIA  
CURSO DE MESTRADO EM FILOSOFIA**

**MARIA LÚCIA CAMELLO**

**ÉTICA DO CUIDADO NO ATENDIMENTO DO PACIENTE COM DOR**

**Caxias do Sul  
2013**

**MARIA LUCIA CAMELLO**

**A ÉTICA DO CUIDADO NO ATENDIMENTO DO PACIENTE COM DOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, da Universidade de Caxias do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Filosofia.

Orientador: Prof. Dr. Jayme Paviani.

**Caxias do Sul  
2013**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Universidade de Caxias do Sul  
UCS - BICE - Processamento Técnico

C181e Camello, Maria Lucia  
A ética do cuidado no atendimento do paciente com dor / Maria  
Lucia Camell. – 2013.  
64 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Caxias do Sul, Programa  
de Pós-Graduação em Filosofia, 2013.  
“Orientação: Prof. Dr. Jayme Paviani”

1. Enfermagem – Ética profissional. 2. Enfermagem. 3. Ética  
profissional. 4. Filosofia. 5. Cuidados de enfermagem. I. Título.

CDU 2.ed. : 616-083:174

Índice para o catálogo sistemático:

1. Enfermagem – Ética profissional	616-083:174
2. Enfermagem	616-083
3. Ética profissional	174
4. Filosofia	1
5. Cuidados de enfermagem	616-083

Catalogação na fonte elaborada pela bibliotecária  
Márcia Servi Gonçalves – CRB 10/1500



UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL

*“Ética do cuidado no atendimento do paciente com dor”*

Maria Lúcia Camello

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora designada pela Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Filosofia. Linha de Pesquisa: Problemas Interdisciplinares de Ética

Caxias do Sul, 26 de setembro de 2013.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Jayme Paviani (orientador)  
Universidade de Caxias do Sul

Prof. Dr. Idalgo José Sangalli  
Universidade de Caxias do Sul

Prof. Dr. Leonardo da Rocha de Souza  
Faculdade de Tecnologia

**CIDADE UNIVERSITÁRIA**

Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130 – B. Petrópolis – CEP 95070-560 – Caxias do Sul – RS – Brasil

Ou: Caixa Postal 1352 – CEP 95020-972 – Caxias do Sul – RS – Brasil

Telefone / Telefax (54) 3218 2100 – www.ucs.br

Entidade Mantenedora: Fundação Universidade de Caxias do Sul – CNPJ 88.648.761/0001-03 – CGC/TE 029/0089530

Gráfica Nordeste Ltda. – 130033

## RESUMO

O propósito do presente trabalho é oferecer ao leitor uma descrição e problematização acerca do cuidado ético na Enfermagem. O problema da pesquisa consiste em examinar o cuidado, não apenas no seu aspecto empírico, como atitude educativa e profissional, mas também como conduta ética. O apoio teórico, entre outros autores, parte de Platão, no diálogo *Alcibíades I*, e de Foucault em *A Hermenêutica do sujeito*, e ainda de outros autores da área da saúde e da Enfermagem. O método empregado é o analítico. Nesse sentido, a dissertação desenvolve-se a partir da explicitação de conceitos e enunciados. O trabalho estrutura-se após a introdução, da seguinte maneira: no primeiro capítulo abordam-se *fundamentos filosóficos da ética do cuidado*; no segundo capítulo, explana-se sobre *o conceito de cuidado em Foucault*; o terceiro capítulo examina *o cuidado de si como o cuidado do outro na Enfermagem* e, finalmente, há as considerações finais sobre a temática da dissertação.

**Palavras-chave:** Ética. Cuidado de si. Saúde.

## ABSTRACT

The purpose of this study is to provide the reader with a description and questioning regarding the ethical nursing care. The research problem is to examine the care, not only in its empirical aspect as educational and professional attitude, but also as ethical conduct. The theoretical support, among others, part of Plato in the dialogue *Alcibiades I*, and Foucault in *The Hermeneutics of the subject*, although other authors in the area of health and nursing. The method is analytical. In this sense the dissertation develops from the explanation of concepts and statements. The work is structured after the first chapter introducing the concept of care and its philosophical origin, the second chapter discusses the concept of care in Foucault, a third chapter on the care of oneself as the nursing care of each other, and finally in considerations of finality about care in a patient with Pain care.

**Keywords:** Ethics. Health. Care of the self.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>2 FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS DA ÉTICA DO CUIDADO</b> .....	12
<b>3 O CONCEITO DE CUIDADO EM FOUCAULT</b> .....	20
3.1 O CUIDADO DE SI E SUA DIMENSÃO HISTÓRICA EM FOUCAULT .....	20
3.2 ESPIRITUALIDADE EM FOUCAULT .....	29
<b>4 O CUIDADO DE SI COMO O CUIDADO DE OUTRO NA ENFERMAGEM</b> .....	35
4.1 O SENTIDO ÉTICO DO CUIDADO NA ENFERMAGEM .....	36
4.2 O PROCESSO DE CUIDAR.....	40
4.3 O SENTIDO ÉTICO NO PROCESSO DA ENFERMAGEM.....	41
4.4 O CUIDADO DA DOR .....	48
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	59
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	61

## 1 INTRODUÇÃO

O cuidado com a saúde vem sendo um dos maiores desafios da sociedade moderna. O cuidado, enquanto conceito e enquanto prática, deve ser desenvolvido por motivos profissionais. Entretanto, a noção de cuidado encerra em si uma conduta ética. Nesse sentido, o cuidado é um desafio e uma condição para a melhoria do padrão de qualidade e que permite um atendimento clínico, em especial em relação ao paciente com dor, em uma dimensão de respeito e de compreensão do outro. No entanto, a presente dissertação tem como objetivo descrever e caracterizar o cuidado ético na enfermagem; esclarecer conceitos; utilizar a ética do cuidado na formação de cuidadores, e buscar respostas, no que diz respeito ao que fazer, para que os profissionais de saúde (enfermeiros) ampliem seus conceitos referentes ao cuidado ético no atendimento do paciente com dor.

Os avanços da ciência e da tecnologia no campo da saúde têm promovido alterações importantes no processo de cuidar. Santin (1998, p. 111) destaca que aquele que cuida passa a ser identificado apenas pelo seu desempenho, numa atuação impessoal e neutra; o cuidado teria assim se transformado em uma ação meramente técnica, arte de um ofício próprio de uma ciência. Sendo assim, destaca-se a necessidade de ampliar cada vez mais o conhecimento sobre a ética do cuidado, pois muitas das competências técnicas e habilidades do cuidador (técnico de enfermagem) são desenvolvidas nos espaços de trabalho, como em clínicas, hospitais, casas de repouso, unidades básicas, dentre outros.

O cuidado, segundo Santin (1998, p. 132), prolonga a existência e melhora a condição do homem no mundo. Ao contribuir para a formação do cuidador com habilidades e competências técnicas, possibilita-se pensar em um sujeito melhor, capaz de cuidar do próximo, pois o cuidado é o fator de mediação entre a satisfação do ser humano em suas necessidades de viver saudável, a ausência da doença e a qualidade de vida.

Quando são retomados os motivos de nossa opção profissional pela enfermagem, vamos nos deparar que o ideal de cada um se expressa como; “quero fazer algo para as pessoas”, “gosto de gente”, “querer ajudar”, etc. E estão relacionados com os aspectos humanos do cuidar. (RIZZOTTO, 1999, p. 48).



Ao refletir-se sobre a prática profissional, nesse caso a Enfermagem assistencial, em que estão incluídos os cuidadores (técnicos de enfermagem), percebe-se que todos fazem parte de uma equipe multiprofissional e o quanto é de fundamental importância que a ética faça parte da formação de cuidadores, pois são esses que terão o primeiro contato com o objeto do cuidado, ou seja, o paciente. Preparar o cuidador para um trabalho ético (parâmetros que fundamentam racionalmente o agir humano) se faz necessário em todos os serviços de saúde, pois a ética leva à reflexão crítica sobre o comportamento humano e é indispensável em campos do saber, como na Enfermagem, na Psicologia, no Direito, etc.

Segundo Platão, as virtudes estão associadas ao conhecimento e se distinguem do vício, uma vez que o verdadeiro valor do homem é interno e encontra-se na alma, no conhecimento de si próprio. A essência do homem é expressa pela virtude que possibilita tornar a alma boa, isto é, desenvolver potencialidades. Assim, verifica-se o passo inicial da reflexão ética que vem sofrendo transformações através dos tempos, sendo que a sua simbologia está na prática de uma vida feliz ou boa. Aristóteles acentua em cada palavra as implicações entre vontade de agir pelas paixões e o aprendizado para evitá-las, em excesso e carência, pela temperança e moderação.

Aristóteles, na *Ética a Nicômaco*, diferencia a virtude moral da virtude intelectual, aquela que progride graças aos resultados da aprendizagem e da educação, enquanto a outra virtude moral é adquirida e se origina por natureza, e é o resultado do hábito que nos torna capazes de praticar atos justos. Para Aristóteles, não existem virtudes inatas, todas se adquirem pela prática e pela repetição dos atos, que geram os costumes. O hábito mantém e atualiza a experiência do agir virtuoso na vida daquele que a possui, pois é por meio do hábito e da experiência que o homem adquire as virtudes morais. Ao examinar o cuidado do paciente com dor, pretende-se, através de explicitações do conceito e da descrição e análise da prática do enfermeiro, mostrar que com o aspecto empírico do cuidado há uma dimensão ética do cuidado.

O interesse pelo tema deste trabalho de pesquisa está na fragmentação (quebra) do cuidado, pois cuidado implica uma relação interpessoal, constituída de atitudes humanas nem sempre previsíveis. Atitudes essas preestabelecidas, tendo em vista que o ser humano é único e potencialmente criativo, e que não podemos vê-lo em partes, pois o paciente é um conjunto de corpo, mente e espírito.

Segundo Perrenoud (2000, p.35) “uma competência orchestra um conjunto de esquemas, envolve diversos esquemas de percepção, pensamento, avaliação e ação”. Mas o conceito de competência e o de habilidade também varia de autor para autor. Em geral, as habilidades são consideradas algo menos amplo do que as competências. Assim, a competência estaria constituída por várias habilidades. Entretanto, uma habilidade não “pertence” a determinada competência, uma vez que uma mesma habilidade pode contribuir para competências diferentes.

Quando o ensinar e o aprender são incorporados como expressão da dimensão educativa de enfermagem, na promoção da saúde, busca-se o significado na existência do ser humano.

A forma fragmentada e reduzida de perceber o ser humano e de conceituar o cuidado ético, no atendimento do paciente com dor, é uma inquietação para quem está comprometido com essa profissão e, por isso, objeto deste trabalho de pesquisa. Acredita-se que a educação em saúde e a prestação de serviço devem estar articuladas. Assim entendido, este trabalho tem a intenção de buscar respostas, no que diz respeito ao que fazer, para que os profissionais de saúde, inclusive os enfermeiros, ampliem seus conceitos referentes ao cuidado ético no atendimento de pacientes com dor.

A Enfermagem, sendo um saber organizado, teve início na Inglaterra, no final do século XIX, sob a liderança de *Florence Nightingale*. A Enfermagem, sendo uma profissão eminentemente jovem, caracteriza-se por uma trajetória pautada em dificuldades, refletindo em cada momento o contexto histórico específico de cada sociedade. Na época em que o capitalismo industrial impôs uma completa modificação na estrutura das classes sociais, no modo de vida, nas concepções políticas e nas estruturas mentais, agravaram-se drasticamente as condições de existência do povo; a partir da Revolução Industrial fizeram surgir a Enfermagem como um instrumento para cuidar do ser humano. (Castro, 1987, p.66)

Assim sendo, as características do sistema social, cultural, político e econômico daquela época refletiram o pensamento e a vida de Nightingale, bem como alguns fatores que influenciaram o seu trabalho, como a religião, a ciência, a guerra e a sua participação em movimentos pelos direitos da mulher.

Com Florence Nightingale houve a preocupação com o "cuidar" e, à medida que esse tempo foi passando, o cuidar foi crescendo e se fortalecendo e começou a

haver a socialização da teoria com a prática, e a essência da enfermagem cada vez mais foi sendo o cuidado com o ser humano. (WALDOW, 1998, p. 54).

O fim do século XX tornou o mundo globalizado, cada vez mais estreitando suas relações através das tecnologias de ponta. Várias sociedades se integram não só economicamente, mas culturalmente, fazendo com que costumes morais diferentes confrontem-se diante da globalização. E é diante desse contexto que os valores morais, que as questões éticas tornam-se essenciais para a conduta de uma sociedade mais justa e unida.

No mundo contemporâneo, ser ético tornou-se um elemento de profunda estratégia tática de convivência pacífica entre as pessoas, quer no trabalho, quer na sociedade. Ser ético é buscar princípios e valores morais que garantam a própria sobrevivência do homem e do planeta.

O estudo da ética é tão remoto quanto a evolução dos tempos, surgindo na Grécia clássica. Platão e Aristóteles desenvolvem o que se chama a *ética das virtudes*. Na modernidade, Kant propõe uma ética dos deveres. Na contemporaneidade, Stuart Mill e Bentham desenvolvem a ética utilitarista. Apesar dessas sequências históricas, estas tendências éticas encontram-se reatualizadas nos autores atuais.

Através dessa panorâmica histórica a ética das virtudes ainda oferece contribuições para o entendimento do cuidado na área da saúde. A ética aristotélica é a que favorece as escolhas e as decisões voltadas para o homem como o seu valor máximo, e tem como objetivo a felicidade do indivíduo dentro de uma sociedade justa, tornando-o um ser virtuoso dentro da Ética das Virtudes. A ética é a ciência que trata da conduta humana e, segundo Aristóteles, é por meio da ação que o homem transforma a si e a realidade onde passa, tendo em vista uma finalidade.

Através dos fundamentos e princípios da Ética da virtude é que essa pesquisa será desenvolvida. Tratar-se-á do renascer do cuidado ético no atendimento do paciente com dor, buscando-se esclarecer conceitos e obter respostas para o questionamento: *Ao cuidar de si, estaria o cuidador cuidando do outro?*

Como sempre há terceiros para todas as ações, a arte ou a técnica, a investigação em geral, enfim todo o objetivo visa a algum bem (ARISTÓTELES, 1094 d.C.); portanto, deve haver um fim último para todas as coisas, algo em tudo o que fazemos: seja atender o interesse desse fim último, gerador de todas as ações,

seja ser o bem supremo que, segundo Aristóteles, é a felicidade, pois todas as ações estão voltadas para esse bem e esse fim.

Pensar no cuidado como uma nova forma de conduzir nossas ações e buscar alternativas para que se alcance o bem maior ou a felicidade é um desafio diante de uma ética que todos questionam, pois em todos os níveis da sociedade acontecem episódios, nos quais os princípios éticos são esquecidos pelos membros que compartilham o mesmo núcleo ou o mesmo espaço.

Nesse contexto, pode-se afirmar que Cuidar de Si é um movimento que nos impulsiona a deixar de ser nós mesmos, no sentido de tomar distância de nossa identidade pré-constituída. Para o cuidado de si será útil aquele conhecimento que ajude na modificação de nossa maneira de ser, pois o conhecimento é que afeiçoa a relação com os outros. Aristóteles alerta que ter conhecimento sobre a ética das virtudes não garante um agir ético, pois este (ação boa, correta e justa) depende do caráter. Assim sendo, o conhecimento deve vir acompanhado de caráter bem-formado pelo hábito da prática das virtudes, e a retomada da consciência do cuidado revela-se com o modo essencial do viver humano.

Para Paviani (2010a, p. 128), deve haver a preocupação de ampliar a ética, buscar o equilíbrio e construir o presente e o futuro através da educação e compreender a necessidade do cuidado de si para o desenvolvimento do ser, do sujeito e do cidadão. Boff (2000, p.12) coloca que não habitamos o mundo somente através do trabalho, mas fundamentalmente através do cuidado e da amorosidade; o cuidado emerge quando o outro ganha importância para mim, e se concretiza em diferentes instâncias. Nesse sentido, devemos acordar para o cuidado com a nossa casa comum, que se encontra ameaçada por inúmeros problemas, entre os quais a contaminação das águas, do ar e do solo, o desmatamento, a violência e a injustiça, o sofrimento e a pobreza, e, assim, pensar o cuidado com os outros, que se revela extremamente importante no campo da saúde.

A dissertação estrutura-se em três capítulos: no capítulo primeiro, examinam-se os Fundamentos Filosóficos da Ética do Cuidado e sua origem na cultura grega. No capítulo segundo, apresentam-se alguns aspectos do conceito de cuidado problematizados por Foucault, em *A Hermenêutica do sujeito*, e, no capítulo terceiro, analisa-se e comenta-se a atividade do enfermeiro no cuidado do paciente com dor.

As considerações finais servem para mostrar a relevância social e científica da ética, ao mesmo tempo que oferece sugestões para o profissional na área da Enfermagem.

## 2 FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS DA ÉTICA DO CUIDADO

Platão<sup>1</sup> em suas reflexões analisa as estruturas múltiplas de sua cidade e suas respectivas interferências na vida dos homens. Tal análise é realizada pelo método dialético, cuja função seria denunciar a fragilidade e a ausência de fundamentos das opiniões dos homens. O papel do filósofo seria o de levar seu interlocutor, dialeticamente, a dar à luz ideias, uma vez que aprender é recordar as formas puras contempladas pela alma quando livre do corpo. O princípio aristotélico classifica a virtude, privilegiando a justiça, e a generosidade. É através da ética das virtudes, que o homem alcança a paz e a alegria da sua existência, beneficiando com isto a sociedade onde está inserido.

Para Sócrates e Platão, a ética deveria articular todas as reflexões filosóficas. Consideravam a virtude um princípio da inteligência humana. Somente o ignorante pratica o mal, pois desconhece o bem. Ao praticar o bem, o homem torna-se naturalmente feliz. As virtudes seriam identificadas pela inteligência, decodificadas por ações fundamentadas nos valores morais da sociedade.

