

Revista Brasileira de Enfermagem



Todo o conteúdo deste periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#). FONTE:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671991000100004&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 27 jan. 2019.

REFERÊNCIA

ROSSI, Maria José dos Santos. O curar e o cuidar: a história de uma relação (um ensaio).

Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 44, n. 1, p. 16-21, mar. 1991. DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671991000100004>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671991000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 out. 2018.

O CURAR E O CUIDAR – A HISTÓRIA DE UMA RELAÇÃO (um ensaio)

Maria José dos Santos Rossi*

RESUMO – O presente ensaio refere-se a um estudo da relação entre a arte de cuidar e a arte de curar. Se o cuidar existiu desde que a humanidade se constituiu, ele era um saber indiferenciado o qual tanto faziam parte as atividades elaboradas no cuidado e na cura. Utilizando autores que tratam tanto da questão da relação de poder entre os gêneros masculino e feminino, bem como situam aquelas atividades no contexto histórico, verificamos existir uma ruptura entre o cuidar e o curar, ficando este último hegemônico. O cuidar, assim se transforma em enfermagem, como atividade subalterna. Este é o início de uma pesquisa a longo prazo para situar as noções relativas da disciplina – o seu discurso.

ABSTRACT – CURE AND CARE – A history of a relationship (an essay) – This essay refers to a study between Cure art and Care art. If there has been CARE since Mankind has been established, it was an adaphoristic knowledge so that elaborated activities in care and cure both have taken part in it. Making use of authors that deal with both questions on power relation between male and female genders and pointing out those activities on a historical context, it has been verified that there is a rupture between **Cure** and **Care**, being the latest as hegemonic. **CARE** turns into nursing as an activity which subordinate. This is a long – term research mark point to situate native notions of the subject-its own speech.

1 INTRODUÇÃO

O nosso interesse inicial é o conhecimento histórico da nossa disciplina que vamos chamá-la “a arte de cuidar” e a sua formação como um saber indiferenciado. Em sua evolução, melhor, em sua constituição, há uma série de fatos que nos mostram mecanismos de transformação desse saber indiferenciado, em descontinuidade, em saberes: diferenciado, científico, dominante e dominador – “curar” – e em um saber dominado, domesticado – “cuidar”.

Queremos, com este ensaio lançar uma hipótese de trabalho que consiste na afirmação de que o cuidar existe desde a existência da humanidade. Sua descontinuidade, através de uma tecnologia sanitária a transformou em 2 tipos de saberes: o **curar** hegemônico, masculino, **público**, um saber que se afirma política e cientificamente e o **cuidar** – dominado, feminino, assimilado ao doméstico, localizando essa transformação no século XVIII na Europa, e no século XIX no Brasil – com a Proclamação da República.

Pretendemos, como metodologia, acompanhar o movimento dessa possibilidade – o **cuidar** – para tentar estabelecer as rupturas ao nível do saber, que possam nos ajudar a isolar os momentos e os resultados desse processo, como diria Foucault.

Pretendemos não limitar a nossa análise ao nível do discurso para que seja possível, em acompanhando a dinâmica de ruptura cuidar (curar/cuidar), conhecer a formação histórica da nossa disciplina.

Inicialmente havíamos pensado no estudo sistemático do que pudemos chamar de pré-história da enfermagem, ou período pré-científico da disciplina no Brasil. Entretanto, ao verificarmos os fenômenos, a história mundial, constatamos haver necessidade desse estudo para entender a ruptura na formação do cuidar, curar – cuidar ao nível internacional para compre-

der o que se passou no Brasil, cuja história tanto pré-científica, como a científica de enfermagem ou do **cuidar** – está ligada ao velho mundo.

Assim, será possível, também, como quer Geertz⁸, analisar o uso do simbólico como ação social. Verificar as diferenças existentes em cada momento da ruptura (cuidar/curar), entendendo-as e tentando assim, compreender e explicar o nosso objeto de trabalho.

