

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

FLÁVIA PACHECO DA SILVA

**DO GOVERNO DA ALMA AO GOVERNO DO CORPO:
a religião nos discursos da enfermagem**

**Porto Alegre,
2012**

FLÁVIA PACHECO DA SILVA

**DO GOVERNO DA ALMA AO GOVERNO DO CORPO:
a religião nos discursos da enfermagem**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre de Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Henriqueta Luce Kruse

Porto Alegre

2012

CIP – Catalogação na Publicação

SILVA, FLAVIA PACHECO DA
DO GOVERNO DA ALMA AO GOVERNO DO CORPO: a religião
nos discursos da enfermagem / FLAVIA PACHECO DA SILVA.
- - 2012.
91 f.

Orientador: MARIA HENRIQUETA LUCE KRUSE.

Dissertação (Mestrado)- - Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Religião. 2. Enfermagem. 3. Governo. 4.
Educação. I. KRUSE, MARIA HENRIQUETA LUCE, orient.
II. Título

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

FLAVIA PACHECO DA SILVA

Do governo da alma ao governo do corpo: a religião nos discursos da enfermagem.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 02 de dezembro de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse:



Presidente – PPGENF/UFRGS

Prof. Dr. Norma Regina Marzola:



Membro – PPGEDU/UFRGS

Profa. Dra. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira:



Membro – PPGENF/UFRGS

Profa. Dra. Christine Wetzel:



Membro – EENF/UFRGS

*Aos meus pais, meus irmãos e meu esposo que
significam mais do que posso expressar com palavras.
Minhas conquistas não teriam sentido se não fossem por vocês.*

AGRADECIMENTOS

Alguém me disse uma vez que nada que valha a pena vem de forma fácil. Quando decidi cursar o mestrado não podia imaginar o quão difícil e árduo seria este caminho. Passei por momentos de imensa empolgação e outros de dificuldade e desânimo. Busquei enfrentar todos os percalços impostos por minha decisão, na esperança que no fim tudo valeria a pena. Apesar de todas as dificuldades que enfrentei, sei que tudo seria muito mais difícil se não fosse o apoio de pessoas que me acompanharam durante toda esta trajetória.

Dentre essas pessoas, destaco de uma maneira muito especial minha orientadora e mestra, professora Maria Henriqueta Luce Kruse, com quem convivo a mais de cinco anos, tornando-se para mim um exemplo de ser humano e de profissional. Obrigada pela paciência, pela dedicação, pelos ensinamentos e por acreditar na minha capacidade, por me incentivar, por me cobrar quando se fez necessário, mas acima de tudo, por entender minhas fraquezas e não me deixar desistir. Nada que eu escreva conseguirá expressar a minha eterna gratidão.

Agradeço a professora Dora, Christine e Norma, por terem aceitado, carinhosamente, o convite para participarem da minha banca avaliadora. Certamente suas contribuições farão com que minha dissertação torne-se muito mais qualificada.

Agradeço também aos demais professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Todos, de certa forma, contribuíram na minha formação de Mestre.

Às minhas amigas e colegas do grupo de orientação da professora Henriqueta. Rúbia, Daniela, Karen, Fernanda, Mariene, obrigada por compartilhar momentos de discussões e reflexões que me auxiliaram na realização desse trabalho. Cada uma de vocês fez parte da minha trajetória e, de uma maneira muito especial, ficarão marcadas nas minhas lembranças.

Agradeço aos meus pais, Vera e Flávio que sempre acreditaram na minha capacidade. Obrigada por se orgulharem das minhas vitórias e tornar possível que estas acontecessem. Espero conseguir ser sempre motivo de orgulho para vocês. Agradeço aos meus irmãos, Rodrigo e Francielle, por serem para mim fontes incondicionais de amor e carinho. Palavras nunca serão suficientes para expressar todo amor que sinto por minha família.

Por fim, agradeço ao meu esposo Sander. Agradeço por estar sempre ao meu lado, me apoiando nos momentos de dificuldade e me incentivando quando até eu pensava não ser mais capaz. Pode não parecer, mas teu companheirismo e teu amor foram o alicerce necessário para que eu conseguisse finalizar mais este capítulo de nossas vidas. Obrigada por tudo e agora

ainda mais por me dar mais uma razão para acreditar na beleza da vida: meu filho Samuel, que ainda cresce dentro da minha barriga, mas que já se tornou um capítulo único da minha história! Ti amo!

RESUMO

O estudo analisa discursos sobre religião e religiosidade no campo da enfermagem, considerando as condições de possibilidade de sua emergência e o modo pelo qual se entrelaçam aos demais discursos da profissão, identificando como as enfermeiras utilizam tais saberes para produzir determinados efeitos na vida dos pacientes. Para articular tal discussão, utilizo artigos publicados em revistas científicas de enfermagem, localizados através dos descritores religião e religiosidade, no período de 1935 a 2010. Na tentativa de realizar uma das possíveis leituras destes discursos, utilizo a Análise Textual, associada com o pós-estruturalismo, apoiada em noções e conceitos propostos por Michel Foucault. Os discursos que emergiram das revistas possibilitaram a construção de três categorias: *Ser para servir: a enfermeira uma profissional cristã*; *O cuidado holístico: a religião no discurso científico*; e *O governo do corpo: a religião como estratégia biopolítica*. A pesquisa destaca as revistas de enfermagem como importantes artefatos da mídia que proporcionam a circulação de saberes que investem na produção da identidade da enfermeira, constituindo sujeitos, governando, influenciando e ensinando um modo correto de ser e agir. Desta forma, através de relações de poder e saber, as revistas constituem enfermeiras, que além de governarem pacientes governam a si mesmas já que é difícil pensar de outra forma.

Palavras-chave: Religião. Educação. Governo. Enfermagem.

ABSTRACT

The study examines speeches about religion and religiosity in the nursing area, taking into consideration its emergence possibility and the mode by which intertwine with other speeches of the profession, identifying how nurses use such knowledge to produce certain effects in the lives of patients. In order to articulate such discussion I made use of articles published in scientific journals of nursing science, found through the religion and religiosity tags in the period between 1935 and 2010. In an attempt to perform one of the possible readings of these speeches, I made use the Textual Analysis, associated with post-structuralism, supported by notions and concepts proposed by Michel Foucault. The speeches that have emerged from the journals allowed the construction of three categories: *One to serve: the nurse as a Christian professional*; *The holistic care: religion in scientific discourse*; and *the controlling of the body: religion as biopolitics strategy*. The research highlights the nursing journals as important media artifacts that provide the circulation of knowledge, which invest in the production of the identity of the nurse, building subjects, ruling, influencing and teaching a correct way of being and of acting. This way, through power relations and through knowledge, the journals make nurses, who in addition to controlling patients, control themselves since it is difficult to think otherwise.

Keywords: Religion. Education. Government. Nursing.

RESUMEN

El estudio examina discursos sobre religión y religiosidad en el campo de la enfermería, teniendo en cuenta las condiciones de posibilidad de su aparición y el modo en que se entrelazan con otros discursos de la profesión, determinando cómo enfermeras utilizan esos conocimientos para producir determinados efectos en la vida de los pacientes. Para articular tal debate, he utilizado artículos publicados en revistas científicas de enfermería, ubicados a través de descriptores religión y religiosidad en el período de 1935-2010. En un intento de realizar una de las posibles lecturas de estas intervenciones, he utilizado el Análisis Textual, asociado con el posestructuralismo, con el apoyo de nociones y conceptos propuestos por Michel Foucault. Las intervenciones que han surgido de revistas permitieron la construcción de tres categorías: *Uno a servir: la enfermera como una profesional cristiana*; *La atención integral: religión en el discurso científico*; y *El gobierno del cuerpo: la religión como estrategia biopolítica*. La encuesta pone de relieve las revistas de enfermería como artefactos de importantes medios de comunicación que proporcionan la circulación del conocimiento que se invierten en la producción de la identidad de la enfermera, que constituyen sujetos, sentencia, influyen y enseñan la forma correcta de ser y de actuar. De esta manera, a través de las relaciones de poder y de aprender, las revistas son enfermeras, que además de regir los pacientes gobiernan a sí mismas ya que es difícil pensar lo contrario.

Palabras clave: Religión. Educación. Gobierno. Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Ideal, arte e ciência	37
Figura 2 – Dama da lâmpada	37

SUMÁRIO

1	MINHAS INQUIETAÇÕES TEÓRICAS	11
2	SITUANDO O LEITOR	18
2.1	A metanarrativa religiosa	19
2.2	Uma breve história do saber sobre saúde e doença	23
3	DESCREVENDO AS ETAPAS DO CAMINHO	28
4	SER PARA SERVIR: enfermeira uma profissional cristã	34
5	O CUIDADO HOLÍSTICO: a religião no discurso científico	48
6	O GOVERNO DO CORPO: a religião como estratégia biopolítica	58
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
	REFERÊNCIAS	75
	APÊNDICE – Corpus de análise	87

1 MINHAS INQUIETAÇÕES TEÓRICAS

Dia 07 de abril de 2011. O Brasil assiste chocado ao massacre ocorrido em uma escola da região metropolitana do Rio de Janeiro. Um jovem de 23 anos entra em uma escola armado e assassina 12 crianças, deixando várias outras feridas e com traumas que carregarão por um longo tempo ainda. No decorrer da tragédia, crianças imploravam que “por deus” não fossem mortas, enquanto outras rezavam por proteção. O assassino utilizava este mesmo deus para justificar seu ato. Na rua, os pais pediam à deus que protegesse seus filhos, já que naquele momento nada podiam fazer. Quando começam a aparecer as crianças, aqueles que recebem seus filhos agradecem pela graça obtida, enquanto os que haviam perdido suas crianças rogavam para que deus lhes desse forças para enfrentar esta tragédia. Com a morte do assassino as famílias não puderam nem mesmo exigir a punição do culpado, desta forma, a punição é transferida aos céus, e os que ficam clamam que a justiça divina seja feita. Em casa, os espectadores assistem a tudo em tempo real, rezando que deus proteja suas criancinhas que estão nas escolas, creches ou na rua naquele momento.

Iniciando a leitura desta dissertação, talvez estejam se perguntando o que essa situação tem a ver com este trabalho. Respondo: tudo, principalmente se entendermos a religião como um discurso tão poderoso que circula com as mais diversas finalidades, tais como proteger, agradecer, consolar, vingar, julgar. Neste drama vivido no bairro de Realengo, no Rio de Janeiro, não importa quais personagens olharmos: as crianças, seus familiares, aquele que matou, todos, de certa forma, buscam no discurso religioso uma forma de enfrentar e justificar o ocorrido. Assim, entendo a religião como um dos discursos mais poderosos e produtivos de todos os tempos, visto que captura diferentes sujeitos, fornecendo respostas e significados para situações onde as dores do dia a dia não podem ser explicadas pela racionalidade.

Talvez os leitores possam estar se perguntando: por que, dentre tantos assuntos, ela optou por falar em religião? Logo religião, que é um assunto que parece tão distante do discurso acadêmico? Será que ela é seguidora de alguma religião e quer “defender” estes preceitos? Ou não, ela tem como objetivo desqualificar o saber religioso em detrimento do saber científico? Mas afinal, de que lado ela está, do lado da religião ou do lado da ciência? Muitas perguntas podem ser feitas, muitas questões podem ser levantadas, principalmente quando se opta por pesquisar um assunto tão polêmico e controverso como a religião.

O pensamento de que, ou se está de um lado, ou se está do outro, é uma ideia tipicamente moderna, onde existe o verdadeiro e o falso, o correto e o errado, o legítimo e o ilegítimo. Quando se fala em religião, tal dualismo pode se intensificar ainda mais, pois os

saberes científicos, que tiveram seu ápice no período da Modernidade, foram instituídos como oposição ao saber religioso, que após muitos anos de domínio, passa a ceder espaço para a ciência. Estes discursos, o religioso e o científico, passam a disputar um mesmo espaço discursivo, impondo a necessidade de optar entre estar de um lado ou de outro. Assim, por exemplo, deve-se escolher, ou acredita-se no homem criado por deus, que teve como primeiros representantes Adão e Eva, ou acredita-se no homem evolucionista da Teoria da Evolução de Darwin.

No referencial pós-estruturalista em que me inscrevo, a dualidade verdadeiro ou falso é colocada em cheque, pois se entende que verdades seriam inventadas, legitimadas ao longo do tempo, passando a ser naturalizadas, não sendo discutidas nem questionadas. Pensando a partir deste paradigma me pergunto: porque preciso me colocar numa posição fixa e imóvel de ser religiosa ou cientista? Por que preciso optar pelo discurso tido como mais verdadeiro, mais correto, mais legítimo? Certamente este não é meu objetivo e nem me atreveria a tanto. Meu objetivo não é contar verdades totais e categóricas. Penso que pesquisar na perspectiva pós-estruturalista é “resistir à pretensão de operar com a verdade” (LOURO, 2004, p. 241). Desta forma, o que pretendo é problematizar o que se tornou naturalizado, desconfiando de discursos totalizantes que pretendem ser verdades inquestionáveis. Entendo que há muitas maneiras de pensar, compreender e inventar as coisas do mundo, e o meu jeito de olhar é apenas um deles.

Mas qual é o meu jeito de olhar? Venho de uma família onde o tema religião possui ampla e diversificada circulação, mas não de uma maneira ortodoxa ou militante. Cresci constituída pelo discurso católico: fui batizada, fiz primeira comunhão, me crismei. No entanto, frequentemente, presencio familiares recorrendo ao auxílio de diversas práticas religiosas e de cura, como simpatias, uso de ervas, rezas e promessas, quando enfrentam alguma dificuldade. Em minha educação sempre foi destacada a importância da fé e da dimensão espiritual, que não seria necessariamente religiosa. Com o passar do tempo, percebi que as verdades incontestáveis da religião não me satisfaziam, e senti necessidade de diferentes respostas. Durante a graduação, busquei, através do conhecimento científico, explicações para minhas dúvidas e contestações. Surpreendi-me ao perceber que, assim como o discurso religioso, a ciência, por meio de seus números, porcentagens, probabilidades e incontáveis pesquisas, também tinha o objetivo de ser saber único, totalizante e indiscutível.

Foi então que tive oportunidade de conhecer e iniciar meus estudos no campo dos Estudos Culturais, na perspectiva pós-estruturalista. Inserida neste campo passei a enxergar as verdades prontas, indiscutíveis e naturalizadas como apenas mais uma dentre as muitas

invenções modernas. Desta forma, acredito que os discursos tidos como verdadeiros são invenções construídas a partir da articulação de dispositivos de saber e poder que se organizam e operam, subjetivando e governando indivíduos. Através do exercício do poder e do saber, tanto a religião como a ciência, buscam produzir sujeitos dóceis e passíveis de serem governados. Governo, neste trabalho, será entendido como uma forma de conduzir condutas, dos outros e de si mesmo, e não apenas como uma instituição a quem cabe o controle político e o exercício da autoridade. Desta forma, concordo com Albuquerque Júnior quando ele refere que o trabalho do pesquisador seja

[...] insuflar nova vida aos relatos que nos dizem o que era o passado, através do uso da imaginação, da nossa capacidade poética de retramar o que está tramado, redizer o que está dito, rever o que já foi visto, para que estes relatos nos sirvam para nos tramarmos, dizermos e vermos de uma outra forma (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2000, p. 122-3).

O fato de sabermos que os sujeitos são constituídos pela história e pela cultura, através dos discursos que os interpelam, não impede de sermos subjetivados e não nos colocam fora do discurso. Foucault refere que o sujeito do discurso não é o dono da intenção comunicativa, ele não possui a capacidade de se posicionar fora do discurso para dele falar (VEIGA-NETO, 2007). O que este modo de olhar nos permite é perceber como se organizam tais tramas discursivas e como se dão as relações de poder que nos constituem. A civilização ocidental foi constituída na Modernidade onde imperam discursos totalizantes, a ordem, as classificações, o que torna difícil pensar e viver de outra forma. Por exemplo, quando iniciei minha pesquisa sobre esta temática, tentei buscar um conceito que definisse religião, pois conceituar, classificar, colocar a religião na ordem de algum discurso, me tranquilizaria, mostrando o caminho a seguir no decorrer da pesquisa. Concordo com Bauman (1999a, p. 9) quando diz que “a linguagem esforça-se em sustentar a ordem e negar ou suprimir o acaso e a contingência. Um mundo ordeiro é um mundo no qual ‘a gente sabe como ir adiante’”.

Pensando deste modo pergunto: como poderíamos definir religião? Posso citar o conceito dos Descritores das Ciências da Saúde (DeCS) que refere a religião como “qualquer doutrina que demanda interpretações, compromisso e fé, que permite uma prática com objetivos éticos, estéticos e emocionais”. Há também um conceito bastante utilizado pela Antropologia e pela História Cultural que diz ser a religião “um sistema comum de crenças e práticas relativas a seres sobre-humanos dentro de universos históricos e culturais específicos” (SILVA; KARNAL, 2002, p. 19). A maioria dos autores também diferencia religiosidade de espiritualidade, relacionando a espiritualidade a questões sobre o significado da vida e à razão

de viver, enquanto a religiosidade seria um sistema organizado de crenças na qual o indivíduo acredita, segue e pratica uma religião (PANZINI et al, 2007). Como pesquisadora, percebo a existência desta tênue diferença entre o conceito de religiosidade e espiritualidade, no entanto em diversos momentos estas noções se mesclam, se confundem, coexistindo no mesmo cenário. Assim, religião parece ser algo fluído, volátil; um conceito que se modifica de acordo com cada cultura, adquirindo diferentes conotações, e, de acordo com os sentidos que adquire, regula nossas condutas, ações e práticas, determinando a maneira como agimos (HALL, 1997). Por outro lado, falar sobre religião dentro da perspectiva pós-moderna significa, primeiramente, abrir mão de um conceito fechado, já que “o espírito pós-moderno, consciente de sua própria limitação, percebe que conceituar um tema é esconder, ofuscar, mais do que revelar e esclarecer a dimensão deste assunto” (BAUMAN, 1999b, p. 205). Desta forma, apesar de nesta pesquisa meu foco ser a religião, em alguns momentos a espiritualidade também entrou em foco, por entender que as linhas que delimitam o que é religiosidade e espiritualidade muitas vezes se confundem e se sobrepõem, formando uma mesma idéia.

A maioria das profissões e instituições de saúde nos moldes que conhecemos hoje surgiu como campo de saber científico na Era Moderna, entre o século XVI e XVIII, considerado importante na História do Ocidente, já que proporcionou inúmeras alterações, inclusive na concepção de mundo e no conhecimento denominado científico. Entretanto, antes de ocorrerem condições de possibilidade para a emergência do discurso científico sobre saúde e doença, o processo de adoecimento costumava ser relacionado com o transcendental e o sobrenatural. Acreditava-se que a origem e a cura das doenças fossem influenciadas pelas crenças religiosas. O Cristianismo, detentor do discurso hegemônico até o século XV, considerava que as doenças e as grandes epidemias eram castigo divino para os pecados do mundo. Desta forma, a igreja cristã, por meio da prática do poder pastoral, disseminava a ideia de que cada indivíduo devia ser governado e se deixar governar pela igreja, pois tal atitude o afastaria dos pecados e o conduziria à salvação, através de uma meticulosa relação de obediência (FOUCAULT, 1990).

Foucault conta que, a partir do século XV, ocorreu uma explosão da arte de governar os homens, ocorrendo um deslocamento em relação ao foco religioso que se expandiu para a sociedade civil. A arte de governar passa a ampliar para domínios variados tais como governar as crianças, a família, o exército, a cidade, o Estado, até chegar ao governo do próprio corpo e espírito (FOUCAULT, 1990). Assim, ocorre o deslocamento da arte de governar de prática estritamente religiosa para a sociedade civil como um todo, fazendo com

que as instituições cristãs passassem a ceder espaços de poder, reduzindo sua prática de governo, considerada limitada e restrita.

No século XVIII, conhecido como o Século das Luzes, surge o Iluminismo, movimento que tinha como ideia principal levar a luz do conhecimento, a luz da razão, para iluminar as “trevas” deixadas pela Idade Média, libertando os sujeitos “das superstições opressoras, dos mitos enganosos” (VEIGA NETO, 2002, p. 28). Os iluministas tinham a convicção de que a infelicidade humana derivaria das superstições, das crenças religiosas, da fé, que não os deixariam enxergar a “luz da razão” (COSTA, 2002). Assim, a Idade Moderna possibilitou as condições de possibilidade para a emergência do discurso científico, que surge em paradoxo ao discurso religioso, ameaçando seu poder que era, até então, hegemônico, não passível de questionamentos. Foucault ressalta que o combate travado pela problemática das Luzes, não era a luta entre o conhecimento e a ignorância, da razão contra a quimera, mas sim “um imenso e múltiplo combate dos saberes uns contra os outros – dos saberes que se opõe entre si por sua morfologia própria, por seus detentores inimigos uns dos outros e por seus efeitos de poder intrínsecos” (FOUCAULT, 2005a, p. 214). Desta forma, o saber científico passa a travar uma batalha contra o saber religioso, cada qual buscando o espaço privilegiado que permitiria proferir o discurso considerado mais verdadeiro, mais legítimo, e por isso, mais eficiente.

Esta disputa entre o saber religioso e o saber científico se tornou condição de possibilidade para a concepção cartesiana ou mecanicista de ser humano, que dividiria o indivíduo em partes, separando corpo e mente (CAPRA, 1998). Tal modo de pensar promoveu importantes mudanças na produção do conhecimento em saúde e satisfaz às necessidades emergentes do conhecimento científico. Entretanto, essa proposta não contemplava aspectos metafísicos tidos como inerentes ao ser humano.

Atualmente o modelo biomédico vem enfrentando discursos que o questionam. Numerosos estudos são publicados em revistas científicas, procurando evidências quanto ao papel da religiosidade nas práticas assistenciais, articulando o discurso religioso com enunciados que tratam da qualidade de vida e bem estar psicológico, menores prevalências de depressão, abuso de substâncias, suicídios, entre outros, além do aumento da expectativa de vida e menor uso de serviços de saúde (DALGALARRONDO, 2006; GUIMARAES; AVEZUM, 2007; IRONSON; STUETZIE; FLECTCHER, 2006). Outros artigos investigam a influência da espiritualidade no tratamento de doenças, apontando que crenças religiosas estão associadas com recuperação rápida do luto, melhora da dor crônica, recuperação de alcoolistas, enfrentamento do diagnóstico e tratamento do câncer, adaptação de pacientes em

hemodiálise, ajustamento familiar positivo em crianças com retardo mental, menor taxa de mortalidade em idosos operados do coração, entre outros (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001). Desta forma, penso que o discurso religioso vem se tornando tema de pesquisas, encontros e debates em diferentes espaços acadêmicos e científicos.

Entretanto, essa mudança cultural não impede que grande parte dos profissionais da saúde continue não interpelada pelo discurso religioso no que concerne ao processo de adoecimento e cura. No campo da Sistematização da Assistência de Enfermagem foi criado o diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual (NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION, 2002), pouco utilizado na prática assistencial. No campo da medicina, foi acrescentado ao Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV (DSM-IV) a categoria diagnóstica “Problemas Religiosos e Espirituais”, que reconhece que os temas religiosos podem ser considerados no diagnóstico e tratamento dos pacientes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994), também pouco valorizados pelos médicos. Assim, percebe-se que a comunidade científica busca comprovação científica dos efeitos da religiosidade para que possam transpor tais intervenções à prática clínica.