Platão (427-347 a. C.) diz que o homem possui corpo e alma. O corpo, segundo o filósofo, divide-se em cabeça, peito e baixo-ventre; a alma, o princípio que anima, divide-se em razão, vontade e desejo. As virtudes são determinadas pela natureza da alma. A alma é elevada através da contemplação do bem, purificando-se e libertando-se da matéria. Alma e matéria relacionam-se em suas dimensões: a razão é manifestada na cabeça; a vontade e o ânimo flui no peito; o desejo e o apetite emanam-se no baixo-ventre. Quando as três partes do corpo e da alma agem como um todo, o homem torna-se harmônico, construindo a justiça.

O homem ético é um homem virtuoso, sendo a virtude uma força vital, ou seja, uma disposição firme e habitual para a prática do bem, com qualidade própria para a produção de próprios efeitos. O homem é um ser pensante, que para ser feliz precisa de ar, de comida; precisa viver em sociedade e em ambiente político, para que possa exercer seus princípios morais, pois é um animal social e político.

---

<sup>1</sup> Platão nasceu em 427 a.C. e faleceu na mesma cidade, Atenas, em 347 a.C. Filho de uma família da aristocracia ateniense dedicada à política, foi discípulo de Crátilo (séc. V a.C.) que, por sua vez, foi seguidor de Heráclito de Éfeso (séc. VI a.C.) e, posteriormente, tornou-se discípulo de Sócrates (470-399 a.C.). Fundou sua Academia em 387 a.C., nos arredores de Atenas, em cujo pórtico figurava o lema: "Não passe destes portões quem não tiver estudado geometria." A academia de Platão durou cerca de um milênio, até o momento em que Justiniano a dissolveu, em 529 d.C.

O “conhece-te a ti mesmo” é apenas uma das aplicações concretas da regra geral: “é preciso que tu te ocupes de ti mesmo, não se esqueça de ti mesmo, toma cuidado contigo mesmo”. Ou seja, o *gnôthi seauton* é um conjunto interno ao *epimeleia heautou* (cuidado). Quando Sócrates critica os atenienses diz: “Vocês se ocupam das suas coisas, mas não de vocês mesmos.” Sócrates negligenciou sua fortuna, assim como certas vantagens cívicas, renunciou à carreira política, não pleiteou nenhum cargo, nem magistratura, para poder ocupar-se com os outros e incitá-los a cuidar deles mesmos. (FOUCAULT, 1982, p. 34).

Com isso, a Sócrates coube a função atribuída pelos deuses, qual seja, Sócrates abandonaria seus interesses para cuidar dos outros, para incitá-los ao cuidado de si. Assim, pode-se dizer que o cuidado de si é um despertar. Sócrates diz que os atenienses dormem. Sócrates é como um inseto que persegue e pica os animais fazendo-os se agitarem. O cuidado de si é o solo, o fundamento, a partir do qual se justifica o imperativo do “conhece-te a ti mesmo”. Sócrates é um homem do cuidado de si. É necessário aprender com quem pode e sabe ensinar, pois para transmitir conhecimento é preciso antes possuí-lo. (118, d. C.).

“Em Alcibiades I de Platão, a noção do *gnôthi seauton* aparece como um conselho de prudência. Sócrates pede a Alcibiades para refletir um pouco sobre si mesmo. ‘Olha um pouco quem tu és em face daquele que desejas enfrentar, e descobrirás tua inferioridade.’ Sua inferioridade se deve ao fato de ele não ter uma *tekhnê*. Alcibiades reconhece sua ignorância, e Sócrates diz que ainda há tempo para cuidar de si.” Sócrates inverte a questão do privilégio. Se, antes, eu podia cuidar de mim porque eu tinha privilégio estatutário, agora eu preciso cuidar de mim para ter esse privilégio. Não se pode governar os outros, se não se cuidou de si. Cuidado de si: entre privilégio e ação política, eis aí o ponto de emergência da noção do cuidado de si. (FOUCAULT, 1982, p. 34).

Nas filosofias epicurista e estoica, o cuidado de si é uma obrigação permanente para toda a vida. Mas na sua forma precoce, socrático-platônica, o cuidado de si é uma atividade vinculada ao exercício de poder, é preciso conhecer a *tekhnê* (conjunto de regras ou métodos, com o objetivo de produzir algo sobre tudo o que é obra humana), para governar os outros, a teoria do cuidado de si faz parte da *paideia* ou da cultura grega.

“A Filosofia não visa assegurar qualquer coisa externa ao homem. Isso seria admitir algo que está além do próprio objeto. Pois assim, como o material do carpinteiro é a madeira, e o do estatutário, a matéria-prima da arte de viver é a própria vida de cada pessoa.” (Epiteto. Discurso).

Os estoicos apresentavam uma visão unificada do mundo, enfatizam a ética como o foco principal do conhecimento humano. O estoicismo ensina o desenvolvimento do autocontrole e da firmeza, como o meio de superar emoções destrutivas; a filosofia defende tornar-se um pensador claro e imparcial, o que permite compreender a razão universal (*logos*). O aspecto fundamental do estoicismo envolve a melhora ética do indivíduo e de seu bem-estar moral. Pode-se afirmar ainda que os estoicos acreditavam que o conhecimento poderia ser atingido através do uso da razão. O estoicismo<sup>2</sup> afirma que todo o universo é corpóreo e governado por um *logos* divino (noção que os estoicos tomam de Heráclito e desenvolvem). Assim como o conhecimento, a alma está identificada com este princípio divino como parte de um todo ao qual pertence.

“O estoicismo propõe viver de acordo com a lei racional da natureza e aconselha a indiferença (*apathea*) em relação a tudo que é externo ao ser. O homem sábio obedece à lei natural, reconhecendo-se como uma peça na grande

---

<sup>2</sup> O **estoicismo** (do grego *Στωικισμός*) é uma escola de filosofia helenística fundada em Atenas por Zenão de Cítio no início do século III a. C. Os estoicos ensinavam que as emoções destrutivas resultam de erros de julgamento, e que um sábio, ou pessoa com "perfeição moral e intelectual", não sofreria dessas emoções. O estoicismo afirma que todo o universo é corpóreo e governado por um *Logos* divino (noção que os estoicos tomam de Heráclito e desenvolvem). A alma está identificada com este princípio divino, como parte de um todo ao qual pertence. Este *logos* (ou razão universal) ordena todas as coisas: tudo surge a partir dele e de acordo com ele; graças a ele o mundo é um *cosmos* (termo grego que significa "harmonia"). O estoicismo propõe que se viva de acordo com a lei racional da natureza e aconselha a indiferença (*apathea*) em relação a tudo que é externo ao ser. O homem sábio obedece à lei natural, reconhecendo-se como uma peça na grande ordem e propósito do universo, devendo, assim, manter a serenidade perante tanto as tragédias quanto as coisas boas. A partir disso, surgem duas consequências éticas: deve-se "viver conforme a natureza": sendo a natureza essencialmente o *logos*, essa máxima é prescrição para se viver de acordo com a razão. Sendo a razão aquilo por meio do que o homem torna-se livre e feliz, o homem sábio não apreende o seu verdadeiro bem nos objetos externos, mas usando estes objetos através de uma sabedoria pela qual não se deixa escravizar pelas paixões e pelas coisas externas. Os estoicos preocupavam-se com a relação activa entre o determinismo cósmico e a liberdade humana, e com a crença de que é virtuoso manter uma vontade (denominada *prohairesis*) que esteja de acordo com a natureza. Por causa disso, os estoicos apresentaram a sua filosofia como um modo de vida, e pensavam que a melhor indicação da filosofia de uma pessoa não era o que teria dito, mas como se teria comportado. Estoicos mais tardios, como Sêneca e Epicteto, enfatizaram que porque a "virtude é suficiente para a felicidade", um sábio era imune aos infortúnios. Esta crença é semelhante ao significado de *calma estoica*, apesar de essa expressão não incluir as visões "éticas-radicaais" estoicas, de que apenas um *sábio* pode ser verdadeiramente considerado livre, e que todas as corrupções morais são todas igualmente viciosas. O estoicismo floresceu na Grécia com Cleantes de Assos e Crisipo de Solis, sendo levado a Roma no ano 155 a.C. por Diógenes de Babilônia. Ali, seus continuadores foram Aurélio, Sêneca, Epiteto e Luciano. O estoicismo foi uma doutrina que sobreviveu todo o período da Grécia Antiga, até o Império Romano, incluindo a época do imperador Marco Aurélio, até que todas as escolas filosóficas foram encerradas em 529 por ordem do imperador Justiniano I, que **percepcionou** as suas características pagãs, contrárias à fé cristã. (Fonte: *O antigo estoicismo*, de Emile Bréhier. Disponível em: <<http://www.conciencia.org/antiga/estoicismobrehier.shtml>>.o8 outubro de 2010 )



ordem e no propósito do universo, devendo manter a serenidade perante as tragédias e as coisas boas”. Devemos ainda, segundo essa filosofia, ter a mesma ação diante do que nos acontece de bom, bem como diante das coisas consideradas ruins.

Ainda segundo a doutrina estoica, “o homem sábio não aprende o seu verdadeiro bem nos objetos externos”, mas, se bem-usados esses objetos através da sabedoria, ele não se deixaria escravizar pelas paixões e pelas coisas externas. A escola Estoica preconizava a indiferença à dor de ânimo oposta aos males e às agruras da vida.

Qual é esse *si* do qual devemos cuidar quando se fala em cuidar de “si”? É a questão do sujeito, como chamaríamos hoje esse *si*. O que é o sujeito, o que é esse ponto em direção ao qual deve se orientar essa atividade reflexiva, essa atividade que retorna do sujeito para ele mesmo? O que é esse *si*?

E como esse conhecimento de *si* vai conduzir à *tekhnê*? O jogo do diálogo é esse: *O que é esse si com o qual eu devo me ocupar, para poder me ocupar como se deve dos outros que eu devo governar?*

No diálogo de Alcibíades I, quem deve se ocupar consigo mesmo são os jovens aristocratas, alguém que, por *status*, deve um dia dirigir a cidade. Portanto, o objeto do cuidado de si é o eu (a alma), mas a finalidade desse cuidado é a cidade. Isso muda para o cuidado de si não mais pela cidade, mas por si mesmo, e o corpo e a alma passam a ser objeto de uma mesma atenção, havendo uma forte relação entre filosofia e medicina.

Segundo Foucault (1984, p. 10), de acordo com a tradição grega, o cuidado de si mantém laços estreitos com o pensamento e a prática médica, em que tanto a filosofia quanto a medicina lidam com o *Páthos* (a paixão da alma como a doença física, a perturbação do corpo como o movimento involuntário da alma) (FOUCAULT, 1982, p. 59), que tanto remete à paixão da alma quanto às doenças físicas, pois existe uma correlação entre o corpo e a alma. Mas essa concepção de cuidado de si é rompida por meio de uma longa evolução, como mostra Platão: a arte do corpo era nitidamente distinta da arte da alma, por exemplo; em Alcibíades I, a alma ficava bem-especificada como objeto do cuidado de si. Já para os epicuristas e os estoicos, a alma e o corpo estão ligados; o corpo emerge como um objeto de preocupação, em que o “ocupar-se consigo” será, ao mesmo tempo, ocupar-se com a própria alma e com o próprio corpo.

Conforme Foucault (1982, p. 98), a partir do momento em que o cuidado de si precisa ser praticado durante a vida, principalmente na idade adulta, e em que assume todas as suas dimensões e efeitos durante o período da plena maturidade, compreende-se bem que o coroamento, a mais alta forma do cuidado de si, o momento de sua recompensa, estará precisamente na velhice. Se a velhice for realmente isso, há que se compreender que esta constitui o momento positivo, o momento de completude, o cume dessa longa prática de cuidado, que acompanhou o indivíduo ou à qual ele teve que se submeter durante toda a sua vida.

Na cultura grega, a velhice tem um valor limitado, restrito e reconhecido, pois, segundo Foucault (1982, p. 98), a velhice é sabedoria, mas também fraqueza; é experiência adquirida, mas também incapacidade de estar ativo. A velhice é possibilidade de dar conselhos, mas, também, estado de fraqueza, no qual se depende dos outros para o cuidado.

A velhice deve ser considerada como uma meta positiva da existência. Conseqüentemente, surge uma nova ética, a ética da velhice, que nos coloca em relação à vida em um estado tal, que a vivemos como se já a tivéssemos consumado. Devemos viver nada mais esperando da vida, devemos consumir a vida antes da morte (tem-se aí um jogo entre a velhice real e a velhice ideal). Assim, a velhice permite aceder à plenitude de uma relação acabada consigo mesmo, formando uma ética que se caracteriza, ao mesmo tempo, pela independência relativamente a tudo que não depende de nós e pela plenitude de uma relação consigo mesmo, em que a soberania não se exerce como um combate, mas como um gozo. Foucault (1982, p. 101) fala da extensão qualitativa do cuidado de si, ou seja, ocupar-se consigo não será mais uma recomendação reservada a alguns indivíduos e subordinada a uma finalidade determinada, como foi a do jovem Alcibíades, que era rico e iria governar a cidade. Não se dirá mais às pessoas o que Sócrates disse a Alcibíades: “Se queres governar os outros, ocupa-te contigo mesmo.” Agora se dirá: “Ocupa-te contigo mesmo e ponto final.” O cuidado de si parece surgir como um princípio universal que se endereça e se impõe a todo mundo. Foucault questiona se o cuidado de si constitui numa lei ética universal; ele acredita que não; só pode ser aplicada por um número limitado de indivíduos.

O cuidado de si implica sempre uma escolha de um modo de vida, ou seja, uma separação entre aqueles que escolheram esse modo de vida e os outros. Foucault problematiza a questão da Lei, mostrando que a Lei faz parte, como

episódio e como forma transitória, da história das técnicas e tecnologias das práticas de si, práticas do sujeito relativas a si mesmo. A Lei é um dos aspectos possíveis da tecnologia do sujeito, relativamente a si mesmo. Isso é colocado pela indagação: Pode o cuidado de si ser considerado, na cultura helenística e romana, como uma espécie de Lei geral? A Lei é apenas uma possibilidade ética entre outras. (FOUCAULT, 1982, p. 101).

Conforme Foucault (1982, p. 102), cuidado de si helenístico e romano não é um exercício de solidão, mas uma verdadeira prática social, que sempre tomou forma em práticas, em instituições, em grupos de confraria, de fraternidades, de escolas, de seitas (conjunto de pessoas reunidas), que eram distintos entre si e fechados uns aos outros. O cuidado de si implica uma escolha de modo de vida.

O cuidado de si generalizou-se como princípio, mas articulando-se sempre como um fenômeno sectário. A noção de cuidado de si, segundo Foucault (1982, p. 11), surgiu de modo muito explícito e claro desde o personagem Sócrates; percorreu, e seguiu o decurso de toda a filosofia antiga até o limiar do Cristianismo; cuidado de si não era somente encontrado nos meios aristocráticos, vê-se o mesmo difundido amplamente a uma população menos privilegiada, a uma classe menos favorecida, na qual se encontravam práticas de si muito fortemente ligadas à existência de grupos religiosos e à rede de amizades.

A amizade na sociedade romana consistia em uma hierarquia de indivíduos ligados uns aos outros por um conjunto de serviços e obrigações; em um grupo no qual cada indivíduo não tinha exatamente a mesma posição em relação aos demais. A amizade era, em geral, centralizada em torno de um personagem, do qual alguns estavam mais próximos e outros menos próximos. Segundo Foucault (1982, p. 104), dispomos de dois grandes polos, sendo um polo popular, mais religioso, mais cultural e o outro, a extremidade onde prestamos o cuidado da alma.

Um dos mais importantes fenômenos na história da prática do cuidado de si, na história da cultura antiga, é perceber o eu, o eu do qual se cuida e seria a meta definitiva e única do cuidado de si, no qual encontra o seu desfecho, ou seja, na atividade exercida sobre si, e que segundo Foucault (1982, p. 160), é no cuidado de si que esse cuidado encontra sua própria recompensa.

Essa série de expressões mostra como o cuidado de si se desenvolveu e manifestou-se naquela época, transformando-se em uma atividade autônoma e plural nas suas formas, diferenciado bastante da concepção de Alcibiades, tido

como marco histórico e chave de inteligibilidade do cuidado de si. Observa-se que, no texto de Alcibíades, quem deve ocupar-se consigo mesmo são os jovens aristocratas, aqueles que, por *status*, devem um dia dirigir a cidade. (FOUCAULT, 1984, p. 42). Portanto, o objeto do cuidado de si é o eu (a alma), mas a finalidade é a cidade. Isso muda para o cuidado de si não mais pela cidade, mas por si mesmo, e o corpo e a alma passam a ser objetos de uma mesma atenção, havendo uma forte relação entre filosofia e medicina. (FOUCAULT, 1984, p. 102).

Em Platão, a arte do corpo era nitidamente distinta da arte da alma, por exemplo; em Alcibíades, a alma ficava bem-especificada como objeto do cuidado de si. Já para os epicuristas e os estoicos, a alma e o corpo estão ligados, o corpo emerge como um objeto de preocupação, em que o “ocupar-se consigo” será, ao mesmo tempo, ocupar-se com a própria alma e com o próprio corpo.

A partir do momento em que o cuidado de si precisa ser praticado durante a vida, principalmente na idade adulta, e em que assume todas as suas dimensões e os efeitos durante o período da plena maturidade, compreende-se bem que o coroamento, a mais alta forma do cuidado de si, o momento de sua recompensa, estará precisamente na velhice. Platão supõe que existe uma essência do ser que somos, basta descobri-la. Não se trata de formar o sujeito como pensamos atualmente, mas desenvolvê-lo e aperfeiçoá-lo para os desafios possíveis de acontecerem.