2 O PROBLEMA

A desigualdade de sexos, em si, possui significados diferentes em sociedades diferentes. Essa desigualdade, entretanto, não é uma condição necessária das sociedades; é sim, um produto cultural que achamos ser possível haver transformações.

ROSALDO⁹ afirma haver uma noção popular de que “(. . .) as mulheres são biologicamente inferiores aos homens”.

Mead¹⁰ também afirma que “em todas as sociedades conhecidas pode-se reconhecer a necessidade do homem em se realizar. Ele pode cozinhar, tecer, vestir bonecas ou caçar colibris, mas se tais atividades são ocupações apropriadas ao homem, então toda a sociedade, tanto homens como mulheres, as considera importantes”. Mas “quando essas mesmas ocupações são exercidas pelas mulheres, são consideradas menos importantes”.

Assim ROSALDO¹⁰ inicia-se na hipótese de que há uma posição entre “homem que significa **cultura** e a mulher que, (definida através de símbolos que salientem suas funções sexuais e biológicas) significa natureza e, frequentemente, desordem”.

A mulher estaria associada ao perigo, à noção de desordem.

* Professor Livre Docente – Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília

Do ponto de vista da formação da personalidade, a nossa antropóloga faz uma distinção na aculturação da menina – em família – e do menino fora do lar – na aprendizagem de um status que tem autoridade formal. O menino mantém uma distância social, tornar-se homem. . . é um aprendizado, é aprender a construir a **ordem**, é criar e controlar essa ordem social e seus níveis de competição. A masculinidade é apreendida, é cultural, é conquistada!

A menina, ao contrário, precisa apenas aprender a dar respostas às necessidades daqueles que a cercam.

A feminilidade é sentida e formulada como um produto natural, da família. Tornar-se mulher é assumir um status que lhe é atribuído.

Dar a luz, ter menstruação, pranteiar os mortos, alimentar as crianças, os velhos e doentes, limpar as fezes, amamentar, cuidar dos outros, são tarefas associadas simbolicamente ao sujo, ao trabalho doméstico e destinadas culturalmente ao feminino.

Controlar sua imagem pública, possuir uma autoridade abstrata desenvolvendo uma imagem “sagrada” de integridade, elaborar um sistema de normas, idéias e padrões de avaliações, são tarefas destinadas ao masculino.

ROSALDO¹⁰ chega a afirmar que nunca houve, em nenhuma sociedade, estabelecido o poder feminino – matriarcado – e que, em todas as sociedades primitivas ou modernas, as mulheres são associadas à desordem, portadoras de desigualdade universais. O trabalho dos antropólogos “falhou ao desenvolver perspectivas teóricas considerando a mulher como agente social”. E mais ainda “(. . .) a visão antropológica atual suscita a observação de que a maioria e, provavelmente, todas as sociedades contemporâneas, seja qual for sua organização familiar ou modo de subsistência, são caracterizadas por algum Grau de domínio masculino”.

A importância do esquema teórico de Rosaldo na descrição do simbólico em relação à desigualdade sexual é que na conceituação de cuidar, ou “**arte de cuidar**”, encontramos todos os elementos situados e descritos como constantes do papel feminino.

– O que vem a ser **cuidar**

O novo dicionário da língua portuguesa de Aurélio B. Holanda Ferreira nos define cuidar como verbo transitivo direto, que vem do latim cogitare. Significando – imaginar – pensar – meditar – cogitar – excogitar – julgar – supor – aplicar a atenção, o pensamento, a imaginação – atentar – pensar – refletir – ter cuidado – tratar – fazer os preparativos, ter-se por – julgar-se – considerar-se – prevenir-se – acautelar-se – ter-se cuidado consigo mesmo e com sua saúde, a sua aparência ou apresentação.

Em relação ao objeto que queremos tratar, preferimos tomar a expressão **ter cuidado** com sua saúde.