Esta pesquisa dá continuidade aos estudos que tenho desenvolvido¹ no espaço acadêmico. Meu interesse inicial pelo assunto surgiu ainda durante a graduação em Enfermagem, quando tive a oportunidade de acompanhar a criação do Núcleo de Cuidados Paliativos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Nas discussões que acompanharam a implementação desta modalidade assistencial percebi o quanto a religiosidade dos pacientes é considerada importante no final da vida, onde há consciência da própria finitude. Desta forma, passei a refletir sobre a minha posição como enfermeira² em relação a esta necessidade do paciente. Deveria apoiar, dar suporte, mostrar-me disponível a conversar sobre religião? Ou apenas me deter no conforto físico, alívio da dor e demais sintomas, que é o que, geralmente, observamos na prática assistencial? Mas, e a importância do cuidado holístico, dos aspectos bio-psico-sócio-espirituais?

Na tentativa de refletir acerca desta problemática e conhecer o modo como a religiosidade é abordada, pesquisei em bases de dados tentando localizar artigos que abordassem aspectos da religião, encontrando um grande número de trabalhos sobre o tema, provenientes de diversas áreas das ciências da saúde. Percebi que o assunto é apresentado de diversas formas e com os mais diferentes objetivos. Assim, entendo que é importante estudar

¹Realizei meu Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem sob o título “Entre a cruz e a espada: a enfermagem nos discursos sobre religião e religiosidade”.

²Utilizarei o termo enfermeira, no feminino, visto que as mulheres ainda representam a maioria dos profissionais no campo da Enfermagem, ainda que considerando o aumento significativo da presença masculina nessa área nas últimas décadas.

os saberes que emergem dos discursos sobre religião visto que essa temática vem sendo amplamente discutida e acionada pelos dispositivos midiáticos, além de influenciar nas decisões e modos de pensar e agir dos indivíduos em nossa cultura sejam eles pacientes ou profissionais da saúde. Por tudo isso, pretendo analisar a forma como esses enunciados circulam e vão se constituindo, obedecendo a um conjunto de regras, dadas historicamente e afirmando “verdades” de um tempo (FISCHER, 2001). Aqui entendo “verdades” como um conjunto de regras através das quais se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder (FOUCAULT, 2005b). Dai, olhar para esses discursos não apenas como palavras associadas a coisas, já que surgem submetidos a um determinado conjunto de regras que definem seu regime de existência e suas correlações com outros enunciados constituindo os objetos e compondo determinadas formações discursivas (FOUCAULT, 2004).

Desta forma, dando continuidade aos estudos que venho realizando acerca da religião e religiosidade, pesquiso nesta dissertação de mestrado o modo pelo qual as enfermeiras utilizam discursos religiosos no cuidado aos usuários dos serviços de saúde. Não tenho a pretensão de assinalar qual é o discurso verdadeiro e qual é o falso e, nem descobrir as motivações destas profissionais ao se ocuparem da religião.

Assim, meu objetivo é conhecer e analisar os discursos sobre religião e religiosidade veiculados por artigos de revistas científicas de enfermagem nacionais, considerando as condições de possibilidade da emergência desses discursos e o modo pelo qual se entrelaçam aos demais discursos da profissão, identificando como as enfermeiras utilizam tais saberes com a intenção de produzir determinados efeitos na vida dos pacientes. Proponho pesquisar o espaço que a temática tem ocupado, identificando os modos pelos quais profissionais do campo da saúde utilizam tais saberes para produzir determinados efeitos na vida de pacientes e profissionais.

2 SITUANDO O LEITOR

Neste capítulo, com a intenção de situar o leitor no tema pesquisado, apresento uma revisão de literatura sobre assuntos que permearam minha trajetória. Ao tentar reunir tais conceitos não procuro uma origem única e fixa, nem busco um momento na história que um discurso emerge para que o outro desapareça. Até porque acredito que diferentes formas de pensar coexistam ao longo da história podendo, em determinados momentos, tornar um discurso mais hegemônico do que outro.

Minha pretensão com esta revisão de literatura foi destacar as condições de possibilidade que permitiram que a ciência e a religião emergissem como discursos considerados contraditórios. Além disso, pretendi uma visualização de como se articularam saberes que fazem com que profissionais da saúde se tornem sujeitos do discurso científico, tal como se apresentam na atualidade. Utilizarei a ideia de “emergência” nesta pesquisa, no sentido proposto por Foucault, ou seja, como “o princípio e a lei singular de um aparecimento” que acontece num determinado campo de forças. Assim, de acordo com o filósofo “ninguém é, portanto, responsável por uma emergência, ninguém pode se atribuir glória por ela, ela sempre se produz no interstício” (FOUCAULT, 2005c, p. 267).

Também não pretendo mostrar como as práticas humanas tornaram-se evoluídas ou prestigiadas ao longo da história, até porque esta obsessão pelo novo, pelo progresso, pela evolução humana, quando o que é “novidade” é considerado melhor e mais qualificado, são características do homem moderno e racional, identidade esta que busco problematizar no transcorrer desta pesquisa. Desta forma, tais discursos são colocados em questão pela perspectiva pós-moderna, que propõe o questionamento da ideia de novidade, de desenvolvimento, não encontrando justificativas para considerar o futuro melhor que o passado.

Considero que estudar as condições de possibilidade de determinado assunto cria oportunidades de refinar o olhar, identificando continuidades e discontinuidades que mostrem relações de saber e de poder presentes e permitindo visualizar o funcionamento de estratégias e táticas de governo vinculadas às práticas de subjetivação. Assim, tal revisão de literatura me permitiu a possibilidade de conhecer aspectos de regimes de verificação produzidos pelos discursos científicos e religiosos ao longo do tempo.

2.1 A metanarrativa religiosa

Na perspectiva dos Estudos Culturais e apoiada na vertente pós-estruturalista, acredito que a religião construiu-se historicamente por meio dos inúmeros discursos que a atravessaram, fazendo com que se tornasse um discurso verdadeiro em determinada época. Intitulo esta sessão de “metanarrativa religiosa” porque acredito que o discurso religioso está adequado a esta ideia das grandes narrativas que governam os indivíduos, formada por princípios imutáveis e verdades indiscutíveis.

Acreditando no poder dos discursos para constituírem significados e sujeitos, busquei sentidos da palavra religião. A palavra religião vem do latim *religio*, formada pelo prefixo *re*, que significa outra vez, de novo, e o verbo *ligare*, que significa ligar, unir, vincular. Assim, podemos entender religião como uma forma de se ligar, no caso, religar ao transcendente, buscando respostas, significados para os acontecimentos da vida. Para alguns autores a religião é considerada um fenômeno social que se organiza em torno de símbolos sagrados (ALVES, 1979). Outros consideram que esta busca pelo religioso pode ser uma tentativa de entender, intervir e controlar o presente e o futuro (PEREIRA, 1997). Entendo que as tentativas de conceituar religião direcionam para uma racionalização do saber religioso retirando-o da metafísica e limitando o seu poder sobrenatural. A partir do momento que se conceitua, se coloca uma ordem, se classifica, esquadrinhando-se práticas que fizeram com que a razão moderna se fortalecesse em relação à superstição.

A religião é uma instituição milenar onde os discursos são disseminados indefinidamente através da cultura, passados de geração a geração, através do que Foucault chamou de saberes sujeitados. Por saberes sujeitados o autor entende duas coisas: primeiro, por meio de conteúdos históricos meticulosos, sejam eles eruditos ou técnicos, presentes no interior dos conjuntos formais e sistemáticos, como por exemplo, as religiões institucionalizadas, como o catolicismo e o judaísmo; e segundo, aqueles saberes locais, singulares, saberes abaixo do nível do conhecimento, saberes que não tiveram a tutela de instituições, que seriam aqueles cultos locais, os curandeiros, a fé pela fé (FOUCAULT, 2005a).

Foucault se refere à religião como uma instituição doutrinária onde os discursos tendem a difundir-se formando um conjunto de enunciados assumidos por indivíduos que se definem como pertencentes a determinado grupo. Para fazer parte deste grupo a condição necessária é o reconhecimento de determinadas verdades e aceitação de regras estipuladas. A pertença doutrinária questiona o enunciado e o sujeito da fala, através de procedimentos de

exclusão e mecanismos de rejeição que entram em cena quando um sujeito formula enunciados inassimiláveis (FOUCAULT, 2009). Desta forma, enunciados religiosos não podem ser veiculados por qualquer pessoa, visto que há enunciados autorizados ou rejeitados pela religião a que pertence. Sabemos que no espaço do catolicismo os sujeitos autorizados a proferir os discursos são os papas, bispos, padres; no judaísmo o rabino e os pastores são os *experts*. Estes sujeitos ditam o que é certo ou errado, verdadeiro ou falso. Eles ocupam posições de sujeito definidas e demarcadas, asseguradas por estatutos de verdade que regulam enunciados considerados legítimos. Através destes enunciados se determina o que pode e o que não pode ser dito, de acordo com o discurso de cada religião. A Bíblia Sagrada pode ser citada como um poderoso estatuto de verdade. Trata-se do livro mais vendido de todos os tempos e que assegura enunciados indiscutíveis para aqueles que seguem religiões cristãs.

Assim, falar em religião é falar em relações de poder que remetem a normas e regras que devem ser seguidas. Com isto, não quero dizer que as instituições religiosas submetam os fiéis à repressão e dominação. Pelo contrário. O poder exercido pelas religiões é o poder que Foucault chamou de capilar. Elas utilizam diferentes artifícios com o intuito de subjetivar os fiéis e estimulá-los a seguir normas e regras, sem que precisem utilizar força ou violência. O apelo da salvação, da vida eterna, de um deus que tudo vê e tudo sabe, entre tantos outros são enunciados que caracterizam este poder microfísico e econômico. O poder se inscreve na religião para governar almas. Utilizo o entendimento de Foucault quando refere que o poder não é repressivo, mas sim produtivo. O poder produz sujeitos, produz verdades. Além disso, o poder não pode ser detido, o poder circula, se exerce em rede. Todo indivíduo pode estar em posição de ser submetido ao poder, assim como na posição de exercê-lo. O poder transita entre os indivíduos, não se aplica a eles (FOUCAULT, 2009). Assim, o que as instituições religiosas fazem é investir em procedimentos, táticas, estratégias sutis, com objetivo de subjetivar fiéis que tomam seus discursos como verdades, de modo que com o tempo estes discursos passam a ser naturalizados e, como tal, difíceis de serem questionados. Desta forma, o discurso religioso se caracteriza por uma postura doutrinária, pela utilização de tons dogmáticos e pela tentativa de inculcar valores éticos, morais e religiosos, constituindo um determinado regime de verdade que tem como objetivo o governo dos fiéis.

O discurso religioso geralmente está acompanhado da ideia do dualismo: corpo e alma, céu e inferno, deus e diabo, o pecado e a redenção. A mais antiga das religiões registrada, o Zoroastrismo, tem como traço fundamental o dualismo entre o bem e o mal. Ou seja, apesar de acreditarem em um único deus, a presença do Mal era constante na vida e no pensamento dos crentes. Outro exemplo é Platão, filósofo grego que, pela primeira vez,

separou o corpo da alma, referindo que o corpo era carnal e a alma imortal (FILORAMO, 2005).

No Mundo Antigo as crenças eram baseadas em um sistema de deuses e deusas, coexistindo mais de uma divindade, sistema hoje conhecido como politeísmo. Conta-se que o termo *politeísmo* foi inventado pelos monoteístas com objetivo de diferenciar entre as crenças aquelas que deveriam ser consideradas únicas, legítimas e verdadeiras. Os monoteístas defendem a unicidade de uma divindade com exclusão categórica de qualquer outra. Para as religiões monoteístas o politeísmo deve ser renegado e combatido (SCARPI, 2005).

Os cultos religiosos na antiguidade não comportavam a noção de religião, não distinguindo esta prática de outras atividades humanas. Nesta época, participar da vida religiosa significava garantir determinada identidade cultural. As culturas politeístas não tinham aspirações universalistas, como viriam a ter as religiões monoteístas. Essas civilizações participavam de uma transmissão cultural contínua e recíproca entre os povos, reformulando incessantemente as tradições sem que desaparecessem as especificidades culturais. Essa troca cultural começou a decair com a afirmação do Império Romano e do Cristianismo que assumem, então, um discurso tido como verdadeiro (SCARPI, 2005).

O discurso monoteísta se ancora, principalmente em três alicerces: no *Judaísmo*, no *Cristianismo* e no *Islamismo*: as conhecidas *religiões de salvação*. O *Judaísmo* fundamenta-se no binômio *religião e povo*: a ação de deus no mundo perfaz-se na salvação do povo de Israel que constituirá, ao mesmo tempo, um instrumento e um modelo. O *Islamismo*, que significa submissão a deus, constitui uma tradição religiosa e uma civilização. Assim, o ordenamento na sociedade, desde a vida familiar até a legislação civil e penal devem refletir a vontade de deus. O *Cristianismo* surgiu no interior do *Judaísmo* a partir da crença no filho de deus. A comunidade cristã reconhece Jesus como um novo caminho a ser seguido, que se diferenciaria do *Judaísmo*: a salvação não seria apenas para o povo eleito, mas para “todos os homens de boa vontade”. O *Cristianismo* transforma-se em uma religião universal, responsável pela salvação da humanidade. Assim, de acordo com o pensamento cristão, a história deverá correr de forma linear em direção a uma realização final, isto é, a salvação da humanidade na fé de Cristo. Desta forma, o *Cristianismo* só pode se realizar na história (FILORAMO, 2005).

A religião cristã tornou-se hegemônica durante a Idade Média, consolidando-se como a detentora do poder e única permitida a proferir os discursos, tanto religiosos como científicos. O povo acreditava e obedecia ao clero sem questionamentos. A Reforma Protestante, iniciada por Martinho Lutero, no século XVI, emergiu como principal obstáculo para a hegemonia da igreja católica neste período. Este “protesto” que era de natureza política

e religiosa, exigia que fosse dada liberdade individual às interpretações da escritura. Isso criou imensas divergências, pois o que era estipulado pelo clero em relação ao modo pelo qual os ensinamentos da Bíblia deveriam ser interpretados era questionado pelos protestantes. Foucault chamou este pensamento de atitude crítica que colocava em questão modos de “como não ser governado assim, por isso, em nome desses princípios, em vista de tais objetivos e por meio de tais procedimentos, não dessa forma, não para isso, não por eles” (FOUCAULT, 1990, p. 3). Assim, ao buscar essencialmente nas Escrituras a “lição de deus”, os protestantes queriam de certa forma negar, recusar, limitar o magistério eclesiástico. Lutero referia que a autoridade da Bíblia seria superior a autoridade da Igreja, portanto da autoridade do papa. Se esse pensamento fosse legitimado, a Igreja e o papa perderiam autoridade e poder, o que causou imensos conflitos nas entranhas do cristianismo. Para conter a revolta, Martinho Lutero foi expulso da Igreja e considerado herege. Como resultado da Reforma foram criadas novas religiões, como o luterana e as igrejas reformadas ou calvinistas (FILORAMO, 2005).

O Iluminismo e suas propostas em relação ao conhecimento e a razão levou as igrejas cristãs a uma profunda crise. Enquanto nas igrejas protestantes aceitou-se o desafio imposto pela cultura “moderna”, no seio do catolicismo, as “luzes” tiveram dificuldade de se consolidar. As novas idéias iam de encontro à idéia cristã de que a sociedade teria origem divina. Para os iluministas, o Estado poderia e deveria exercer poder sem depender do apoio e permissão da Igreja. O clero reagiu de maneira intransigente, referindo que esta seria uma tentativa de afastar o homem de deus, e fechou-se em sua tradição, negando fortemente o liberalismo e seus valores. Esta atitude fez com que o catolicismo reduzisse sua hegemonia e sua força (FILORAMO, 2005).

Atualmente, a religião católica, dominante entre as religiões monoteístas, vem perdendo fiéis. Sua posição enraizada nas tradições parece estar sendo incapaz de dar conta da complexidade das necessidades da época atual. A Igreja passa a ser vista como uma instância repressiva e produtora de obediência, o que antes seria impensável. Dentro da própria instituição, pólos opostos se enfrentam: de um lado os que exigem uma modernização para conseguir manter e evangelizar novos fiéis e, por outro lado, os que consideram impossível um diálogo entre a tradição e o mundo moderno afirmando que qualquer abertura seria uma traição aos valores autênticos da religião. No entanto, apesar da notável decadência do catolicismo, ainda há cerca de um bilhão e meio de cristãos espalhados pelos cinco continentes (FILORAMO, 2005).

No Censo Demográfico realizado em 2000 constatou-se que 92,6 % da população brasileira afirma ter alguma religião e, mesmo com o crescimento das religiões evangélicas a

população católica detém 73,6% do total. Em 1991, 4,8% das pessoas se declaravam “sem religião”, sendo esse percentual aumentado para 7,4% em 2000³ (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000). O aumento no número de pessoas sem religião não retirou do Brasil as características de um país de convicção religiosa. Pistas fortes desta particularidade podem ser evidenciadas na Constituição Federal de 1988 que, em seu artigo 5º, estabelece que todo o cidadão tem direito fundamental a liberdade de religião, sendo de responsabilidade do Estado proporcionar aos cidadãos o direito ao exercício religioso, garantindo um clima de compreensão (GOLDIM, 2007). Essas e outras leis mostram que o Brasil, apesar de se denominar um país laico, preocupa-se com aspectos religiosos de sua população, pois entende as crenças religiosas como dispositivos que podem interferir no modo de ver, pensar e viver.

2.2 Uma breve história do saber sobre saúde e doença

Há vários caminhos para se contar uma história. Todo trabalho histórico é parcial e subjetivo. Sempre que narramos uma história temos que optar por um ângulo de apresentação, uma forma de estruturação do espaço, um ponto de corte. Tentar fazer uma história total, contando todas as verdades de um tempo se torna inútil, pois ao final percebemos que esquecemos de olhar por algum ângulo, por alguma fresta. Foucault dizia que a história humana é o cemitério das verdades do passado. Desta forma, penso que contar uma história é buscar as verdades mortas para que façam sentido em determinado momento histórico: um discurso que dá sentido a uma época e que não sobreviverá a ela (MARONGIU, 2008).

Desta forma, pretendo contar uma breve história das ciências da saúde no Ocidente seguindo um dos caminhos possíveis, dentre tantos outros que poderia seguir. Assim, ao direcionar meu olhar para a história das ciências da saúde, percebi sua articulação com questões religiosas. Mesmo antes do saber das profissões da área da saúde tornar-se institucionalizados, era comum a prática empírica e religiosa do cuidado com a saúde e a doença. Acreditava-se que a doença era resultado de castigo divino, punição por pecados cometidos, ação de maus espíritos, ou ainda, maldição ou feitiçaria. Assim, os sacerdotes, feiticeiros e xamãs buscavam identificar o espírito ofendido para promover medidas terapêuticas através de sacrifícios, rezas, uso de amuletos, entre outros (ALVES; TUBINO, 2009a).

³Até a data da entrega dessa dissertação, o IBGE não havia divulgado os dados do Censo 2010 sobre as características religiosas dos brasileiros.

Conta-se que os povos que viveram há cerca de seis mil anos na Mesopotâmia tratavam os doentes com encantos, drogas, e também por meio de operações, realizadas por “médicos” que seriam dotados de capacidade de interpretar sonhos (ALVES; TUBINO, 2009b). Já os egípcios são conhecidos historicamente pelas suas extraordinárias técnicas de embalsamento e práticas de dissecação que sofisticaram seus conhecimentos sobre anatomia. Arqueólogos encontraram papiros, datados de 1700 a 1200 A.C., que descreviam detalhadamente exames, diagnósticos e tratamentos de diferentes doenças (TEIXEIRA, 2001).

Foi principalmente na Grécia Antiga, no seio das primeiras escolas filosóficas, que surgiu a idéia de ciência influenciada pelo caráter inquisidor e racional dos filósofos clássicos. Hipócrates, nascido em 460 a.C. e historicamente considerado o “pai da medicina”, teria proferido o discurso fundador da Medicina enquanto disciplina, desenvolvendo estudos sobre a importância da observação clínica para diagnosticar doenças. Ele afirmava que as doenças eram resultado de processos puramente naturais, ligadas ao modo de vida, de alimentação, do meio ambiente. Nesta região foram construídos templos que eram os primórdios dos hospitais, locais onde os doentes recebiam tratamentos como poções de efeitos hipnóticos e alucinógenos (SOURNIA, 1995).

A história aponta a queda do Império Romano (século V d.C.) como o início da Idade Média. Período marcado por grandes epidemias que mataram centenas de milhares de pessoas, a Idade Média também se caracterizou por uma crescente desmoralização do saber tido como científico. De acordo com as verdades produzidas nesta época a única instituição considerada íntegra era a Igreja Católica que passa a exercer forte dominação. No século IV criam-se hospitais em todas as cidades onde já existiam catedrais, consolidando a Igreja como autoridade moral, intelectual e financeira. Os religiosos passam a assumir a responsabilidade de prestar assistência social e de saúde aos doentes, loucos, órfãos e viúvas. Os hospitais eram destinados à reclusão e à morte daqueles que não tinham outro lugar para morrer, sendo que o principal objetivo era a assistência espiritual. No Século XIII, cuidadores religiosos foram introduzidos nos hospitais, não valorizando remuneração e inserção social e política, mas sim o amor, a abnegação e o desprendimento (LIMA, 1993).

O Cristianismo, através das instituições religiosas, exercia o que Foucault denominou de poder pastoral, com o objetivo de salvar as almas dos indivíduos, fazendo com que se tornassem ovelhas de um rebanho. O poder pastoral tinha como objetivo não apenas cuidar da sociedade como um todo, mas cuidar de cada indivíduo em particular durante a vida inteira (FOUCAULT, 1995). Esta forma de governo reforça o pensamento de que a origem e a cura das doenças sofriam influências da religião. Nesta época, a religião significava sofrimento e

penitencia. Morrer significava ser libertado deste mundo: para os fiéis, alcançar os “braços de Cristo”; para os pecadores, um castigo, a tortura eterna (UJVARI, 2003).

O poder de cura não era exclusivo dos médicos, escassos e inspiradores de pouca confiança. Os indivíduos não identificavam muitas diferenças entre médicos e curandeiros: ambos eram vistos como enviados de deus, ambos tinham o “dom” de curar, princípio este que emanava ao “divino” (UJVARI, 2003). Conta-se que, assim como os médicos, reis, santos e locais sagrados eram considerados capazes de exercer a cura por meio da prática empírica ou então do exercício da crença religiosa. Neste período tornou-se comum a prática de peregrinações a locais santos, caminhos estes visitados até os dias de hoje. A oração, a unção com óleo sagrado e a cura pelo toque da mão de santos foram os principais recursos terapêuticos. De acordo com enunciados da época tanto os médicos quanto os curandeiros promoviam verdadeiros milagres através do toque das mãos (ALVES; TUBINO, 2009c).

Conta-se que, durante a Idade Média, os textos gregos e romanos, considerados científicos, ficaram armazenados sob a guarda dos monges da Igreja Católica, onde, eram cuidadosamente guardados, evitando o risco de se transformar em heresia ou apelo ao paganismo. Durante este período, o catolicismo condenava qualquer tipo de pesquisa científica, estancando as descobertas consideradas científicas (UJVARI, 2003). O estudo da anatomia era considerado pagão, pois para os religiosos dissecar o corpo do homem era como dissecar a deus, já que o corpo do homem representava a imagem do corpo de Cristo. Nesta época, tentativas sobrenaturais de praticar a cura, como o exorcismo, eram utilizadas em casos de epilepsia e impotência. Além disso, muitos cuidados de saúde eram exercidos por cirurgiões, considerados uma classe inferior. Os barbeiros, que além de cortar cabelos, arrancavam dentes, aplicavam ventosas⁴, realizavam enemas⁵ e sangrias⁶ também eram encarregados pelos cuidados à saúde (ALVES; TUBINO, 2009c).