No exemplo, em Alcibíades I de Platão, a alma ficava bem especificada como objeto do cuidado de si. Já para os epicuristas e os estoicos, a alma e o corpo estão ligados; o corpo emerge como um objeto de preocupação, em que o “ocupar-se consigo” será, ao mesmo tempo, ocupar-se com a própria alma e com o próprio corpo.

Se a velhice for realmente isso, há que se compreender que a velhice constitui-se no momento positivo, o momento de completude, o cume desta longa prática que acompanhou o indivíduo ou à qual ele teve que se submeter durante toda a sua vida. Liberado de todos os desejos físicos, livre de todas as ambições políticas a que agora renunciou, tendo adquirido toda a experiência possível, o idoso será soberano de si mesmo e pode satisfazer-se inteiramente consigo. A velhice, quando bem preparada por uma longa prática de si, é o ponto em que o eu, como diz Sêneca, finalmente (ALCIBÍADES, 132c) “[...] e da nossa alma, que é preciso cuidar, que é ela que é preciso ter em vista. Quanto aos cuidados do corpo e da

fortuna e a outros que convêm entregá-los”. A prática de si tem por objetivo a preparação para a velhice que, segundo Foucault (1982, p. 114), “para ser sujeito é preciso ser velho”.

A velhice deve ser considerada como uma meta positiva da existência. Consequentemente, surge uma nova ética, a ética da velhice, que nos coloca em relação à vida, em um estado tal, que a vivemos como se já a tivéssemos consumado. Foucault procura elucidar o cuidado de si como uma atitude consigo, com os outros e com o mundo, isto é, o cuidado de si é um modo de estar no mundo, de praticar boas ações, de ter relação com o outro.

No fim do século XX, Foucault pretende investigar os processos que contribuem para a formação do sujeito, utilizando as reflexões sobre Alcibíades I, num texto elaborado há mais de vinte e quatro séculos, em que reatualiza a questão do cuidado de si na hermenêutica do sujeito e investiga as origens, a natureza e as consequências do cuidado de si na formação do sujeito. (PAVIANI, 2010b, p. 40).

### 3 O CONCEITO DE CUIDADO EM FOUCAULT

O tema do cuidado de si mesmo foi abordado por Foucault de forma específica, durante o curso ministrado no *Collège de France* nos anos de 1981 e 1982 e publicado sob o título de *A Hermenêutica do sujeito*, obra que investiga as origens, a natureza e as consequências do cuidado de si na formação do sujeito. (FOUCAULT, 1982, p. 135).

Para entender esse tema, é importante compreender que o pensamento do autor aborda dois conceitos que organizam sua obra, ou seja, o de biopoder e o de biopolítica. Biopoder deve ser entendido como a estatização da vida biológica. É dizer que há a apropriação, por parte do Estado, das formas possíveis de viver e de morrer. Produz-se um esvaziamento da subjetividade e do direito sobre o próprio corpo.

A biopolítica tem como objeto o corpo múltiplo, a população. Estuda os fenômenos de massa em longo prazo, tentando prevenir e estudar estatísticas, perseguindo o equilíbrio da população e sua regulamentação. É a maneira de racionalizar os problemas com os quais o governo tem que se confrontar, em relação à população: natalidade, mortalidade, saúde e higiene.

O trabalho que um sujeito realiza vinculado ao cuidado de si apareceu como uma fórmula que resiste aos embates e processos. A expressão *cuidado de si mesmo* é usada pelo autor para referenciar e traduzir uma noção complexa e rica, que os gregos utilizavam para designar uma série de atitudes ligadas ao cuidado de si mesmo. O fato de ocupar-se e de preocupar-se consigo é a *epimilêia heauta*, que está ligada ao exercício da política. Isto é, há um certo modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de praticar ações, de ter relações com o outro; é uma certa forma de olhar para si mesmo, de exercer ações para si, pelas quais nos assumimos, nos modificamos, nos purificamos, nos transfiguramos.

#### 3.1 O CUIDADO DE SI E SUA DIMENSÃO HISTÓRICA EM FOUCAULT

Foucault retira do esquecimento a fórmula *cuidado de si*, que surgiu no século V, a. C. e perdurou até o século IV e V d. C., tendo percorrido a filosofia grega helenista e romana, bem como invadido a espiritualidade cristã, pois os

princípios morais do cuidado de si, sob o impacto da visão cristã, são entendidos como renúncia de si para alcançar a salvação. (PAVIANI, 2010b, p. 46).

O cuidado de si se constitui, conforme aponta a obra *Hermenêutica do sujeito*, a partir de seu enraizamento em práticas antigas, “maneiras de fazer, modalidades de experiência que constituíram seu suporte histórico quando emerge como imperativo filosófico”. (FOUCAULT, 1982, p. 11).

Segundo Foucault, o cuidado de si apontaria um modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de praticar boas ações, de ter relações com o outro. Também é estar atento ao que se pensa e ao que se passa no pensamento, através do exercício da meditação; são ações exercitadas de si para si, através de técnicas e práticas. (FOUCAULT, 2006, p. 14-15).

Um dos temas centrais das aulas de *A Hermenêutica do sujeito* apontado por Foucault é a relação entre subjetividade e verdade. Seu objetivo era destacar as relações entre subjetividade/verdade de uma maneira mais geral, colocando-as na dimensão histórica e, sobretudo, mostrar que com a evolução, o cuidado de si tornou-se um verdadeiro fenômeno cultural, como princípio de toda conduta humana racional, em toda a forma de vida ativa, que queria obedecer ao princípio da racionalidade moral.

Foucault evidencia a transformação pela qual o cuidado de si passou desde Alcibíades, de Platão, até o início do séculos I e II de nossa era, caracterizado por ele como “uma verdadeira idade de ouro na história do cuidado de si”. O autor considera que existem dois preceitos: (i) o *epimeleiaheautou*, que é o cuidado de si mesmo; a preocupação consigo mesmo, etc.; (ii) prescrição délfica da *gnôthiseautom*, fórmula fundadora da questão das relações entre sujeito e verdade, que quer dizer conhece-te a ti mesmo, como, por exemplo, em Apologia a Sócrates. (FOUCAULT, 1982, p. 10).

Ademais, consoante em Alcibíades I, de Platão, a finalidade do cuidado era a cidade, o eu é objeto de cuidado, o fim é poder governar os outros. Foucault preceitua que o objeto do cuidado era o próprio cuidado. Porém, mais tarde, o cuidado a si próprio tornou-se objeto e fim. Com isso, a característica do cuidado de si transforma-se coextensivamente à vida; atos que para o autor complementam a ideia de conhecimento, de voltar o olhar do indivíduo para si. Tal mudança faz do cuidado de si um elemento formador de indivíduos, que muda de forma e contribui

para o crescimento individual do ser humano, que busca suporte adequado na resolução de problemas cotidianos. (PAVIANI, 2010a, p. 47).

Na espiritualidade, a verdade só é dada ao sujeito a um preço que põe em jogo seu próprio ser; o que significa que não pode haver acesso à verdade sem uma transformação do sujeito, realizada através de um trabalho espiritual efetivado em práticas e exercícios de si. Isso, por sua vez, instaura uma forma ou um estilo de vida. Ao compor esta forma, o sujeito se torna apto à verdade que procura. Foucault (1982, p. 17) diz: “Devo me transformar para acessar a verdade.”

Assim sendo, a verdade é vista como consequência do trabalho realizado, de transformação, preparação, exercício e mudança de si, para conquistar o direito de acesso a ela, como também essa verdade é vista em seus efeitos de retorno sobre o sujeito.

Segundo Foucault (1982, p. 17), à verdade há alguma coisa que completa o próprio sujeito. O sujeito age como age a verdade sobre ele, produzindo um novo modo de vida, uma nova atitude frente ao mundo, um novo *ethos*. Ou seja, uma nova morada do ser, lugar em que vivemos segundo os gregos.

A ética fundamenta-se no fato de que o indivíduo, mesmo na origem, no momento de seu nascimento no ventre da mãe, como diz Sêneca, jamais teve com a natureza a relação da vontade racional caracterizada pela ação. Não nascemos éticos, tornamo-nos éticos, os conteúdos éticos vão se construindo no ser humano, vão se lapidando à maneira de cada um; a capacidade de posicionamento ético é constituída nos seres humanos.

O que é o eu com o qual é preciso ocupar-se? Em que deve consistir esse cuidado? O que é cuidar? “O cuidar de si não designa meramente uma atitude de espírito, mas exige o exercitar-se e o treinar”, estar atento a si. Examinar-se, retirar-se em si mesmo, trata-se de um exercício de formação do indivíduo, para que suporte os incidentes que possam atingi-lo. (PAVIANI, 2010a).

Hoje, assiste-se a um processo de constantes transformações que está a exigir um novo paradigma, que poderá ser ancorado na ética do cuidado consigo e com os outros. Como uma prática social, o cuidado que hoje prestamos é um cuidado com conceito voltado ao interesse por valores remunerativos. O diálogo de Alcibiades I, interpretado por Paviani (2010a, p. 49), permitiu que o autor reconstruísse algumas conclusões pontuais que servem para compreender o texto de Platão e, para refletir sobre as relações entre o cuidado de si e a educação, o



cuidado de si e a formação do sujeito. “O ocupar-se consigo mesmo é um dever que incide sobre a natureza do ser humano e, em termos atuais, sobre a formação do sujeito.”

Para Foucault, em *A Hermenêutica do sujeito*, a ética do cuidado é um exercício de vida que deve acontecer em todo o processo de nossa existência; é um princípio de desenvolvimento pessoal e social; é a organização prática de nossos atos, que se inicia em ter cuidado consigo. Nessa relação, encontram-se alienados nossos deveres com a humanidade e a família. Ocupar-se consigo mesmo é uma prática de atividades diversas; assim sendo, questiona-se: Os cuidadores estão ou foram preparados, educados para cuidar de si, de sua história, de suas escolhas, de seus atos para poderem cuidar dos outros?

Considera o cuidado como um processo que ocorre em diversas instâncias sociais, durante a nossa vida, desde nossa concepção e nascimento, quando somos acolhidos por nossos pais. Nele, somos educados para ingressar na vida social; para cuidar de nós mesmos, no mundo globalizado, onde a competição coloca todos em uma disputa, numa luta constante pela sobrevivência. Segundo Foucault (2006, p. 115), o cuidado de si tem uma relação essencial com a formação do indivíduo e do cidadão.

Com o fenômeno da globalização econômica, de mundialização da cultura, se faz necessário pensar como os cuidadores estão cuidando de si, pois a ética do cuidado nos propõe, segundo Foucault, que lancemos um olhar diferente sobre esses profissionais, pois, para compreender-se a singularidade de cada ser, é necessário conhecermos a sua formação como pessoa, através de processos que constroem a subjetividade.

Ocupar-se consigo mesmo está ligado a práticas de concentração do pensamento, de treinamento da alma em torno do seu eixo, de retiro de si, de resistência. No movimento do pensamento platônico, o cuidado de si consistirá, precisamente, em dispor do e subordinar o grande princípio do *conhece-te a ti mesmo*. E, para conhecer a si mesmo é preciso dobrar-se sobre si; e para conhecer-se a si mesmo é preciso desligar-se das sensações que nos iludem. Também é preciso desvincular-se de todos os acontecimentos exteriores. Sendo assim, uma vez aberto o espaço do cuidado de si, define-se o eu como sendo a alma.

A importância de Sócrates vem, antes de tudo, do fato de que ele sabe se ocupar de si mesmo: ele é aquele que pratica a *epimeleia heautou*.<sup>3</sup> Sem querer discutir essa noção, é preciso apenas observar que o cuidado de si deriva de uma tradição religiosa que o busca enquanto relação estrita e pessoal que o sujeito, ao preço de um trabalho de conversão de si, pode manter com a verdade. O cuidado de si funda-se no conhecimento de uma certa verdade que o próprio indivíduo aciona e que ele utiliza para transformar sua subjetividade. (FOUCAULT, 2004a, p. 59).

Para Foucault, o cuidado de si, a desconfiança face aos prazeres sobre os efeitos do abuso para o corpo e para a alma, compreendendo o que marcam os textos, nos primeiros séculos, é a insistência sobre a atenção que convém dar a si mesmo; é a modalidade, a amplitude, a permanência, a exatidão da vigilância que é solicitada; é a inquietação com todos os distúrbios do corpo e da alma, que é preciso evitar por meio de um regime austero; é a importância de respeitar a si mesmo não simplesmente em seu próprio *status*, mas para o seu próprio ser racional suportando a privação dos prazeres.

A atitude individualista<sup>3</sup> caracteriza-se pelo valor absoluto que se atribui ao indivíduo em sua singularidade e pelo grau de independência que lhe é atribuída em relação ao grupo ao qual ele pertence ou às instituições das quais ele depende, ou

---

<sup>3</sup> O vocábulo *Sorge*, que traduzimos aqui *cuidado*, que às vezes se traduz também por *preocupação* e alguns autores (na esteira de Gaos) vertem em espanhol para *cura*, desempenha um papel fundamental na filosofia de Heidegger, pelo menos na que foi exposta na Primeira Parte de *Ser e tempo*. Heidegger declara, com efeito, que o cuidado é o ser da existência. Tal cuidado deve ser entendido, sobretudo, num sentido existencial; não se trata, pois, de analisá-lo ôntica, mas ontologicamente. É certo que existe uma compreensão pré-ontológica do cuidado, a qual se expressa em exemplos, tais como a fábula de Hígino, onde se diz que o cuidado, *Cura*, deu forma ao homem e que, por isso, a *Cura* deve possuir o homem enquanto este vive, ou, numa passagem de Sêneca, na qual se afirma que o bem do homem realiza-se na *Cura*. O sentido do termo *megiuvatem* entre os estoicos gregos e ainda no Novo Testamento (na Vulgata), *megiuva* é traduzida por *sollicitudo*. Mas a interpretação ontológico-existencial da *cura* não é uma simples generalização da compreensão ôntico-existencial; se há generalização, é ontológica e apriorística. Só assim se entende, segundo Heidegger, que o cuidado não pode reduzir-se a um impulso – a um impulso de viver –, a um querer e, em geral, a uma vivência. Muito pelo contrário: as citadas vivências – e outras – têm suas raízes no cuidado, que é ontologicamente anterior a elas. Por isso, o cuidado está vinculado ao pré-ser-se (*sich-voweg-sein*) da existência. Por isso pode-se declarar que, na *definição* do ser da **Existência**, é como *sich-voewg-sein [der Welt] alsseinbei* (em versão baseada na de Gaos, “pré-ser-se-já-em [o mundo] como ser-cabe”). Isto é, como um ser cuja existência está sempre em jogo, em cujo ser está sempre implicado seu ser (*demes in seinem Sein um dieses Selbstgeht*), e cuja realidade consiste em antecipar-se a si mesma, encontra-se o significado próprio do termo *cuidado*. Desde o ponto de vista do cuidado, pode-se entender, pois, a famosa análise heideggeriana do projetar-se a si mesmo (*Entwurf*) e do poder ser (*Seinkönnen*). O fenômeno do cuidado não possui, segundo Heidegger, uma estrutura simples. Assim como a ideia de ser não é uma ideia simples, tampouco o é a do ser da Existência e, por conseguinte, a do sentido do cuidado, o qual está estruturalmente articulado. A investigação posterior da temporalidade está precisamente encaminhada no sentido de mostrar que o cuidado não é *por si mesmo*, apesar de seu caráter fundamental, um fenômeno radicalmente original. (FENATER, 2001, p. 141-142).

seja, é a valorização da vida privada: a importância reconhecida às relações familiares, às formas de atividade.

O ser humano<sup>4</sup> é definido nos diálogos como o ser a quem foi confiado o cuidado de si. É assim que se define a diferença fundamental em relação aos outros seres vivos: os animais encontram “tudo pronto” no que diz respeito ao que lhes é necessário para viver, pois a natureza os fez de maneira que eles possam estar à nossa disposição, sem que tenham que se ocupar com eles próprios e sem que nós tenhamos que nos ocuparmos com eles.

O cuidado de si para Epicteto é um privilégio-dever, um dom, obrigação que nos assegura a liberdade, obrigando-nos a tomarmos a nós próprios como objeto de toda a nossa aplicação, é um princípio válido, segundo Foucault, para todo o tempo e durante toda a vida. Assim, percebe-se que os filósofos recomendavam que cuidar de si é preocupar-se com as atitudes, como objeto mais importante, com as quais teríamos que nos ocupar, como a busca do conhecimento e os cuidados com a saúde.

Para entender o cuidado, é preciso compreender o termo *epimeleia* que designa as atividades do dono de casa, as tarefas do príncipe que vela por seus súditos, os cuidados que se deve prestar ao doente ou a um ferido. Foucault (2004a p. 59) diz que “ocupando-se de si mesmo, sendo o princípio da *epimeleia heautou*, Sócrates foi quem melhor encarnou uma relação moral com a verdade: ele é o parresiasta por excelência”. Foucault explica muito claramente as características da *parrhesia*.<sup>5</sup> Mas, para isso, é necessário tempo, no decorrer do dia ou da vida. O

---

<sup>4</sup> Conjunto de características específicas do ser humano, que o torna diferente dos outros animais. Assim, quando pedimos a alguém para “agir com humanidade”, pedimos-lhe que aja com bondade natural, com indulgência, com “humanismo”, sem crueldade, com justiça, etc. No sentido atual e forte do termo, *humanidades* designa “as disciplinas que contribuem para a formação (*Bildung*) do homem, independentemente de qualquer finalidade utilitária imediata [...]”. Isto é, que não tenham necessariamente como objetivo transmitir um saber científico ou uma competência prática, mas estruturar uma personalidade segundo uma certa *paidea*. Vale dizer, “um ideal civilizatório e uma normatividade inscrita na tradição, ou, simplesmente proporcionar um prazer lúdico”. (ROUANET, *As razões do Ilusionismo*). (JAPIASSI et al., 1996, p. 123).