O vocabulário **cuidado** no mesmo dicionário significa atenção – precaução – cautela – diligência – desvelo – zelo – encargo – responsabilidade – conta – inquietação de espírito – pessoa ou coisa que é objeto de desvelos – pensado – imaginado – meditado – previsto – calculado – suposto.

Na língua portuguesa o vocábulo **cuidado** não é específico, como específica, não era a tarefa desenvolvida pelas pessoas que cuidavam de outrem em todas as culturas. A palavra nos traz a idéia de responsabilidade, inquietação de espírito, pessoa que é objeto de

desvelos. Sugere atitudes e sentimentos que podem levar a uma relação entre pessoas, isto é, a uma prática, uma ação social. E esta ação social, o **cuidado**, era comandada pelas representações simbólicas que, até o século XVII, estavam ligadas à religião.

No seu estudo sobre o hospital, M. Foucault afirma: “O hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e de exclusão⁵”. Ainda não havia se constituído o hospital como o espaço médico por excelência. Era o reino das religiosas, cujo objeto de ação não era o doente que necessitava ser curado, mas o pobre que estava morrendo. A ação das religiosas era tanto o cuidado material como o espiritual com o objetivo de fazer a caridade e salvar a alma. Havia uma contra-partida simbólica: salvando a alma do pobre, salvava-se quem cuidava dele. E no hospital não se tinha apenas doentes, haviam também loucos, devassos, prostitutas, enfim pessoas portadoras da desordem.

A função do curar não estava representada nas atividades do hospital que era concebido como local pouco recomendado, de desordem. A função de curar se constituía num “jogo entre a natureza, a doença e o médico”.

Não havia qualquer relação entre o hospital e a medicina. Esta era teórica, livresca e não estava associada à clínica.

O cuidar era concebido como atividade feminina, desenvolvida pelas religiosas com sua representação do trabalho “doméstico” e com sua dimensão filantrópica e caritativa, sem poder público e cujos valores não eram considerados. O paradigma hegemônico do cuidar era o mágico-religioso.

Em povos antigos, como os hindus, não havia diferenciação entre o cuidar e o curar – “los anales de la medicina hindu empiezan con el Atarva-Veda; en este libro, incrustada en una masa de magia y encantamientos hay una lista de enfermedades con sus síntomas. La medicina surgió como adjunto de la magia: el sanador estudiaba y empleaba medios terrenales de curación para ayudar a sus formulas espirituales³”. “(. . .) se confiaba mucho en la dieta, baños, enemas, inhalaciones, inyecciones uréticas y vaginales y sangrias con sanguijuelas o ventosas³”.

O código de Manu foi decididamente contra a mulher: “la fuente del deshonor es la mujer; la fuente de la lucha es la mujer; evítad, pues, a la mujer³”.

A mulher, o filho e o escravo não poderiam possuir bens. A mulher era um bem do homem, era sua propriedade.

Não só na Índia, mas em todos os povos antigos a mulher não se acercava do poder público, faziam as tarefas domésticas/inferiores, sujas. Algumas mulheres viúvas hindus que não eram queimadas vivas após a morte dos seus esposos “quedaban aparte, dedicadas a una actuación caritativa³”.

A mulher, era considerada suja pela menstruação e pelo parto (funções naturais – natureza suja).

É no final do século XVIII, no velho mundo, que a “arte de curar” inicia a sua formação distanciando-se da arte de cuidar, tornando-se pública, política e com poder. Essa transformação se dá, segundo M. FOUCAULT⁵, pela necessidade de se colocar ordem nos hospitais militares que representavam a desordem econômica (contrabandos, gastos excessivos com as

peças internadas que por sua vez eram representantes de comportamento desordeiro).

