



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO

CATIANE PERON

**A TENDÊNCIA AO VÓRTICE DA DESCONSTRUÇÃO: REFLEXÃO
SOBRE A CONDIÇÃO DO ADOECIMENTO**

Cuiabá – MT
2013

CATIANE PERON

**A TENDÊNCIA AO VÓRTICE DA DESCONSTRUÇÃO: REFLEXÃO
SOBRE A CONDIÇÃO DO ADOECIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação no Instituto de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Mato Grosso, como requisito para obtenção de título de Mestre em Educação na Área de Área de Cultura, Memória e Teorias em Educação e Linha de Pesquisa: História da Educação e memória.

**Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Dos Santos
Ferreira**

**Cuiabá – MT
2013**

P453t Peron, Catiane.

A TENDÊNCIA AO VÓRTICE DA DESCONSTRUÇÃO:
REFLEXÃO SOBRE A CONDIÇÃO DO ADOECIMENTO /

Catiane Peron. -- 2013

159 f.; 30 cm.

Orientador: Márcia Dos Santos Ferreira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Cuiabá, 2013.

Inclui bibliografia.

1. Enfermeiro Professor. 2. Adoecimento. 3. Vivência. 4. Constituição de Si. 5. Identidade. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pela autora.

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
Avenida Fernando Corrêa da Costa, 2367 - Boa Esperança - Cep: 78060900 - CUIABA/MT
Tel : 3615-8431/3615-8429 - Email : secppge@ufmt.br

FOLHA DE APROVAÇÃO

TÍTULO : "A Tendência ao vórtice da desconstrução: reflexão sobre as condição do adoecimento"

AUTOR : Mestranda Catiane Peron

Dissertação defendida e aprovada em 11/03/2013.

Composição da Banca Examinadora:

Presidente Banca / Orientadora	Doutora	Márcia dos Santos Ferreira
Instituição :	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO	
Examinadora Interna	Doutora	Maria da Anunciação Pinheiro Barros Neta
Instituição :	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO	
Examinadora Externa	Doutora	Priscila Nardes Pause
Instituição :	SES/MT	
Examinadora Suplente	Doutora	Tânia Maria Lima Beraldo
Instituição :	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO	

CUIABÁ, 11/03/2013.

DEDICATÓRIA

Para

Meu Filho Lucas e Meu Marido Pedro Paulo
Com Quem eu Aprendo Todos os Dias

AGRADECIMENTOS

À Professora Márcia dos Santos Ferreira, minha orientadora, que combinando incentivo e rigor, levaram-me à conclusão desses estudos.

Ao Programa de Pós Graduação em Educação e ao Programa Pró Ensino Saúde, responsáveis pela oportunidade do meu Mestrado.

Aos membros do Grupo de Estudos e Pesquisas “F” Formação, Coordenado pelo Professor Dr. Silas Borges Monteiro, que contribuiu com pertinentes discussões sobre este estudo.

Aos membros do Grupo de Estudos e Pesquisas GEM – Grupo de Pesquisa de História da Educação e Memória que me acolheram no momento de transição.

Aos professores que a mim confiaram suas Histórias de Vida.

Aos antigos amigos, aos amigos de trabalho e aos amigos que construí ainda nos corredores do Instituto de Educação da UFMT.

À amiga Márcia Figueiredo, pelo suporte dado no período do estudo.

Aos meus sogros, Celso e Gizelda, pelo despertar da maturidade e...

Aos meus pais, Ancelmo e Anita, a quem devo a minha Vida!

RESUMO

Esta dissertação é o resultado de uma pesquisa que teve como foco a vivência do adoecimento pelo enfermeiro professor da Faculdade de Enfermagem (FAEN) da Universidade Federal do Mato Grosso - UFMT. O objetivo é refletir e compreender a vivência do adoecimento pelo enfermeiro professor, refletindo como a doença desconstrói e reconstrói a realidade e identidade do sujeito; além de compreender como após o acometimento de uma doença, o enfermeiro professor vivência e constitui essa nova notícia sobre si. Esta pesquisa teve algumas questões norteadoras importantes, na tentativa de compreender aspectos mais profundos de vivência, ainda indaga como a ruptura de um afastamento do trabalho e destituição de funções, causada pelo adoecimento, relacionou-se com transformações na identidade pessoal e profissional. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM (Protocolo nº. 151/CEP-HUJM/2011), foram realizadas entrevistas semiestruturadas com três professoras da FAEN - UFMT, nas quais foram obtidas narrativas sobre aspectos fundamentais para o esforço de reflexão sobre o adoecimento, e resultaram na visão da doença como caos a partir de uma discussão da visão filosófica, sociológica e histórica da doença à análise e discussão das narrativas. As categorias resultantes foram divididas tematicamente: a construção e desconstrução do mundo do sujeito, a qual aborda a socialização e construção de identidade profissional; o social e o trabalho; a mudança dos papéis; a doença que aflige; a doença como representação da dor; e o seguimento contínuo da história do sujeito. O estudo teve embasamento teórico e temático, principalmente, nos autores Friedrich Nietzsche e Claude Dubar, que fizeram a composição da discussão filosófica, sociológica e histórica do sujeito frente ao evento do adoecimento. Esta pesquisa resultou na identificação de diferentes perspectivas de adoecimento, bem como, diferentes formas de experimentação deste evento, subsidiando a compreensão da dor orgânica e social pelo adoecimento como fatores intrínsecos à experiência da doença. Neste processo, há uma constante construção e reconstrução de si, no sentido da reconstrução da identidade e si-mesmidade do enfermeiro professor adoecido.

Palavras-chave: Enfermeiro Professor, Adoecimento, Vivência, Constituição de Si, Identidade.