<sup>5</sup> *Parrhesia* é um tipo de atividade verbal na qual o falante tem uma relação específica com a verdade, por meio de um falar francamente, uma certa relação com sua própria vida, por meio do perigo, um certo tipo de relação consigo mesmo ou com os outros, por meio do criticismo (crítica de si ou do outrem), e uma relação específica com a lei moral, por meio da liberdade e do dever. Mais exatamente, a *parrhesia* é uma atividade verbal na qual um falante exprime sua relação pessoal com a verdade e arrisca sua vida, pois considera que o dizer verdadeiro é um dever, em vista de melhorar ou ajudar a vida dos outros (assim como ele faz consigo mesmo). Na *parrhesia*, o falante faz uso de sua liberdade e opta por falar francamente em vez de persuadir, pela verdade em vez da mentira ou do silêncio; pelo risco de morte, em vez da vida e da segurança; pela crítica, em vez da bajulação; pelo dever moral, em vez de seus interesses e da apatia moral. Para ser considerado parresiasta, é preciso que a enunciação da verdade intervenha em condições bem definidas: não se é parresiasta

autor sugere que não há fórmulas; pode-se reservar à noite ou à manhã alguns momentos de recolhimento para o exame daquilo que se fez, para a memorização de certos princípios úteis, para o exame matinal e/ou vespertino. Foucault (1984, p. 56) coloca que alguns filósofos fazem referência a esses momentos de consagrar-se e voltar-se para si mesmo. Esses “retiros” nos permitem ficar face a face conosco, e nos oportunizam uma reflexão, que pode colocar diante de nós o conjunto da vida transcorrida.

De acordo com o autor, existem várias práticas e atividades diversas para ocupar-se de si, como o cuidado do corpo, os regimes de saúde, os exercícios físicos sem excesso e a satisfação. Também existem meditações, leituras, anotações ou conversações livros lidos ou conversações ouvidas. O cuidado de si, ou os cuidados que se tem como o cuidado que os outros devem ter consigo mesmo, seria uma intensificação das relações sociais. Segundo a cultura grega, o cuidado de si está em correlação com o pensamento e a prática médica. (FOUCAULT, 1982, p. 80).

Segundo o autor, o argumento filosófico como o preceito de saúde diz que a filosofia e a medicina lidam com um mesmo campo, refere-se ao campo do corpo ou da alma. Os estoicos fixam crescentes graus de desenvolvimento e de cronicidade

---

por simplesmente dizer a verdade ou por se falar francamente. O *parresiasta* é alguém que, quando diz a verdade, se expõe a risco: é sua coragem que se mostra em sua ação de dizer a verdade. Além do mais, a enunciação da verdade é sempre a enunciação de uma crítica que parte da base e visa a um poder. Mas, se a *parrhesia* é isso, como saber se o que o indivíduo diz é ou não verdadeiro? Ora, para os gregos, o problema nunca se põe nesses termos. Para eles, não se trata de saber como ou por que esse ou aquele enunciado é verdadeiro ou falso, mas de poder reconhecer o parresiasta enquanto tal. Em outros termos, para saber se um enunciado é verdadeiro ou falso, os gregos não interrogam o enunciado, mas o sujeito que se atribui o enunciado. O primeiro é totalmente estranho aos gregos, e sua distância do segundo marca o abismo que separa a filosofia moderna da filosofia grega. Com efeito, a partir de Descartes, o fundamento da enunciação se encontra em uma experiência mental de autoevidência, na qual o saber se encerra sobre si mesmo: de nenhum modo a verdade é *etopoiética*, no sentido grego do termo. Para os gregos, a legitimidade de o sujeito enunciar a verdade se ganha no campo ético: o falante instaura determinada relação com a moral, que lhe dá o direito de dizer a verdade: “O parresiasta diz o que é verdadeiro porque ele sabe que é verdadeiro; e ele sabe o que é a verdade porque o que ele diz é realmente a verdade. O parresiasta não é sincero apenas quando enuncia sua opinião; sua opinião é também a verdade. Ele diz o que sabe ser verdadeiro. “A segunda característica da *parrhesia* é, pois, a exata coincidência entre opinião e verdade.” Com efeito, a verdade que o parresiasta enuncia tem a forma de uma opinião pessoal. Ora, o sujeito implicado nessa relação com a verdade não enuncia simplesmente uma opinião, sua opinião pessoal, mas se expõe enquanto sujeito da opinião enunciada, manifesta-se enquanto sujeito do *enuntiandum*. A confiança que se pode ter na veracidade de suas palavras deriva do fato de que ele mostra, por seus atos, que não se limita a crer que o que ele diz é verdadeiro, mas que, à medida que crê, ele aplica essa verdade à própria existência. Sua opinião não representa mais uma alternativa à verdade, mas pelo fato de, por um lado, ele a enunciar enquanto tal e, de outro, de ele demonstrar que, em sua vida, existe coincidência entre seus atos e suas palavras, e ela só pode ser a verdade. (FOUCAULT, 2004b, p. 59-61).

dos males, a **proclivitas**<sup>6</sup> que expõe as doenças e, em seguida, é chamada de **pathos**.<sup>7</sup> Em latim *affectus* e, posteriormente, doença, que é estabelecida e declarada quando a perturbação se instalou no corpo e na alma; mais grave, mais durável é *aerográtió*, ou o arrirotema, que constitui um estado de doença e fraqueza.

Há uma aproximação nítida entre a prática de si e a medicina. É o fato de que a prática de si, como é definida pela filosofia, é uma operação médica, pois nela se encontra a noção fundamental da *Therapeúein*,<sup>8</sup> que, em grego, quer dizer *curar*, *cuidar-se* e, também, a atividade do servidor que obedece ordens e que serve seu mestre, é prestar um culto. Assim, *Therapeúeinheautón* significará cuidar-se – um culto a si mesmo. (FOUCAULT, 1982, p. 89).

O cuidado de si em filosofia visa à melhoria e ao aperfeiçoamento da alma, pois formar-se e cuidar-se são atividades solidárias. A prática de si implica que o sujeito se constitua e fale a si próprio, não como um simples indivíduo imperfeito, ignorante e que tem necessidade de ser corrigido, formado e instruído, mas sim como um indivíduo que sofre certos males, que devem fazê-lo cuidar-se, seja por si mesmo, ou por alguém que tenha competência. No entanto, cada um deve descobrir onde está sua necessidade, e o que é necessário naquele momento. Esse seria o ponto de partida da filosofia. A assimilação entre filosofar e ter cuidados com a própria alma é o alcance da felicidade e essa atividade deve ser praticada em todos os momentos da vida, quando se é jovem e quando se é velho, com duas fundamentações: quando se é jovem, para preparar-se para a vida e, quando se é velho, filosofar é rejuvenescer, ou seja, voltar ao tempo. (Foucault, 1982, p. 80).

Segundo Foucault, o cuidado de si é considerada uma virtude consigo com os outros e com o mundo, ou seja, o cuidado de si seria um modo de estar no mundo, de praticar ações e ter relações com os outros. Também é um modo de olhar e estar atento ao que se pensa, pois a alma é a parte mais divina e que se relaciona com o conhecimento e a reflexão. (Foucault, 1982, p. 106).

Ocupar-se de si é preocupar-se consigo mesmo. É curioso, diz Foucault, estudar a relação entre a verdade e o sujeito através do cuidado de si e não através da prescrição. Delfin a *gnôthi seauton* é usado para incitar Alcibíades a refletir sobre o que ele é; conhece-te a ti mesmo.

---

<sup>6</sup> Os gregos chamavam de *euemptosia*, a constituição que leva a uma doença.

<sup>7</sup> Movimento irracional da alma, em latim *Pertubatio*.

Para vários autores, o *gnôthiseauton* não é um princípio de conhecimento de si. O imperativo de Delfos é imperativo de prudência: evitar o excesso, não esquecer de que se é mortal, etc.

Na análise de Foucault, fica claro que o cuidado de si é o solo, o fundamento a partir do qual se justifica o imperativo do “conhece-te a ti mesmo”. Sócrates é um homem do *cuidado de si*. (FOUCAULT, 1982, p. 9).

Segundo Foucault (1982, p. 11), o princípio do *epimeleiaheautou* é importante entre os gregos: epicuristas, cínicos e estoicos, são alguns exemplos. Esse princípio de se ocupar de si mesmo se tornou, de maneira geral, o princípio de toda conduta racional, em toda forma de vida ativa que quisesse de fato obedecer ao princípio de racionalidade moral. Foucault quer mostrar que esse princípio foi um fenômeno cultural de conjunto; foi um acontecimento no pensamento. O cuidado de si é uma espécie de matriz do ascetismo cristão. É claro que essa história do conceito está cheia de matizes e inflexões.

O cuidado de si é uma atitude em relação a si, aos outros, em relação ao mundo; uma forma de atenção, de olhar para o “interior”, uma observação sobre o que se pensa; não é só uma atenção voltada para si, é também uma séria de ações, pelas quais se purifica se modifica, se transforma e transfigura. Essas ações são técnicas de exame de consciência, de memorização do passado, etc. Conforme Foucault (1982, p. 9), o cuidado de si mesmo é um tipo de agulhão que deve ser implantado na “carne” dos homens, plantado na sua existência e que é um princípio de agitação, um princípio de inquietude permanente ao longo da existência. O cuidado de si define-se fundamentalmente como um modo de viver junto, muito mais que um recurso individualista. Para os gregos, o cuidado de si tem um valor positivo, nunca negativo. Não se pode esquecer que é desse jogo do cuidado de si que nasce a moral mais rigorosa que o Ocidente já viu. Se, para nós, o cuidado de si significa fechamento ou egoísmo, para os gregos era matriz de moral rigorosa. (FOUCAULT, 1982, p. 14).

A requalificação do conhece-te a ti mesmo aconteceu porque Descartes, ao colocar a evidência da existência própria do sujeito no princípio mesmo do acesso ao ser, queria justamente que esse conhecimento de si mesmo (não mais sob a forma da prova da evidência, mas sob a forma indubitável de minha existência como sujeito), que fazia do “conhece-te a ti mesmo”, fosse um acesso fundamental à verdade. O momento cartesiano requalificou o *gnôthiseauton* e desqualificou o

princípio do cuidado de si, excluindo-o do pensamento filosófico moderno. Foucault contrapõe a filosofia à espiritualidade. (FOUCAULT, 1982, p. 15).

### 3.2 ESPIRITUALIDADE EM FOUCAULT

Foucault fala da relação entre o sujeito e a verdade do conhecimento. Ele chamou de espiritualidade uma compreensão do saber, especialmente da filosofia, como algo que pode ser acessado pelo sujeito se ele cuidar de si mesmo, se ele se deixar transformar pela própria verdade. Em sua interpretação (2004a, p. 19), entre os antigos “o sujeito” como tal não tem direito, não possui capacidade de ter acesso à verdade, porque esta é dada por um simples ato de conhecimento, mas é reservada ao sujeito, transformando-o a um preço que o põe em risco.

Esse processo de transformação é concebido por Foucault como espiritualidade, ou seja, as práticas e experiências, as conversões do olhar, as modificações de existência constituir-se-iam, não para o conhecimento, mas para o sujeito. (FOUCAULT, 1982, p. 16).

O ponto de partida para o estudo do cuidado de si é o Alcibíades, pois três questões são analisadas: a relação política, a pedagógica e a de conhecimento de si.

Na cultura antiga, era grande a importância dada ao cuidado de si e de suas práticas, em ampla conexão com o tema do conhecimento de si que constituía-se, ao mesmo tempo, um dever e uma técnica a ser desenvolvida, cujo conjunto era designado pelo termo *askêsis* que tinha o papel e a função de estabelecer um vínculo entre o sujeito e a verdade. Esse vínculo deveria ser tão sólido, a ponto de permitir ao sujeito dispor de discursos verdadeiros.

Foucault enfatiza que a experiência filosófica pode ser tematizada, fundamentalmente, como uma forma de governo vivida em relação a determinados jogos de verdade, através dos quais os sujeitos humanos se dão ao próprio pensar. Com isso, a experiência filosófica passa a ser aprendida como uma forma de exercício espiritual que exige uma conversão radical, uma transformação na maneira mesma de ser do sujeito, por meio de um conjunto de práticas específicas. (FOUCAULT, 1982, p. 15)

Segundo Foucault (2004a, p. 19), os discursos filosóficos são qualificados de verdadeiros se atuam como princípios e matrizes de ação, de modo a formar no

indivíduo determinadas atitudes ou disposições consideradas necessárias para enfrentar os acontecimentos. Portanto é importante o que Foucault coloca sobre os discursos.

Chamamos “filosofia” a forma de pensamento que se interroga sobre o que permite ao sujeito ter acesso à verdade, forma de pensamento que tenta determinar as condições e os limites do acesso do sujeito à verdade. Pois bem, se a isto chamamos de “filosofia” creio que poderíamos chamar de “espiritualidade” o conjunto de buscas, práticas e experiências tais como as porificações, as renúncias, as conversões de olhar, as modificações da existência, etc., que constituem não para o conhecimento, mas para o sujeito, para o ser mesmo do sujeito, o preço a pagar para o acesso à verdade. (FOUCAULT, 2004a, p. 19).

Assim sendo, a filosofia é a interrogação sobre os caminhos que permitem ao sujeito ter acesso à verdade; a espiritualidade é a experiência pela qual o sujeito opera sobre si mesmo as transformações necessárias para ter acesso a essa verdade. Para alcançar a verdade, é necessária uma conversão e assim é vista a espiritualidade. O sujeito deve se modificar para se tornar puro por meio de práticas precisas.

A formação humana, vivida como princípio do cuidado de si, implica determinados exercícios ou técnicas que devem alterar o valor do mundo. Foucault define essas práticas como exercícios espirituais.

Por papel a função de manter sempre no espírito as coisas que devemos ter no espírito, a saber: a definição do bem, a definição da liberdade e a definição do real, e ao mesmo tempo em que este exercício deve sempre lembrar e reatualizar, deve nos permitir vinculá-lo entre si, e, por conseguinte, definir aquilo que, em função da liberdade do sujeito deve por liberdade, ser reconhecido como bem em nosso único elemento, a realidade, o saber, o presente. (2004a, p. 354).

Os exercícios espirituais indicam que não é suficiente que determinados conhecimentos sejam adquiridos, mas que permaneçam como uma presença permanente capaz de orientar e socorrer o sujeito como princípio de orientação de sua conduta, maneira de ser e agir.



Nos anos 1980, ao mesmo tempo em que focaliza sua reflexão, de maneira inédita, sobre a temática do sujeito, Foucault evoca suas afinidades com Hegel em duas ocasiões, no início e no fim de sua complexa reconstrução de “A hermenêutica do sujeito”. Na abertura de seu curso, ele declara ter-se inspirado em Hegel para a questão da “espiritualidade”, considera como relação circular entre o sujeito e a verdade, o mesmo para a ideia que implica a relação de um sujeito como devir: “Uma certa estrutura de espiritualidade tenta relacionar o conhecimento, o ato de conhecimento, as condições desse ato de conhecimento e seus efeitos a uma transformação no próprio ser do sujeito. Afinal de contas, a *Fenomenologia do espírito* não tem outro sentido além desse.” Depois, em sua conclusão, é mais uma vez à *Fenomenologia do espírito* que ele reconhece o mérito de ter enfrentado o desafio feito pelo mundo clássico à filosofia ocidental, que é o de pensar um sujeito de experiência capaz de fazer de seu próprio mundo um lugar de prova. [...] Pode ser útil começar pelas observações de Deleuze sobre a oportunidade de bem compreender a noção de desejo. Essa necessidade é ditada pela convicção de que só o desejo – ou a dimensão do acontecimento que o desejo mostra – garante a livre configuração de singularidade e de forças capazes de pôr a história em movimento.

O desejo é, diz Deleuze, simplesmente o motor de uma *afirmação de desejo*. Ele não é, como pensa Foucault, um princípio espontâneo, unitário, funcional e simétrico à ideologia e à repressão. Ele é simplesmente um processo, um afeto ou um acontecimento, e não uma coisa ou uma pessoa. Ele implica, sobretudo, um “campo de imanência” no qual se inscrevem fluxos, limiares e intensidades e onde podem se pôr em movimento “pontas de desterritorialização” e “de linhas de fuga”. Contudo, reterritorializações e fugas não permitem a dissociação entre os dispositivos de poder e os lugares da revolução. Mas, sobretudo, os pontos de fuga não são todos portadores de oposição e de inovação. A ideia de Foucault de distinguir e de deixar se confrontarem os dispositivos “constituintes” e os “fenômenos de resistência” suscita, segundo Deleuze, árduos problemas de estratégia e de estatuto. As perguntas que Foucault é então chamado a responder são as seguintes: o que faz de um acontecimento um ponto estratégico de resistência mais que uma indecível linha de fuga? O que pode introduzir no seio das afirmações de desejo uma divisão entre o poder e os poderes, entre os dispositivos de poder e o contrapoder? Como, depois, o prazer – e não o desejo – é capaz de animar o contrapoder? E o prazer, subtraído a falta (Foucault gostava de repetir: “Não posso evitar pensar ou viver que desejo = falta, ou que desejo se diz reprimido”), não é, ao contrário – e essa era a convicção de Deleuze –, o que precisamente escande e submete o desejo? Na verdade, o prazer parece ser apenas o meio para uma pessoa ou um sujeito “encontrar-se ali” num processo que o ultrapassa e transborda. [...] A conclusão de Deleuze, que pode parecer paradoxal, apreende perfeitamente o núcleo do problema que, a partir de *A vontade de saber*, ocupará a pesquisa de Foucault, ou seja, a definição das condições de produção ética e política de uma nova subjetividade. A questão de um sujeito que se lança sobre o mundo e nele assume a “prova”, de um sujeito que se faz negatividade vivente, penetração do ser e alteração dos acontecimentos parece não ser estranha à longínqua redação de sua *memória* de juventude sobre Hegel (memória que Foucault evoca, quase com culpa, ao mesmo tempo em que evoca o trabalho da mesma época de seu amigo Deleuze, já pluralista, em confronto com Hume e talvez com os resíduos de uma metafísica do empirismo). Não há dúvida de que a existência e a resistência se ligam ao caráter operário e reflexivo da pessoa, bem como às noções de consciência prática e de vida, de elaboração de si e de retorno constante de si sobre si, que também estão no centro do movimento da consciência de si hegeliana. (FOUCAULT, 2004a, p. 91-94).