A tecnologia militar, (formação de soldados – uso de novos instrumentos como o fuzil requeria uma atenção maior com o hospital. Afinal não se formavam soldados muito facilmente. Era necessário não só curar os soldados doentes, evitando a morte deles (idéia de investimento), como era também necessário **vigiá-los** para não desertar ou ainda para não possibilitar a burla de fingir que estavam doentes. O espaço hospitalar encontra no médico o seu especialista. Ficaram os médicos habilitados para a localização do espaço hospitalar e sua relação com os elementos naturais (clima, região, unidade etc) que poderiam favorecer o aparecimento de determinadas doenças. Eram também responsáveis pela organização das relações de coexistência interna e, depois social, dos homens entre si, dos homens com as coisas e dos homens com os animais, não ficando esquecido os aspectos ligados à moradia e aos deslocamentos. Foucault nos diz que “eles (os médicos) foram, juntamente com os militares, os primeiros administradores do espaço coletivo”. Nessa administração do espaço coletivo, surge uma nova tecnologia política chamada “**disciplina**”, uma espécie de micro poder, que foi possível se instalar graças aos mecanismos disciplinares.

A medicalização do espaço foi sendo estabelecido uma vez que a ordem reinou no espaço confuso do hospital.

Ainda, FOUCAULT⁵ demonstra que naquele final de século o modelo de inteligibilidade da doença era a botânica – classificação de Lineu.

A doença poderia ser compreendida como uma planta que nasce, cresce e morre. Assim, o meio ambiente externo ao indivíduo, mas que proporcionar uma troca com ele, pode ser responsável, se perturbado, pela doença. A doença nada mais seria do que a natureza perturbada. Esta é uma tendência ecológica na então emergente “arte de curar” dominante.

A mudança da intervenção médica da doença individual, que era até então, para o meio ambiente, juntamente com a disciplina do espaço hospitalar pela vigilância, dá origem à “arte de curar”. Para disciplinar o ambiente “terapêutico” – para total vigilância do corpo doente, há necessidade de uma “arte de cuidar” dominada.

Coincidentemente, o cuidar indiferenciado é exercido pelas (mulheres) religiosas. E o **cuidar dominado** pelas outras mulheres (não religiosas), cuja representação é o “doméstico”.

O hospital se transforma de local de ajuda aos doentes, aos loucos, aos devassos, em local de cura – com seu espaço distribuído de forma que se torne terapêutico – o domínio médico se instala – o curar no hospital da ordem.

A clausura, as comunidades religiosas que organizaram o hospital desordem são banidas. O espaço é medicalizado. Alimentação, ventilação, hidratação, condições de higiene, etc, passam a ser privilégio do médico que se torna o especialista, detentor de um poder, planejando as medidas de manutenção da saúde, pelo controle da população.

Esta “tomada de poder pelo médico, se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos,

enfermeiras, etc”.

Nos regulamentos dos hospitais no século XVIII na Europa (França e Inglaterra, principalmente), feitos pelos médicos, consta que “o médico **deve ser** anunciado por uma sineta, que a enfermeira **deve estar** na porta com um caderno nas mãos e **deve acompanhar** o médico quando ele entrar etc”.

Com esta tomada de poder pelo médico, significando o estabelecimento como dissemos da hegemonia do curar, novas técnicas são criadas sempre na perspectiva da disciplina, da ordem, pela vigilância – registros, técnicas de identificação anotadas de entrada e saída, sala, nome, diagnóstico, prescrições, tratamento, exames e cabe ao **cuidar dominado** – a enfermeira, a vigilância do espaço e do doente. Era a mudança de paradigma do “religioso” para o “científico”.

No Brasil a exceção da regra não se confirmou. Com a descoberta do Brasil, algumas ordens religiosas estenderam seus braços para cá, mandaram religiosas e foram construídas as Santas Casas de Misericórdia. O objetivo era salvaguardar a sociedade emergente dos comportamentos desviantes. Algumas dessas pessoas “eram toleradas na sociedade de então e nela encontravam atividades profissionais condizentes com seus desvios, (. . .) os loucos propriamente ditos, eram colocados nas cadeias, com vagabundos criminosos ou indiciados”.