Com o declínio da Idade Média e o advento do Iluminismo, a convicção de que haveria uma conexão do sujeito com um deus transcendente passa a ser deslocada, ainda que não abandonada. A filosofia e a ciência passam a valorizar cada vez mais o material, o quantificável. A ciência ganha centralidade, surgindo como o “mais poderoso regime de verdade inventado pela Modernidade” (COSTA, 2002, p. 145). A partir deste momento, para

⁴Procedimento que consiste na aplicação de copos de vidros sobre escoriações fundas na pele, que através do vácuo criado pelo aquecimento, aspirava o sangue ali localizado. Atualmente é praticamente utilizada apenas pela Medicina Oriental.

⁵Procedimento onde é introduzido líquido por meio do orifício anal para lavagem, purgação ou administração de medicamentos. Ainda é bastante utilizado na prática médica.

⁶Procedimento utilizado até meados do século XX, que consistia em incisar alguma veia do braço deixando o sangue escorrer para fora do corpo. Este procedimento era utilizado para tratar, entre outras situações, o edema agudo de pulmão.

que um saber seja validado, ganhe prestígio e tenha credibilidade assegurada, vai ter que ser legitimado pelo estatuto da ciência. O olhar passa a ser direcionado à biologia e ao corpo dos indivíduos (FOUCAULT, 1990). Passa-se a exercer o que Foucault chamou de biopoder, um poder centrado na vida da população, com objetivo de fazer viver e deixar morrer, ou seja, o foco passaria para o homem como ser vivo, como espécie (FOUCAULT, 2005a). Para exercer essa espécie de governo são acionados dispositivos biopolíticos, com a finalidade de subjetivar os indivíduos e a população, modelando suas condutas, mantendo-os vivos e saudáveis.

Neste momento, os indivíduos passam a ser chamados de cidadãos, identidade que remete ao pertencimento a um Estado. Desta forma, se antes era exercido o poder pastoral, com o objetivo de salvar almas, a partir de agora, o objetivo passa a ser fortalecer a cidade e o Estado. Neste contexto, há um deslocamento da salvação individual das almas para a salvação de vidas, o que fortaleceria o Estado, acumulando riqueza e tomando, em parte, o poder das instituições religiosas. Assim, percebe-se que o nascimento da medicina moderna foi permeado por interesses econômicos. Foucault denomina esta “nova” forma de exercer o cuidado como medicina social, por não ser voltada para o tratamento de doenças ou diminuição do sofrimento dos doentes, mas estar centrada na melhoria do nível de saúde da população com o objetivo de qualificar as pessoas, não como indivíduos, mas como componentes de uma população (FOUCAULT, 2005b). Esta “nova” realidade, denominada população, poderia ser considerada “uma multiplicidade de indivíduos que são e que só existem de fato, essencialmente, biologicamente ligados à materialidade em cujo interior eles existem” (FOUCAULT, 2008, p. 28). Assim, o governo passa a ser exercido sobre o corpo coletivo, através de uma estratégia biopolítica que coloca a questão da vida e dos modos de viver como alvo do investimento das práticas do Estado. A vida passa a ser gerida em todos os âmbitos: nascimento, mortalidade, nível de saúde, longevidade, entre outros. O objetivo deste modo de governo é constituir uma sociedade de segurança, pois para poder governar uma população, é necessário conhecê-la, minimizando os riscos que podem incidir sobre ela (FOUCAULT, 2008).

Nos dias de hoje considera-se que os saberes científicos produzidos no último século são mais volumosos do que os saberes constituídos em toda a história prévia a este momento. O conhecimento sobre as doenças, o desenvolvimento de vacinas e medicamentos, os novos métodos de diagnóstico por imagem, o desenvolvimento das técnicas de cirurgia, a engenharia genética, a clonagem de animais, a pesquisa com célula-tronco são apenas algumas dentre as

muitas “evoluções” que a ciência apresentou ao longo dos séculos XX e XXI e que atuaram decisivamente na crescente separação entre as ciências da saúde e a religião.

Por que escolhemos trilhar um caminho e não outro? Muitas vezes o melhor caminho a tomar nem sempre é o mais fácil, o menos arduo. Acredito que nossas escolhas são fruto de nossas convicções e, por conseguinte, pertencem aos discursos que nos atravessaram no decorrer da vida. Quando optei por trilhar o complexo caminho dos estudos na perspectiva pós-estruturalista, não esperava que este caminho fosse o mais fácil. Nem o mais difícil. Esperava que este fosse o caminho que pudesse dar vida às minhas dúvidas, às minhas inquietações, às minhas perguntas. O que mais me encanta no caminho que decidi percorrer é a possibilidade de apreciar as questões da pesquisa com um outro olhar: um olhar que problematiza o que é dado como *a priori*; um olhar que questiona o que é natural; um olhar que não tenta achar respostas finais e se agarrar a elas como se fossem um forte, um porto seguro; um olhar de quem não quer ser rotulado como seguidor de uma teoria que não quer ser postar num lugar fixo, num lugar onde as verdades absolutas imperam e não podem ser questionadas. Enfim, um olhar que não busca certeza, já que entende a incerteza como um estopim para a busca pelo conhecimento e para a problematização do inquestionável.

Por esta e outras razões, o caminho que optei por trilhar se inscreve no campo dos Estudos Culturais, particularmente na versão pós-estruturalista, de perspectiva foucaultiana, que considera a cultura a partir da perspectiva pós-moderna. Denomina-se pós-moderna a multiplicidade de novas tendências em variados meios de cultura, que colocam em questão a racionalidade iluminista, para tentar entender como viemos nos tornar o que somos e como viemos parar onde estamos, colocando em suspeita as “verdades” da modernidade (KRUSE, 2004). Tentando explicar o pós-moderno, utilizo as palavras de Usher e Edwards (1994) quando dizem que

[...] talvez tudo o que possamos dizer com algum grau de segurança, é o que o pós-moderno não é. Certamente não é um termo que designa uma teoria sistemática ou uma filosofia compreensiva. Nem se refere a um sistema de idéias ou conceitos no sentido convencional; nem é uma palavra que denota um movimento social ou cultural unificado. Tudo o que podemos dizer é que ele é complexo e multiforme, que resiste a uma explanação redutiva e simplista (p. 7).

No entanto, o objetivo não é sugerir que tudo deva ser reduzido à cultura, e sim reconhecer que essa é uma das condições constitutivas das práticas sociais (HALL, 1997). Os Estudos Culturais enfatizam a importância de se analisar o conjunto da produção cultural de uma sociedade, seus diferentes textos e práticas, para entender os padrões de comportamento

e a constelação de idéias compartilhadas, assumindo o papel constitutivo que a cultura assumiu nos diferentes aspectos da vida social. Assim, os Estudos Culturais não pretendem ser uma disciplina acadêmica no sentido tradicional, e sim um conjunto articulado de formações instáveis e descentradas que rompem com certas lógicas cristalizadas e com concepções consagradas (COSTA; SILVEIRA; SOMMER, 2003). Desta forma, diante desta perspectiva, me permito tomar como cultura toda ação social, como textos, imagens, estruturas narrativas, códigos, conversas e condutas que, anteriormente, não seriam consideradas como tal.

Para problematizar as minhas questões de pesquisa propus realizar uma hipótese de leitura dos artigos publicados em revistas científicas de enfermagem, a partir da localização do primeiro artigo, no ano de 1935, até o ano de 2010. Inicialmente, para balizar os artigos que iriam fazer parte do meu *corpus de análise* realizei minha pesquisa utilizando o descritor “*religion and nursign*” no PubMed, uma base de dados da Biblioteca Nacional de Medicina Americana, que indexa mais de vinte milhões de artigos publicados em cerca de três mil e oitocentas revistas científicas da área da saúde. Através de minha pesquisa localizei cinco mil e doze artigos, sendo que destes, apenas onze haviam sido publicados por revistas brasileiras. Apesar de achar que seria interessante trabalhar com pesquisas de outros países, com histórias e culturas diferentes, este não é o foco da minha pesquisa, nem tampouco ajudaria a atingir o objetivo desta dissertação. Desta forma, optei por trabalhar com artigos publicados apenas por revistas científicas brasileiras, buscando entender as condições de emergências dos enunciados publicados por ela no contexto da enfermagem do Brasil. Para isso, além de utilizar os artigos localizados pelo PubMed, ampliei minha pesquisa para mais três bases de dados, que indexasse revistas de enfermagem do Brasil: o Perienf, a BDENF e o ScIELO. O Perienf é uma ferramenta disponível na base de dados da biblioteca Wanda de Aguiar Horta, localizada na Escola de Enfermagem de São Paulo (USP). A BDENF é a Base de Dados em Enfermagem, localizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foi criada em 1990 e atualmente está sob responsabilidade da Biblioteca J. Baeta Vianna da Universidade Federal de Minas Gerais em convênio com a Bireme. O ScIELO, que significa *Scientific Eletronic Library Online* é uma base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) que indexa artigos publicados na América - Latina e Caribe, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. Através da busca nessas quatro bases de dados, foi localizado um total de cento e vinte e um artigos, tendo sido excluídas as

referências que se repetiam e as dissertações e teses. A listagem dos artigos que utilizei para compor o meu corpus de análise está apresentada no APÊNDICE.

As revistas científicas e os textos aí publicados constituíram o espaço para refletir e analisar os discursos sobre a religião, um espaço privilegiado para a emergência de um regime de verdades que estabelece o que é certo ou errado, legítimo ou descartável. Desta forma, minha opção por trabalhar com revistas científicas se deu por considerá-las espaços institucionais de dispersão de discursos, além de serem dispositivos pedagógicos da mídia, com capacidade de produzir sujeitos e subjetividades, na medida em que produzem saberes que se dirigem a ensinar modos de ser, agir e estar na cultura em que vivemos (FISCHER, 2001). As revistas de enfermagem são responsáveis por veicular e legitimar os saberes autorizados a circular entre as enfermeiras, principalmente professoras e alunas, as quais mais frequentemente consomem este tipo de publicação. Assim, penso que os enunciados proferidos pelas revistas servirão para produzir modos de pensar e atuar sobre os corpos de pacientes. Além disso, as revistas encontradas nessa base de dados têm ampla circulação no cenário científico, tanto nacional como internacional, o que torna seus discursos mais “verdadeiros” e, como tal, produtores de identidade profissional. Assim, o saber científico pode ser considerado um local privilegiado onde sujeitos são constituídos a partir de certas verdades.

A coleta e análise dos dados foram feitas a partir de leitura interessada dos artigos localizados. A leitura interessada caracteriza-se por “saber aquilo que podemos aproveitar e aquilo que podemos descartar, deixar passar ou deixar de lado” (FISCHER; VEIGA NETO, 2004). Para analisar o conteúdo dos artigos escolhidos utilizei a Análise Textual, associada com o pós-estruturalismo. A análise textual pode ser entendida como um dos caminhos investigativos inventados para compor os objetos de estudo, percorrendo disciplinas e metodologias para dar conta das preocupações, motivações e interesses teóricos e políticos. De acordo com os Estudos Culturais, os discursos e textos têm caráter produtivo e constitutivo de experiências cotidianas, visões de mundo e identidades culturais (COSTA; SILVEIRA; SOMMER, 2003). Tal análise pode contribuir para que se detectem certas regras que governam a produção de discursos numa determinada época, mostrando os diferentes significados que estão atrelados na produção de sujeitos. Assim, ao realizar uma análise textual busco olhar como textos, no caso desta pesquisa artigos, constituem sujeitos, ensinando formas de ser, pensar e agir.

Dentro desta perspectiva, tomo como discurso um conjunto de enunciados que respondem a uma mesma formação discursiva, de acordo com um regime de verdades

produzido em determinada relação de poder e saber (FOUCAULT, 2004; 2009). Para Foucault, enunciado não é qualquer coisa dita, não são os atos de fala do cotidiano. Enunciados para o filósofo são os temas centrais do discurso. Não precisam ter uma aceitabilidade gramatical, nem uma correção lógica. Os enunciados funcionam como se fossem um sistema de dispersão dos discursos, produzindo um campo mais ou menos autônomo e raro de sentidos, que devem ser aceitos e sancionados numa rede discursiva, seguindo determinada ordem (FOUCAULT, 2004). Pensando deste modo, entendo que os saberes produzidos pelas revistas científicas compreendem um conjunto de enunciados que constituem o discurso científico da área. Desta forma, não pretendi interpretar os escritos como “verdades” indiscutíveis ou achar sentidos escondidos nos textos, mas sim, olhar para esses discursos como verdadeiros “monumentos” capazes de produzir relações de poder, saber e construir identidades e subjetividades.

Pretendi lançar um olhar genealógico, no sentido que Foucault tomou emprestado de Nietzsche: como uma das formas de analisar como se deram os processos pelos quais os indivíduos se tornam sujeitos como resultado de um processo de objetivação no interior de uma rede de poderes (VEIGA NETO, 2007). De acordo com Foucault, realizar uma atividade genealógica é deixar intervir os saberes locais, descontínuos, desqualificados, contra uma instância teórica que pretenderia filtrá-los em detrimento de um conhecimento verdadeiro, legitimado pela ciência. A genealogia seria uma anticiência, não no sentido de reivindicar o direito à ignorância, da recusa ao saber, mas no sentido de ser contra os efeitos centralizadores de poder, que costumam encontrar-se vinculados à instituição e ao funcionamento de um discurso científico. De acordo com o filósofo, “é exatamente contra os efeitos de poder próprios de um discurso considerado científico que a genealogia deve travar o combate” (FOUCAULT, 2005a, p. 14). Utilizando as palavras do filósofo

Trata-se de ativar saberes locais, descontínuos, desqualificados, não legitimado, contra a instância teórica unitária que pretenderia depurá-los, hierarquizá-los, ordená-los em nome de um conhecimento verdadeiro, em nome dos direitos de uma ciência detida por alguns. [...] uma insurreição dos saberes antes de tudo contra os efeitos de poder centralizadores que estão ligados à instituição e ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior de uma sociedade como a nossa (FOUCAULT, 2005b, p. 171).

Assim, para realizar uma análise genealógica é necessário colocar os discursos locais, lidos e analisados, em constante tensão com as práticas de poder, buscando que saberes

emergem desta discursividade. E, deste modo, buscarei pesquisar como se produzem essas práticas de poder, tão sutis, que resultam neste modo de governo.

Para apoiar minhas análises, utilizei algumas noções e conceitos da obra do filósofo Michel Foucault que permitem pensar e olhar de maneira diferente processos e discursos que muitas vezes estão naturalizados. Para isso, me aproprio de algumas ferramentas teóricas e metodológicas de Foucault, sustentada na leitura de alguns de seus livros e cursos proferidos na disciplina de História do Pensamento no *Collège de France* entre 1976 e 1982, os textos de suas conferências e entrevistas concedidas, além das leituras que diferentes pesquisadores fizeram de suas obras. Não tenho a intenção de utilizar o filósofo como modelo, nem como um guru a ser seguido. Minha intenção é utilizar suas contribuições como o próprio filósofo sugeriu, isto é, como se fossem ferramentas, instrumentos, táticas que me servirão de auxílio para desenvolver a problemática da pesquisa, me permitindo ajustar o olhar e reconhecer o que está dito e o que não está dito.

Percebendo as inúmeras tecnologias de poder e saber intrínsecos às relações entre profissionais da saúde e paciente, penso que as noções de **governo** e **governamentalidade** são fundamentais em minhas análises. Esta nova arte de governar vai definir a população como sujeito e objeto de governo, que por sua vez vai desenhar a educação como estratégia de governo para o sujeito (FOUCAULT, 2008).

A problemática da arte de governar para Foucault se configura pela primeira vez, em 1975, no curso *Os anormais*, entendendo que as tecnologias positivas de poder poderiam ser aplicáveis a loucos, pobres e crianças. Este poder não se limitava apenas às disciplinas, mas também às técnicas de governo da alma, forjadas pela Igreja Católica através do ritual da penitência (FOUCAULT, 2001). Mas foi nos cursos *Segurança, Território, População* (1977/1978) e *Nascimento da Biopolítica* (1978/1979) que Foucault busca traçar uma *História da Governamentalidade*, mostrando que houve uma “arte de governar (razão de Estado) que se transforma, pela economia política, em governo da população, cujo pano de fundo é o liberalismo e cujo regime de verdade é o mercado” (ARAÚJO, 2009, p. 39). Assim, através da análise do poder do Estado, Foucault estudou como as práticas de governo que incidem sobre os corpos dos homens guiam, controlam e asseguram suas condutas.

Desta forma, utilizar a governamentalidade como ferramenta analítica é pensar de maneira estratégica e programática, para conseguir ajustar o olhar e visualizar determinadas formas e funções. Assim, utilizo a governamentalidade como uma ferramenta para analisar as tecnologias de poder, de governo dos indivíduos e da população, que permite enxergar as técnicas, táticas e estratégias como parte dos dispositivos de poder constituído num

determinado momento histórico. De acordo com Foucault a governamentalidade seria um processo de governamentalização, um ajuste da maneira de governar, da instituição que conhecemos como Estado. Mas isto não significa que o governo esteja sob responsabilidade única do Estado (FOUCAULT, 2003a). Ele refere que essa noção deve ser entendida em “um sentido amplo de técnicas e procedimentos destinados a dirigir a conduta dos homens. Governo dos filhos, governo da alma ou das consciências, governo de uma casa, de um Estado ou de si mesmo” (FOUCAULT, 1990).

Desta forma, **governamentalidade** poderia ser explicado como um campo estratégico de relações de poder no que elas têm de móvel, de transformável, de reversível, enquanto **governo**, seria o modo de condução da conduta, ou ainda, tipos de conduta (FOUCAULT, 2006). Portanto, em minhas análises acredito que as noções de governamentalidade e governo de Michel Foucault me auxiliam a visualizar como se dão as técnicas de controle, as estratégias de governo que permeiam a relação do profissional da saúde com seu paciente.

Foram respeitadas as normas de autoria, sendo que as obras utilizadas como fontes de pesquisa tiveram seus autores citados e referenciados, conforme normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2002a, 2002b, 2002c, 2002d).

4 SER PARA SERVIR: enfermeira uma profissional cristã

Ao iniciar minha viagem por entre as páginas dos periódicos de enfermagem buscando os enunciados sobre religião proferidos pelas enfermeiras, me encantei ao encontrar artigos escritos há mais de setenta anos. Lendo-os fiquei maravilhada com o tom dos discursos publicados pelas revistas, percebendo como eles se modificaram com o passar do tempo, migrando de um jeito profético e religioso, para a linguagem científica das revistas de hoje. Desta maneira, informo aos leitores que no decorrer de minhas análises procurarei fazer o exercício de buscar condições de possibilidade que historicamente tornaram possível a emergência dos discursos de enfermagem sobre religião.

Assim, inicio me ocupando da criação das revistas de enfermagem no Brasil, alvo de minha pesquisa. A primeira revista de enfermagem criada foi a *Annaes de Enfermagem*, em 1932, que, posteriormente, viria a se chamar *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*. Esse periódico foi criado com objetivo de se tornar o veículo oficial de divulgação das enfermeiras associadas na Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), onde deveriam ser veiculados saberes que as enfermeiras brasileiras começavam a produzir, ampliando seus conhecimentos científicos e suas habilidades técnicas. A *Annaes de Enfermagem* tornou-se um meio de publicação exclusivo das enfermeiras diplomadas e seus convidados, através da qual buscava se constituir um campo de saber próprio, fazendo circular um “novo” discurso sobre a profissão, de modo a igualar-se às demais profissões modernas e aplicar os princípios defendidos por Florence Nightingale, considerada a instituidora da Enfermagem Moderna, que dizia que o conhecimento científico era a única estratégia que diferenciaria as enfermeiras diplomadas das não-diplomadas (DAHER, 2003). Sobre essa personagem da enfermagem, falarei mais adiante.

A criação de uma revista que abrigasse os saberes produzidos pelas enfermeiras diplomadas estabeleceu um campo de diferenciação do saber tido como científico e o saber empírico ou popular, sendo verdadeiro o discurso autorizado pelas páginas da revista. Desta forma, cria-se um espaço de divulgação onde passam a circular os discursos da enfermagem, determinando o que pode e deve ser dito, e quem pode proferir esses discursos, de acordo com a posição que ocupa no campo (FISCHER, 2001). Tal procedimento possibilitou que as enfermeiras diplomadas se tornassem as detentoras de saber desta área, desautorizando os demais saberes que compunham o campo.

As iniciativas para tornar a enfermagem uma disciplina científica tinham como objetivo a ruptura com o caráter religioso inerente à profissão, inserindo-a como profissão

moderna nos princípios técnico-científicos, que construiriam um “novo” modelo de saber e de fazer enfermagem, já que o modelo vigente era considerado inadequado e insuficiente para os padrões da época. No entanto, o que se percebe é que nas primeiras publicações da revista, esse caráter religioso ainda era muito presente, sendo considerado fundamental para a vida pessoal e profissional da enfermeira. Ainda que a substituição do “modelo religioso de enfermagem” pelo “modelo nightingaleano” fosse buscada pelas enfermeiras da época, esse deslocamento não foi absoluto, e nem poderia ser, pois as enfermeiras eram sujeitos do discurso religioso, em especial os princípios cristãos católicos, hegemônicos nesta época.

Conta-se que o catolicismo chegou ao Brasil já no descobrimento, sendo profundamente enraizado nessa sociedade emergente. Do Descobrimento até a Proclamação da República, o catolicismo foi a religião oficial do Brasil, devido a um acordo firmado entre o Papa e a Coroa Portuguesa, onde foi acordado que as terras que os portugueses conquistassem deveriam ser catequizadas. Em troca, a Igreja Católica se submetia a autoridade, administração e gerência financeira da Coroa Portuguesa. Para tanto, o Governo tinha como responsabilidade sustentar a Igreja e garantir que os brasileiros recebessem a educação católica, ganhando em troca obediência e reconhecimento. Em 1889, com a Proclamação da República, foi decretada a separação entre o Estado e a Igreja, ficando instituído o Estado laico, que garantia a liberdade religiosa (AZEVEDO, 2002). Mesmo com esta separação, percebe-se que a educação cristã já estava arraigada na sociedade brasileira, produzindo determinados modos de pensar e agir.

Percebo, então, que a *Annaes de Enfermagem* e, posteriormente, a REBEn, disponibilizavam um privilegiado espaço para a divulgação de celebrações católicas, como missas e procissões, e dando especial destaque a determinadas datas religiosas, como o Natal, que recebia espaço no periódico todos os meses de dezembro, como no trecho abaixo⁷:

Aqueles que lidam de perto com a dor e miséria humana, por certo sentem Cristo junto a si. (...) Enfermeiras, é o dia da nossa oração, é o dia que voltando para o Criador, todo o nosso pensamento ides pronunciar num asseio de perfeição (NATAL, 1937, p. 1).

Nesta época o periódico ainda não assumira o formato de revista científica, nos moldes que conhecemos hoje. Em meio às produções científicas circulavam notas de aniversários, nascimentos, casamentos, obituários, além de textos de humor. A revista funcionava como espaço social e cultural. Havia uma seção destinada a homenagem de figuras de destaque para

⁷ Ao longo da dissertação apresentarei excertos retirados dos artigos analisados, com objetivo de exemplificar as análises. Para distinguir os excertos das citações diretas dos autores, citarei os excertos com a formatação de depoimentos.

a enfermagem e para o campo da saúde em geral, exaltando suas qualidades profissionais e morais. As mais homenageadas eram Anna Nery a “mãe dos brasileiros” e Florence Nightingale a “dama da lâmpada”. Nesta época, os artigos da Revista eram mais voltados para apresentação e revisão de técnicas de enfermagem, adquirindo um caráter didático, apresentando atualizações ou revisões sobre matéria médica, analisando temas científicos que emergiam no campo da saúde e no cotidiano da prática profissional (DAHER, 2003). Entretanto em meio aos artigos científicos emergiam assuntos relacionados à religião, assumindo postura doutrinária, de modo a subjetivar as pessoas a agir de acordo com valores éticos, morais e religiosos da época.