Filosofia é a forma de pensamento que interroga sobre o que permite ao sujeito ter acesso à verdade, a forma de pensamento que tenta determinar as condições e os limites de acesso do sujeito à verdade. Já a espiritualidade é o conjunto de pesquisas, práticas e experiências que podem ser as purificações, as acesses, etc., e que constituem, não para o conhecimento, mas para o sujeito, para o ser mesmo do sujeito, o preço a pagar por ter acesso à verdade. (FOUCAULT, 1982, p. 15).

A espiritualidade postula que a verdade não é jamais dada ao sujeito de pleno direito. O sujeito tem que ter o direito para ter a capacidade de ter acesso à verdade. A verdade não é dada ao sujeito por um simples ato de conhecimento. A verdade postula que é necessário que o sujeito se modifique, se transforme, se torne outro, para ter direito ao acesso à verdade. Nesse âmbito, Foucault (2001, p. 106) expõe que as práticas sociais necessitam da presença do outro para se efetivarem, e coloca o cuidado de si em evidência, pois ninguém é capaz de cuidar sozinho de si. Tal cuidado se fundamenta na troca de cuidados com o outro; em primeiro lugar vem o cuidado próprio e após o cuidado com o outro.

Há pelo menos duas formas pelas quais o sujeito alcança a verdade: a iluminação – aqui é a verdade que vem ao sujeito; Foucault chama isso de *Erôs* – e a acesse (*askêsis*), longo trabalho de si sobre si mesmo.

A espiritualidade postula, ainda, que alcançada a verdade, ela “retorna” sobre o sujeito. Não é a verdade que preenche o sujeito. A verdade apenas o ilumina, lhe dá a tranquilidade da alma. A gnose é a exceção à espiritualidade descrita por Foucault, pois, segundo ele, ela dá primazia ao conhecimento.

Durante toda a Antiguidade grega duas questões jamais se separaram: como ter acesso à verdade e quais são as transformações no próprio ser do sujeito que são necessárias para ter acesso à verdade. Aristóteles entende que o bem próprio do homem é a inteligência, e que este deve viver em conformidade com a razão, pois através dela chegaria às virtudes, sendo a sabedoria a mais importante. O autor postula, ainda, que a virtude é como um traço de caráter manifestado pelo agir habitual. Assim, as virtudes são consideradas importantes pelo fato de que uma pessoa virtuosa terá uma vida melhor. O homem será capaz de realizar-se e, conseqüentemente, a sociedade onde está inserido usufruirá de tal benefício.

As condições para se obter o conhecimento lhes são extrínsecas (não pertence à essência de alguma coisa, que é exterior): estudar, esforçar-se, e os

interesses econômicos devem combinar com os interesses da pesquisa. Enfim, as condições para o saber são concedidas ao indivíduo na sua existência concreta, e não à “estrutura do sujeito enquanto tal”, mas que, tal qual é, a verdade é capaz de transfigurar e salvar o sujeito. Na época moderna das relações entre este e a verdade, postula-se que, tal qual é, o sujeito é capaz da verdade, mas que, tal qual é, a verdade não é capaz de salvar o sujeito. (FOUCAULT, 1982, p. 19).

Os movimentos esotéricos vão aparecer para tentar preservar a ideia de que não pode haver um conhecimento sem modificação profunda no ser do sujeito. O processo de separação, portanto tem sua origem e desenvolvimento ao lado da Teologia. A ciência falsa vai ser reconhecida justamente por esse traço da espiritualidade: se a ciência pede que o sujeito se transforme para compreendê-la, então é sinal que é falsa. A ciência não precisa de conversão para ser acessível. Para Foucault, na psicanálise e no marxismo encontram-se certas exigências da espiritualidade. O problema do que é o ser do sujeito (do que deve ser o ser do sujeito para que ele tenha acesso à verdade) e a questão da transformação do sujeito, depois do acesso à verdade, estão no centro desses saberes. (FOUCAULT, 1982, p. 17).

Ocupar-se consigo é conhecer-se, uma nova questão logo se coloca: Como é possível conhecer-se e em que consiste esse conhecimento? No diálogo apresentado por Sócrates, o mesmo apresenta o exemplo do olho, segundo o qual o olho se vê olhando-se em outro olho, ou seja, o olho se conhece ao ser refletido naquilo que lhe é idêntico, que tem a mesma natureza. Para ser mais exato, o olho se vê no princípio da visão, presente em todos os olhos. Comparando com a alma, diz Sócrates que ela só se conhece quando dirige seu olhar para algo de mesma natureza, isto é, o pensamento e o saber. Sendo o pensamento e o saber elementos divinos, conclui Sócrates que a alma se conhece ao se voltar para o divino. Faz-se, assim, do conhecimento divino a condição do conhecimento de si, em outras palavras, é preciso conhecer Deus para se conhecer.

Assim resume Foucault a argumentação do diálogo:

Para ocupar-se consigo, é preciso conhecer-se a si mesmo; para conhecer-se, é preciso olhar-se em um elemento que seja igual a si; é preciso olhar-se em um elemento que seja o próprio princípio do saber e do conhecimento; e este princípio do saber e do conhecimento é o elemento divino. (FOUCAULT, 1994, p. 89).

Através do elemento divino, a alma se torna sábia e capaz de retornar ao mundo terreno com discernimento (sabendo distinguir o bem do mal e o verdadeiro do falso), podendo adequadamente conduzir-se como se deve e governar a cidade.

Foucault procura elucidar o cuidado de si, considerado como

uma atitude consigo mesmo, com os outros, com o mundo, ou seja, o cuidado de si é um modo de estar no mundo, de praticar ações, de ter relações com os outros. Segundo o autor, é um modo de olhar, de estar atento ao que se pensa e ao que se passa no pensamento, também é um modo de agir, ou seja, de praticar boas ações com nós mesmos." (2006, p. 14-16).

Isso através de exercícios, da meditação e do exame de consciência, etc. Cuidar é considerar o outro como um fim em si mesmo e não, apenas, como mero meio para fins científicos, técnicos ou institucionais.

Esses comentários de Foucault a respeito do conceito de cuidado, já presente em Platão, no Alcibíades I, nos permitem repensar o cuidado do outro na Enfermagem e, especificamente, no caso do paciente com dor; portanto, o conceito ético do cuidado pode ser desdobrado no fazer cuidadoso do profissional enfermeiro, no atendimento ao paciente com dor.

#### 4 O CUIDADO DE SI COMO O CUIDADO DE OUTRO NA ENFERMAGEM

Segundo Waldow (1998, p. 62), o cuidado sempre permeou o ser humano, na sua forma de viver e de se relacionar, de prestar atividades de conforto, limpeza de feridas, a humildade, a paciência e a docilidade. O cuidar começa a tomar forma e adquirir o *status* de uma ocupação distinta, com o nascimento da Enfermagem e da formalização de seu ensino feito por Florence Nightingale.<sup>9</sup>

Com Florence houve a preocupação com o “cuidar”. No princípio não havia conceito sobre o cuidado humano, o cuidado era realizado por mães naturais, servas e escravas de leite, babás e governantas, e estava ligado, em geral, ao aspecto materno de nutrição e de educação das crianças. Posteriormente, estendeu-se para o cuidado dos doentes da família e de idosos. Já Florence se dedicou a cuidar de soldados nos campos de batalha. A Enfermagem usava o que lhe parecia mais

---

<sup>9</sup> Mesmo sendo rica e bem-relacionada, vivia em Florença, no Grão-Ducado da Toscana. Por isso, Florence recebeu o nome em inglês da cidade em que nasceu, como sua irmã mais velha Parthenope, nascida em Partênopo (Nápoles). Moça brilhante e impetuosa, rebelou-se contra o papel convencional para as mulheres de seu estatuto, que seria tornar-se esposa submissa, e decidiu dedicar-se à caridade, encontrando seu caminho na Enfermagem. Tradicionalmente, o papel de "enfermeira" era exercido por mulheres ajudantes em hospitais ou acompanhando exércitos, muitas cozinheiras e prostitutas acabavam tornando-se "enfermeiras", sendo que estas últimas eram obrigadas como castigo. Florence Nightingale ficou particularmente preocupada com as condições de tratamento médico dos mais pobres e indigentes. Ela anunciou sua decisão para a família em 1845, provocando raiva e rompimento, principalmente com sua mãe. Em dezembro de 1846, em resposta à morte de um mendigo numa enfermaria em Londres, que acabou evoluindo para escândalo público, ela se tornou a principal defensora de melhorias no tratamento médico. Imediatamente, ela obteve o apoio de Charles Villiers, presidente do *Poor Law Board* (Comitê de Lei para os Pobres). Isto a levou a ter papel ativo na reforma das Leis dos Pobres, estendendo o papel do Estado para muito além do fornecimento de tratamento médico. Em 1846, Florence visitou Kaiserwerth, um hospital pioneiro fundado e dirigido por uma ordem de freiras católicas na Alemanha. Ficou impressionada com a qualidade do tratamento médico e com o comprometimento e a prática das religiosas. A contribuição mais famosa de Florence foi durante a Guerra da Crimeia, que se tornou seu principal foco, quando relatos de guerra começaram a chegar à Inglaterra contando sobre as condições horríveis para os feridos. Em outubro de 1854, Florence e uma equipe de 38 enfermeiras voluntárias, treinadas por ela, inclusive sua tia Mai Smith, partem para os Campos de Scutari localizados na Turquia Otomana. Florence Nightingale voltou para a Inglaterra como heroína em agosto de 1857 e, de acordo com a BBC, era provavelmente a pessoa mais famosa da Era Vitoriana, além da própria Rainha Vitória. Depois de contrair febre tifoide, ficou com sérias restrições físicas, o que a obrigou a retornar, em 1856, da Crimeia. Impossibilitada de fazer seus trabalhos físicos, dedica-se à formação da escola de enfermagem em 1859 na Inglaterra. Aí já era reconhecido seu valor profissional e técnico, recebendo prêmio do governo inglês. Fundou a Escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, com curso de um ano, era ministrado por médicos com aulas teóricas e práticas. Em 1883, a Rainha Vitória concedeu-lhe a Cruz Vermelha Real e, em 1907, ela se tornou a primeira mulher a receber a Ordem do Mérito. Florence Nightingale faleceu em 13 de agosto de 1910, deixando legado de persistência, capacidade, compaixão e dedicação ao próximo; estabeleceu as diretrizes e o caminho para a Enfermagem moderna. Encontra-se sepultada em *St Margaret of Antioch Churchyard*, East Wellow, Hampshire na Inglaterra. (Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Florence\\_Nightingale](http://pt.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale)>. Acesso em 23/03/2013, às 14h.)

conveniente e favorável, de acordo com seus valores culturais e com o que profissionalmente era esperado para a prestação do cuidado.

A Enfermagem é um serviço de cuidado especializado e um método de ajuda, no qual o cuidar é compreendido como uma sequência de ações que, se implementadas de acordo com a realidade, vão superar e compensar limitações na saúde das pessoas engajadas em ações reguladoras funcionais e de desenvolvimento. São ações voluntárias e intencionais; envolvem a tomada de decisões e têm o propósito de contribuir de forma específica para o desenvolvimento humano.

A ética ajuda o enfermeiro a refletir, fundamentado em princípios que norteiam as condutas e tomadas de decisão. Sempre, a ética engloba os princípios, valores, sentimentos e as emoções que cada um traz dentro de si. Assim sendo, é necessário que a pessoa viva em coerência com seus princípios, eis que a postura ética permite a abertura e a troca do grupo, fazendo com que o indivíduo aprenda a pensar reflexivamente.

#### 4.1 O SENTIDO ÉTICO DO CUIDADO NA ENFERMAGEM

A Enfermagem vem sendo construída ao longo de sua trajetória, busca significado na existência do ser humano. O cuidado permeou no Brasil na época da colonização, com os jesuítas, que eram responsáveis por práticas de cuidado ao ser humano, na sua forma de viver, de se relacionar, de prestar atividades e de conforto. (WALDOW, 1998, p. 63).

O cuidar começa a tomar forma e adquirir *status* com o nascimento da Enfermagem e da formalização do ensino feito por *Florence Nightingale*. Pois, segundo Waldow (1999, p. 63), o cuidado anteriormente era desenvolvido através dos *treinamentos de pessoas*, para desempenharem atividades de conforto, administração de medicação, limpeza da unidade, cozinha e lavanderia.

À medida que a Enfermagem crescia no Brasil, as formas de cuidados se modificavam. O afastamento gradativo das enfermeiras, em relação ao paciente, ocorreu devido à formação universitária, quando a enfermeira lidera a equipe de enfermagem, organiza e faz planejamento controlando, a fim de tornar o serviço eficiente, prático e econômico. Contudo o cuidado direto passou a ser desempenhado por atendentes, auxiliares e, hoje, técnicos de enfermagem.

A prática profissional de enfermagem no Brasil se caracterizou por três fases de desenvolvimento. Segundo Almeida, citada por Waldow (1998, p. 54), a primeira fase foi constituída pelas técnicas de enfermagem, que consistem na descrição do procedimento de enfermagem a ser executado passo a passo, com seu devido material e com a técnica conhecida como cuidado de enfermagem. Os livros de fundamentos de enfermagem eram verdadeiras bíblias, nos quais a capacidade de memorização, a postura e a mecânica corporal, nas realizações de técnicas, eram aspectos imprescindíveis, além do capricho, da organização e da perfeição. O objetivo da Enfermagem não estava centrado no cuidado do paciente.

A segunda fase ocorreu por volta de 1950, caracterizada pela introdução dos princípios científicos que, segundo Almeida, eram guias norteadores de toda a Enfermagem, fazendo com que as técnicas de enfermagem, ou os *cuidados de enfermagem* tivessem um respaldo científico. O ensino, nas escolas de enfermagem, dá ênfase às teorias administrativas, às ações de planejamento, organização e supervisão do cuidado administrativo.

A terceira fase do cuidado começa em meados de 1960 até 1970, quando ocorreu o desenvolvimento da Enfermagem, denominada teorias da Enfermagem. Algumas lideranças da Enfermagem mundial tentam sair do modo existente e construir uma nova Enfermagem, buscando *status* na ciência, paralelamente à possibilidade de o cuidado ser efetuado diretamente pela enfermeira.

Para Waldow (1998, p. 63), a fase atual da Enfermagem busca discutir e questionar seu conhecimento, as influências político-sociais e econômicas, sua história e as práticas de cuidar.

Sabe-se que à Enfermagem são atribuídos vários requisitos que a distinguem e a caracterizam como uma profissão de ajuda. Segundo Watson (1988, p. 129), o ato de cuidar exige um envolvimento pessoal, moral e espiritual. Inclui-se, ainda, valores, desejos, compromisso com o cuidado, conhecimento, ações e consequências.

A Enfermagem vem sendo construída ao longo de sua trajetória, principalmente nas últimas décadas, com um enfoque humano, que se dá na verdadeira identificação profissional, uma vez que a sua essência se alicerça a partir da relação pessoa-pessoa. (PAGANINI, 1998).

Com o passar do tempo, várias teorias vão se fortalecendo e começa haver a socialização da teoria com a prática, e a essência da enfermagem se volta para o

cuidado do ser humano, pois o cuidado envolve, verdadeiramente, uma ação interativa entre o ser que cuida e o ser que é cuidado. (WALDOW, 1998, p. 73).

A forma do cuidado no Brasil se modificou devido à formação universitária. As enfermeiras afastam-se da relação com o paciente, e o cuidado direto com o paciente passou a ser prestado por técnicos, realidade que perdura até hoje. Em meio a essa realidade, em que o enfermeiro é visto como gestor de sua unidade de negócio, afastou-se o profissional ainda mais do cuidado que muitos consideram humanizado. (WALDOW, 1998, p. 162).

O cuidar, nos dias de hoje, está sendo uma expressão de humanidade, essencial para o nosso desenvolvimento e a realização como seres humanos. (WALDOW, 1998, p. 127). A Enfermagem destinge e se caracteriza por ser uma profissão de ajuda, na qual o conceito de cuidado é genuíno, pois abrange todos os atributos que a tornam uma disciplina humana e de ajuda.

O processo de cuidar envolve, entre outros: aliviar, confortar, ajudar, favorecer, promover e restabelecer. O cuidado, em todas as situações de enfermidades, incapacidades durante o processo de cuidar, e que, segundo Waldow (1998, p. 129), é uma postura ética e estética frente ao mundo, pois a finalidade do cuidar na Enfermagem é, prioritariamente, aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar as crises com as experiências do viver e do morrer.

Zagonel (1996) descreve o cuidado como a essência da Enfermagem; através dele se estabelece a inter-relação humanista; reconhece-se a presença do outro; é troca, doação, suporte e preocupação; é um fazer voltado para o respeito, a dignidade e a valorização do ser humano, a partir do momento em que o enfermeiro atua na compreensão das experiências vividas pelo ser humano. Sendo assim, o cuidado, como objeto de trabalho para a Enfermagem, traz sentimentos, perspectivas e formas humanizadas de cuidar, de visualizar, de sentir, de expressar.

Para que esse cuidado aconteça, segundo Arruda e Neves (1998), alguns elementos devem ser incluídos nas ações como: sentimento de amizade, gratidão, afeto, presença afetuosa da família, ter apreciação por parte das pessoas, dar e receber amor, ter ajuda, receber força, carinho, solidariedade, atenção, gostar dos profissionais de saúde.