O hospício D. Pedro II foi fundado já no final do século XIX – 1844 para a reclusão dos loucos⁴.

O sincretismo religioso da população brasileira formada de escravos negros, índios e brancos pobres, absorve crenças e práticas, tanto dos negros, como dos índios, possibilitando a comunicação com o sobrenatural, tanto na busca de segurança, como na busca de remédios para suas doenças.

Havia uma situação no Brasil de vários níveis de religiosidade em relação ao catolicismo. Por assim dizer, haviam 2 catolicismos – “um oficial, da teologia e um outro de vida e de devoção pessoal e familiar”.

“O catolicismo brasileiro era **longe** evangelização, feita por indivíduos ou na **farmácia** governo, através do padroado; **na administração, pelas irmandades e ordem terceiras; na assistência social, pelas casas de misericórdia;** nas devoções, de caráter privatizado”.

A importância da observação é que é pelas irmandades que a assistência social – a arte de cuidar – se realiza, especialmente, em relação aos pobres.

“Pobres eram os negros, escravos ou livres; os mulatos, de modo geral; os brancos que não possuíam terras, nem meios para o comércio; os índios que ao passarem do regime escravista à sociedade de produção, entravam na classe dos mais indigentes”.

Não havia nos hospitais assistência médica, nem farmacêutica como conhecemos hoje. A **assistência** era feita à base de sangrias, vomitórios, simpatias e benzeções.

A devoção a São Gonçalo e São Roque – servia para o tratamento de feridas bravas e a São Bento para mordidas de cobra. Assim a devoção estava ligada aos problemas de saúde¹.

A grande atividade, entretanto, da “arte de cuidar” nas Casas de Misericórdia era desenvolvida pelas irmãs de caridade que chegavam da França, cumprindo ordens dos detentores do poder, catolicismo oficial, da teologia, pelas ordens religiosas **novas**, ao Rio de

Janeiro, em Minas Gerais, na Bahia e no Ceará. Isto porque as ordens religiosas brasileiras, nativas (e haviam muitas no século XIX) tinham a vida religiosa como fim em si mesmo, escetando-se “as beatas do Pe. Ibiapina e as filhas de N.S. da Conceição dos humildes”. Ao que parece estas não evoluíram “porque não tinham foros europeus” e também não estavam envolvidas com o social.

Mostrar a discontinuidade entre a “arte de cuidar” e a “arte de curar” no Brasil é um dos nossos objetivos.

MACHADO⁸ demonstra a função do hospital na constituição da “arte de curar” ou seja da formação da medicina como poder hegemônico na sociedade brasileira do início do século XIX.

Ele descreve a “arte de cuidar” quando diz que “(. . .) a correlação médico-doença (foi) preterida por formas de cura referidas mais ao indígena, ao negro, ao Jesuíta, ao fazendeiro, do que ao próprio médico”.

Os parâmetros portugueses para os médicos foram trazidos e exercidos pelos Físicos Mores que vieram da corte. Estes eram mais administradores. Mas a assistência era prestada pelos sangradores, parteiras, pelos que aplicavam ventosas e sanguessugas e pelos que consertavam braços e pernas.

A Fisicatura, entretanto não demonstrava ser um saber autônomo e específico; por isso não tinha relação direta com os problemas de saúde coletiva. Esta não se apresentava como algo que deveria ser produzido e buscado. “Embora encerre o máximo de positividade, (a saúde), só é percebida negativamente pela presença da realidade representada pela doença”.

E o chamado hospital da sociedade colonial não é o meio eficiente de cura.

A vigilância da ordem ainda não se instalava. A vigilância do doente recolhido ao hospital era tarefa do enfermeiro ‘por respeito dos soldados não saíam **para fora e outras coisas mais**’.

Eram as religiosas que assistiam aos enfermos. MACHADO⁸ mostra que, embora a “arte de curar” não tenha se estabelecido no hospital colonial, havia uma ordem na distribuição do espaço hospitalar. Por exemplo, na Sta. Casa de Misericórdia da Bahia, em 1694, 180 doentes ocupavam 6 enfermeiras: a das febres – a do azougue – a das chagas – a dos convalescentes – a das mulheres e finalmente – a dos incuráveis.