A maioria das matérias da Revista era escrita por enfermeiras diplomadas, em especial professoras, os sujeitos autorizados a publicar na revista, já que as instituições acadêmicas eram, e ainda são, responsáveis pelos discursos tidos como científicos e verdadeiros. Além das enfermeiras diplomadas, havia publicações de médicos e artigos traduzidos de revistas americanas. Também era freqüente o convite a personalidades religiosas, principalmente da Igreja Católica, como irmãs, freis, padres e membros de associações católicas, demonstrando a estreita relação entre o catolicismo e enfermagem. Esse espaço concedido pela REBEn ocorria num momento histórico em que a religião católica tinha firmado aliança com o Governo Federal, que garantiu aulas de religião nas escolas públicas e a presença do nome de deus na Constituição (AZEVEDO, 2002). Desta forma, naquele momento, a sociedade de discurso era constituída por sujeitos de formação acadêmica e religiosa, que detinham o poder neste campo discursivo, sendo autorizados a falar sobre determinados assuntos.

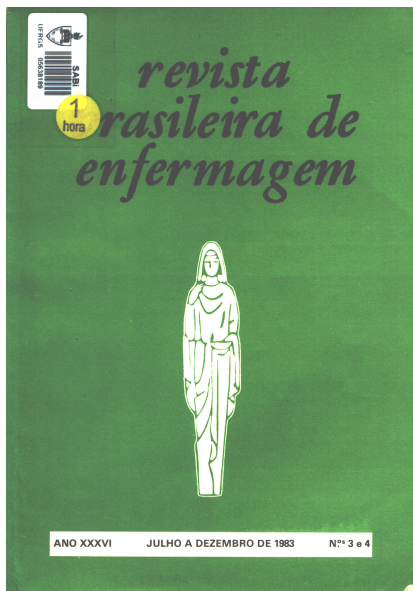
Nesta época são publicados na Revista textos de forte constituição religiosa, como trechos da Bíblia Sagrada, considerada portadora de um dos discursos mais poderosos de todos os tempos (OS SACRIFÍCIOS..., 1957). Sacramentos, salmos e mandamentos são trazidos por representantes religiosos e também por enfermeiras, refletindo o pensamento da equipe editorial da Revista. Um dos exemplos a ser destacado foi a enfermeira Haydée Guanais Dourado, diretora e redatora chefe da REBEn por quase quatro décadas, período durante o qual instituiu a REBEn como revista científica. Esta enfermeira realizou diversas mudanças, entre elas a da capa, que era constituída por um símbolo egípcio que representava “ideal, ciência e arte” (Figura 1) e passa então a estampar uma figura estilizada da “Dama da Lâmpada” (Figura 2), que ainda hoje provoca dúvidas sobre sua identidade, seria Santa Catarina de Siena ou Florence Nightingale? No entanto, conforme editorial da época, ambas resumiriam a enfermagem, suscitando imagens que remetiam as raízes e a essência da enfermagem idealizada (BARREIRA; BAPTISTA, 2002).

Figura 1 – Ideal, arte e ciência.



Fonte: BARREIRA; BAPTISTA, 2002

Figura 2 – Dama da lâmpada.



Fonte: BARREIRA; BAPTISTA, 2002

Haydée Guanais Dourado, além de ter sido importante personalidade na trajetória da enfermagem brasileira, por suas inúmeras realizações, principalmente na construção dos fundamentos jurídicos que resguardaram e ampliaram as áreas de exercício profissional, era uma devota militante, com sólida formação católica. Traduzia e autorizava a publicação de

textos religiosos, como a história do profeta e pensador Zaratustra, considerado o fundador da religião (GORE, 1957). Neste texto, pregava-se que a função do bom homem é pôr seu eu a inteiro serviço de deus, através de devota obediência. A frase a seguir evidencia a força de sua religiosidade: “Eu acredito que essas coisas que me aconteceram na vida foram devido ao interesse de deus pela enfermagem, porque havia uma mão por trás de tudo isso” (BARREIRA; BAPTISTA, 2002, p. 287).

Desta forma, ao analisar os artigos publicados pelas revistas de enfermagem, principalmente até a década de setenta, o conteúdo dos discursos pregavam a formação de uma enfermeira que, mesmo diplomada, deveria voltar-se aos aspectos religiosos, valorizando o “sentido cristão de servir”. Os enunciados veiculados pela Revista buscavam produzir uma profissional cristã, constituída pelos discursos religiosos, incitada a exercer sua profissão com ternura e espírito cristão de servir. É destacada, nas publicações, a importância de manter aceso o espírito cristão, conservá-lo e alimentá-lo, não deixando que desaparecesse em meio aos “adventos modernos”, como no trecho que segue:

Servir significa: estar a serviço do outro. O sentido cristão de servir na enfermagem nasceu com o advento de Nosso Senhor Jesus Cristo. (...) A enfermeira exercendo sua profissão deve servir com sentido cristão, com grande dose de ternura, com caridade bem dirigida a todos os que, por qualquer motivo, necessitem de sua ajuda (MOLINA, 1961, p. 308).

No trecho acima é possível perceber como os preceitos da Igreja Católica ainda eram fortemente difundidos, principalmente em relação ao cuidado dos enfermos. A história conta que no Brasil, desde o período colonial até o século XX, a Igreja Católica era responsável pela administração dos hospitais e pelo cuidado dos doentes, principalmente nas Santas Casas de Misericórdia, que prestavam cuidado de cunho religioso e caritativo (GOMES; ALMEIDA FILHO; BAPTISTA, 2005). A enfermagem era praticada por religiosas vindas geralmente da Europa, tendo suas atividades baseadas em princípios empíricos ou não científicos, sem que houvesse um preparo formal para essa atividade. As ações realizadas por elas eram norteadas pelo amor ao próximo, missão e sacerdócio, sem remuneração. Além disso, até a década de trinta, as religiosas, além de cuidadoras, eram responsáveis pela gestão do espaço hospitalar (DAHER, 2003).

Conta-se que esse quadro passou a mudar devido à insatisfação dos médicos com esta situação de subordinação e com a nova organização do espaço hospitalar, que deixa de ser um local para a prática de caridade e passa a ser um local destinado à experiência médica. Assim, os médicos passam a assumir a responsabilidade pela organização do hospital, até então

pertencente aos religiosos (RIZZOTTO, 1999). Tal mudança seria a condição de possibilidade para a criação de escolas de enfermagem que qualificassem as profissionais que viriam prestar assistência aos enfermos.

A nova função do hospital, que deixava de ser um depósito de marginalizados que ali ficavam até morrer, para se transformar em centros de tecnologia para tratamento, cura e pesquisa, exigia uma melhor preparação técnico/científica das pessoas que prestariam cuidados aos doentes e manipulariam os instrumentos. Tornava-se, por essa via, imprescindível a criação de cursos de Enfermagem que qualificassem esse pessoal (RIZZOTTO, 1999, p.28).

Desta forma, a influência das religiosas na enfermagem começa a diminuir com a criação em 1922 da primeira escola de enfermagem do Brasil, a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que viria a se chamar, em 1926, Escola de Enfermagem Anna Nery. Os moldes de ensino e assistência da Escola de Enfermagem Anna Nery foram trazidos dos Estados Unidos com a vinda das enfermeiras americanas que reproduziram o modelo iniciado na Inglaterra, em 1860, por Florence Nightingale. Para repetir no Brasil o mito de Florence Nightingale, o processo de seleção das alunas era rígido e elitista, atendendo aos preceitos do modelo desta dama da corte inglesa. As moças eram recrutadas nas classes médias e altas, deveriam ter diploma da Escola Normal e ser solteiras ou viúvas. Através desses requisitos, a Escola já selecionava o tipo de aluna que pretendia formar, pois naquele período, apenas as mulheres da elite costumavam estudar depois da alfabetização (RIZZOTTO, 1999). Assim, a Escola de Enfermagem Anna Nery teria sido criada para atender ao desenvolvimento econômico e aos novos rumos da Medicina da época: um modelo hospitalocêntrico e tecnológico, afastando a assistência de enfermagem do caráter caritativo e empírico, pois para prestar os cuidados exigidos pela tecnologização seria necessário que houvessem profissionais capacitados, treinados e escolarizados.

Neste mesmo sentido, em 1931, foi publicado decreto reconhecendo a Escola de Enfermagem Anna Nery como “escola oficial padrão”, sendo que só seriam reconhecidas como enfermeiras as portadoras de diplomas fornecidos pela Escola, excluindo as religiosas que trabalhavam em hospitais. Esse decreto promoveu inúmeros protestos por parte das religiosas, já que até a década de trinta, além de cuidadoras, elas eram as gestoras do espaço hospitalar. Em 1932, o presidente Getúlio Vargas, que havia firmado aliança com a Igreja Católica, assina um decreto equiparando os direitos das enfermeiras diplomadas aos das religiosas que comprovassem experiência de seis ou mais anos de prática hospitalar (GOMES;

SILVA; BAPTISTA; ALMEIDA FILHO, 2005). Para manter o espaço de diferenciação, as enfermeiras diplomadas utilizavam a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, que em 1954 passaria a se chamar Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Essa Associação havia sido criada em 1926 por ex-alunas da Escola Anna Nery com objetivo de reunir enfermeiras diplomadas para o debate de assuntos, concepções e valores considerados essenciais para a conformação da enfermagem brasileira, instituindo um campo de saber particular e específico. Desta forma, cria-se um espaço de diferenciação, situando as enfermeiras diplomadas em espaço privilegiado, como as únicas produtoras de saber e detentoras de poder. A enfermeira religiosa e não-diplomada, que não se adequava a essa “nova verdade universal” da profissional moderna, era considerada inadequada e inferior, tendo seus discursos marginalizados. Assim, começa a se identificar a enfermeira diplomada como enfermeira-padrão, gerando conflitos de identidade e no campo profissional.

Na contramão desse movimento, as religiosas escreviam artigos exaltando seu trabalho, principalmente o da madre superiora, que aparece como coordenadora do serviço e das funcionárias, desqualificando a enfermeira diplomada, como no texto abaixo:

[...] ela carrega uma gama de responsabilidades bem maior do que uma simples enfermeira, pois o cargo lhe confere uma tarefa de líder e lhe destina muitas atribuições. [...] ela está a serviço ao mesmo tempo de uma comunidade religiosa e de uma instituição hospitalar devendo, a uma e a outra, obrigações de dedicação e doação (A MADRE..., 1966, p. 224).

Os artigos da Revista referem esse confronto existente no campo de trabalho, como na frase “é verdade que não poucas vezes há desentendimento entre religiosas e enfermeiras” (A MADRE..., 1966, 230). Entretanto, em meio a essa disputa, é ressaltada a importância das enfermeiras religiosas e das enfermeiras diplomadas trabalharem em harmonia, sem competição e hostilidade. Enquanto isso, no âmbito nacional, líderes da ABEn e da União das Religiosas Enfermeiras do Brasil travavam verdadeiras batalhas para assegurar os espaços de enfermagem brasileira e apontar, cada uma a seu modo, o modelo ideal da enfermeira (DAHER, 2003). Assim, percebe-se nos discursos uma forte relação da enfermagem com a religião católica, apesar do movimento de mudança do discurso religioso para o científico que pretendia dar identidade profissional para a enfermeira. O trecho abaixo, extraído do artigo intitulado *Vocação e Abnegação*, demonstra uma exaltação religiosa, comparando a enfermeira a uma missionária, como em vários momentos da revista, onde o sacerdócio é celebrado.

Vocação e abnegação são as duas qualidades básicas da enfermeira! Sem vocação e abnegação faz-se da enfermagem um meio de vida, um ofício e não o que ela deve ser: um sacerdócio (PORTO ALEGRE, 1935, p. 12).⁸

Percebe-se então, que a Enfermagem é destacada mais como vocação do que como profissão, indo na contramão dos discursos que buscavam instituir a Enfermagem como profissão científica. Nesses artigos, a enfermeira não era vista pelas lentes da profissional, mas sim como um ser iluminado, com dom sagrado, como no trecho “a enfermeira é uma imagem de deus amoroso, inclinada sobre o corpo do homem, para infundir-lhe o espírito da saúde, da vitalidade, da energia para tudo o que é bom e belo” (ZANINI, 1967, p. 94). Os enunciados referem que os ideais religiosos transcendem os objetivos da profissão, afirmando que a prática da enfermagem vai muito além dos princípios da ciência. Assim, as autoras se colocam em contraposição aos fundamentos científicos da enfermagem, em defesa do sentido de servir em enfermagem, como na citação abaixo:

[...] o espírito cristão de servir vai se afastando do verdadeiro sentido, vemos as exigências técnicas ultrapassando os deveres da caridade. Vêm regras de higiene, de divisão de clínicas, de lotação dos leitos, de casos de interesse científico (...). Situação de real distância de um São Francisco, que beijava as chagas dos leprosos, de uma Santa Isabel que deitava os seus protegidos enfermos no próprio leito de seu esposo (COSTA, 1961, p. 362).

Esse texto dificilmente seria aceito pelas sociedades científicas, mesmo naquela época, já que ia de encontro a princípios básicos de higiene e controle dos pacientes, considerados indispensáveis na prática de enfermagem no espaço hospitalar. Uma das principais responsáveis pela reorganização desse espaço hospitalar foi Florence Nightingale, considerada a responsável pelo discurso fundador do que hoje chamamos de Enfermagem Moderna. Florence fazia parte da corte inglesa, criada dentro de uma abastada família e com formação e conhecimento incomuns para a época. Desde muito jovem determinou que o casamento não seria sua fonte de realização pessoal, passando a viajar e conhecer instituições hospitalares e casas de cuidados que a ajudariam, posteriormente, a traçar preceitos para criar novas bases para a prática da enfermagem. No ano de 1854, Florence partiu para a Guerra da Crimeia, com mais trinta e oito voluntárias, com o intuito de cuidar dos soldados ingleses feridos em batalha. Ali, começa colocar em prática os preceitos de cuidado que há muito tempo vinha elaborando, como limpeza e ventilação do ambiente, separação dos doentes por patologia, trocas de roupa de cama, alimentação adequada, entre outros. Além disso, preocupava-se com a organização do trabalho e a manutenção de registros cuidadosos dos acontecimentos. Com a introdução dessas novas práticas, foi constatada uma queda acentuada

na mortalidade dos soldados, o que fez com que seu trabalho adquirisse visibilidade. Com seu retorno, o Governo inglês a premiou com quarenta mil libras, pois sabia de seu desejo de fundar uma escola para enfermeiras, o que ocorreu no ano de 1860. Com isso, os métodos de Florence chegam aos hospitais de Londres e Paris, introduzindo mudanças nas práticas usuais de cuidado, incorporando saberes modernos que, embora incipientes, introduziram determinada ordem no hospital, através da observação, organização e registro (KRUSE, 2004). Desta forma, Florence começa a organizar a Enfermagem como profissão moderna, já que uma das importantes tarefas da modernidade é produzir o disciplinamento e o controle dos corpos. Florence pode ser vista como instituidora de determinada cientificidade na Enfermagem, tendo organizado os saberes caracterizados por um modelo de assistência que é produtivo até os dias de hoje. Os métodos desenvolvidos por Florence contribuíram para a transformação do hospital em local de tecnologia disciplinar, ordenando, controlando e regularizando os corpos dos pacientes. O espaço hospitalar deixa de ser um local de assistência passando a ser um espaço terapêutico, individualizando as doenças, os sintomas, as vidas e as mortes, nascendo um espaço medicamente útil (DREYFUS; RABINOW, 1995).

Pensando a partir disso, ao comparar a prática de enfermagem da época com o cuidado aos doentes exercido por São Francisco e Santa Isabel, o autor vai de encontro ao pregado pela Enfermagem moderna, idealizada por Florence Nightingale. No entanto, o lugar de destaque concedido pela revista para a religião permitia que circulassem discursos que iam contra os princípios de higiene imprescindíveis para o funcionamento do hospital moderno. Neste momento, percebo a ambigüidade dos discursos da REBEn, pois ao mesmo tempo em que buscava uma cientificidade para o campo através da produção científica, permitia que circulassem discursos que destituíam a enfermagem como profissão e a colocava novamente como prática empírica de caridade e assistência religiosa.

Em outros excertos é possível visualizar a enfermagem moderna sendo criticada em detrimento da enfermagem missionária, como “é de suma importância que seus conhecimentos cristãos estejam a altura de sua missão, porque em nossos dias o materialismo se vai adentrando na consciência auxiliado pelo resplandecer da luz de razão”⁸ (VARILLAS et al, 1961, p. 331). Através desse excerto, torna-se possível pensar que as mudanças ocorridas na enfermagem, da prática empírica para uma prática fundamentada em princípios científicos, ainda não eram unanimidade, pois para o autor acima, e tantos outros, a “boa enfermeira” seria a que soubesse exercer a enfermagem não como uma profissão, mas sim como missão. Além disso, a enfermagem como profissão, passível da remuneração, começa a

⁸As traduções dos excertos em espanhol e inglês são de minha responsabilidade.

ser discutida pelos artigos, que ao mesmo tempo que passam a levantar esta questão, referem que a recompensa de ser enfermeira ia muito além dos benefícios financeiros que essa profissão teria para oferecer.

O fato de ser remunerada a enfermeira não religiosa, em nada diminui a dignidade da sua missão, cuja grandeza é medida pela dedicação ao doente e não pelo resultado financeiro (PADIN, 1961, p.376).

A enfermagem como prática remunerada ainda era algo incipiente, vista sob suspeita pelos que defendiam o cuidado aos enfermos como algo sublime, não passível de remuneração, indo além das práticas reconhecidas pela ciência. Acredito ser possível pensar através desses enunciados que cedendo as “tentações do capitalismo”, a enfermeira estaria deixando se perder a “verdadeira” essência da profissão: a servidão, o amor e a abnegação. Desta forma, é possível entender porque muitos autores se opõem à ciência, identificando nessa a mais forte oponente da religião, como no trecho “*vê-se ficar, em segundo plano, o sentido cristão de servir, para servir à ciência, e infelizmente, também, as aspirações de riqueza e individualismo*” (COSTA, 1961, p. 363). Essa “nova” forma de ver a profissão era criticada, a partir de discursos que culpavam “o mundo atual” pelo afastamento do “homem” de suas origens religiosas. Também se destacam enunciados que criticavam os paradigmas positivistas que consideravam válidos os conhecimentos passíveis de verificação empírica (KRUSE, 2004), além de suspeitar de todo conhecimento que não fosse proveniente da razão. Observa-se esse enunciado no texto abaixo:

Sáimos de um século em que dominaram o racionalismo, o positivismo, o evolucionismo darwiniano, o naturalismo, dando origem ao Materialismo Histórico com todo o seu séquito de doutrinas novas e desnorteantes que depuseram o homem do pedestal onde se achava o filho de Deus e da Graça, iluminado pela luz da fé, para torná-los simples descendente de um animal inferior, destituído da antiga dignidade, sem nenhum destino a alcançar a não ser o temporal, cortando assim todas as suas aspirações a uma vida eterna, a um fim sublime e sobrenatural (VIEGAS, 1961, p. 351).

Até mesmo quando falam dos progressos científicos, os autores não deixam de relacionar a religião como responsável por esses avanços. Isso pode ser percebido no trecho “*os enxertos de córnea são os novos milagres dos homens que não podem esquecer ter recebido tal sucesso de Deus*” (CASTRO; SÁ, 1967, p. 294). Assim, os avanços da ciência embora sejam citados nos artigos analisados, são também negados, evitados e rejeitados pelos autores, que preferem associar a cura dos doentes à religião. Florence Nightingale já dizia que “as leis da ciência são as leis de Deus que os homens vem desvendando”. Desta forma, penso

no paradoxo presente, pois até mesmo Florence, considerada a instituidora da enfermagem como profissão moderna, era sujeito do discurso religioso. Criada dentro dos preceitos cristãos, Florence possuía sólida formação religiosa. Em seu livro *Notas sobre Enfermagem*, publicado em 1859, ela refere que uma boa enfermeira seria “uma mulher de sentimentos delicados e recatados, observadora sagaz e discreta, sóbria e honesta, religiosa e devotada, alguém que respeita sua vocação, porque a vida, a mais preciosa dádiva de Deus, é posta em suas mãos” (NIGHTINGALE, 1989, p.x), o que demonstra seu forte envolvimento com a religião. Foi essa crença que fez com que ela se destituisse de todos os confortos da vida na corte vitoriana para cuidar dos soldados feridos, atendendo o que para ela seria um “chamado de deus”.

Os enunciados dos artigos destacam a enfermagem como profissão tipicamente feminina, relacionada ao cuidado, que culturalmente está associado ao feminino e a religião, como podemos perceber no excerto “elevou-se como profissional liberal e esqueceu sua vocação sublime de ser para servir, tão própria da mulher” (COSTA, 1961, p. 364). Os artigos referem que não é por acaso que a enfermagem é uma profissão feminina, pois os homens até teriam capacidade de realizar todas as técnicas e procedimentos de enfermagem, mas não seriam os mais aptos a darem o afeto, tão necessário na prática do cuidado. Afinal, não basta ter afeto, tem que saber manifestar.

Não pode faltar uma referência à contribuição que a enfermeira, enquanto mulher, pode oferecer ao doente. [...] Ora, é inegável ser mais próprio do caráter feminino essa argúcia e minuciosidade na manifestação da afetividade (PADIN, 1961, p.377).

De acordo com Gastaldo e Meyer (1989), a enfermagem é uma profissão feminina por excelência, por ter sido sempre cuidado à saúde uma atribuição da mulher. Waldow (2001) refere à existência dessa relação entre a mulher e a prática do cuidado em diversos momentos históricos da enfermagem: primeiramente o aspecto caritativo, que se tratava do cuidado realizado por religiosas aos pobres e doentes; o caráter negativo, quando na Reforma o cuidado nos hospitais passa a ser realizado por prostitutas e mulheres de moral duvidosa; e a prática realizada pela mulher-enfermeira, que ocorreu com o recrutamento de jovens mulheres para trabalhar nos hospitais como auxiliares dos médicos. Além disso, o modelo patriarcal, arraigado em nossa cultura, instituiu normas e práticas relacionando o cuidado como característica feminina, que por ser frágil deveria ficar em casa cuidando da casa e dos filhos, enquanto o homem trabalharia para prover os recursos. Desta forma, esse fator cultural pode

ter se tornado condição de possibilidade para que a enfermagem fosse até os dias de hoje, exercida prioritariamente por mulheres.

Os enunciados veiculados pela Revista não deixavam dúvidas às leitoras sobre a importância da religião. A poderosa metanarrativa religiosa, formada por princípios imutáveis, apresentava verdades que não se discutiam, como por exemplo, o apelo da garantia de vida eterna. Destaco um dos textos que diz “*se deixa de ser humano, quando se deixa de ser cristão*” (MOLINA, 1961, p. 310). Ora, existe maneira mais poderosa de subjetivar um indivíduo do que levantar dúvidas sobre sua própria humanidade? Os discursos tinham uma postura doutrinária, de conotação religiosa, utilizando tons dogmáticos, na tentativa de inculcar valores éticos, morais e religiosos, de forma a constituir determinado regime de verdade. Expressões como devotamento, apostolado, caridade, missão, entre outras, demonstram o que se esperava de uma enfermeira nesse período. Um exemplo disso é a frase “[...] *o verdadeiro espírito de devotamento, de apostolado deve marcar aqueles que se dedicam a essa profissão*” (BRIGIDA, 1967, p. 98).