A Enfermagem é a profissão do cuidar do outro ser humano, integralmente, em seu processo de saúde-doença. Entretanto, o cuidado realizado pelo enfermeiro



está ainda na forma invisível, fragmentada, necessitando de um impulso, no sentido de repensar a prática profissional. Para que uma mudança de atitude e ampliação da conduta aconteça, é necessário pensar em como se cuida. (PAINI, 2001).

Na formação em enfermagem, a abordagem das competências já vem sendo discutida há alguns anos em razão da regulamentação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. As competências devem ser compreendidas como uma das ferramentas de reorganização da formação, para atender as demandas deste tempo de mudanças e verdades instáveis. (FAUSTINO et al., 2003).

A competência, segundo Garcia, implica uma mobilização de conhecimentos e esquemas que o profissional possui para desenvolver respostas inéditas, criativas, eficazes para problemas novos. Eis que a educação de enfermagem tem um dos papéis essenciais para uma socialização do cuidado, pois o cuidado técnico pode ser ensinado, porém o cuidar em seu sentido mais amplo, entendido como processo interativo, precisa ser vivido.

Para Perrenoud (2000, p.38), “uma competência orchestra um conjunto de esquemas”, e envolve diversos esquemas de percepção, pensamento, avaliação e ação.

Ter conhecimentos teóricos sobre a disciplina que leciona, sem dúvida, não é suficiente. Diante de uma pergunta inesperada de um aluno, é preciso buscar aqueles conhecimentos que possam fornecer-lhe uma resposta adequada.

## 4.2 O PROCESSO DE CUIDAR

O processo de cuidar pode ser definido como o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos desenvolvidos com base em conhecimentos científicos, experiências, intuição e pensamento. Busca promover, manter e/ou recuperar a dignidade humana, englobando a plenitude física, social, emocional, espiritual e intelectual nas fases da vida, desde a concepção, passando por nascimento, primeira infância, adolescência, vida adulta, até envelhecer com dignidade.

As ações do cuidador deverão convergir para que o cuidado produza crescimento, transformação, pois a finalidade do cuidado é ajudar a crescer, seja para a vida, seja para a morte.

O cuidado não tem tempo nem espaço; inicia antes da interação do cuidado, propriamente dita, entre cuidador e o ser cuidado, produzindo efeitos e proporcionando mudanças.

Segundo Waldow (1998, p. 63), para que ocorra o cuidado, o cuidador precisa, primeiramente, perceber a situação e o paciente como um todo. Então, através da reflexão, inicia-se o processo.

O cuidador toma conhecimento da situação e do paciente, levanta questionamentos e hipóteses como, por exemplo: Quem é esse paciente? Qual a sua história? O que eu preciso saber sobre ele e sua condição, para identificar a necessidade de cuidado e verificar os meios disponíveis para planejar o cuidado?

O cuidado implica uma relação interpessoal constituída de atitudes humanas nem sempre previsíveis, pois o ser humano é um ser único e potencialmente criativo. No entanto, os resultados dos cuidados nem sempre correspondem ao esperado.

É através do cuidado com a pessoa, com a vida, que se dá a verdadeira identificação profissional, uma vez que a essência da Enfermagem é o cuidado que se constrói a partir da relação interpessoal. (PAINI, 2001).

O cuidado, como objeto de trabalho para a Enfermagem, traz sentimentos, perspectivas e formas humanizadas de cuidar, nas quais se pode incluir sentimentos de amizade, gratidão, afeto; presença afetuosa dos familiares e ter apreciação por parte das pessoas. (ARRUDA; Neves, 1998).

Todo o ser humano precisa de cuidados de promoção e de tratamento de saúde. A Enfermagem é a profissão do cuidar do outro ser humano integralmente, no seu processo saúde-doença, mesmo antes do nascer, crescer, desenvolver,

transcender e morrer. Sendo assim, o cuidado é produto mediador no processo de transformação das situações de saúde-doença dos seres humanos.

#### 4.3 O SENTIDO ÉTICO NO PROCESSO DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem pode ser o caminho que o enfermeiro deve utilizar para buscar mudanças dos desequilíbrios biopsicossociais e espirituais, visando ao bem-estar do indivíduo, da família e da comunidade. (CROSSETTI, 2008).

O ser humano, em sua existência, tem diferentes maneiras de ser e estar no mundo do cuidado, condição que exige do enfermeiro conhecê-lo de forma holística, sabendo o modo de intervir e alcançar resultados positivos em seu processo de cuidar. Sendo assim, a anamnese e o exame físico, em enfermagem, investiga a situação clínica e busca identificar evidências que expressem problemas do paciente. É nesse momento que o enfermeiro, em um exercício teórico-prático reflexivo e dinâmico, inter-relaciona as informações coletadas e formula o diagnóstico de enfermagem e segue com o cuidado, elaborando a prescrição (ou execução/ intervenção).

O conceito de diagnóstico de enfermagem foi empregado pela primeira vez por Vera Fry em 1953, ao identificar cinco áreas de necessidades do paciente, que eram competências da Enfermagem.

O diagnóstico de enfermagem é um processo intelectual e cognitivo, em que o enfermeiro, a partir do processo diagnóstico, chega a conclusões sobre o *status* de saúde do indivíduo e decide que intervenções de enfermagem são necessárias.

Em 1986, na VII Conferência da Taxonomia da Nanda, teve início, no Estado da Paraíba, a tradução da taxonomia de diagnóstico de enfermagem e dos padrões de respostas humanas. Isso trouxe novo impulso para o estudo dessa fase, apresentado na V Conferência. Passando a constituir estrutura conceitual para a elaboração do processo de diagnóstico de enfermagem. Em 1998, na Conferência de Curitiba, com base nas definições de Roy, Gordon e Shoemaker, foi aprovada a recomendação de que os enfermeiros trabalhassem na sua aplicação do diagnóstico de enfermagem assim descrito: "O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre a resposta do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de

saúde reais e potenciais ou processos de vida.” O diagnóstico de enfermagem proporciona a base para a seleção de intervenções de enfermagem, visando a atingir resultado, pelos quais o enfermeiro é responsável.

Pode se afirmar ainda que o diagnóstico de enfermagem tem como foco principal as respostas humanas e/ou as necessidades humanas, diante de doenças, traumas ou mudanças no estilo de vida, em que o enfermeiro tem autoridade para identificar: sinais e sintomas, fatores de risco, problemas de saúde, bem como a prescrição de cuidados.

O diagnóstico de enfermagem, uma vez formulado, orienta a prescrição das intervenções de enfermagem adequadas aos reais ou potenciais problemas de saúde do paciente, que compreendem diferentes cuidados, dependendo do contexto da comunidade.

Ao considerar as realidades das instituições de saúde, cuja demanda de pacientes com diversidade de situações clínicas, é crescente, faz-se imperativo que se agilize a identificação e o alcance de resultados. Para isso, é necessário que haja planejamento, para que o enfermeiro possa fazer parte do contexto do raciocínio e efetuar julgamentos clínicos para decidir por melhores intervenções e obter melhores resultados. Para tanto, o enfermeiro deve ter habilidade de pensamentos críticos obtidos através da experiência e do conhecimento de sua prática clínica.

A Enfermagem é um serviço de cuidado, é um método de ajuda, no qual cuidar é compreendido como uma sequência de ações que, se implementadas, vão superar ou compensar limitações na saúde das pessoas, engajadas em ações reguladoras funcionais fundamentadas na ética do cuidado. É importante pensar que a noção do cuidado de si implica a reconstrução de práticas, desde os primórdios da cultura ocidental.

O Ministério da Saúde aprovou a Portaria 1.820, de 13 de agosto de 2009, que “dispõe os direitos e deveres do usuário da saúde nos termos da legislação” (art. 1º), que passam a constituir a Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde.

A carta trata do exercício da cidadania no âmbito dos cuidados e serviços de saúde. No art. 4º, está escrito: “Toda a pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.” E, no parágrafo único:

É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude da idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômica ou social, estado de saúde, de anomalia, patologia ou de deficiência, garantindo-lhe: consultas, procedimentos diagnósticos preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações.

Há um “cansaço” na cultura contemporânea em relação à medicina, que reduz o ser humano meramente à sua dimensão biológico-orgânica. (PESSINI, 2010). Há uma necessidade de se repensar a maneira como cuidamos e como somos cuidados, pois o ser humano é muito mais do que material biológico.

A experiência da doença mostra que o ser humano é uma profunda unidade pneumossomática. Não é possível separar corpo e alma. Ninguém escolhe ficar doente. A doença se impõe. Além de não respeitar nossa liberdade, ela também interfere em nosso direito de ir e vir. A doença pode ser a reconciliação e a harmonização com nosso próprio ser. Atinge a todos: ricos, pobres, crianças, adultos, jovens e idosos.

No século XVIII, com a industrialização, o meio ambiente passou a sofrer alterações marcantes cada vez mais aprofundadas. Conforme se desenvolveram os meios tecnológicos e o consumo dos bens industrializados, e na raiz desse processo, encontra-se a corrida desenvolvimentista desenfreada, causando um efeito-cascata negativo na natureza; colocando elementos prejudiciais e agressores em toda a forma de vida. Entre essas consequências estão a poluição dos mananciais de água potável; a disseminação de campos eletromagnéticos; a poluição atmosférica; a contaminação com agrotóxicos; a contaminação de solos por resíduos.

O estilo de vida dos indivíduos e das comunidades tornou-se fator preponderante no desenvolvimento das chamadas doenças da civilização, como: doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes, câncer, entre outras. Os danos causados ao meio ambiente provocam graves prejuízos à saúde. É necessário repensar as políticas públicas que atentem para questões como moradia, saneamento, transporte, acesso à qualificação, ao trabalho, à saúde, à educação, à cultura, para viabilizar qualidade de vida e contribuir para a redução de doenças.

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que as doenças não transmissíveis são responsáveis por 58,5% das mortes ocorridas no mundo e por 45,9% das enfermidades que acometem as populações. Em 2005,

cerca de 35 milhões de pessoas no mundo morreram por doenças crônicas. Em 2007, as doenças não transmissíveis respondiam por aproximadamente 67,3% das causas de óbitos no Brasil e representavam cerca de 75% dos gastos com atenção à saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, estima-se que a hipertensão atinja 23,3% dos brasileiros, ou seja, 44,7 milhões de pessoas. Desse montante, apenas 33 milhões têm ciência de seu diagnóstico, e apenas 19% fazem o controle da pressão. Em relação ao gênero, a hipertensão atinge mais mulheres do que homens. O diagnóstico de hipertensão arterial torna-se mais comum com o avanço da idade.

Com relação ao diabetes, estimativas apontam para 11 milhões de portadores, sendo que somente 7,5 milhões têm conhecimento da doença e nem todos se tratam adequadamente.

Em 2008, segundo a Agência Internacional para Pesquisas sobre Câncer (Iarc) e a OMS, houve 12 milhões de novos casos de câncer em todo mundo, com 7 milhões de óbitos por esse motivo. No Brasil, para o ano de 2011, as estimativas apontaram a ocorrência de 489.270 novos casos de câncer. Os tipos mais incidentes foram, nos homens, o câncer de próstata (52 mil), pulmão (18 mil), estômago (14 mil), cólon e reto (13 mil) e, nas mulheres, o câncer de mama (49 mil), colo de útero (18 mil), cólon e reto (15 mil) e pulmão (10 mil). Segundo o Ministério da Saúde, desde 2003, as neoplasias malignas constituem a segunda causa de morte na população.

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, quase um milhão de brasileiros têm problemas renais; no entanto, 70% deles ainda não sabem. A doença renal crônica caracteriza-se por um quadro de evolução lenta, progressiva até a perda irreversível da função renal (quando os rins deixam de filtrar o sangue). As doenças renais matam pelo menos 15 mil pessoas por ano no Brasil. Esse tipo de enfermidade é responsável pelo consumo de até 10% de toda verba pública destinada a hospitais, clínicas, médicos e medicamentos. Dos 150 mil pacientes, que deveriam estar em diálise, apenas 70 mil conseguem receber tal tratamento.

Quanto às doenças transmissíveis, os números da Aids no Brasil (doença já manifesta), atualizados até julho de 2010, contabilizam 592.914 casos registrados desde 1980. A taxa de incidência oscila em torno de 20 casos de Aids por 100 mil habitantes. Em 2009, foram notificados 3.8538 novos casos da doença, sendo que, em 87,5% a transmissão ocorreu por via heterossexual. Atualmente há mais casos

entre homens do que entre mulheres. A faixa etária entre 30 e 49 anos apresenta maior incidência, em ambos os sexos.

Segundo dados do Boletim Epidemiológico Aids, a tendência é de queda na incidência de casos em crianças menores de cinco anos, graças à eficácia de política de redução da transmissão vertical do HIV (da mãe para o feto).

Outra preocupação que está constantemente causando temor são as pandemias que, rapidamente, se espalham pelo mundo devido à globalização. O homem se destaca em muitas descobertas e conquistas científicas, e ao mesmo tempo fica impotente frente à ação desconhecida e letal de um germe microscópico. Recentemente, um enorme pânico assustou o planeta, o surto de uma gripe denominada Gripe A ou sorotipo H1N1. O vírus da *influenza* acomete, no Brasil, cerca de 400 a 500 mil pessoas e mata de 3 a 4 mil indivíduos, sendo que 95% destes óbitos são de idosos.

Quanto à dependência química, o Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crimes (UNODC) colocou, em um relatório mundial sobre drogas, que cerca de 5% da população mundial (208 milhões de pessoas) já fez uso de drogas pelo menos uma vez. Essa pesquisa cita que o Brasil é o segundo maior mercado das Américas, com cerca de 870 mil usuários adultos (entre 15 a 64 anos). Conforme o Ministério da Saúde, o *crack* poderá tirar a vida de, pelo menos, 25 mil jovens por ano no Brasil. A estimativa é que mais de 1,2 milhões de pessoas sejam usuárias de *crack* no País, e cerca de 600 mil de pessoas façam uso frequente de droga. A idade média de início é 13 anos.

É assustador o alto número de acidentes de trânsito que acontecem, tirando milhares de vida e deixando inúmeros sobreviventes com sequelas irreversíveis, que passam a depender do Sistema de Saúde e da família, devido ao constante cuidado de que precisam. É importante que haja uma reflexão sobre o contexto de como ocorreram as doenças e suas causas, e buscar alternativas que visem a diminuir o sofrimento, para se prestar um cuidado ético e humanizado a pacientes que são acometidos pela dor e atendidos em unidades de urgência, como em um Pronto Atendimento.

O cuidado é tido como trato humano, um modo de agir incorporado aos conhecimentos e às habilidades profissionais. Pode ser considerado, também, um afeto, uma emoção que decorre da empatia de outro.

Ao longo da história da humanidade, várias abordagens como a Mitologia, a Filosofia e a Psicologia buscam desenvolver uma noção ética do cuidado. E, assim, revelam que não há uma única ideia para o cuidado, mas um conjunto de noções que se unem para formar estruturas explicativas para a ética do cuidado.

O cuidado pode ser considerado como toda a ação que contribui para promover e desenvolver o que faz viver as pessoas e os grupos. É tudo o que contribui para promover a boa vida e a boa saúde. Cuidar é um ato de vida.

Etimologicamente, a palavra *cuidado* deriva do latim *cura*. Usada em um contexto de relações de apreço e amizade, expressava atitude de cuidado, preocupação e inquietação pela pessoa querida ou por um objeto de estimação. ( SILVEIRA, 1996 p.175)

Outra interpretação do cuidado remete a *cogitares-cogitatus*, que significa cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse; revela atitude de desvelo e de preocupação. ( SILVEIRA, 1996, p.176)

O cuidado é a base sobre a qual o profissional de Enfermagem se estrutura e fundamenta suas ações e seus procedimentos. De acordo com os indicadores, o número de procedimentos realizados pela Enfermagem, no mês de dezembro de 2011, na unidade de Pronto Atendimento (**Caxias do Sul**), chega a 6.483. Encontrar as mediações técnicas de procedimentos, bem como as melhores condições organizacionais, no processo de trabalho, é o desafio para fazer com que o cuidado seja concretizado da melhor maneira possível.

A expressão *cuidado de si mesmo* é usada por Foucault (2002) para referenciar e traduzir uma noção complexa e rica, que os gregos utilizavam para designar uma série de atitudes ligadas ao cuidado de si mesmo. O fato de ocupar-se e de preocupar-se consigo mesmo era chamado de *epimeleia beauteu*.

*Epimeleia* é, segundo os gregos, uma atitude ligada ao exercício da política; é o modo de encarar as coisas de estar no mundo, de praticar ações, de ter relações com o outro. É a forma de olhar para si mesmo; ações que são exercidas de si para consigo e pelas quais nos assumimos, nos modificamos, nos purificamos, nos transformamos e nos transfiguramos.

No entanto, o mais importante da atividade de cuidar de si é que ela não constitui um exercício de solidão, mas de uma verdadeira prática social que deveria ser exercida por todos.



*Epimeleia* *beautau* é o cuidar da própria alma, aprender a viver e poder ter a possibilidade e o dever de ocupar-se de si. O cuidado de si aparece intrinsecamente ligado a um serviço da alma, que comporta a possibilidade de um jogo de trocas com o outro e de um sistema de obrigações recíprocas.

A Enfermagem é um serviço de cuidado especializado, é um método de ajuda, no qual o cuidar é compreendido como uma sequência de ações que, se implementadas, vão superar ou compensar limitações na saúde das pessoas (pacientes) engajadas em ações e reguladoras no desenvolvimento de um cuidado ético, no atendimento do paciente com dor.

É importante pensar que a noção de cuidado de si implica a reconstrução de práticas desde os primórdios da cultura ocidental, que foram determinando as diferentes possibilidades de subjetivação no decorrer da História. O cuidado de si nasce com o conjunto de práticas políticas, e tem como propósito também produzir acontecimentos políticos, pois o cuidado de si mesmo é uma atitude ligada ao exercício da política na cultura grega.