Enfim, o hospital-colônia brasileiro tinha na divisão do seu espaço as respostas às necessidades do culto religioso, pois tudo girava em torno da visibilidade do altar, preparação de uma boa morte, ao mesmo tempo se separavam os sexos, faziam-se indicações de cuidados higiênicos; o aposento dos escravos (que cuidavam dos doentes) e dos carregadores de caixões de defunto se faziam presente, além de alguns quartos para reclusão de loucos.

A assistência hospitalar se constituía, aqui no Brasil, como lá no velho mundo, em uma assistência à miséria pela caridade, visando a salvação da alma de quem cuida e de quem é cuidado.

MACHADO⁸ cita alguns exemplos no final do século XVII no Brasil por ocasião da epidemia de febre amarela em Pernambuco. Havia um médico portu-

guês (Ferreira Rosa) que para cá viera a pedido do Conde Motebello, ouvidor mor daquela capitania. Os conselhos dados pelo médico Rosa não foram observados na sua totalidade, além do que ele não estava ligado às decisões políticas. Foi uma espécie de consultor.

Foram os jesuítas dos colégios de Olinda e de Recife que saíram em campo para combater a epidemia, assistindo aos enfermos. Esta ação era “ao mesmo tempo assistencial, religiosa e médica” Era uma forma de cuidar indiferenciado.

Em 1696, o Pe. Antonio Vieira faz chegar a Portugal notícia do flagelo (febre amarela) da Bahia: “a experiência mostrou que os **enfermeiros** haviam tido melhor sucesso nos medicamentos que aplicavam aos doentes do que haviam feitos os médicos (. . .)”.

No último quartel do século XVIII, na abertura dos portos às nações amigas, com um século de atraso em relação ao velho mundo, o ouvidor geral de Pernambuco solicita a fundação de um hospital, para melhorar o ensino médico que era, até então, um conhecimento muito livresco, geral e elaborado na antiguidade.

A partir daí, criam-se cursos de cirurgia na Bahia (1808), no Rio de Janeiro (1808), enviam-se estudantes para a Escócia e, finalmente, em 1832, fundam-se Faculdades de Medicina.

É o início da entrada em cena, na sociedade brasileira do profissional médico – **o da arte de curar** – como responsável pela saúde, pelo corpo e pela sociedade, medicalizando-a. Estabelecendo através da medicalização do hospital, da família e da sociedade o seu poder em todas as esferas do conhecimento: político, econômico, educacional, moral e até da religião.

A institucionalização da arte de curar, no Brasil, se efetiva definitivamente com a proclamação da República. Submete a arte de curar o papel de disciplinadora, vigilante – a vigilância do doente – que ficaria recluso no hospital perdendo a sua autonomia e a sua liberdade. As ordens religiosas são expulsas do hospital; estavam ligadas à monarquia.

BRANDÃO² falava contra as freiras e contra a própria irmandade de S. Vicente de Paula (que possuía uma vasta rede de hospitais na América Latina e que procedia um treinamento de seis a doze meses em hospitais).

BRANDÃO² dizia: “(. . .) o serviço dos enfermeiros é mau, é negligente em excesso(. . .) os castigos (. . .) os jejuns impostos aos doentes, as cacetadas, os maus tratamentos e até assassinatos eram praticados pelos enfermeiros com a aquiescência das irmãs que caridosamente os defendiam quando o facto chegava ao conhecimento do médico ou do director(. . .) ao tempo das irmãs de caridade, directoras, de facto, do estabelecimento, porque tudo estava a ellas subordinado, desde o último empregado até o director do serviço sanitário, o que ocorria ficava sepultado no maior sigilo”. Escreveu em 1897.