Assim, a enfermeira é estimulada a assumir funções pastorais, conforme descrito por Foucault (1995). O poder pastoral tem como objetivo não apenas cuidar da sociedade como um todo, mas cuidar de cada indivíduo em particular durante a vida inteira. Esse poder durante séculos foi associado a uma instituição religiosa, o Cristianismo, que postula o princípio de que certos indivíduos, por possuírem qualidades religiosas, podem servir a outros como pastores. Entretanto, a partir de certo momento, o poder pastoral espalha-se por todo o corpo social, sendo amparado por múltiplas instituições, entre elas o hospital. A enfermeira produzida pelos artigos deve atuar como pastora, cuidando de cada ovelha, nesse caso o paciente, mas sem se descuidar do rebanho como um todo. De acordo com os textos da época, a enfermeira deveria deter saberes para cuidar do corpo do paciente, sem ignorar suas carências espirituais, que seriam tão ou até mais importantes que o corpo físico, como no texto abaixo:

Para o corpo, executamos atividades que o paciente executaria caso não lhe faltassem possibilidade para tanto. Para a alma, urge-nos, sempre dentro do mais profundo respeito pela liberdade humana, mover a alma para o reino da luz e da bem-aventurança; aquecê-las com as emanções de nossa caridade até desejar, ela mesma, aproximar-se da fonte de todo calor; protegê-la contra as ciladas do demônio e, mesmo que não o saiba, comunicá-la com o Verbo Eterno, numa comunicação direta do nosso com o seu Anjo da Guarda. (...) No mundo sobrenatural, sem importunar e sem violentar a liberdade do paciente, cumpre-nos merecer-lhe a graça da sua conversão (RESENDE, 1964, p. 55).

Desse modo, apelando para o demônio e para o anjo da guarda já não se trata apenas de “dirigir o povo para a sua salvação no outro mundo, mas, antes, assegurá-la neste mundo” (FOUCAULT, 1995, p. 238). A enfermeira assume a função de pastora zelando pelo paciente, assegurando sua saúde e bem-estar, e guiando-o para o caminho da religião. Encontro nas publicações textos referindo que o período da doença pode ser um momento propício para que a enfermeira atue como pastora, como no trecho “*essas reações típicas do doente predispõem-no a ser muito sensível aos atos de bondade e de dedicação com ele. (...) É a ocasião da grande abertura para o Bem e para Deus*” (PADIN, 1961, p. 376). Ora, que melhor momento a enfermeira poderia ter para desenvolver sua função como pastora do que neste, em que o paciente encontra-se sensível e frágil, com medo do que lhe irá acontecer, produzindo poderosas verdades, que asseguram que a religião é o único modo de garantir a salvação nesse e no outro mundo? Além disso, todo o paciente é visto como potencial “ovelha”, devendo a enfermeira investir na salvação de cada indivíduo, utilizando para isso os mais diversos enunciados, de modo a subjetivar os pacientes para que façam parte do “rebanho”.

Que posso fazer eu por esta alma? Provar-lhe a existência de Deus com a metafísica? Ela talvez se irrite com as delongas que essa prova lhe exige. Recomendar-lhe uma missa? Ela talvez se enfade. Pedir-lhe que me diga suas objeções à credibilidade de nossos dogmas? Ela dirá duas ou três coisas que não a interessam muito e guardará o seu segredo. Objetivamente a metafísica é verdadeira, a Missa é boa, e a apologética é convincente. (...) Quem se apoiar inteiramente nos valores objetivos, para educar e para fazer o apostolado quer mais se desincumbir do que servir (CORÇÃO, 1967, p. 174).

Desta forma, os discursos buscavam disciplinar os corpos das enfermeiras para que agissem como pastoras, captando ovelhas ao rebanho e reconduzindo almas desgarradas à concepção “verdadeiramente” cristã, aumentando, assim, o poder da instituição religiosa. Pois para conseguir exercer o poder pastoral e levar o paciente à “salvação” era necessário que a pastora conhecesse os segredos mais íntimos do indivíduo (FOUCAULT, 1995), colocando metas para todos e para cada um, o que envolvia atenção e conhecimento individual dos membros do rebanho (FOUCAULT, 2003b). Assim, cuidar dos aspectos transcendentais torna-se mais do que um modo de assistência, passa a ser uma exigência da profissional enfermeira.

[...] o atendimento das necessidades morais e religiosas do doente não constitui um mero “acréscimo” nas atividades profissionais da enfermeira. É, antes, uma exigência da própria enfermagem (PADIN, 1961, p.378).

Em alguns momentos, os autores citam a educação como o único alicerce para a formação do caráter da aluna e futura enfermeira. As publicações afirmam que a enfermagem deve ser ensinada como vocação, atrelada a qualidades como generosidade, simpatia e misericórdia, manifestando sua preocupação com o ensino. Em um dos textos é feito o seguinte questionamento “*Serão nossas alunas, no futuro, enfermeiras segundo o Coração do Cristo, ou meras empregadas de hospitais e agências de saúde, preocupadas com o aspecto pecuniário da profissão?*” (VIEGAS, 1961, p. 357). Assim, pode-se perceber que os textos buscam produzir uma determinada identidade profissional, através de discursos que subjetivam as leitoras indicando como se tornar uma “boa enfermeira”, caso daquelas que seriam enfermeiras segundo o coração do Cristo. De tal modo, instaura-se uma espécie de poder disciplinar sobre os corpos das enfermeiras, para que se tornem profissionais devotadas e religiosas. Tal fato pode ser também observado em relação a atividade remunerada da enfermeira, quando a questão da remuneração é desvalorizada, ponderando que a profissão deveria ser vista de forma mais sublime, já que a recompensa não seria neste mundo. Podemos encontrar esse enunciado no texto abaixo:

[...] o exercício da enfermagem, mais do que muitas outras profissões, não pode encerrar-se nos estreitos limites da simples preocupação pelo resultado financeiro que a profissão pode oferecer (PADIN, 1961, p.376).

Desta forma, esta primeira categoria de análise destaca uma importante característica dessa época, quando apresenta a enfermagem como profissão religiosa que quer tornar-se uma profissão científica. Essa mudança de paradigma encontrada em diversos momentos constitui um importante aspecto desse tempo, visto que ao conferir a enfermagem mais de uma alternativa, estabelece um sintoma de desordem, pois nos sentimos desconfortáveis com a multiplicidade de alternativas que não deixam claro o caminho a seguir (BAUMAN, 1999b). Percebo que a enfermagem, uma profissão ainda jovem, buscava se organizar como profissão científica, alinhada com o saber médico, entretanto os seus exercentes ainda estavam atrelados aos dois principais saberes que organizam a profissão: o saber religioso e o saber médico/científico. Antes de ocorrer a “ruptura nightingaleana”, que se caracterizou pela introdução da ordem no ambiente do hospital, a atenção aos doentes era vista como missão para alcance da vida eterna, sendo os cuidados prestados aos corpos somente porque esses eram o suporte do espírito, que era o que realmente importava na época. No entanto, o novo olhar lançado aos hospitais, passando de locais destinados à prestar assistência espiritual ao indivíduo que estava morrendo, para se “transformar” em “máquinas de curar”, surge a

necessidade de profissionais preparados para prestar cuidados de acordo com o modelo biomédico. E isso exigiu que a profissão de enfermagem sofresse uma reestruturação em sua forma de pensar e exercer o cuidado, como será visto nas próximas categorias.

5 O CUIDADO HOLÍSTICO: a religião no discurso científico

Dando continuidade às análises dos artigos científicos de enfermagem, a partir da década de 70 percebe-se que os artigos com conotação religiosa que buscavam conferir uma identidade cristã à enfermeira, vão paulatinamente diminuindo, sendo postos de lado. Praticamente não se encontram mais artigos que tem como autores religiosos, padres, madres. Percebe-se que a quantidade de artigos com cunho religioso vão diminuindo de maneira acentuada, sendo substituídos, gradualmente, pelo discurso científico, demonstrando importante deslocamento na produção do saber da época. Essa diminuição e, até mesmo, silêncio das revistas em relação ao discurso religioso, demonstra o processo de transformação que estas foram sofrendo com o passar do tempo, com objetivo de se adequar ao modelo proposto para periódicos científicos. Aqui entendo esse silêncio como um poderoso discurso, sendo os “buracos, os vazios, as ausências, os responsáveis por fazer aparecer com nitidez o que se pretendia fazer” (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2000, p. 123), neste caso, abolir a religião e a religiosidade do discurso da enfermagem moderna, aproximando-a do discurso científico. Assim, o discurso científico passa a interpelar as enfermeiras que buscavam associar sua profissão com um campo de saber próprio que a caracterizasse e a legitimasse como profissão científica.

Para fazer com que a enfermagem se tornasse uma profissão científica era necessário que fosse criado um campo de saber específico que fosse peculiar desta profissão. De acordo com Almeida e Barreira (2000), uma das dificuldades da enfermagem se firmar como profissão científica foi sua relação com o trabalho da mulher, além de ser caracterizado como um campo de práticas, sem preocupações teóricas. A abertura de escolas de enfermagem no Brasil não foi o suficiente para criar um campo de saber próprio, até porque grande parte destas estava vinculada às faculdades de medicina, fazendo com que o currículo de enfermagem fosse voltado para atender as necessidades das especialidades médicas e, desta forma, a base científica da Enfermagem fosse fundamentada no saber médico. A partir da década de 60, com a estruturação do modelo das universidades no Brasil, grande parte das escolas de enfermagem passou a se inserir dentro das universidades, o que lhes exigiu uma nova postura, mais acadêmica e atrelada ao conhecimento científico. No ano de 1968 ocorreu a Reforma Universitária, que determinou que os cursos superiores devessem ser ministrados em universidades. No que refere a Enfermagem, a Reforma Universitária determinou a ruptura com o modelo pedagógico vigente e definiu que o corpo docente das escolas de

enfermagem fosse composto, em sua maioria, por enfermeiras. A Reforma Universitária também possibilitou a implantação dos primeiros cursos de mestrado em Enfermagem, na Universidade de São Paulo e na Universidade Federal do Rio de Janeiro, de tal modo que em uma década houve a abertura de nove cursos de mestrado e um de doutorado, todos em universidades públicas. De 1975 a 1982 foram defendidas cento e oito dissertações de mestrado. Desta forma, penso que a Reforma Universitária, assim como a abertura dos cursos de pós graduação em Enfermagem, tornaram-se condição de possibilidade para a produção de conhecimento em enfermagem. Na década de 80, a enfermagem passa finalmente a ser reconhecida no CNPq e na Capes como área de conhecimento (BAPTISTA; BARREIRA, 2006), colocando a enfermagem na ordem do discurso científico.

A partir disso, entende-se a necessidade das revistas científicas silenciarem os discursos sobre religião ou com conotação religiosa, já que a ciência surge em contraponto à religião, se apoiando no discurso que reconhece a razão como a maneira privilegiada de conhecer as verdades e o real seria somente o matematizável, o comprovável. Desta forma, suspeita-se de todo conhecimento proveniente da fé e de crenças religiosas (COSTA, 2002). Assim, em meio a esta transição, entre o discurso religioso que perde sua hegemonia e cede um espaço privilegiado à circulação do saber científico, percebo um enunciado que emerge com força: o paradigma do cuidado holístico. Diversos artigos analisados apontam para a necessidade da enfermeira realizar o cuidado de forma holística, enfatizando a importância de visualizar o ser humano sob múltiplas dimensões, em seus aspectos “bio-psico-sócio-espirituais”, como podemos perceber no excerto abaixo

[...] é necessário ampliar o foco de atuação dos profissionais da saúde, principalmente o da enfermagem, de maneira a ir além do corpo biológico do indivíduo e incluir a compreensão das referências adotadas pelas pessoas envolvidas no processo. (SILVA; SHIMIZU, 2006, p.490).

Conta-se que no século XVII, Descartes redigiu sua teoria separando corpo e alma, e o corpo sendo representado como uma máquina, nas quais as partes funcionam como uma engrenagem perfeita, definidas pelas leis inquestionáveis da ciência. Essa teoria ajudou a promover a visão dualística e fragmentada do ser humano, o que possibilitou imensos avanços no conhecimento tanto na forma quanto no funcionamento do corpo. Tal modelo reducionista se expandiu, passando a ser assimilado como a visão de mundo na modernidade. O pensamento cartesiano foi amplamente incorporado pela Medicina, apoiando o movimento

que resulta na medicalização dos corpos, transformando-os em objeto de saber e da prática médica, sendo o fator biológico muito valorizado. De acordo com Rizzotto (1999)

Essa relação intrincada entre a biologia, o pensamento comtiano e o método positivista influenciou de maneira radical o desenvolvimento da Medicina, na compreensão do que seja o “Normal e o Patológico”. (...) Através da observação e da experimentação, realizou-se o estudo sistemático das doenças, seus sintomas e sinais, comparando e acompanhando as manifestações das doenças nos seus diversos períodos. Para essas “experimentações” era preciso que se concentrassem, num mesmo espaço, pessoas portadoras dos males a serem estudados. Os hospitais e as enfermarias se constituíram nesse “laboratório experimental (p.39).

Essa necessidade de colocar o corpo do paciente sob permanente exame torna-se condição de possibilidade para que a enfermagem comece a atuar aliada ao saber médico, pois os médicos, por não estarem sempre no hospital, necessitavam que outro elemento executasse a tarefa de supervisionar esses corpos. Emerge então o trabalho da enfermagem como subordinado ao trabalho médico. Florence Nightingale quando instituiu a enfermagem como profissão moderna, pensou ser importante firmar aliança com o saber médico, detentor do saber sobre o corpo considerado válido na época. Além disso, o médico tinha seu lugar no espaço hospitalar, ocupando posição privilegiada. Para a enfermagem, essa aliança com o saber médico era interessante, mesmo que estivesse subordinada, pois como o hospital estava repleto de cuidadores sem prestígio profissional, o fato da enfermagem se vincular ao saber médico a colocava mais próxima do saber científico (KRUSE, 2004). Desta forma, assim como a Medicina, a Enfermagem passa a incorporar o discurso cartesiano e positivista no seu modo de cuidar, esquadrihando os corpos dos pacientes, de modo que o foco do cuidado passa a ser o órgão ou tecido doente.

O discurso do cuidado holístico emerge como uma alternativa de mudança do paradigma cartesiano para outro que passa a pregar a importância do ser humano ser visto como um todo, sendo o aspecto físico somente mais um deles, como podemos perceber abaixo

No início do século XX, o sistema capitalista, que visava maior produtividade, economia de tempo e de movimento, também se instala nos hospitais, tornando o cuidado ao doente fragmentado e prestado por vários agentes [...]. Porém, com o surgimento das ciências sociais foi possível compreender que o indivíduo é constituído por corpo, mente e espírito. Portanto, um distúrbio em algum dessas áreas ocasiona o desequilíbrio no todo, ou seja, se a área física sofre algum dano haverá uma repercussão no equilíbrio emocional e espiritual (SILVA; MORENO, 2004, p.163).

Já na primeira publicação da revista *Annaes de Enfermagem*, o editorial escrito pela enfermeira Rachel Haddock Lobo traçava as diretrizes que deveriam nortear as publicações no periódico: “A enfermeira, a verdadeira enfermeira, deve preencher a enfermagem dos três eu do doente – o eu moral, o eu espiritual e o eu físico, objetivação do ideal profissional”, sendo que nesta época o sentido de espiritualidade era muito próximo da religiosidade (CARVALHO, 2002, p. 250). Esse discurso tinha como objetivo produzir uma enfermeira moderna, que tivesse como característica a multiplicidade de papéis, abrangendo todos os aspectos do ser humano.

Mas o que é que significa holístico? No dicionário, fonte de verdade na cultura ocidental, a palavra holismo significa “atitude filosófica que busca tudo abranger”. Em um dos artigos é referido que

O conceito de Holismo indica que o ser humano convive com sistemas integrados, interdependentes em seu próprio corpo e em seu ambiente social e físico, podendo ser afetado por eles, mas também podendo modificá-los. A religião faz parte desses sistemas (MACHADO; CABRAL, 1996, p.33).

Assim, para se prestar um cuidado de forma holística, nenhum aspecto da vida do paciente deve ser ignorado ou menosprezado. O paradigma holístico emerge de uma crise do paradigma cartesiano, que separava o ser humano em corpo e mente, e acreditava na racionalidade como único modo de se conhecer as verdades e descobrir o verdadeiro conhecimento. Assim, o holismo surge como forma de combater o pensamento reducionista do paradigma científico, promovendo novos modos de pensar e ver o ser humano. Assim, autores começam a escrever propondo novos rumos ao cuidado ao ser humano, sugerindo a necessidade de rever o modelo biomédico, atualmente vigente, e migrar a um modelo de cuidado que englobasse o ser humano como um todo. Este novo paradigma buscaria uma visão sistêmica, integrada do ser humano. O precursor do paradigma holístico foi o filósofo Jan Smuts, que em 1926 lançou um livro sustentando a existência de uma continuidade evolutiva entre matéria, vida e mente. Ele propunha a totalidade em oposição à fragmentação (TEIXEIRA, 1996).

A Enfermagem não ficou de fora deste movimento e através das Teorias de Enfermagem buscou introduzir o cuidado holístico no cuidado ao ser humano. Um dos modelos bastante difundidos foi o Modelo de Adaptação de Roy, idealizado por Sister Calista Roy. O Modelo de Adaptação de Roy é um modelo conceitual, que entende as pessoas funcionando em partes mutuamente dependentes agindo em unidade. Assim, o ser humano

passa a ser visto como um sistema composto por vertentes de ordem biopsicossocial. Para Sister Callista Roy, a pessoa é mais que um ser biológico e a enfermagem é mais que uma profissão biologicista (LOPES NETO; PAGLIUCA, 2002). Segundo a *Association's Standards of Holistic Nursing Practice*, os conceitos holísticos incorporam um equilíbrio entre arte e ciência, interconexões de corpo, mente e espírito (DOSSEY, KEE, GUZETTA, 1995). Diferentes autores referem a importância das teorias da enfermagem para o estabelecimento da enfermagem como profissão, como pode-se perceber no excerto abaixo

Com o passar dos tempos e com o aparecimento das ciências sociais podemos compreender mais profundamente o ser humano, valorizando não somente seu corpo, mas também sua mente e espírito. Assim, surge em nossa profissão teorias de enfermagem que passam a incorporar no cuidado ao paciente, conceitos espirituais teóricos [...]. Portanto, a compreensão e observação da necessidade de proporcionar ao ser humano doente um suporte espiritual é percebido e vivenciado pelo profissional enfermeiro como ajuda fundamental no processo de recuperação da saúde (CAMPANA et al, 2008, p. 46).

Com a chegada das enfermeiras norte-americanas ao Brasil e a abertura das escolas de enfermagem, começa-se a formação de enfermeiras dentro do modelo nightingaleano. Essas enfermeiras diplomadas se inserem no espaço hospitalar, até este momento território das religiosas, passando a prestar cuidados de acordo com os preceitos instituídos por Florence Nightingale, o que valorizava a profissionalização e sua relação com a ciência. Com isso missão e religião começam a perder o sentido, pois o momento histórico e cultural da profissão exigia que o discurso religioso fosse deixado de lado. Assim, a religião passa a ser um interdito. De acordo com Foucault, não se pode falar de tudo em qualquer circunstância. Existem regras, leis que controlam a aparição dos discursos. Concordo com Foucault quando ele refere que

em toda a sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade (FOUCAULT, 2009, p. 9)

Desta forma, me permito pensar que a religião passa a ser um interdito, pois para se consolidar como profissão ligada à ciência seria necessário que a enfermagem se aliasse ao discurso biomédico que é permeado pela racionalidade e objetividade. No entanto, como muitas enfermeiras eram constituídas pelo discurso religioso, tornava-se necessário que este assunto fosse abordado de alguma forma. Penso que através do holismo a religião entra no

discurso da enfermagem, uma vez que o cuidado holístico possibilitava que as enfermeiras abordassem as questões da religião, já que deveriam cuidar dos pacientes do modo mais completo possível, abrangendo o ser humano como um todo. Para exemplificar, cito o seguinte excerto: “*valorizar o aspecto espiritual do paciente é valorizar o paciente enquanto ser inteiro*” (MACHADO; CABRAL, 1996).

A enfermeira e filósofa Wanda Horta se destacou por associar ciência e Enfermagem, sendo considerada a instauradora do discurso sobre processo de enfermagem no Brasil. De acordo com ela o processo de enfermagem surge como “*uma metodologia científica de enfermagem afastando-se de vez o empirismo na ministração dos cuidados*” (HORTA, 1971, p. 50). O processo de enfermagem surge para auxiliar na ordem e no controle dos corpos dos pacientes, pois sendo o hospital um espaço terapêutico, onde se produzem e difundem saberes científicos, torna-se necessária a implementação de um processo que possibilite e vigiar e controlar os pacientes. Em um artigo publicado em 1971 pela REBEn, Horta relata a construção do histórico de enfermagem, primeira etapa do processo, como um roteiro da “*observação sistematizada*” da enfermeira. O registro dessas observações permite que a enfermeira acumule e transmita informações sobre os pacientes, tornando-se detentora do saber-poder daquele corpo. Nesse roteiro, as necessidades psíquicas do paciente são consideradas necessidades humanas básicas, devendo a enfermeira incluir esse cuidado no seu planejamento assistencial. De acordo com a autora, na entrevista com o paciente a enfermeira deveria questionar sobre os hábitos religiosos e como o paciente se comunica com deus (HORTA, 1971). Desta forma, a questão não era saber se o paciente tinha ou não uma religião, mas descobrir como ocorria essa relação, não permitindo lacunas que deixassem de fora a religião. As informações levantadas no histórico de enfermagem serviriam de base para o diagnóstico de enfermagem, que surge para estabelecer um conjunto de saberes, formando um campo discursivo que tem efeitos de verdade no campo de saber da enfermagem (KRUSE, 2004). Assim, ao sistematizar suas ações através do processo de enfermagem, está constituído um regime de verdade para a enfermagem científica.

Os artigos reforçam a importância de exercer o cuidado sobre o paciente de maneira completa, em um movimento de contraponto ao discurso cartesiano que divide o ser humano em partes. Um dos artigos destaca que “*o homem inteiro vive, e só assim poderá viver. Repartido, sectorizado, morrerá por certo, ou procederá como morto*” (PAIM, 1979, p. 161). Assim, proceder o cuidado apenas ao corpo do paciente, sem considerar os outros aspectos, seria uma forma de desvalorização à pessoa que necessita de assistência. O ser humano passa a ser visto como um ser dotado de múltiplas facetas e o poder sobre esse corpo deve ser

exercido sob todas as dimensões. Foucault já referia que é um erro pensar que o corpo obedece apenas leis da fisiologia, não dotado de práticas históricas e sociais (FOUCAULT, 2005b).

No entanto, autores destacam que apesar do cuidado holístico ter como objetivo aprimorar a assistência ao paciente, os profissionais de enfermagem, muitas vezes, seguem exercendo seu trabalho de forma fragmentada e mecanicista, direcionando seu cuidado apenas ao aspecto físico, como podemos perceber no excerto abaixo

Quando o paciente expressa sua religião ou sua fé espiritual, nem sempre nos sentimos “confortáveis”, certos sobre nosso papel. Talvez porque viabilizar o cuidado “holístico” ao ser humano esteja longe da nossa realidade brasileira, talvez porque tenhamos discutido pouco sobre o atendimento dessa dimensão humana: o espiritual (LIMA et al, 2000, p.223).