O enfermeiro, como parte integrante desse processo, possui um importante papel na assistência global de um cuidado ético ao paciente com dor, durante a sua permanência no Pronto Atendimento. Cabe assim, uma assistência contínua que priorize o cuidado.

As práticas de si refletem uma maneira, definida pelo filósofo, como conduta de confiar a si mesmo uma autogestão. “Com isso proporá o termo conduta como aquela que mais bem capta o que há de específico nas relações do poder. A conduta pode ser caracterizada pela maneira de conduzir os outros a si mesmo.” (ALMEIDA, 2006, p. 147).

Para Almeida (2006), será um bom governante quem governar a si mesmo. Assim, a reflexão funciona como uma ferramenta do indivíduo que, sabendo mais que os demais, colocar-se-á como um gestor de recursos humanos ou líder.

A sistematização do serviço foi o meio encontrado para melhor visualizar a produção e a qualidade dos cuidados prestados na realidade de trabalho, pois, diante da pessoa doente, o profissional da saúde age como um cientista perante o seu objeto de estudo, ou seja, entusiasma-se pela situação clínica, preocupa-se em agir eficazmente e emprega todos os meios diagnósticos e terapêuticos a seu alcance, uma vez que a única finalidade é vencer a doença. Naquele momento, o doente é o centro de atenção do cuidador e, para cuidar, o cuidador tem que se

valer de todo conhecimento científico e de muita habilidade técnica. Segundo Sócrates (128b), cuidar de alguma coisa é fazer algo a seu respeito, como, quando cuidamos dos calçados, cuidamos igualmente dos pés.

No local analisado para esta pesquisa, a capacidade para atendimento dos pacientes com dor é de oito leitos e dez poltronas, providas com equipamentos necessários para realizar o primeiro atendimento, um médico, uma enfermeira e quatro técnicos de enfermagem e higienizadoras. O número de consultas realizadas por mês é de 3.058, sendo que a média de permanência é de até quatro horas. A prioridade no atendimento é fornecida aos pacientes com dor eminente. Para o levantamento de dados, utilizou-se uma planilha de indicadores.

O número de procedimentos de enfermagem, no mês em que foi realizada a pesquisa, chegou a 6.483. Diante de um amplo serviço prestado aos pacientes que procuram esse serviço, busca-se desenvolver a ética do cuidado no atendimento do paciente com dor, com o objetivo de amenizar a dor e conduzir o paciente para o tratamento adequado, conforme a patologia apresentada.

#### 4.4 O CUIDADO DA DOR

A dor é um fenômeno universalmente conhecido, caracterizada como subjetiva e de percepção individual. Conforme Kazanowski (2005, p. 3), devido à dor ser uma experiência subjetiva, a intensidade e a duração, bem como o significado atribuído a ela, são determinados pelo indivíduo. Dessa forma, a dor pode ser considerada um fenômeno que deve ser cuidadosamente avaliado com planejamento e intervenções.

São muitas e variadas as causas da dor. A experiência da dor pode estar relacionada a traumatismo, ao *stress*, a cirurgias, enfermidades, alterações hormonais, ao parto, à inflamação e a isquemias. Sendo assim, a dor pode ocorrer tanto em situações clínicas e não clínicas. Com frequência, a dor intensa, que limita a atividade e que interfere no cotidiano do paciente, é o fator que motiva a procura de atendimento médico; é nesse momento que o enfermeiro deve estar apto a avaliar o problema e identificar o tipo de dor e sua origem. Para isso, é essencial uma avaliação completa, para que sejam planejadas as intervenções apropriadas para cada paciente individualmente.

Uma rápida avaliação inicial do paciente com dor deve consistir na identificação da dor, do tipo da dor, da gravidade, da intensidade, do surgimento, da duração, da localização e da história progressiva da dor. A avaliação, para identificar problemas, subsidia as práticas de enfermagem e médicas a serem adotadas.

Pessini (2010, p. 129) cita que “o controle e alívio da dor é competência e responsabilidades éticas fundamentais dos profissionais da saúde”. O sofrimento tem difícil aceitação na humanidade, pois gera desconforto, inquietação e até mesmo revolta. As pessoas são impulsionadas a buscar uma felicidade ligada à noção de prazer. Diante disso, surge uma dificuldade para aceitação e vivência das situações de dor, impondo limitações ao curso da vida e fragilizando o ser.

As enfermidades causam dor e sofrimento e sempre estiveram presentes entre os problemas da vida humana, pois o ser humano se depara com situações de diversas modalidades, como também as de natureza moral ou psicológica e as provenientes de flagelos sociais ou de catástrofes naturais.

A ideia é que a ética tem a ver com o bem-estar das pessoas; que a qualidade moral de nossas ações depende de suas consequências; que o bem dos indivíduos em questão deve ser maximizado e o sofrimento minimizado, que a ética diz respeito a todos os indivíduos capazes de sentir e sofrer, como coloca o Princípio de Utilidade. Conforme Carvalho (1991,p.59), pode ser assim formulada: “Uma ação será moralmente boa na medida em que o saldo líquido de felicidade ou bem-estar decorrente de sua realização for maior que o resultante de qualquer ação ou regra alternativa.”

No mesmo tempo em que se experimenta o desenvolvimento tecnológico acelerado, com o aumento significativo da produção de riquezas, cresce a fome e a miséria, que levam a uma desagregação social cada vez maior. A disparidade na distribuição de renda e de riqueza é uma ameaça para a humanidade.

É um problema ético para o ser humano, pois os problemas de nosso tempo dizem respeito à humanidade como um todo, o que significa dizer que uma ética hoje tem que se articular para proporcionar à humanidade um saldo líquido de felicidade ou bem estar. (APEL, 1988, p28).

Nas unidades de Pronto Atendimento, o caráter de urgência e a dramaticidade das situações fazem com que os problemas éticos sejam mais intensos quando comparados a outras unidades de atendimento. Nesse sentido, em alguns momentos, deliberar e decidir sobre o tipo de assistência à saúde torna-se uma

tarefa árdua, principalmente quando os profissionais se deparam com os limiares críticos da vida dos pacientes com dor. Desse modo, atitudes reflexivas e fundamentadas em princípios éticos contribuem para uma assistência efetiva e humanizada, no atendimento ético dos pacientes com dor.

A palavra *ética*, do grego *ethos*, refere-se aos costumes, à conduta e às regras de comportamento da sociedade, preocupando-se com o agir humano, com os comportamentos cotidianos e com as opções existenciais. A ética é compreendida como um ramo da filosofia prática, que tem como propósito refletir sobre as ações do homem e suas finalidades, e estudar os conflitos entre aquilo que podemos considerar como moralmente justificável e aquilo que não pode ser assim considerado.

A Enfermagem, como profissão regulamentada pelo Estado, é orientada por normas e princípios contidos na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei 7.498/1986) e no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Cepe) – (Resolução 311/2007) do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). A Enfermagem compromete-se com a qualidade de vida e com a saúde do paciente e de sua família. As ações profissionais devem ser executadas com responsabilidade, com princípios na tomada de decisão e nas atitudes, quando do cuidado de pacientes com dor. Essa clientela requer a defesa dos princípios éticos que assegurem: acesso à saúde, com justiça e equidade; autonomia e dignidade no atendimento, em busca dos possíveis benefícios terapêuticos (beneficência e não maleficência).

O cuidado deve ser um ato de atenção e auxílio na busca de dignidade ao ser humano debilitado. A Constituição Federal brasileira, em seu art. 1º, inciso III, assinala a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos do Estado. O Conselho Regional de Enfermagem, quando explicita seus princípios fundamentais, dispõe que o profissional de enfermagem deve respeitar a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões.

Ao profissional, é importante uma reavaliação do cuidado prestado, para que se possa ressaltar que os preceitos éticos devem sempre nortear a profissão. O respeito ao paciente é imprescindível, a fim de que o cuidado não seja concebido apenas como a aplicação de técnicas, mas uma prática complexa que contempla o indivíduo que recebe esse cuidado, como um ser digno, com necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais.

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas e refletindo-se no seu estado físico e psicossocial. A dor é, sem dúvida, uma das mais íntimas e exclusivas sensações experimentadas pelo ser humano; envolve vários componentes sensoriais, afetivos e cognitivos, sociais e comportamentais. Embora uma pessoa consiga sobreviver com dor, ela interfere no seu bem-estar, nas relações sociais e familiares, no desempenho do seu trabalho, influenciando assim a sua qualidade de vida. Portanto, a avaliação da dor se constitui uma premissa na prática do enfermeiro, que busca desenvolver um cuidado individualizado e ético, dirigindo-se à causa desencadeante da dor, a fim de aliviá-la. A dor é um sintoma e uma das causas mais frequentes da procura pelos serviços de saúde, sendo que, em muitas instituições, é reconhecida como o quinto sinal vital integrado na prática clínica especializada, conforme dados relacionados à origem do cuidado ético e à avaliação da dor, bem como aos cuidados de enfermagem no paciente com dor. Percebe-se que a dor é um fenômeno subestimado nos pacientes e, nesse sentido, a educação em enfermagem necessita repensar a formação do enfermeiro. (PESSINI, 2010, p. 129).

A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor consideram a dor o quinto sinal vital que deve ser registrado ao mesmo tempo, e no mesmo ambiente clínico, em que também são avaliados os outros sinais vitais, quais sejam: temperatura, pulso, respiração e pressão artéria. Estar com dor é uma experiência cotidiana nas instituições de saúde, de trabalho e no domicílio. Em muitos casos, mais do que um sintoma, a dor é a doença em si, e seu controle é o objetivo do tratamento. De sua vivência resultam alterações biológicas, psicossociais e sofrimento. Há prejuízo do sono, do trabalho, da movimentação e deambulação; ocorre alteração do humor, da capacidade de concentração, do relacionamento familiar, da atividade sexual e há apreciação pessimista e desesperançada da vida. É um fenômeno cuja etiologia e manifestação são multidimensionais, com base teórica advinda de várias ciências. Os aspectos biológicos, emocionais e culturais da experiência dolorosa justificam o uso de intervenções múltiplas, farmacológicas e não farmacológicas, para o seu alívio.

A avaliação da experiência dolorosa deve estar apoiada no que se se compreende como dor. Dor foi conceituada pela Associação Internacional para Estudos da Dor, como “uma experiência sensorial e emocional desagradável,

associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões. Cada indivíduo aprende a utilizar esse termo através de suas experiências prévias traumáticas [...]”.

Dessa definição, depreende-se que a relação entre lesão tecidual e dor não é exclusiva ou direta e que, na experiência dolorosa, há aspectos sensitivos, emocionais, cognitivos e socioculturais. O sucesso no tratamento da dor requer uma avaliação cuidadosa de sua natureza e o entendimento dos diferentes tipos e padrões de dor, bem como conhecimento do melhor tratamento. A boa avaliação inicial da dor irá atuar como uma linha de base para o julgamento de intervenções subsequentes, pois compreender as angústias físicas, psicológicas, sociais e espirituais do paciente com dor requer habilidades e conhecimento. Para tanto, o adequado preparo dos enfermeiros é a estratégia fundamental para o controle da dor, pois são os profissionais que mais frequentemente avaliam a dor, segundo Manual do Ministério da Saúde. (2001).

O controle da dor deve ser baseado em avaliação cuidadosa com elucidações das possíveis causas e dos efeitos desse sintoma na vida do paciente, investigando fatores psicológicos que possam estar influenciando. Uma anamnese completa e exame clínico são vitais, e as investigações laboratorial ou radiológica podem ser necessárias para esclarecer o diagnóstico, pois a dor é uma experiência única e pessoal, não linguagem padrão, variando dentro de uma mesma família ou grupo cultural.

A dor pode ser classificada em aguda e crônica, como se segue:

- *Dor aguda*: está relacionada a afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias; há expectativa de desaparecimento após a cura da lesão; a delimitação temporoespacial é precisa; há respostas neurovegetativas associadas (elevação da pressão arterial, taquicardia, taquipneia, entre outras); ansiedade e agitação psicomotora são respostas frequentes e têm a função biológica de alertar o organismo sobre a agressão.
- *Dor crônica*: é aquela que persiste após o tempo razoável para a cura de uma lesão ou que está associada a processos patológico-crônicos, que causam dor contínua ou recorrente. Não tem mais a função biológica de alerta, geralmente não há respostas neurovegetativas associadas ao sintoma. É mal-delimitada no tempo e no espaço, e ansiedade e depressão são respostas frequentemente associadas ao quadro clínico.

Apesar das evidências do impacto da dor nos doentes, ela é subidentificada e subtratada. Em estudo com doentes sentindo dor, observou-se referência de dor em 46% dos doentes no momento da entrevista. Estudo realizado por Yates e colaboradores mostrou que 45% a 75% de pacientes hospitalizados têm dor com intensidade de moderada a severa. Em outra investigação, os mesmos autores identificaram a prevalência de 78,6% de dor, em 205 pacientes internados, dentre os quais 33,5% com intensa magnitude.

A dor, quando não tratada adequadamente, afeta a qualidade de vida dos doentes e de seus cuidadores em todas as dimensões: física, psicológica, social e espiritual. Em todos os casos, o tratamento deve ser individualizado, de acordo com as necessidades do paciente e dirigido, se possível, à causa desencadeante de dor.

O controle da dor deve ser uma preocupação do enfermeiro. A atuação do profissional, de modo independente e colaborativo, compreende a identificação de queixa algica. A caracterização da experiência dolorosa em todos os seus domínios; a aferição da repercussão da dor, como o funcionamento biológico, emocional e comportamental do indivíduo; a identificação de fatores que contribuam para a melhora ou piora da queixa algica; a seleção de alternativas de tratamento e a verificação da eficácia das terapêuticas implementadas são elementos que podem ser incorporados ao plano terapêutico.

A experiência dolorosa é um fenômeno individual e, para caracterizá-la, devem ser realizadas avaliações sistemáticas. O registro de tais informações permite que os dados sejam compartilhados entre os diversos plantões e a equipe multiprofissional, possibilitando melhor assistência. A comunicação entre o doente e os profissionais que o atendem é de extrema importância para a compreensão do quadro algico e de seu alívio. No intuito de refinar a expressão dessa experiência e facilitar a comunicação entre doentes e profissionais, foram desenvolvidos instrumentos.

Os objetivos da avaliação da experiência dolorosa são: determinar os elementos que justificam manter ou exacerbar a dor, o sofrimento e a incapacidade; apurar o impacto da dor na vida do indivíduo e verificar a eficácia das intervenções terapêuticas propostas. Para se entender a dor e ser capaz de aliviá-la no processo da cura deve-se considerá-la em seu contexto mais amplo, que inclui as atitudes e expectativas mentais do paciente, seu sistema de crenças, o apoio emocional da

família e dos amigos, e muitas outras circunstâncias. Em vez de lidar com a dor desse modo abrangente, a atual prática médica atua dentro de uma limitada estrutura biomédica, tenta reduzir a dor a um indicador de algum distúrbio fisiológico específico. Na maioria das vezes, a dor é tratada por meio da negação e suprimida com analgésicos.

No entanto, várias atividades de enfermagem podem ser usadas para auxiliar a pessoa que manifesta dor, como, por exemplo: estabelecer relação com o paciente que sente dor; ensinar ao paciente a resposta da dor; usar a situação paciente-grupo; lidar com outras pessoas que estejam em contato com o paciente; fornecer outros impulsos sensoriais; promover repouso e relaxamento; usar analgesia imaginada; diminuir os estímulos nocivos; utilizar outro auxílio profissional; permanecer com o paciente; explicar que a fonte de estímulos nocivos foi removida ou diminuída e auxiliar na assimilação da experiência com dor.

Balck e Matassarini-Jacobs (1996) afirmam que a interação terapêutica com alguém, que apresenta dor pode incluir: a facilitação da expressão dos sentimentos pelo paciente, o que lhe dará uma sensação de que está sendo bem cuidado; oferecimento de apoio, tranquilização e compreensão, que podem aliviar a dor atual ou prevenir a dor futura; ensinar aos pacientes técnicas para o alívio da dor.

Avaliações realizadas e registradas sistematicamente podem contribuir para melhorias no manejo do fenômeno doloroso; porém, em nosso meio, poucos são os serviços que se utilizam desses instrumentos. A utilização de instrumentos padronizados para mensurar e avaliar as características da dor tem se mostrado efetiva como estratégia para o registro de dados sobre dor e analgesia. No entanto, a inexistência desses instrumentos não impede que a dor seja avaliada e registrada. A mensuração das características da dor compreende a identificação dos aspectos relativos ao início da queixa, à localização, intensidade, qualidade, frequência, duração, o padrão de instalação dos episódios e a investigação dos fatores de melhora e/ou de piora do sintoma. Compreende, também, investigar as ações implementadas, o alívio obtido com essas terapêuticas e os possíveis efeitos colaterais.

A aferição da intensidade da dor é fundamental para o planejamento e a verificação da terapia proposta. Deve ser verificada na admissão do doente, após um procedimento doloroso, com o aparecimento de uma nova queixa álgica e,



rotineiramente, em intervalos regulares, dependendo da natureza e magnitude da dor. Para realizar a avaliação, o enfermeiro terá de fazer uma análise da sua intervenção e, através dela, avaliar a reação do doente às ações de enfermagem, que lhe foram executadas e alterá-las, se necessário, pois só assim pode-se considerar satisfatória a assistência ao doente.

Ao falar-se de cuidado, deve-se levar em conta que, para o mesmo ocorrer, é necessário um processo interativo, em que o profissional cuidador, no caso o enfermeiro, aplique, além de sua habilidade técnica, conhecimentos; tenha intuição e, sobretudo, muita sensibilidade com o indivíduo a ser cuidado. Nessa perspectiva, cuidar de alguém com dor não significa apenas realizar técnicas para deixá-lo “confortável”, mas, também, mostrar, na relação profissional/paciente, interesse, compaixão, afetividade, consideração, que têm o intuito de aliviar, confortar, apoiar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer, e torná-lo satisfeito com o seu viver. Considera-se que o domínio técnico-científico contribui para uma melhor assistência ao paciente com dor. No entanto, referente a essa temática, pode-se constatar que há relatos de falhas de conhecimento, crenças e atitudes equivocadas; inadequada avaliação e insuficiente registro sobre dor e analgesia.