O mesmo BRANDÃO, segundo GUSSEI*, tinha sido citado em discurso pelo senador Leite e Oiticica em 1894, assim:

“As irmãs de S. Vicente de Paula, inextinguíveis na dedicação com que se consagram às boas práticas,

* GUSSEI, M.A. “Institucionalização da Psiquiatria e do ensino de enfermagem no Brasil”. – redação provisória de tese de mestrado a ser apresentada à USP-RP; (1987)

mantiveram excrupulosamente **a maior ordem e regularidade** no serviço interno, **de maneira a facilitar-me a aplicação do regime e da disciplina necessários em um estabelecimento de alienados**". **A mudança era de paradigmas. Havia também uma mudança política considerável. Era a desestabilização da monarquia em favor da república.**

A proclamação da República estabelece a separação Igreja – Estado, possibilita o surgimento do poder médico determinando novo paradigma – cientificista – de cura da doença.

A República estabelece normas para a regulamentação da situação do doente na sociedade. Será a legalização de uma nova ordem social, agora sob as leis do sistema capitalista industrial.

O surgimento do novo paradigma – **cientificista** – vai regular, daí em diante, todas as relações intra-hospital e estender a toda a sociedade brasileira o seu poder, disciplinando as relações.

O advento da República dificulta as relações entre a Igreja e o Estado, chegando ao rompimento. Criam-se assim, outras instituições que desempenham o papel de dominação da Igreja e fazem o controle social – os hospitais.

Enquanto o hospital era destinado a conseguir a salvação – paradigma religioso, “a arte de curar” até afins do século XVIII, no velho mundo, e do século XIX, no Brasil, **a desordem**, com o advento da República, passa a ser a ordem, a vigilância, sobretudo com o estabelecimento da vigilância clínica e com a implantação do que FOUCAULT⁵ chama de “tecnologia política – a disciplina”, possibilitando a medicalização. Estabelecido novo paradigma científico, estabelecem-se serviços rigidamente hierarquizados em nome da ciência do saber médico que represente a ordem.

“(. . .) a cura é (. . .) dirigida por uma intervenção médica que se endereça, não mais à doença propriamente dita, (. . .) mas ao que o circunda o ar, água, a temperatura ambiente, o regime, a alimentação”⁶. Significando um domínio do espaço, que passou a ser chamado ambiente terapêutico.

O **curar**, então, tem sua origem enquanto objetivo de intervenção médica, na mudança da perspectiva da doença individual para o meio ambiente coletivo, na domesticação (como diria Cardoso, R.C.) do espaço hospitalar, estabelecendo a ordem, a disciplina pela vigilância contínua, com ligações íntimas com a nova ordem que se estabeleceria.

Assim, também, o cuidar que era de responsabilidade na grande maioria dos casos, pelo menos no Brasil, das **irmãs** de caridade, trabalho feminino associado ao poder doméstico “que tinha servido para organizar o hospital, é banido em proveito de outro saber que determina que o espaço que **deve ser** organizado medicamente”⁷. Passa a “arte de cuidar” a ter novos objetivos a ser um sabor domesticado pelo saber médico, dominado por este que se torna hegemônico. O cuidar constitui-se num saber transformado, tendo mudado de um paradigma religioso para um novo paradigma que se estabelece no campo com todas as honras de dominador. Não foi sem luta na comunidade, que este novo “senhor” se apropria, ou estabelece

um novo poder. Mas isto será o tema da nossa próxima pesquisa.

Aqui no Brasil, tendo sido expulsas do poder, as irmãs de caridade se retiraram do hospital. Enfermeiras francesas foram convidadas pelo governo republicano para a substituição dos recursos humanos na arte de cuidar.

“As irmãs de caridade tendo abandonado repentinamente o serviço foram substituídas por enfermeiras contratadas na Europa pelo Sr. Ministro do Brasil, auxiliado pelo antigo director do Hospício Dr. Manuel Barbosa”⁸.