Penso que esse movimento de esquivar-se a assuntos religiosos por parte dos profissionais da enfermagem é um reflexo do deslocamento no enfoque do cuidado que foi ocorrendo com o passar dos anos. Anteriormente percebia-se que a ênfase era voltada à salvação da alma. Hoje é possível pensar que o foco do cuidado passou a ser a doença e suas consequências. Encontro um artigo que pesquisou a representação do cuidar para enfermeiros de diferentes faixas etárias e com diferentes anos de experiência profissional. Esta pesquisa constatou que o termo “cuidado holístico” era referido prioritariamente por profissionais formados após o ano de 1975, sendo que os profissionais graduados entre 1950 e 1970 tinham um discurso de conotação religiosa e utilizavam palavras como doação, caridade, servir (VIEIRA, 1999). Essa mudança de paradigma pode ser devida às discussões filosóficas que passaram a ocorrer a partir da década de setenta, onde se busca um discurso científico para a enfermagem, embora ainda fosse difícil abandonar o discurso religioso. E como destacado anteriormente, o cuidado holístico emerge como alternativa de englobar ambos os discursos que permeavam a enfermagem.

Assim, a incorporação dos saberes científicos na enfermagem fez com que as enfermeiras encontrassem dificuldades para abordar outros aspectos do paciente que não sejam os físicos, já que foram subjetivadas a exercer sua profissão com a *neutralidade* exigida pela ciência. Entretanto, como o cuidado holístico exige que o paciente seja olhado sobre múltiplos aspectos, os Diagnósticos de Enfermagem emergem como uma tentativa de organizar este modo de cuidar. Os Diagnósticos de Enfermagem começaram a ser construídos a partir da década de 70 com objetivo de criar uma terminologia própria da enfermagem para os problemas de saúde dos pacientes. Dentre os objetivos de desenvolver os Diagnósticos

estava produzir um discurso científico próprio, criando mais autonomia e independência profissional (KRUSE et al, 2008). Além disso, o uso dos Diagnósticos de Enfermagem qualificaria a assistência por meio de um cuidado individualizado e integral ao paciente. Os diferentes domínios da Taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem propostos pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, 2002) abordam o cuidado nos aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais do paciente. Um dos exemplos é o diagnóstico Angústia espiritual que apesar de pouco utilizado na prática assistencial, demonstra a preocupação de fazer com que a religião e a espiritualidade entrem na ordem de um novo discurso: o da enfermagem científica. Assim, falar sobre os aspectos espirituais e religiosos de pacientes passa a não ser mais um interdito, desde que seja sob o aval da ciência, e no caso da enfermagem, dos diagnósticos de enfermagem. Podemos perceber essa preocupação em contemplar os aspectos religiosos no excerto abaixo

Em relação à Sistematização da Assistência de Enfermagem, o fato de registrarmos no prontuário procedimento relacionados ao corpo físico atentou-nos para a falta de registro existente das atividades de enfermagem também em relação ao recurso terapêutico da religião. Acreditamos que este cuidado, também pode ser contemplado na Prescrição de Enfermagem e no cuidado, basta termos coragem e acreditarmos que este faz diferença na recuperação do doente (CAMPANA et al, 2008, p.50).

O diagnóstico da Angústia Espiritual, proposto pela NANDA desde 1980, descreve as respostas dos indivíduos às desordens relacionadas a espiritualidade (NANDA, 2002). Diferentes pesquisas referem a dificuldade na utilização deste diagnóstico, pois realizar uma interpretação do comportamento religioso e espiritual do paciente seria uma tarefa um tanto subjetiva e difícil de ser realizada (CHAVES; CARVALHO; HASS, 2010; TWIBELL et al, 1996). Entendo que muitas das características definidoras deste diagnóstico estão mais ligadas ao aspecto psicológico e social do que ao espiritual do paciente, como por exemplo, *Expressa alteração de comportamento: choro; Expressa alteração de comportamento: raiva; Expressa falta de amor; Expressa desespero, Sente-se abandonado*, dentre outros. Assim, o fato do paciente estar com raiva, triste, desesperado, seria consequência de uma desordem espiritual e não um reflexo das modificações de vida ocasionadas pelo adoecimento. Entretanto, outras características como *É incapaz de experimentar transcendência; Apresenta distúrbio no sistema de crenças ou relação com Deus; Expressa raiva de Deus*, pressupõe que todos devem crer que existe um deus, portanto que devem estar ligados a uma religião. As classificações são construídas para determinar parâmetros do que seria normal e anormal. Os que conseguem se moldar de acordo com a norma preexistente seriam os normais e os que

não se adequarem aos moldes seriam tachados como anormais. Assim, norma preexiste ao normal e anormal e é dela que se originam as classificações (FOUCAULT, 2008). A partir desta perspectiva, me permito pensar que ao afirmar que o ato de não “experimentar transcendência” ou “apresentar distúrbio no sistema de crenças ou relação com deus” se caracterizarem como problemas com necessidade de intervenção, os diagnósticos de enfermagem buscam estipular um padrão de normalidade, sendo que essa norma refere que o que é normal é acreditar em um ser superior. Assim, todos que não acreditam estão fora da norma, são os anormais, e precisam de intervenção para voltar ao padrão de normalidade. Desta forma, para os diagnósticos de enfermagem, não acreditar em deus é ser anormal.

Além disso, um diagnóstico de enfermagem se refere aos problemas de saúde dos pacientes dos quais a enfermeira tem responsabilidade profissional. Tais diagnósticos geram intervenções de enfermagem que visam assistir aos pacientes, solucionando problemas. No entanto me questiono até que ponto a enfermeira está preparada para resolver as demandas decorrentes desse diagnóstico. Na grade curricular dos cursos graduação em Enfermagem não constam disciplinas que ensinem a abordar os aspectos espirituais e religiosos dos pacientes. Partindo do pressuposto que um currículo determina o que se espera que um estudante adquira de conhecimento ao longo de sua formação, produzindo uma determinada identidade profissional, penso que ao subtrair uma disciplina com essa especificidade do currículo, os cursos de enfermagem optam por formar uma enfermeira que consiga identificar principalmente os problemas físicos dos pacientes e intervir nesse sentido. Desta forma, penso ser compreensível a dificuldade na utilização do diagnóstico de Angústia Espiritual, pois as profissionais, em sua maioria, não estão aptas à resolver problemas de ordem religiosa e espiritual, tendo dificuldades para intervir neste sentido. Além disso, questiono se como profissionais temos que estar aptas a resolver todos os problemas que aparecem indiferente de estarmos preparadas para isso.

Com isso, encerro esta segunda categoria fazendo uma reflexão de como a enfermagem e a religião são temas que se entrecruzam constantemente, adquirindo novas nuances, mas nunca deixando um de fazer parte do outro. No entanto, é possível perceber o deslocamento ocorrido a partir da década de 70. Se na categoria anterior a religião era o foco principal da enfermagem, aqui a religião passa a ser uma forma de exercer o cuidado de forma holística, valorizar o paciente como um todo. Assim, a partir destas análises históricas torna-se possível perceber como a identidade profissional da enfermeira foi sofrendo deslocamentos, através de jogos de poder e saber, de modo a tornarem-se o que são hoje. Assim, de acordo com Albuquerque Jr (2000, p. 120), entendo que “é vasculhando as

camadas constitutivas de um dado saber, de um dado acontecimento, de um dado fato, que podemos apreender o movimento de seu aparecimento, aproximarmo-nos do momento em que foi ganhando consistência, visibilidade e dizibilidade”.

6 O GOVERNO DO CORPO: a religião como estratégia biopolítica

Quando a Enfermagem começa a se estabelecer como profissão moderna, torna-se necessário que os periódicos adquiram formato científico, permitindo que circulem apenas discursos produzidos por enfermeiras, com objetivo de construir um saber próprio que a consolidasse com profissão, que vem a se tornar mais forte e difundido do que o discurso da vocação. Desta forma, as revistas passam adquirir o formato que conhecemos hoje, silenciando discursos relacionados à enfermagem como vocação e fazendo circular apenas aqueles que a apresentavam como profissão científica. Os sujeitos autorizados a enunciar esses discursos eram pessoas do meio acadêmico, em especial professoras universitárias e enfermeiras com pós-graduação, detentoras do discurso considerado verdadeiro.

Desta forma, sigo minha escrita retomando um dos primeiros pontos que destaquei nessa dissertação: os usos do discurso religioso. Esta categoria que se inicia agora vem corroborar com a afirmação de que a religião é um discurso produtivo que atende a diferentes necessidades, com os mais diversos objetivos. Ao realizar a leitura dos artigos do corpus de análise, percebo que as autoras ao pesquisar diferentes assuntos, em busca de uma melhor assistência, deparam-se com sucessivas respostas dos pacientes destacando a religião e a fé como indispensáveis no processo de enfrentamento da doença. Assim, a religiosidade se destaca nestes discursos, quando as pessoas encontram-se em situação de fragilidade buscando na fé a força necessária para o enfrentamento da situação. Desta forma, a religião é um instrumento útil e positivo com a qual as enfermeiras se aliam na tentativa de governar os corpos dos pacientes. Assim, a religião torna-se parte de uma estratégia biopolítica de governo dos corpos.

A biopolítica foi descrita por Foucault como uma tecnologia de governo que se aplica sobre o corpo coletivo, apoiando-se no saber racional para governar a população, incumbindo-se de organizar e multiplicar a vida, compensando suas eventualidades e delimitando suas chances e possibilidades biológicas (FOUCAULT, 2005a). Assim, a utilização da religião operaria como um exercício do biopoder sobre os pacientes, um poder de “regulamentação da vida” e que consiste em “fazer viver”. Portanto, parece possível pensar que através do uso da religião, os profissionais da saúde buscam governar a conduta dos pacientes, melhorando sua capacidade de recuperar a vida, já que esse mecanismo torna os sujeitos mais facilmente manipuláveis e suscetíveis às regras e normas, fazendo com que permaneçam vivos e saudáveis, vencendo a doença e “dominando” a morte.

Através da religião busca-se governar a conduta dos pacientes, melhorando sua capacidade de enfrentamento da doença, já que esse mecanismo torna os sujeitos manipuláveis e suscetíveis às regras e normas, com objetivo de fazer com que permaneçam vivos e saudáveis, vencendo a doença e dominando a morte. Assim,

O poder intervém sobretudo nesse nível para aumentar a vida, para controlar seus acidentes, suas eventualidades, suas deficiências, daí por diante a morte, como termo da vida, é evidentemente o termo, o limite, a extremidade do poder. Ela está do lado de fora de seu domínio, e sobre o que o poder só terá domínio de modo geral, global e estatístico (FOUCAULT, 2005a, p.296).

Dentre tantos usos possíveis da religião, um dos que se destaca é a relação das práticas religiosas com hábitos saudáveis de vida. É possível pensar que diferentes mecanismos ajam de forma sinérgica, incentivando comportamentos saudáveis e regrido o estilo de vida, de forma a proporcionar mais saúde, como por exemplo, o incentivo à boa alimentação, ao comportamento sexual regrado, a não utilização de drogas e álcool, entre outros.

Outra importante promessa de utilidade da religião é no suporte para enfrentamento das adversidades provenientes da doença, como pode ser percebido no excerto que diz que “[...] a espiritualidade é uma ferramenta poderosa que ajuda a suportar a velhice, a doença e a morte” (PAVAN; MENEGHEL; JUNGES, 2008). A prática religiosa é vista como importante suporte utilizado pelos pacientes para o enfrentamento do processo de adoecimento, recuperando as forças perdidas com a enfermidade e com os tratamentos realizados, além de proporcionar serenidade para lidar com as adversidades da doença. Desta forma, os profissionais utilizam a fé e a religião como estratégia para auxiliar o indivíduo a promover as mudanças necessárias para enfrentar seu adoecimento e lidar com as incertezas ante a evolução da doença. Aqui entendo estratégias como “procedimentos que nascem de um cálculo das relações de força e que são empreendidas por um sujeito de poder e de querer para atingir objetivos previamente traçados” (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2000, p. 133).

Além disso, em situações de adoecimento, em que o paciente encontra-se em estado de sofrimento, as práticas religiosas surgem para fornecer os porquês, explicando e justificando a doença, proporcionando conforto e bem-estar aos pacientes. Muitas vezes, as justificativas da doença como disfunção orgânica estão dissociadas da experiência do paciente, reduzindo as explicações mais abrangentes ligadas à merecimento, culpa, penitência ou ainda provações, para reforçar a fé, presentes no discurso religioso. Podemos verificar isso no excerto abaixo

As visões religiosas dispõem-se a explicar o sentido da vida, respondendo a um “por quê”, que de algum modo justifica os conflitos, o caos da situação de cada pessoa, entre eles, a doença. Através de vários modelos teológicos, as pessoas buscam explicar e justificar a doença (SILVA; MELO; RODRIGUES, 1999, p. 54).

Diversas religiões pregam em suas doutrinas que o destino do ser humano é traçado desde o momento em que nasce. Desta forma, em casos de adoecimento, os pacientes devem aceitar, já que se deus assim quis, cabe se resignar, o que provavelmente colabora para a aceitação da doença. No dicionário a palavra resignação está conceituada como “o que se submete pacientemente a uma força superior. Que suporta um mal sem se revoltar; conformado: doente resignado”. Assim, pergunto: qual o paciente mais fácil de cuidar? Aquele que contesta, que se revolta, não aceita a doença nem o tratamento? Ou será que é o resignado, que acredita que sua doença e sofrimento têm explicações além dessa vida?

Talvez um dos aspectos que mais chame a atenção ao ler os artigos é a força do discurso religioso nas mais diferentes situações, tendo geralmente como objetivo auxiliar pacientes e familiares no enfrentamento das situações de doença e sofrimento. Buscando demonstrar o quanto é produtivo o discurso religioso, apresento uma série de excertos transcritos de diferentes publicações, onde aparece este aspecto “utilitário” da religião, tornando-a um fator chave no suporte de pacientes e cuidadores:

Houve momentos em que pensaram em desistir da quimioterapia, porém não desistiram. Isso em razão de acreditarem no tratamento e em decorrência da fé que atribuem à religião (SILVA; MELO; RODRIGUES, 1999, p.94).

[...] as orações fazem parte do cotidiano das informantes, que se apegam aos aspectos religiosos, esperando receber de alguma força superior a proteção divina, a fim de que a gestação e o parto ocorram sem problemas (BEZERRA; CARDOSO, 2006, p.419).

Demonstrando que ao serem enfrentados – tanto o tipo de doença como a presença de estoma -, através da religiosidade, esses fatores podem contribuir para a melhor qualidade de vida na esfera psicológica (MICHELONE; SANTOS, 2004, p.882).

Na luta empreendida pela sobrevivência do filho, os colaboradores, de algum modo, recorreram ao poder divino para enfrentar o sofrimento e para se resignarem com a situação (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2006, p.95).

Os membros das famílias e as crianças utilizam uma variedade de estratégias de enfrentamento para amenizar o estresse vivido com a condição renal crônica (PAULA; NASCIMENTO; ROCHA, 2009, p.104).

No que tange aos mecanismos utilizados pelos portadores de ferida crônica para lidarem com as mudanças/alterações ocorridas na vida sexual obteve-se que a maioria desses indivíduos encontra na fé e devoção a Deus o suporte necessário para enfrentarem as alterações de ordem sexual decorrentes de tal condição (SOUZA; MATOS, 2010, p.23).

A espiritualidade e religião constituem-se importantes aportes para as pessoas estomizadas. As crenças religiosas e espirituais oferecem forças significativas nos diversos momentos de sofrimento causados pela doença e pelo tratamento (SILVA; SHIMIZU, 2006, p.489).

Verificamos a forte influência da religião e da família como recursos e estratégias para conviver com o HIV, sobrepondo-se inclusive ao tratamento biomédico (VIEIRA; SOUZA, 2007, p.354).

[...] a religiosidade pode ser aplicada na assistência à saúde como mecanismo de esperança e força para enfrentar o envelhecimento, as dificuldades e as doenças (VALENTE; BACHION; MUNARI, 2004, p.14).

Desta forma, observo como um mesmo discurso consegue englobar situações tão diversas que vão desde o enfrentamento da doença de um filho até como lidar com os problemas sexuais decorrentes de uma patologia. Assim, o discurso religioso não é localizado, nem direcionado. Ele é global, transversal, abrange crianças e adultos, ricos e pobres, letrados e operários.

Os autores também referem que a religião é um fator propiciador de adesão ao tratamento, devendo ser aproveitada e reforçada, como se pode perceber no excerto que diz “*outro fator propiciador da adesão (ao uso de sonda) a ser aproveitado e reforçado é o apoio dos familiares e da religião*” (BARBOSA; FREITAS, 2005, p.241). Assim, me permito pensar que a enfermeira ao ler artigos que propagam a ideia de que a religião faz com que os pacientes sejam mais submissos ao tratamento, é subjetivada por este discurso, podendo vir a fazer uso desse recurso como uma estratégia para que seu paciente se recupere mais rapidamente.

O temor, o medo e o castigo costumam estar presentes quando surge alguma situação na vida, principalmente quando vem associada com a doença e a morte, como é o caso do câncer. O câncer talvez seja uma das doenças em que as crenças religiosas ganhem mais força e potência, já que é uma enfermidade que vem carregada de estigma e medo. Uma pesquisa publicada no ano de 2007 pelo Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2007) reforça esta teoria, pois ao serem perguntados “*Quando você pensa em câncer, qual é a palavra que vem a sua cabeça?*”, a maioria dos entrevistados usou termos que se referiam à morte e a emoções negativas, como tristeza, dor, medo, desgraça e maldição. Pensando nisso, a religiosidade torna-se um fator bastante importante no enfrentamento do câncer, já que esta doença revela ao paciente uma possibilidade real de morte e sofrimento, trazendo maior consciência da própria finitude. Desta forma, o paciente pode buscar na religião explicações para o

sofrimento ou ainda formas de aceitar com resignação o que o futuro trará, como no excerto que diz que “o poder atribuído ao divino possibilita a satisfação das necessidades que escapam do controle do ser humano, evitando sentimentos de medo do futuro” (AQUINO; ZAGO, 2007, p. 4). A doença é sentida pelos pacientes de diferentes maneiras, associada a sentimentos de culpa, desespero, fé, esperança, utilizando analogias como castigo de deus, coisa do diabo, maus espíritos, maldição. De acordo com os autores, a enfermidade sendo vista sob as lentes da religião, faz com que o paciente tente comercializar sua cura, através de promessas, juramentos e orações.

[...] pagam-se as promessas com orações, romarias, penitências, oferendas, sacrifícios, frutos da terra, animais, dinheiro, de acordo com as várias religiões. Assim, os pedidos atendidos por Deus confirmam e concretizam a barganha e fomentam a fé e a esperança. Fé que se apresenta, muitas vezes, como o suporte para o enfrentamento das dificuldades e do sofrimento, amparando-os na provisão de forças para vencê-los (AZEVEDO; SANTOS, 2006, p. 136).

A associação entre a morte e religiosidade é apresentada no paradigma dos Cuidados Paliativos, uma modalidade de assistência idealizada na década de 60 que se propõe identificar precocemente e tratar a dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais que acometem pessoas no final da vida, prevenindo e aliviando o sofrimento (BRASIL, 2001). Nos cuidados paliativos, o tema religiosidade ganha importância, podendo ser uma eficaz estratégia para enfrentamento da morte, já que quem segue uma religião não vê a morte como o fim, e sim abertura para uma nova vida. Desta forma, concordo com Elias quando ele diz que “o medo de nossa própria transitoriedade é amenizada com ajuda de uma fantasia coletiva de vida eterna em outro lugar” (2001, p. 44). Desta maneira, a religião é destacada como uma valiosa forma de lidar com a morte nas sociedades humanas, já que fornece significado à vida atual apostando na possibilidade de continuidade na seguinte.

Entretanto, a morte não é vista de maneira negativa somente para os pacientes. Sob um outro olhar, a morte é objeto de luta das profissões do campo da saúde, inclusive a enfermagem, que utilizam os artifícios tecnológicos para prolongar a vida dos pacientes. Assim, quando a ciência passa a negar a religião como alicerce para uma vida eterna, a morte sai dos domínios do poder, tornando-se o momento em que o indivíduo escapa a qualquer poder, voltando-se para si mesmo. Desta forma, o poder não reconhece a morte, ele a deixa de lado (FOUCAULT, 2005a).

Além de ser uma importante forma de lidar com o sofrimento e a morte, o discurso religioso também é usado para auxiliar no enfrentamento da doença quando é alicerçado na

esperança de cura de doenças. Muitas patologias ainda não tiveram sua cura encontrada pela ciência, desta forma, as crenças religiosas tornam-se, muitas vezes, a única forma de manter a esperança em uma melhora ou cura. Além disso, muitas vezes é essa “fé na cura” que promove provisão de forças para encarar o sofrimento de exaustivos exames, medicações e cirurgias, como podemos perceber no excerto abaixo:

Acreditar que podem contar com forças espirituais traz sentimentos de conforto. [...] Enquanto o conhecimento científico provoca incertezas, particularmente quando os prognósticos são ameaçadores, a espiritualidade encoraja a família e produz sentimentos de esperança ou de aceitação da condição imposta pela doença (PAULA; NASCIMENTO; ROCHA, 2009, p.104).

Pacientes e familiares tendem a usar a fé como complementar a medicina, aqui vista como ciência para curar suas doenças. Tal pensamento é reforçado pelos problemas apresentados pelo sistema de saúde que nem sempre consegue atender as demandas exigidas pela população. Além disso, referem que o modelo biomédico vigente encontra-se falido e as pessoas tem necessidades que os médicos não conseguem dar conta em suas consultas e intervenções, tanto pelas limitações da ciência quanto pela “desumanização” dos profissionais da saúde. Sendo assim, como o poder da fé é tido como infundável, torna-se mais produtivo depositar confiança na cura através da religião. Cito como exemplo o excerto abaixo

O ser humano doente está sujeito a um sistema de saúde sucateado e desumano, em uma sociedade em que o individualismo é maximizado e as promessas de ajuda da ciência não se concretizam. [...] quando suas condições de saúde atingem uma 'situação limite', quando se encontra perante a racionalidade da medicina moderna cada vez mais técnica e menos humana, que ele passa a buscar algo 'sobrehumano', transcendente, sagrado, capaz de solucionar seu problema (CORREA, 2006, p. 135).

Assim, de acordo com os enunciados dos artigos, ao se descobrirem acometidas por alguma doença as pessoas tendem a ficar mais reflexivas e questionar suas crenças religiosas, muitas vezes voltando-se a deus pela primeira vez ou mais intensamente do que antes (OLIVEIRA; FERNANDES; GALVÃO, 2005; AZEVEDO; SANTOS, 2006). Além disso, os enunciados referem que a fé é importante mesmo naqueles que não tem crença religiosa, pois pacientes e familiares agarram-se a um poder sobrenatural para enfrentar as dificuldades, como pode ser percebido no excerto que diz que “*independente do fato de os homens possuírem uma religião, eles acreditaram no poder divino, denominado por eles de Deus para sustentar a trajetória de vida*” (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2006, p.97).