A análise dos registros de enfermagem, em prontuário de doentes hospitalizados, pode propiciar a identificação de problemas relativos ao controle de dor e subsidiar propostas de soluções calcadas na nossa realidade. Entretanto, pesquisas demonstram que os registros sobre a avaliação da dor são insuficientes e pouco contribuem para o adequado cuidado do paciente com dor.

O enfermeiro precisa saber quando ocorre a dor e como ela afeta o doente, para poder ajudá-lo. Para isso, é necessário utilizar técnicas de comunicação, as quais envolvem, entre outros aspectos, o respeito à individualidade do doente, o estabelecimento de uma relação empática; o desejo de sentir o mundo desse indivíduo como se fosse seu e, finalmente, saber escutar e questionar com perguntas simples e diretas, no sentido de ajudar a compreender a sua dor. A observação permite ao enfermeiro verificar aspectos comportamentais do doente, que são concretos e observáveis.

A existência de dor e suas características, em termos de localização, intensidade, descrição (aguda, lancinante, espasmódica, violenta); duração e recorrência; as reações comportamentais do doente à dor (expressão facial, choro); como é que a expressa verbalmente; como é que a encara; como reage (tem medo,

fica angustiado, irritável, ou com insônia...); os fatores fisiológicos associados (manifesta taquicardia, aumento da pressão arterial, taquipneia, palidez, sudorese ou alteração da tensão muscular). Em suma, pode-se dizer que, de acordo com a situação, as ações de enfermagem englobam diversas técnicas, que podem ser desenvolvidas de forma direta ou indireta através de:

- aproveitamento de um relacionamento confiante;
- criação de um ambiente calmo;
- criação de uma sensação de conforto geral;
- mudanças de posição;
- distração para desviar a sua atenção da dor;
- alteração na condução do estímulo;
- técnicas de modificação comportamental;
- promoção da autoconfiança;
- estabelecimento de uma boa comunicação-empatia;
- apoio emocional ao doente e à família.

Além dessas medidas, o enfermeiro pode utilizar outras técnicas, que visam a ampliar suas ações, diante de um paciente com dor.

A mensuração da dor no homem é essencial para a avaliação dos métodos de controle da dor. Para avaliação da dor do paciente, pode-se usar uma grande variedade de escalas unidimensionais para mensurar a intensidade da dor. Porém, o desafio para o enfermeiro é adaptar cada instrumento à capacidade cognitiva e psicomotora de cada paciente, adulto ou criança, para que os dados subjetivos referidos possam ser traduzidos de forma mais objetiva possível. É importante utilizar protocolos padronizados, para que todos os profissionais avaliem de forma sistemática as experiências dos pacientes.

Vários métodos são utilizados para mensurar a percepção e sensação da dor. Alguns consideram a dor como uma qualidade simples, única e unidimensional, que varia apenas em intensidade.

A classificação descritiva da dor é uma alternativa, que pode ajudar o paciente a graduar a intensidade da dor. Escalas padronizadas para a descrição da intensidade da dor melhoram a comunicação; validam as intervenções sucessivas e proporcionam uma avaliação mais confiável dos métodos de alívio da dor a serem utilizados. Escalas padronizadas ajudam todos os envolvidos no processo do

cuidado ético aos pacientes com dor. Também, segundo Kazanowski (2005, p. 32), o uso dessas escalas ajuda a realizar uma comparação da dor em duas ocasiões, ou mesmo entre indivíduos, proporcionando assim uma base prática de como está sendo o resultado de nossas ações no desenvolvimento do cuidado ao paciente no processo da dor.

A intensidade ou a gravidade da dor é avaliada usando-se uma escala da dor. Existem diversas escalas, são exemplos: a Escala Visual Numérica (EVN), graduada de zero a dez, em que zero significa “ausência de dor” e dez, “a pior dor imaginável”, e a Escala Visual Analógica (EVA), que consiste de uma linha reta, não numerada, na qual uma extremidade corresponde à “ausência de dor”, e a outra à “pior dor imaginável”.

Quantificação da experiência dolorosa por meio de expressões:

- 0 – sem dor;
- 1 a 3 – dor leve (A);
- 4 a 6 – dor moderada (B);
- 7 a 10 – dor insuportável/intensa (C).

O processo de enfermagem deve ser o caminho que o enfermeiro pode utilizar para buscar mudanças nos desequilíbrios biopsicossociais e espirituais, visando ao bem-estar do indivíduo, à família e à comunidade. (CROSSETTI, 2008). Um método de triagem deve ser planejado para definir apenas uma prioridade clínica e não um diagnóstico ou uma exclusão diagnóstica por vários motivos:

1º – o foco em um serviço de urgência é facilitar a gestão da clínica para cada paciente individualmente e, também, a gestão de todo o serviço, isto é, melhor alcançado através da alocação exata de um paciente em uma prioridade clínica;

2º – o tempo da realização da triagem deve ser curto;

3º – o diagnóstico clínico final não está precisamente associado à prioridade clínica, já que reflete aspectos de uma situação de queixas particular, apresentada por um paciente. Sua prioridade clínica deve corresponder à intensidade da dor e não ao diagnóstico final.

A metodologia de triagem requer que o profissional defina bem a queixa, ou o motivo que levou o cidadão a procurar o serviço de urgência. Seleciona-se a de maior conformidade entre as várias apresentadas e, depois, procura-se, em um número limitado de sinais e sintomas, em cada nível de prioridade clínica, aquela

que corresponde à situação do paciente. No sistema de Escala Visual Analógica, os sinais e sintomas estão apresentados na forma de fluxogramas para cada condição apresentada, os fluxogramas de apresentação. Os discriminadores que indicam níveis de prioridade mais altos são os primeiros a serem procurados. No outro extremo, a ausência ou negação de um discriminador pertinente irá classificar muitos dos pacientes como não urgentes.

O modelo de classificação deverá conter o nome do paciente, a idade, data, o horário, a situação-queixa (apresentação), o fluxograma de apresentação pertinente, determinante que defina a prioridade de atendimento, breve história, observação objetiva, dados vitais, conforme protocolo, prioridade no atendimento, histórias de alergias, uso de medicações, medidas iniciais adotadas no caso, reavaliações, nome do enfermeiro, assinatura.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho partiu do exame do significado do *cuidado de si*, desde a cultura grega, perpassando pelo diálogo de Platão com referência a Alcibíades I, destacando-se o estudo sobre este enfoque, feito por Foucault, em *A Hermenêutica do Sujeito*, em que fica evidenciado como a experiência ética que o sujeito faz de si mesmo é inseparável do processo político de sua formação.

Esse embasamento teve como objetivo levantar questões e analisá-las, para que se possa repensar o preparo do profissional da Enfermagem para o exercício do cuidado ético, no atendimento de pacientes com dor.

Assim sendo, foram observados alguns resultados que merecem uma interpretação e, assim, permitir a reflexão sobre o conhecimento que é utilizado na prática do cuidado, quando o profissional enfermeiro cuida do outro no atendimento do paciente com dor.

Busca-se entender que a complexidade da relação entre saber e fazer, em enfermagem, revela o quanto todos precisam cuidar de si, na busca contínua de conhecimento para cuidar do outro, sendo que para a Enfermagem o outro é o paciente, tratado como *cliente* na era moderna.

O cuidado exige a predominância do conhecimento e da consciência moral em todas as ações e condutas, regido por afeto, sensibilidade e respeito. Sendo assim, compreende-se a ética como o propósito de refletir sobre o agir humano e suas finalidades, buscando sempre compreender os critérios e valores que orientam o julgamento da ação em suas múltiplas atividades, principalmente as relativas ao cuidado ético no atendimento do paciente com dor.

Platão acreditava que o homem justo é o homem no lugar certo, dando o melhor de si e desenvolvendo o equivalente daquilo que recebe; dessa maneira, a sociedade seria orquestrada em ação, cooperando para a harmonia e respeitando a ordem.

Desse modo, no contexto profissional, percebe-se que quando se assume determinadas posições, é exigida uma atuação de acordo com os preceitos específicos de cada profissão. Tem-se que desvendá-la com perfeição, para que a harmonia e a ordem sejam mantidas. “A ética é o caminho usado para preparar o homem para construir a *polis*.” (SANTIN, 1998, p.112).

A ética se constrói no tempo e na História, enriquece a vida humana e apresenta-se como consciência do indivíduo com ele mesmo, com a sociedade e com o mundo. A atuação do profissional de enfermagem deve ser pautada no cuidado ético, entendendo-o como aquele cuidado que parte de um ser humano corresponsável com a empatia e solidariedade com o outro e com suas ações profissionais.

O cuidado ético, na área da saúde e assistência, exige compartilhar sobretudo solidariedade com o outro e com suas ações. O agir ético exige dos profissionais de enfermagem desenvolver cotidianamente reflexões para a tomada de decisões relacionadas às ações técnicas, em consonância com os preceitos éticos, que, muitas vezes, não são simples, pois podem envolver outros profissionais.

Acredita-se que essa nova ética será possível quando houver a oportunidade de refletir sobre nossas ações e sobre como cuidamos de nós. A ética do cuidado é uma possibilidade de programarem-se práticas educativas que direcionem a ética do cuidado para melhor qualidade de vida, como: convivência, diálogo, alteridade, mas que não permaneçam apenas no discurso, e permitam que se questione como o cuidado de si pode contribuir para o cuidado do outro. É importante pensar nas diversas formas de cuidar de si, mas acredita-se na superioridade moral do ser humano de inovar com atitudes, com uma nova maneira de ser e de refletir. Toda essa prática deverá ser comum e, segundo Foucault, passe a problematizar o que somos, o que é o outro, onde vivemos, de que forma exercemos o nosso papel de cuidadores, quando nem sabemos como nos cuidar.

Essas práticas devem contribuir para que o ser humano inove com atitudes provenientes de sua nova maneira de ser e de refletir o “cuidar do outro” que exige, primeiro, um cuidar de si próprio.

## REFERÊNCIAS

ARRUDA E NEVES e, A. SILVA integrado de pesquisa cuidando e confortando; retrospectiva histórica. **Texto e contexto – Enfermagem**, Florianópolis. v. 7, n. 2, p. 13-25. maio/ago. 1998.

BLACK, J. M., et al. **Enfermagem médico-cirúrgico**: uma abordagem psicofisiológica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 1996.

BARBOSA, M. A., et al. **Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde**. Uerj. v. 12, n. 1, p. 38-43, 2004.

BARBOSA, M. A.; SILVA, M. J. P.; BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em:

<<http://www.soleis.adv.br/leiorganicadasaude.htm>>. Acesso em: 8 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes curriculares para os cursos de graduação. **Resolução CNE/ CES Nº 3**, de 7 de novembro de 2001. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/sesu/diretriz.htm>>. Acesso em: 28 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Aprender SUS: O SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília, 2004 a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aprendersus.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos**: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001. (Manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Diretrizes curriculares para os cursos de graduação**. Brasília, 2004b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=content&task=view&id=430&Itemid=420>>. Acesso em: 27 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários de saúde. Brasília, 2009.

BRANDEN, Pennie, Sessler. **Enfermagem materno-infantil**. Rio de Janeiro: Reichmann @ Affonso, 2000.

.Ética e prática profissional em saúde. **Texto & Contexto Enferm**. n. 14, v. 1, p. 65-74, 2005, Brasil. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen).

BUENO, Francisco da Silveira. **Minidicionário da língua portuguesa**. Ed. rev. e atual, por Helena Bonito C. Pereira, Rene Signer. São Paulo: FDT: Lisa, 1996.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enf.**, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

CARVALHO, M. C. M, de. Por uma ética ilustrada e progressista: uma defesa do utilitarismo. In: OLIVEIRA, M. A de. (Org.) 2007.

CARVALHO, Maria C. de. (Org.) **Construindo o saber**: metodologia científica, fundamentos e técnicas. Campinas: Papirus, 1991.

CENCI, Angelo Vitório. **Ética geral e das profissões**. Ijuí. Ed. da Unijuí, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Cofen). Resolução n. 311, de 8 de fevereiro de 2007. Dispõe sobre O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: Cofen; 2007.

CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem). **Processo de cuidar**: uma aproximação à questão existencial na enfermagem. Florianópolis – UFC, 2008..

DELEUZE, G. Um retrato de Foucault. In: Deleuze, G. **Conversações**. (1972-1990). São Paulo: Ed. 34, 1992. p. 127-147.

DELORS, J. et al. **Educação**: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre a Educação para o século XXI. 3. ed. São Paulo: Cortez, Brasília: MEC, UNESCO, 1999.

FAUSTINO, R. L. H.; et al. Caminhos da formação de enfermagem: continuidade ou ruptura? **Rev. Bras. Enf.**, v. 56, n. 4, p. 343-347, 2003.

FOUCAULT, Michel. **Hermenêutica do sujeito**. 1981/1982. Paris: Gallimard, Le Seaul, Paris 2001.

FOUCAULT, Michel. **A hermenêutica do sujeito**: curso dado no Collège de France (1981/1982). Trad. de Márcio Alves Fonseca e Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, MICHEL. **A ética do cuidado de si como prática da liberdade**. São Paulo: Forense Universitária, 2004a.

FOUCAULT, MICHEL. **Hermenêutica do sujeito**. São Paulo: M. Fontes, 2004b.

FOUCAULT, MICHEL. **História da sexualidade 2: o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, MICHEL. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: M. Fontes; 2002.



FOUCAULT, Michel. **Hermenêutica do sujeito**. 1981/1982. Paris: Gallimard, Le Seaul, 2010.

FOUCAULT, Michel. **A hermenêutica do sujeito**: curso dado no Collège de France (1981/1982). Trad. de Márcio Alves Fonseca e Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FURROW, DWLGHT. **Ética**: conceitos chave em Filosofia. Trad. Fernando José Rocha. Porto Alegre: Artemd, 2007.

GARCIA, Lenise Aparecida Martins. **O desenvolvimento de competências e habilidades**. 2007. Disponível em: <<http://www.2uffa.br/ensinofts/comprab.htm>>. Acesso em: 26 set. 2012.

GELAIN, I. **O significado do ETHOS e da consciência ética do enfermeiro nas relações de trabalho**. 1991. Tese (Doutorado em Enfermagem), São Paulo – Escola de Enfermagem da USP, 1991.

KAZANOWSKI, Mary K. **Dor**: Fundamentos, abordagem clínica, tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LOPES, M. J. M. Ferreira. Mulheres, saúde, trabalho. In: STREY, M. N. (Org.). **Mulher**: estudos de gênero. São Leopoldo: Unisinos, 1997.

MATHEUS, Maria Clara Cassuli: **Pesquisa qualitativa em enfermagem**: Médica Paulista. LPM, 2006.

MEYER, D. **Saúde da mulher**: indagações sobre a produção do gênero. O mundo da Saúde. São Paulo, v. 23, n.2, mar./abr. 1999.

NUNES, Dulce Maria. Cuidado em espaço de criação. In: ARRUDA, E. N. GONÇALVES, L. H. T. **A enfermagem e a arte de cuidar**. Florianópolis: UFSC, 1999. p. 97-106.

\_\_\_\_\_. Epistemologia do cuidado humano arte e ciência da enfermagem abstraída das ideias de Watson. **Texto e contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 64-85 jan./jun. 1998.

PAGANINI, Maria Cristina. **Humanização da prática pelo cuidado**: um marco de referência para a enfermagem em unidade crítica. 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência em enfermagem) – UFP, Curitiba, 1998.

PESSINI, Leo. **Espiritualidade e arte de cuidar**: o sentido da fé para a saúde. São Paulo: Paulinas. Centro Universitário São Camilo, 2010.

PAINI, Joseani Pichinin. **Diálogo como cuidado**: processo educativo de enfermagem. Erechim: Edifapes, 2001.

PAVIANI, Jayme. Filosofia, Ética e Educação – **De Platão a Merleau-Ponty**. Caxias do Sul: Educs, 2010a.

PAVIANI, Jayme. **Platão, a educação e o cuidado de si**: a recepção de Foucault. Hypnos, São Paulo, nº 24, 2010b.

PEGORARO, O. **Ética e bioética**. Petrópolis: Vozes, 2000.

PERRENOUD, Philippe. **Dez competências para ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PESSINI, Leo. **Espiritualidade e arte de cuidar**: o sentido da fé para a saúde. São Paulo: Paulinas. Centro Universitário São Camilo, 2010.

PLATÃO. **Diálogos**: Fedro, cartas, o primeiro Alcibíades. Trad. de C. A. Nunes. Belém: Universidade Federal do Pará, 1975.

PLATON, Apologia de Sócrates,<sup>29</sup> Foucault, Michel , 1926-1984. História da Sexualidade 3: o cuidado de si\ Michel Foucault; Tradução Maria Tereza de Albuquerque- Rio de Janeiro- Edições Graal, 1985.

RESENDE, Ana Lúcia Magela de et al. *A questão da intersubjetividade na obra de Alfred Shutz*. Florianópolis: UFSC, 1993.

RIZZOTTO, M. L. F. **História da enfermagem em sua relação com saúde pública**. Goiânia: Petropolis,, 1999.

SANTIN S. Cuidado ou conforto: um paradigma para a enfermagem desenvolvido segundo o costume dos Filósofos Texto Contexto Enfermagem 1998 ;maio\ agosto pg. 111.132

SANTOS B.S. *Um discurso sobre as ciências na transição para as ciências pós-modernas*. 2. ed. Porto Alegre: Afrontamento, 1988.

SELLI L. **Bioética na Enfermagem**. 2. ed. São Leopoldo: Unisinos, 2000.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto,1998.

ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. Exercício do poder diante de complexidade das relações no espaço médico-hospitalar e de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 2, jul.\dez.1996.