Foi então que se decidiu criar uma escola para enfermeiros, em cujo decreto, 791 de 27.10.1890, de criação, se justifica elogiando o trabalho meritório das associações particulares e de comunidades religiosas, “que amparam, dirigem e educam meninas desvalidas, disputando-as à miséria, à ignorância e ao vício para torná-las criaturas úteis a si e à pátria”. E ainda, que “principalmente para as crianças do sexo feminino, havia necessidade de alargar o horizonte de aspirações que lhes deve ser desvendado”. E depois de tecer uma série de considerações sobre a mulher, acrescenta: “A escola de enfermeiras, pois, que o decreto que vos oferece tende a criar, abre, me parece, **um campo vastíssimo à actividade da mulher**, onde por sua delicadeza de sentimentos e apuro de carinhos, não terá competidores, quer junto ao leito dos enfermos hospitalares **onde serão o complemento do médico**”⁹.

Assim o Mal. Manoel Deodoro da Fonseca, no governo Provisório da República, assina o referido decreto de criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras anexa ao Hospício Nacional de Alienados no Rio de Janeiro, estabelecendo legalmente o início do “**cuidar**” transformado, domesticado e dominado pelo **curar**.

Este ensaio pretende apenas levantar problemas de compreensão da história da disciplina, demonstrando a descontinuidade da “arte de cuidar” com paradigma mágico – religioso e a sua transformação em “arte de curar” dominadora, hegemônica e “arte de cuidar” dominada, de novo tipo. Essas descontinuidades se passam no Brasil, num século após o que se passou na Europa, no velho mundo, especialmente na França e Inglaterra. Não pretendemos esgotar o assunto, mas apenas lançar as bases de nossa preocupação.

Pensamos ainda que as representações simbólicas da “arte de cuidar” tanto no paradigma religioso, quanto no científico são de um trabalho sujo, inferior, **doméstico**. E que no momento histórico da transformação em trabalho **público**, oficial, poderoso, necessário, surge a “arte de curar”, trabalho e poder eminentemente masculino na sociedade dominada pelos homens.

Se quisermos usar a metodologia proposta por Geertz⁽⁶⁾ deveremos em nossa pesquisa, além de verificar a diversidade, usando o uso de dados convergentes (cuidar-curar), explicar as classificações linguísticas da disciplina (verificação do léxico e sua construção semântica, o exame do ciclo de vida, poderemos descobrir as noções nativas da disciplina. Tentaremos! Fizemos um esforço inicial.

* GUSSI, M.A. em tese de mestrado mimeo – citando José Cesário de F. Alvim – nas justificativas do decreto 791 de 27.10.1890

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BEOZZO, J.O. *História geral da igreja na América Latina: História da igreja no Brasil – segunda época*. Tomo III/2 p. 17.
- 2 BRANDÃO, J.C. T. *Questões relativas à assistência médico-legal a alienados e aos alienados*. Rio de Janeiro, Imp. Nac., 1897 (:31-39) citado por GUSSI, M.A. – tese de mestrado (:47).
- 3 DURANT, Will. *La civilización de la India*. Buenos Aires. Editorial Sudamericana, 1960. p. 190.
- 4 ESTATUTOS DO HOSPÍCIO D. PEDRO II, mandados executar pelo Decreto nº 1077 de 04 de dezembro de 1852.
- 5 FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Tradução de Roberto Machado. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- 6 GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro, Zahar, 1978. 322 p.
- 7 LOPES, J.L. *A psiquiatria e o velho hospício*. citado por GUSSI, M.A. – tese de mestrado. Ribeirão Preto: USP, 1987.
- 8 MACHADO, R. et alli. *Danação de Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- 9 MEAD, Margaret. *Sexo e Temperamento*. São Paulo, Perspectiva, 1988. 316 p.
- 10 ROSALDO, M.Z., LAMPLERÉ, L. *A mulher – a cultura e a sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

ASSOCIE-SE A ABEn NO SEU ESTADO