No campo da saúde mental também observo que a religiosidade é bastante citada. Até o século XIX, distúrbios mentais eram relacionados a questões espirituais, como possessões de espíritos ou atitudes ligadas à bruxaria. Para o catolicismo, os transtornos psíquicos eram conhecidos como doenças da alma que poderiam ser curadas através de penitências e ritos religiosos. Em 1907, Freud pensava a religião como uma neurose ligada a uma desordem obsessivo-compulsiva encontrada em pessoas mentalmente perturbadas, propondo, então, a substituição das crenças religiosas por operações racionais do intelecto, o que controlaria impulsos e medos (ROCHA, 2002). De tal modo, a religião passou a ser discriminada e posta de lado pelos estudiosos da saúde mental, só voltando a ser estudada a partir da década de 90, resultando em uma mudança de paradigma. Atualmente autores de diversas áreas da saúde têm realizado inúmeras pesquisas buscando a associação entre a saúde mental e a religiosidade. Em 2006 foi publicado um artigo que apresentava uma revisão narrativa de cerca de 850 artigos que avaliavam a relação entre a religiosidade e saúde mental, onde foi constatado que pessoas com envolvimento religioso tinham maior bem-estar psicológico, menos depressão, menos pensamentos e comportamentos suicidas, e menor abuso de álcool e drogas (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006). Na enfermagem o reforço dessa associação não é diferente, como pode-se perceber nos excertos abaixo:

Um estudo realizado com jovens seguidores de diferentes religiões identificou que o uso de álcool era significativamente menor entre os protestantes (50%) em relação aos católicos (75,2%), espíritas (75%) e ateus (94,5%), o que levou o autor a concluir que o uso de álcool é modulado por normas, valores e práticas grupais, tanto do grupo familiar como no extrafamiliar, como família e religião” (STAMM; BRESSAN, 2007, p.321).

A participação dos jovens em atividades esportivas, recreativas, religiosas os ajudaria manter uma vida saudável e longe das drogas (MEDINA; REBOLLEDO; PEDRÃO, 2004, p.321, tradução minha).

Na religião católica não se tem informação quanto à proibição do uso do álcool; no entanto, os evangélicos proíbem seu uso, com a intenção de preservar o ser humano dos malefícios que este causa (STAMM; BRESSAN, 2007, p.321).

Algumas religiões impõem limitações e até mesmo proibições quanto ao uso de substâncias, como o álcool e as drogas. Pensando que essas substâncias são importantes fatores de risco para inúmeras patologias, a enfermeira se alia à religião, incentivando-os a obedecer as normas impostas pela Igreja, o que, conseqüentemente, melhorará a qualidade de vida destes pacientes e reduzirá sua necessidade dos serviços de saúde. Além disso, percebendo o quanto é produtivo o discurso religioso, as pesquisadoras buscam até mesmo se

inserir no contexto religioso, buscando saber de que forma eles governam seus pacientes para poder transpor estes ensinamentos para a prática assistencial, como podemos perceber no excerto abaixo:

A adoção de comportamento sexual saudável é ferramenta importante na prevenção de DST/HIV/AIDS, que pode ser influenciado por fatores externos, daí a necessidade de se conhecer o universo do adolescente inserido em grupo religioso e compreender como é absorvido por eles esse tipo de comportamento de acordo com a orientação religiosa do qual fazem parte (FERREIRA; PINHEIRO, 2010, p. 441).

Além disso, no campo da saúde mental, muitas doenças não têm cura conhecida, sendo então consideradas incuráveis. As enfermeiras, através de seus artigos, apontam que é necessário que o paciente e a família aprendam a conviver com tais doenças por meio de medicações e acompanhamento periódico. Como não há esperança de cura através dos meios convencionais, muitos buscam o recurso da religião, até porque muitas doenças mentais são relacionadas à problemas de ordem religiosa, como possessões de espírito.

A família encontra na religião um alento frente às afirmações presentes no discurso médico, incorporado pelos demais profissionais que atuam na saúde mental, de que não há cura. Igualmente, abre uma possibilidade de “livrar-se da doença de seu familiar”, já que pela psiquiatria, enquanto ciência médica, não se pode esperar remissão total, que o paciente volte a se tornar “normal” ou curado completamente (SILVA; MORENO, 2004, p. 165).

A partir dos diferentes excertos apresentados neste capítulo, me permito pensar que os discursos sobre religião presentes nas revistas de enfermagem buscam subjetivar e produzir enfermeiras que olhem a religião como uma ferramenta biopolítica, unindo o saber religioso ao saber científico, de forma a governar os corpos dos pacientes, facilitando o processo de enfrentamento e aceitação da doença, além de proporcionar práticas mais saudáveis. Destaco um excerto que refere que “*se a crença produzir práticas saudáveis (...) o enfermeiro poderá incentivar, reafirmar e incorporar essas práticas no cuidado para a promoção da saúde*” (PAULA; NASCIMENTO; ROCHA, 2009, p.104). Desta forma, os autores estimulam as leitoras da revista a incorporar o cuidado religioso na prática assistencial, como no excerto abaixo

[...] enfermeiros e outros profissionais responsáveis pela provisão do cuidado devem incorporar os conhecimentos científicos, religiosos e culturais em suas práticas na clínica (HOGA, 2008, p. 120)

Desta forma, apesar do distanciamento ocorrido ao longo das décadas entre o cuidado religioso e a prática de enfermagem, percebo que estes discursos, em determinados momentos, se entrelaçam, tendo como foco o mesmo objetivo, ou seja, manter os pacientes disciplinados e saudáveis. Assim, o saber religioso reforça os efeitos do poder oferecendo ferramentas que possibilitam modos detalhados e sutis de moldar comportamentos, desejos e experiências dos pacientes. Além disso, os autores referem que o cuidado religioso retoma a prática assistencial atenuando o método de cuidado tecnicista e fragmentado, modelo atualmente vigente, buscando o modo de cuidado idealizado pelos movimentos de humanização, como no excerto que refere que “*A religião serve de fonte para se observar se os serviços estão valorizando o cuidado humano*” (BEZERRA; CARDOSO, 2006, p. 420). Assim, para proporcionar um cuidado satisfatório, valorizando o paciente como *ser humano*, os cuidados religiosos não podem ser deixados de lado, fazendo parte do cuidado da enfermeira, como podemos observar no excerto abaixo

Compreendendo o ser humano como um ser integral, logo extremamente complexo, e ainda considerando a religiosidade como um componente da vida humana, que influencia a forma de pensar, sentir, agir e, conseqüentemente, a forma de cuidar, supõe-se que a dimensão religiosa do enfermeiro é indissociável da construção pessoal e profissional do cuidar (SALGADO; ROCHA; CONTI, 2007, p. 223).

No entanto, os enunciados publicados na revista referem que, apesar de entender a importância de falar sobre religião com o paciente, nem sempre a enfermeira se sente confortável nesse papel. Os textos referem que as dificuldades apresentadas pelas enfermeiras para abordar esse assunto podem ser causadas por diferentes motivos, como o receio de ser rejeitado ou de invadir a intimidade do paciente, de ser mal interpretada, de ser julgada, de sentir-se incomodada com a crença do outro, entre outros (SALGADO; ROCHA; CONTI, 2007). Este mesmo autor refere que a abordagem da religião deve ser realizada de forma sensível e respeitosa, para evitar constranger o paciente e aumentar ainda mais a distância entre ambos. Assim, percebo que na prática assistencial e no meio acadêmico, que o assunto religião é tratado com constrangimento, desconfiança e de forma velada, pois pode ser considerado um interdito, um discurso que não faz parte do pensamento racional, onde os acontecimentos da vida costumam ter uma explicação científica.

O discurso religioso é cercado de polêmicas e dualidades: para uns é positivo, para outros é negativo; para uns é o discurso verdadeiro, para outros é um discurso enganoso. Nos artigos que compõem meu corpus de análise não é diferente. Apesar da grande maioria dos enunciados apontarem para as utilidades da religião no enfrentamento do processo de

adoecimento, alguns autores questionam as verdades deste discurso, considerado por muitos, inquestionável. É interessante perceber que pontos destacados como positivos na categoria anterior, aqui são apontados na forma de crítica, mostrando que os discursos não são fixos. O exercício de olharmos de diferentes modos para a mesma situação depende da posição ocupada pelo sujeito do discurso, suas concepções e discursos que o subjetivaram.

À leitura dos artigos é possível ver que alguns autores referem que a prática religiosa levada ao extremo pode influenciar negativamente, especialmente quando os pacientes buscam na religião formas de curar suas doenças, não procurando atendimento especializado. Assim como há autores que entendem ser positivo quando a religião é utilizada como modelo explicativo da origem ou causa das doenças, já que tal comportamento auxiliaria na aceitação e resignação dos pacientes. Outros autores criticam esta prática, pois seria uma forma de “competição” com o modelo biomédico (ROCHA, 2002). Além disso, existiria uma concorrência também em relação ao tratamento. Muitos pacientes buscam a cura ou a resolução de seus problemas de saúde nas práticas religiosas, através de rezas, promessas, medicamentos alternativos, o que retardaria a procura por auxílio médico. Nestas situações percebem-se, mais uma vez, a disputa pelo discurso com mais poder de subjetivação, o religioso ou o biomédico. Concordo com Foucault (2009, p.10) que o discurso não é apenas uma forma de traduzir as lutas, mas aquilo “pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar”.

Além disso, autores apontam que o comportamento resignado diante da doença imposto por algumas religiões tenderia a deixar o doente passivo, não tendo forças para enfrentar as dificuldades advindas da enfermidade. Podemos perceber isso no excerto abaixo:

As pessoas “[...] passam a atribuir o seu futuro a Deus, assumindo uma postura muito passiva diante da doença, do tratamento e, sobretudo, mostram desinteresse em traçar planos futuros” (SILVA; SHIMIZU, 2006, p. 489).

Outra autora destaca que as crenças dos pacientes podem lhes causar situações de vulnerabilidade, como quando não aceitam realizar determinados procedimentos por oposição de sua religião. Um exemplo bastante conhecido desta situação são os seguidores da religião Testemunha de Jeová, que não permite que seus fiéis se submetam à transfusão de sangue, gerando discussões éticas e profissionais sobre o assunto. Em um dos textos analisados, a autora faz crítica a um médico, seguidor desta religião por ter uma opinião contrária a realização de transfusão de sangue nos pacientes. De acordo com ela, um paciente poderia pensar dessa forma, mas não um médico, que por ser detentor do saber científico deveria

conhecer a importância do sangue na preservação da vida (SOUZA, 1997). A partir desse pensamento, o paciente é posicionado como ignorante, detentor de um saber desvalorizado, enquanto o médico, detentor do saber científico, não pode se colocar na posição de paciente, como se não tivesse conhecimento. Assim, parece que os autores propõem que o médico deve se desprender de seu papel como indivíduo, com direito a liberdade de crenças e livre arbítrio, para assumir o papel social de profissional, devendo acreditar incondicionalmente nos poderosos discursos científicos, tomando-os como únicas e absolutas verdades. Desta forma, questiono: quem define qual aspecto da vida de um indivíduo é o mais importante? Quem define que o aspecto físico deve prevalecer sob o espiritual? Os seguidores da religião Testemunhas de Jeová acreditam, baseados na Bíblia Sagrada, que se receberem sangue de outra pessoa seu deus lhes virará as costas, eles não entrarão no reino dos céus. Assim, para um indivíduo com esta convicção, não faz sentido salvar sua vida e condenar sua alma à exclusão do paraíso.

Um artigo analisado aponta as religiões como um espaço privilegiado de produção de preconceitos e desigualdades entre homens e mulheres, onde a mulher é vista como fraca, impura e incapaz (PARGA; SOUZA; COSTA; FERREIRA, 2001). Corroborando com isso, percebe-se que na maioria das religiões, o ser superior, o deus, que detém o poder de vida e morte, é do sexo masculino, assim como os profetas das religiões monoteístas, como Jesus, Maomé, Abraão, Moisés, entre outros. Às mulheres cabe o papel de submissão, aceitando o que lhes é designado com resignação e paciência característicos do sexo feminino. Desta forma, de acordo com o autor, essa desigualdade de gênero estaria contribuindo para o desprestígio da mulher na sociedade, pois mesmo não sendo um discurso unânime, torna-se difícil negar o poder e a influência que a religião tem na formas de ver e estar no mundo. Essa situação de desigualdade imposta por fatores culturais pode influenciar o cuidado à mulher, principalmente em relação às situações ligadas ao corpo e à sexualidade, como por exemplo, em relação às práticas de contracepção atribuídas quase exclusivamente à mulher: é a mulher que deve se proteger e proteger seu parceiro e, caso ocorra a gestação, a responsabilidade será maior da mulher que deveria ter se prevenido.

Outra situação comentada pelos autores está relacionada ao momento do parto, um momento de muita tensão para a maioria das mulheres, pelo medo da dor e de que algo não dê certo, além da incerteza diante do que irá acontecer. De acordo com os autores, neste momento, a mulher deveria ser tratada com respeito e empatia pelos profissionais que lhe prestam assistência, mas o que se percebe é um tratamento indiferente e, até mesmo, desrespeitoso por parte dos profissionais, muitos deles constituídos pelo discurso cristão, que

pensam que o parto deve ser com dor como forma de punição à mulher. Podemos observar este fato nos excertos abaixo

Mulheres ainda são exortadas a se calar e a aguentar firmes frente às dores do parto, por terem engravidado com prazer, o que dá a entender a adesão ao cumprimento bíblico de que, por castigo, estas devem parir com dor (SILVA; MANDU, 2007, p. 463).

O parto sempre foi cercado de mitos e crenças e, para mistificá-los mais ainda, a Bíblia Sagrada menciona que as dores do parto são como castigo que a mulher deve sofrer por ter cometido o pecado original, expressando, assim, algo que é a realidade psíquica, tanto para a mulher crente como para a atéia: que seu filho é fruto do pecado e dar à luz a faz merecedora do castigo (BEZERRA; CARDOSO, 2006, p. 417).

Encontro em diferentes enunciados a religião católica sendo amplamente criticada, tendo perdido importante espaço nas últimas décadas. Assuntos que anteriormente talvez não tivessem espaço para veiculação passam a ser discutidos, como o caso de uma pesquisa realizada com religiosas sobre o autoexame de mamas, onde foi constatado que elas não o realizam, por vergonha e receio de se tocar, influencia da moral religiosa e cristã. No texto são feitas críticas a autoridade da Igreja, que domina e oprime os corpos das mulheres, em especial das freiras, como no trecho abaixo:

A Igreja Católica, em seu magistério e tradição, tece um discurso próprio sobre as realidades que dizem respeito à feminilidade, sexualidade e corpo da mulher. Tal discurso nos parece cada vez mais rejeitável. [...] essas mulheres aceitam a subordinação e negação de seus direitos, como parte dos votos feitos à Igreja, no momento de sua consagração. É importante ressaltar que a negação dos direitos sejam eles quais forem, constitui um tipo de violência contra a mulher (ARAUJO; OLIVEIRA; BARBOSA, 2004, p.160).

Além disso, a autora reforça que a influência da igreja católica na sexualidade feminina produz resultados negativos, pois as mulheres aprendem que é errado se tocar e se conhecer, o que muitas vezes acaba por atrasar um diagnóstico, podendo ser fatal para a mulher. Assim, o controle dos corpos dos fiéis, em especial das mulheres, e a dominação exercida principalmente pela Igreja Católica é vista sob as lentes da acusação e reprovação, entendida como uma instância repressiva e produtora de obediência. É esse poder insidioso exercido pela igreja que é alvo de críticas; um poder que incita, induz, desvia, facilita ou dificulta, amplia ou limita, torna mais ou menos provável; um poder que se inscreve no comportamento de sujeitos ativos; um poder que é uma ação sobre as ações (FOUCAULT, 1995).

Outro aspecto a ser destacado é em relação à Saúde Mental. Percebo nos enunciados de algumas autoras que a exacerbação das crenças religiosas em pacientes com diagnósticos psiquiátricos pode ser um aspecto negativo no processo de recuperação da doença. De acordo com elas, muitos pacientes deixam de dormir, comer ou tomar medicações durante seus “delírios místicos”, pois se sentem curados através de suas orações. Além disso, “*demonstram alucinações e delírios com clara conotação mística e da vivência que têm em suas igrejas*” (MACHADO; CABRAL, 1996, p.36). Desta forma, entendo que para as autoras, as manifestações religiosas de um paciente psiquiátrico são delírios místicos, mostrando que o discurso religioso é um interdito do discurso científico.

Alguns artigos criticam a época em que a enfermagem valorizava os saberes religiosos em detrimento do conhecimento científico, ocasionando a desvalorização da profissão frente a outras da área da saúde, principalmente à Medicina.

Os atributos do humanismo e conhecimento científico como componentes do cuidar em enfermagem têm sido objeto de análise na categoria profissional, vez que o segundo, durante muito tempo, não teve a necessária evidência, prejudicando, inclusive, a imagem da profissão no conjunto das profissões de saúde (VIEIRA, 1999, p.27).

Conforme destacado na categoria anterior, a Enfermagem emergiu intimamente ligada às práticas religiosas, sendo que o conhecimento científico passou a ser valorizado nas décadas mais recentes, interpelando as enfermeiras, que buscavam associar sua profissão com um campo de saber próprio que a caracterizasse como profissão científica. Assim, para alguns autores, esse tempo em que perdurou a íntima relação entre a enfermagem e a religião promoveu um “atraso” no desenvolvimento da profissão, já que a relação entre enfermagem e religião faz parte de um processo histórico e social, construído através de jogos de poder e saber, que sempre existiu, mas foi mudando de significado com o passar do tempo.

Para concluir destaco a religião como estratégia biopolítica, utilizada pela enfermeira para produzir indivíduos dóceis e úteis, podendo ser submetidos, utilizados, transformados e aperfeiçoados, com objetivo de uma melhor qualidade de vida e enfrentamento da doença.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizar uma etapa nem sempre é uma tarefa fácil. Ainda mais quando precisamos por pontos finais, chegar a conclusões definitivas e alcançar verdades categóricas. Na perspectiva teórica em que me inscrevo não há essa pretensão. Desta forma, essas considerações são parciais, provisórias, resultado das lentes que utilizei.

Buscando fazer um apanhado deste estudo, entendo que a profissão da enfermeira está intimamente conectada à herança cristã, ao modelo biomédico, que promove um poderoso dualismo entre corpo e alma, posicionando a enfermeira, desde os primórdios da profissão, entre os discursos da religião e da ciência. As revistas de enfermagem funcionam como artefatos culturais que permitem a circulação de saberes e poderes que investem na produção de enfermeiras de um certo tipo, determinado o que é certo ou errado, verdadeiro ou falso, importante ou descartável, instituindo verdades. Desta forma, as revistas dirigem condutas, produzem subjetividades e identidades e compõe certa realidade, de acordo com a época em que foi produzida e circulou.

O tema da religião circula nas publicações de enfermagem, emergindo como um poderoso discurso, utilizado de diferentes maneiras ao longo dos anos, tanto para revelar os processos de subjetivação que operam na produção das enfermeiras como para produzir uma enfermeira capaz de utilizar a religião para governar seus pacientes. Nas primeiras publicações percebe-se que autores interpelam as enfermeiras para que exerçam sua profissão respeitando os preceitos cristãos. Neste momento, a enfermagem era muito mais próxima da religião do que da ciência, ficando visível a influência da Igreja Católica nos textos analisados. Aspectos relativos à remuneração e preocupações profissionais deveriam ser deixadas de lado, para não encobrirem o verdadeiro valor da vocação de ser enfermeira. Ser para servir, este deveria ser o lema da “verdadeira” enfermeira, cuidando de seus pacientes como um pastor cuida de suas ovelhas.

Num segundo momento, percebo sutil deslocamento no discurso dos autores. Os artigos com apelo religioso vão diminuindo, cedendo espaço ao saber científico, demonstrando a preocupação em transformar a enfermagem em uma profissão científica. Neste momento, um enunciado que emerge com força é o cuidado holístico, apontando para a necessidade de a enfermeira exercer o cuidado em seus aspectos “bio-psico-sócio-espirituais”. O holismo surge como forma de combater o pensamento reducionista do paradigma científico, promovendo novos modos de pensar e ver o ser humano. Assim, através do holismo a religião volta a entrar no discurso da enfermagem, uma vez que o cuidado holístico possibilitava que

as enfermeiras abordassem as questões da religião, já que deveriam cuidar dos pacientes do modo integral, abrangendo o ser humano como um todo.

Na terceira e última categoria, visualiza-se a enfermagem buscando se consolidar como profissão científica, aliada ao saber biomédico. Para tornar isso possível, torna-se necessário silenciar os discursos que a relacionavam à vocação, deixando circular aqueles que a apresentavam como profissão científica. A partir desse momento, percebe-se que os discursos que circulam nas revistas analisadas estimulam as enfermeiras a utilizar a religião para o governo dos pacientes, auxiliando-os a enfrentar doenças e sofrimento. Assim, a religião fica configurada como estratégia biopolítica de governo dos corpos de pacientes.

Percebo, então, que os discursos da revista subjetivam as enfermeiras, promovendo um governo de si e dos outros, no caso os pacientes. Essa técnica de governo instituída pelas revistas dispõe de meios, prevêem táticas e colocam em ação estratégias que lhes permitem dirigir as condutas alheias, de forma que os indivíduos ajam de acordo com aquilo que é preconizado (BUJES, 2001). Desta forma, através de relações de poder e saber, as revistas constituem enfermeiras, que além de governarem pacientes ensinando um modo correto de ser e agir governam a si mesmas já que é difícil pensar de outra forma. Assim, concordo com as palavras de Foucault (1999) quando diz que

[...] forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadriha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia política” que é também igualmente uma “mecânica de poder” está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos dóceis (p. 119).

Neste trabalho procurei estabelecer as compatibilidades e incompatibilidades entre os discursos, explicando o aparecimento desses saberes a partir de condições de possibilidade, situando os saberes como um dispositivo de natureza essencialmente estratégica, realizando o que Foucault chamou de análise genealógica (MACHADO, 2005). Desta forma, utilizando como subsídios as ferramentas do filósofo, penso que consegui lançar diferentes olhares para os ditos e escritos nas publicações de enfermagem sobre religião, encarando textos como monumentos, apresentando discursos prestes a se dissolver e outros a serem redefinidos, textos que passam constantemente por deslocamentos e descontinuidades, tornando possível a ocorrência de mudanças de paradigmas. Penso que meu papel como pesquisadora não é contar verdades totais e categóricas e, sim problematizar o que se tornou naturalizado, desconfiando

dos discursos que pretendem ser realidades definitivas, entendendo que há muitas formas de se compreender, explicar e inventar as coisas do mundo. Desta forma, entendo a pesquisa como um elemento que proporciona desafios e satisfações a quem investiga, mesmo que os resultados não sejam mais que verdades incompletas e provisórias.

Finalizando essa dissertação, retorno ao seu início para refazer um dos meus primeiros questionamentos: por que escrever sobre religião? E então relembro um livro que li chamado “A louca da casa” de Rosa Montero. Nesta obra, a autora refere que “o processo de criação narrativa é a transformação do demônio em tema” (MONTERO, 2004, p.52). Meu demônio aqui foi entender como o discurso religioso se entrelaça a um discurso que lhe parece tão distante, o discurso da ciência. Percebi que, quando olhada superficialmente, a religião pode parecer estar perdendo forças, espaços, mas quando olhada com as devidas lentes é possível enxergar seu poder indiscutível, em sua forma microfísica e insidiosa.

Assim, acredito que a escolha do tema de pesquisa se dá pelo que nos instiga, nos desassossega e nos faz refletir. A intranquilidade e a incerteza produzem obras incríveis. Por esse motivo me identifico com as pesquisas pós-estruturalistas. Desconfio seriamente de escritores que acham respostas completas e finais para diferentes assuntos. Nada mais infértil para a construção do conhecimento do que respostas definitivas e verdades totais. Para mim, o incrível de desenvolver uma ideia são as lacunas, as incertezas e as indagações que promovem. Se eu conseguir fazer com que meu leitor questione minhas palavras já terei cumprido um dos papéis como escritora. E isso não significa falta de rigor ou superficialidade, mas sim entender que concluir algo é limitar, é restringir, é impedir que o leitor tire suas próprias conclusões.

Por fim, finalizo com outra frase de Rosa Montero. Ela diz que “fazer a louca da casa fluir com total liberdade não é coisa fácil” (2004, p. 191). E não é mesmo. Requer alguma inspiração e muita transpiração. Requer noites mal dormidas e dias tediosos, de muito trabalho, e às vezes, pouco reconhecimento. Mas no fim, acredito que tenha valido a pena. Escrever é deixar marcas no tempo e se, meu texto conseguir tocar uma ou outra pessoa, já vai ter valido a pena. Mas por outro lado, o simples fato de ter produzido um conhecimento já vai ter me modificado como indivíduo, fazendo que eu veja o mundo com outros e novos olhares, outras cores e nuances.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE JUNIOR, D. M. Um leque que respira: a questão do objeto em história. In: PORTOCARRERO, V.; BRANCO, G.C. (Org.). **Retratos de Foucault**. Rio de Janeiro: Nau, 2000. p. 117-37.

ALMEIDA, M. C. P.; BARREIRA, I. A. Os estudos de pós-graduação em enfermagem na América Latina: sua inserção na comunidade científica. In: SENA, R. R. (Org.). **Educación de enfermería en America Latina**. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia/Rede de Enfermería de America Latina, 2000. p. 129-45.

ALVES, E.; TUBINO, P. **Medicina pré-histórica**: medicina primitiva e mágica [roteiro de aula]. Brasília: Disciplina de História da Medicina, Universidade de Brasília, 2009a. Disponível em <http://e-groups.unb.br/fm/hismed/arquivos/medicina_pre-historica.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2011.

_____; _____. **Medicina na mesopotâmia** [roteiro de aula]. Brasília: Disciplina de História da Medicina, Universidade de Brasília, 2009b. Disponível em: <http://e-groups.unb.br/fm/hismed/arquivos/medicina_na_mesopotamia.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2011.

_____; _____. **Medicina na Idade Média**. [roteiro de aula]. Brasília: Disciplina de História da Medicina, Universidade de Brasília, 2009c. Disponível em: <http://e-groups.unb.br/fm/hismed/arquivos/medicina_na_idade_media.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2011.

ALVES, R. A. Empresa da Cura Divina: um Fenômeno Religioso? In: VALE, E. E.; QUEIROZ, J. J. (Org.). **A Cultura do Povo**. São Paulo: Cortez e Moraes & Educ, 1979. p. 111-7.

A MADRE superiora e o serviço de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 19, n. 4, p. 224-34, abr./jun. 1966.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4. ed. Washigton: American Psychiatric Association, 1994.

AQUINO, V. V.; ZAGO, M. M. F. The meaning of religious beliefs for a group of cancer patients during rehabilitation. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 1-6, jan./fev. 2007.

ARAÚJO, C. A. A.; OLIVEIRA, E. M.; BARBOSA, R. M. Auto-exame das mamas entre freiras: o “toque” que fala. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 157-61, abr./jun. 2004.

ARAÚJO, I. L. Foucault, além de vigiar e punir. **Revista de Filosofia**, Curitiba, v. 21, n. 8, p. 39-58, jan./jun. 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências - elaboração. Rio de Janeiro, 2002a.

_____. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002b.

_____. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos - apresentação. Rio de Janeiro, 2002c.

_____. **NBR 6024**: informação e documentação: numeração progressiva das seções de um documento escrito - apresentação. Rio de Janeiro, 2002d.

AZEVEDO, G. R.; SANTOS, V. L. C. G. Cuidador (d)eficiente: as representações sociais de familiares acerca do processo de cuidar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 129-139, set./out. 2006.

AZEVEDO, T. **O catolicismo no Brasil: um campo para a pesquisa social**. Salvador: EDUFAB, 2002.

BARREIRA, I. A.; BAPTISTA, S. S. Haydée Guanais Dourados: carisma e personalidade a serviço de um ideal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 3, p. 275-292, mai./jun. 2002.

BAPTISTA, S. S.; BARREIRA, I. A. Enfermagem de nível superior no Brasil e vida associativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. esp., p. 411-6, 2006.

BARBOSA, J. A. G.; FREITAS, M. I. F. Representações sociais sobre a alimentação por sonda obtidas de pacientes adultos hospitalizados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 235-242, mar./abr. 2005.

BAUMAN, Z. **Modernidade e ambivalência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999a.

BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999b.

BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o parto e trabalho de parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 414-21, mai./jun. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas**. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_cuidados.pdf>. Acesso em 15 ago 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. **Concepções dos brasileiros sobre o câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em: <www.inca.gov.br/inca/Arquivos/2ICCC/.../concepcoesINCA.doc>. Acesso em 12 jul 2011.

BRIGIDA, M. S. O espírito de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 97-100, 1967.

BUJES, M. I. E. **Infância e maquinarias**. 2001. 259 f. Tese (Doutorado em Educação)- Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

CAMPANA, H. C. R. et al. A percepção dos mestrandos de enfermagem a respeito da religião como recurso terapêutico no processo de recuperação do ser humano doente e sua família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 44-51, jan./mar. 2008.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. 19. ed. São Paulo: Cultrix, 1998.

CARVALHO, A. C. Associação Brasileira de Enfermagem - 1926/1976: Documentário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 3, p. 249-63, mai./jun. 2002.

CASTRO, E.; SÁ, A. Enfermagem em medicina pastoral: um novo campo para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 289-94, 1967.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; HASS, V. J. Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual: análise por especialistas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 264-70, 2010.

CORÇÃO, G. As armas de nosso apostolado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 20, n. 2/3, p. 173-5, 1967.

CORREA, D. A. M. Religião e saúde: um estudo sobre as representações do fiel carismático sobre os processos de recuperação de enfermidades nos grupos de oração da RCC em Maringá, PR. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. supl., p. 134-41, dez. 2006.

COSTA, M. E. O hospital e o sentido cristão de servir. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 14, n. 4, p. 361-7, ago. 1961.

COSTA, M. V. Uma agenda para novos pesquisadores. In: COSTA, M. V. (Org.). **Caminhos investigativos II: outro modo de fazer pesquisa em educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p.143-56.

COSTA, M. V.; SILVEIRA, R. H., SOMMER, L. H. Estudos culturais, educação e pedagogia. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 36-61, mai./jun./jul./ago. 2003.

DAHER, D. V. **A invenção da “Era Nova”**: a revista Annaes de Enfermagem e o processo de construção do campo de conhecimento da enfermagem no Brasil – 1932-1950. 2003. 407 f. Tese(Doutorado em Saúde Coletiva)- Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, São Paulo, 2003.

DALGALARRONDO, P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 177-8, 2006.

DOSSEY, B. M.; KEE, L.; GUZETTA, C. E.; KOLKEIMER, L. G. **Holistic Nursing: a handbook for practice**. Maryland: Aspen, 1995.

DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos: seguido de envelhecer e morrer**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

FERREIRA, A. G. N.; PINHEIRO, P. N. C. Religiosidade de adolescentes na prevenção de dst/hiv/AIDS. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 4, n. 1, p. 446-9, 2010.

FILORAMO, G. **Monoteísmos e Dualismos**: as religiões de salvação. São Paulo: Hedra, 2005. (História das Religiões, 3).

FISCHER, R. M. B. Foucault e a análise do discurso em educação. **Caderno de Pesquisa**, São Paulo, n. 114, p. 197-223, nov. 2001.

FISCHER, R. M. B; VEIGA NETO, A. Foucault, um diálogo. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 7-25, 2004.

FOUCAULT, M. O que é crítica? [Crítica e Aufklärung]. Conferência proferida em 27 de maio de 1978. In: **Bulletin de la Société Française de Philosophie**. 1990. p.35-63. Disponível em: <<http://vsites.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/critica.pdf>>. Acesso em 30 jun. 2011.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

_____. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. Foucault estuda a Razão de Estado. In: MOTTA, M. B. (Org.). **Estratégia, Poder-saber. Ditos & escritos IV**. Rio de Janeiro: Forense, 2003a. p. 317-22.

_____. Omnes et singulatim: uma crítica da razão política. In: FOUCAULT, M. **Estratégia, poder-saber. Ditos & Escritos IV**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003b, p. 355-385.

_____. **A arqueologia do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. **Em defesa da sociedade**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005a.

_____. **Microfísica do Poder**. Organização de Roberto Machado. 21. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005b.

FOUCAULT, M. Nietzsche, a genealogia, a história. In. MOTA, M. B. (Org.). **Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. Ditos & escritos II.** 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2005c. p. 260-81.

_____. **A Hermenêutica do Sujeito.** São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **M. Segurança, Território, População.** São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **M. A ordem do discurso:** aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 19. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

GASTALDO, D. M. ; MEYER, D. E. A formação da enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 42, n. ¼, p. 7-13, 1989.

GOLDIM, J. R. (Org.). **Bioética e espiritualidade.** Porto Alegre: Edipucrs, 2007.

GOMES, T. O.; ALMEIDA FILHO, A. J.; BAPTISTA, S. S. Enfermeiras-religiosas na luta por espaço no campo da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 361-6, mai./jun. 2005.

GOMES, T. O.; SILVA, B. R.; BAPTISTA, S. S.; ALMEIDA FILHO, A. J. Enfermeiras católicas em busca de melhores posições no campo da educação e da prática de enfermagem nos anos 40 e 50 no Brasil, no século XX. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 14, n. 4, p. 506-12, out./dez. 2005.

GORE, C. O ensino do zoroatrismo original. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 29-30, 1957.

GUIMARAES, H. P., AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 88-94, 2007.

HALL, S. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções de nosso tempo. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 15-46, 1997.

HOGA, L. A. K. Cuidado da enfermidade em casa ou em instituição de saúde: o processo de decisão em uma comunidade de baixa renda. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 115-21, jan./fev. 2008.

HORTA, W. A. A observação sistematizada como base para o diagnóstico de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 24, n. 5, p. 46-53, jul./set. 1971.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Características Gerais da População**. Brasília, 2000. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/religiao/brasil>>. Acesso em: 15 set. 2011.

IRONSON, G.; STUETZIE, R.; FLECTCHER, M. A. Na increase in religiousness / spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. **Journal of General Internal Medicine**, v. 21, n. 5, p. 62-8, dez. 2006.

KRUSE, M. H. L. **Os poderes dos corpos frios: das coisas que ensinam às enfermeiras**. Brasília: Aben, 2004.

KRUSE, M. H. L. et al. Ordem como tarefa: a construção dos Diagnósticos de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 262-6, 2008.

LIMA, A. F. et al. Sentimento de religiosidade e locus de controle: estratégias para o cuidar em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. esp., p. 223-6, 2000.

LIMA, M. J. **O que é enfermagem**. 3. ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1993.

LOPES NETO, D.; PAGLIUCA, L. M. F. Abordagem holística em um estudo empírico: uma análise crítica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p.825-30, 2002.

LOURO G. L. Conhecer, pesquisar, escrever. In: **Anped Sul**, V, 2004, Curitiba, Brasil.

MACHADO, A. L.; CABRAL, M. A. A. Observação em enfermagem em saúde mental visando práticas religiosas. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 31-7, set./dez. 1996.

MACHADO, R. Introdução: por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2005. p. VII-XIII.

MARONGIU, J. B. Meu amigo Foucault. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 30 mar. 2008. Caderno Mais. p. 4-5.

MEDINA, N. M. O.; REBOLLEDO, E. A. O.; PEDRÃO, L. J. El significado de drogas para el estudiante de enfermería según el modelo de creencias en salud de Rosenstock. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. esp., p. 316-23, mar./abr. 2004.

MICHELONE, A. P. G.; SANTOS, V. L. C. G. Qualidade de vida de adultos com cancer colorretal com e sem ostomia. **Revista Latina- Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, nov./dez. 2004.

MOLINA, T. M. O sentido cristão de servir e a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 14, n. 4, p. 308-20, ago. 1961.

MONTERO, R. **A louca da casa**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2004.

MOREIRA-ALMEIDA, A.L.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H.G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242-50, 2006.

NATAL. **Annais de Enfermagem**, Rio de Janeiro, n.11, p.1, 1937.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez, 1989.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações, 2001-2002**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; GALVÃO, M. T. G. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 150-5, abr./jun. 2005.

OS SACRIFÍCIOS do Velho Testamento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 31, 1957.

PADIN, C. A enfermeira como elemento de elevação moral e espiritual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 14, n. 4, p. 374-8, jul. 1961.

PAIM, L. Algumas considerações de enfermagem sobre as necessidades psico-sociais e psico-espirituais dos pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 32, n. 2, p. 160-6, abr./jun. 1979.

PANZINI, R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 105-15, 2007.

PARGA, E. J. S. et al. Esteriótipos e preconceitos de gênero entre estudantes de enfermagem da UFBA. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 14, n. 1, abr. 2001.

PAULA, E. S.; NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com Insuficiência Renal Crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 100-6, jan./fev. 2009.

PAVAN, F. J.; MENEGHEL, S. N.; JUNGES, J. R. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2187-9, set. 2008.

PEREIRA, M. T. L. N. **Por uma Psicologia de Corpo e Alma**. 1997. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Núcleo de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, Universidade Federal de Sergipe, Aracajú, 1997.

PORTO ALEGRE, A. A. Vocação e abnegação. **Annais de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 12, 1935.

RESENDE, M. A. Vida cristã na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 17, n. 1/2, p. 48-56, fev.abr. 1964.

RIZZOTTO, M. L. F. **História da Enfermagem e sua relação com a Saúde Pública**. Goiania: AB, 1999.

ROCHA, N. S. **Associação entre estado de saúde, espiritualidade / religiosidade / crenças pessoais e qualidade de vida**. 2002. 162 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta fisiátrica**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 107-12, dez. 2001.

SALGADO, A. P. A.; ROCHA, R. M., CONTI, C. C. O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 223-8, abr. /jun. 2007.

SCARPI, P. **Politeísmos**: as religiões do mundo antigo. São Paulo: Hedra, 2005. (História das Religiões, 1).

SILVA, A. L., SHIMIZU, H. E. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com ostomia intestinal definitiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 483-90, jul./ago 2006.

SILVA, E. M.; KARNAL, L. **O ensino religioso na escola pública de São Paulo**. São Paulo: Secretaria do Estado da Educação, Unicamp, 2002.

SILVA, L.; MORENO, V. A religião e a experiência do sofrimento psíquico: escutando a família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 3, n. 2, p. 161-8, mai./ago 2004.

SILVA, M. A.; MANDÚ, E. N. T. Ideias cristãs frente ao corpo, à sexualidade e contracepção: implicações para o trabalho educativo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p.459-64, dez 2007.

SILVA, R. M.; MELO, E. M.; RODRIGUES, M. S. P. Família como suporte para a mulher em tratamento quimioterápico. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 87-96, jan./dez. 1999.

SOURNIA, J. C. **História da Medicina**. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

SOUZA, M. A. A transfusão sanguínea: um direito à vida. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.2, n.1, p.96, 1997.

SOUZA, M. K. B.; MATOS, I. A. T. Percepção do portador de ferida crônica sobre sua sexualidade. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 19-24, jan./mar. 2010.

STAMM, M.; BRESSAN, L. Consumo de álcool entre estudantes do curso de enfermagem de um município do oeste catarinense. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá; v. 6, n. 3, p. 319-24, jul./set. 2007.

TEIXEIRA, E. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 286-90, ago. 1996.

TEIXEIRA, J. M. **A medicina em história**: a medicina egípcia [leituras]. 2001. Disponível em: <http://www.saude-mental.net/pdf/vol3_rev3_leituras.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2011.

TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M. A. Cuidar e conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 93-101, jan./fev. 2006.

TWIBELL, R. S. et al. Spiritual and coping needs of critically ill patients: validation of nursing. **Dimensions of Critical Care Nursing**, Louisville, v. 15, n. 5, p. 245-53, 1996.

UJVARI, S. C. **A história e suas epidemias: a convivência do homem com os microorganismo**. Rio de Janeiro: Editora Senac, 2003.

USCHER, R; EDWARDS, R. **Postmodernism and educacion**. London: Routledge, 1994.

VALENTE, N. M. L. M.; BACHION, M. M.; MUNARI, D. B. A religiosidade dos idosos: significado, relevância e operacionalização na percepção dos profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 11-7, abr. 2004.

VARILLAS, B. C. et al. Sentido cristiano de servir a la familia en puericultura y enfermeria pediatrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.14, n.4, p.331-49, 1961.

VEIGA NETO, A. Olhares... In: Costa MV, organizador. **Caminhos investigativos: novos olhares na pesquisa em educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p.23-38.

VEIGA NETO, A. **Foucault & Educação**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

VIEGAS, C. A Escola cristã a serviço da comunidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 14, n. 4, p. 350-60, 1961.

VIEIRA, M. J. A representação do cuidar da imagem cultural da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 25-32, dez 1999.

VIEIRA, M.; SOUZA, M. I. C. O cotidiano das famílias que convivem com HIV: um relato de experiência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 351-7, jun. 2007.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto. 2001.

ZANINI, F. Teologia do corpo humano. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 94-6, 1967.

APÊNDICE - CORPUS DE ANÁLISE

A MADRE superiora e o serviço de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 19, n. 4, p. 224-34, abr./jun. 1966.

AQUINO, V. V.; ZAGO, M. M. F. The meaning of religious beliefs for a group of cancer patients during rehabilitation. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 1-6, jan./fev. 2007.

ARAÚJO, C. A. A.; OLIVEIRA, E. M.; BARBOSA, R. M. Auto-exame das mamas entre freiras: o “toque” que fala. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 157-61, abr./jun. 2004.

AZEVEDO, G. R.; SANTOS, V. L. C. G. Cuida-dor (d)eficiente: as representações sociais de familiares acerca do processo de cuidar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 129-139, set./out. 2006.

BARBOSA, J. A. G.; FREITAS, M. I. F. Representações sociais sobre a alimentação por sonda obtidas de pacientes adultos hospitalizados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 235-242, mar./abr. 2005.

BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o parto e trabalho de parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 414-21, mai./jun. 2006.

BRIGIDA, M. S. O espírito da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 97-100, 1967.

CAMPANA, H. C. R. et al. A percepção dos mestrandos de enfermagem a respeito da religião como recurso terapêutico no processo de recuperação do ser humano doente e sua família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 44-51, jan./mar. 2008.

CASTRO, E.; SÁ, A. Enfermagem em medicina pastoral: um novo campo para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 289-94, 1967.

CORÇÃO, G. As armas de nosso apostolado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 20, n. 2/3, p. 173-5, 1967.

CORREA, D. A. M. Religião e saúde: um estudo sobre as representações do fiel carismático sobre os processos de recuperação de enfermidades nos grupos de oração da RCC em Maringá, PR. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. supl., p. 134-41, dez. 2006.

COSTA, M. E. O hospital e o sentido cristão de servir. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 14, n. 4, p. 361-7, ago. 1961.

FERREIRA, A. G. N.; PINHEIRO, P. N. C. Religiosidade de adolescentes na prevenção de dst/hiv/AIDS. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 4, n. 1, p. 446-9, 2010.

GORE, C. O ensino do zoroastrismo original. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 29-30, 1957.

HOGA, L. A. K. Cuidado da enfermidade em casa ou em instituição de saúde: o processo de decisão em uma comunidade de baixa renda. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 115-21, jan./fev. 2008.

HORTA, W. A. A observação sistematizada como base para o diagnóstico de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 24, n. 5, p. 46-53, jul./set. 1971.

LIMA, A. F. et al. Sentimento de religiosidade e locus de controle: estratégias para o cuidar em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. esp., p. 223-6, 2000.

MACHADO, A. L.; CABRAL, M. A. A. Observação em enfermagem em saúde mental visando práticas religiosas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 31-7, set./dez. 1996.

MEDINA, N. M. O.; REBOLLEDO, E. A. O.; PEDRÃO, L. J. El significado de drogas para el estudiante de enfermería según el modelo de creencias en salud de Rosenstock. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. esp., p. 316-23, mar./abr. 2004.

MICHELONE, A. P. G.; SANTOS, V. L. C. G. Qualidade de vida de adultos com cancer colorretal com e sem ostomia. **Revista Latina- Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, nov./dez. 2004.

MOLINA, T. M. O sentido cristão de servir e a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 14, n. 4, p. 308-20, ago. 1961.

NATAL. **Annais de Enfermagem**, Rio de Janeiro, n. 11, p. 1, 1937.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; GALVÃO, M. T. G. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 150-5, abr./jun. 2005.

OS SACRIFÍCIOS do Velho Testamento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 31, 1957.

PADIN, C. A enfermeira como elemento de elevação moral e espiritual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 14, n. 4, p. 374-8, jul. 1961.

PAIM, L. Algumas considerações de enfermagem sobre as necessidades psico-sociais e psico-espirituais dos pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 32, n. 2, p. 160-6, abr./jun. 1979.

PARGA, E. J. S. et al. Esteriótipos e preconceitos de gênero entre estudantes de enfermagem da UFBA. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, abr. 2001.

PAULA, E. S.; NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com Insuficiência Renal Crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 100-6, jan./fev. 2009.

PAVAN, F. J.; MENEGHEL, S. N.; JUNGES, J. R. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2187-9, set. 2008.

PORTO ALEGRE, A. A. Vocação e abnegação. **Annais de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 12, 1935.

RESENDE, M. A. Vida cristã na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 17, n. 1/2, p. 48-56, fev.abr. 1964.

SALGADO, A. P. A.; ROCHA, R. M., CONTI, C. C. O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 223-8, abr. /jun. 2007.

SILVA, A. L., SHIMIZU, H. E. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com ostomia intestinal definitiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 483-90, jul./ago 2006.

SILVA, L.; MORENO, V. A religião e a experiência do sofrimento psíquico: escutando a família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 3, n. 2, p. 161-8, mai./ago 2004.

SILVA, M. A.; MANDÚ, E. N. T. Ideias cristãs frente ao corpo, à sexualidade e contracepção: implicações para o trabalho educativo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p.459-64, dez 2007.

SILVA, R. M.; MELO, E. M.; RODRIGUES, M. S. P. Família como suporte para a mulher em tratamento quimioterápico. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 87-96, jan./dez. 1999.

SOUZA, M. A. A transfusão sanguínea: um direito à vida. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 96, 1997.

SOUZA, M. K. B.; MATOS, I. A. T. Percepção do portador de ferida crônica sobre sua sexualidade. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 19-24, jan./mar. 2010.

STAMM, M.; BRESSAN, L. Consumo de álcool entre estudantes do curso de enfermagem de um município do oeste catarinense. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá; v. 6, n. 3, p. 319-24, jul./set. 2007.

TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M. A. Cuidar e conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 93-101, jan./fev. 2006.

VALENTE, N. M. L. M.; BACHION, M. M.; MUNARI, D. B. A religiosidade dos idosos: significado, relevância e operacionalização na percepção dos profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 11-7, abr. 2004.

VARILLAS, B. C. et al. Sentido cristiano de servir a la familia en puericultura y enfermeria pediatrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 14, n. 4, p. 331-49, 1961.

VIEGAS, C. A Escola cristã a serviço da comunidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 14, n. 4, p. 350-60, 1961.

VIEIRA, M.; SOUZA, M. I. C. O cotidiano das famílias que convivem com HIV: um relato de experiência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 351-7, jun. 2007.

ZANINI, F. Teologia do corpo humano. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 94-6, 1967.