ABSTRACT

This dissertation is the result of a research that focused on the experience of becoming ill by the nurse professor of the Nursing Faculty (FAEN) at the Federal University of Mato Grosso (UFMT). The objective is to reflect and understand the experience of becoming ill by the nurse professor, reflecting how the disease deconstructs and reconstructs the reality and the identity of the subject, in addition to try to understand how after the onset of an illness, the nurse professor experiences and constitutes this new news about himself. This study had some important guiding questions, while trying to understand the deeper aspects of the experiencing, still questioned how the rupture of an absence from work and removal from the job, caused by illnesses, was related to changes in personal and professional identity. After approval by the Committee of Ethics in Research from HUJM (Protocol. 151/CEP-HUJM/2011), semi-structured interviews were conducted with three professors of FAEN - UFMT, in which, narratives about key aspects were obtained for the effort of reflection on illnesses and resulted in the vision of illnesses as a chaos from a discussion of the philosophical, sociological and historical view up to the analysis and discussion of the narratives. The resulting categories were divided thematically: the construction and deconstruction of the world of the subject, which addresses the socialization and the construction of the professional identity, the social and the job; the changing roles; the disease that afflicts; the disease as representation of pain, and continuous monitoring of the subject's history. The study had theoretical and thematic basis mainly on the authors Friedrich Nietzsche and Claude Dubar, which underlined the composition of the philosophical, sociological and historical discussion of the subject facing the event of illness. This research resulted in the identification of different perspectives of illness, as well as different forms of experiencing this event, helping with the understanding of the organic and social pain by the becoming ill, as intrinsic factors to the experience of illness. In this process, there is a constant construction and reconstruction of oneself towards the reconstruction of the identity and self-sameness of the nurse professor sickened.

Keywords: Nurse Professor, Becoming ill, Experience, Constitution of self, Identity.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABHO	Associação Brasileira de História Oral
CABES.	Coordenadoria de Assistência e Benefício ao Servidor
CNE	Conselho Nacional de Educação
CES	Conselho de Educação Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPDOC	Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil
GEM	Grupo de Pesquisa em História da Educação e Memória
HUJM	Hospital Universitário Júlio Muller
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MT	Mato Grosso
OMS	Organização Mundial de Saúde
RH	Recursos Humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso
FAEN	Faculdade de Enfermagem
IE	Instituto da Educação
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal
PPP	Projeto Político Pedagógico

LISTA DE FIGURAS

FIGURA I – SIASS UFMT CABES	32
FIGURA II - Projeto Político Pedagógico FAEN-UFMT	70
FIGURA III – O Homem no Vórtice e o Homem no Mundo	138

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico I - Relação Total de Professores da Faculdade de Enfermagem - UFMT, afastados por licenças médicas - Janeiro a Setembro/2011. 36

Gráfico II - Quantidade de Professores da Faculdade de Enfermagem - UFMT, exercendo função administrativa ou exercendo função docente separados por sexo, de Janeiro a Setembro/2011. 37

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
CAPÍTULO I - O PERCURSO METODOLÓGICO O MOVIMENTO QUE SE CRIA	23
1.1 Das Indagações	24
1.2 Dos Aspectos Éticos	28
1.3 O Local Escolhido para o Estudo	28
1.4 Os Indivíduos	29
1.5 Apresentação e Caracterização do Universo da Pesquisa	31
1.6 Da Análise dos Dados: SIASS – UFMT/CABES	34
1.7 Considerações e Descrições do Percorso Metodológico	39
1.8 A História Vinda por Aquele que Fala	40
1.9 Coleta de Dados	44
1.10 Instrumento de Coleta de Dados	44
1.11 A Análise de Dados	45
1.12 Visões que Perfizeram o Estudo	49
1.13 Um Convite à Reflexão Sobre Vivência e Experiência	51
CAPÍTULO II – O PROFESSOR E A EDUCAÇÃO COMO FORMAS MULTICÊNTRICAS DA REALIDADE	54
2.1 As Diretrizes e Bases da Educação Brasileira	55
2.2 A Educação Superior	58
2.3 A Enfermagem: Definição, Origem e Processo Histórico	59
2.4 A Origem da Enfermagem Brasileira	63
2.5 Primórdios da Educação em Enfermagem	64
2.6 Docência em Saúde e Enfermagem	65
2.7 O Ensino da Enfermagem na UFMT	68
2.7.1 Um Pouco da História	68
2.8 Problemática da Profissão	71
2.9 O Peculiar das Atividades de Enfermagem	76
2.10 Construção da Identidade Profissional	78

2.11 Construção de Identidades em Dubar	80
CAPÍTULO III - A HISTÓRIA, A FISILOGIA E OS MECANISMOS DA DOENÇA FÍSICA: A EXPLICAÇÃO DA DOENÇA ORGÂNICA	83
3.1 A Doença em Nietzsche e Canguilhem	88
3.2 Outros Prismas da Doença	90
3.3 A Doença como Caos – Um Elemento da Vivência	94
CAPÍTULO IV - A CONSTRUÇÃO E DESCONSTRUÇÃO DO MUNDO DO SUJEITO	97
4.1 A Socialização e Construção de Identidade Profissional	97
4.2 O Social e o Trabalho	109
4.3 Corpo – Doente ou Saudável que se Assujeita e se Faz Indivíduo	114
4.4 A Mudança dos Papéis	118
4.5 A Doença que Aflige	122
4.6 A Doença como Representação da Dor?	128
4.7 O Seguimento Contínuo da História do Indivíduo	133
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	139
REFERÊNCIAS	149

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Dos Trechos a Seguir...

Esta dissertação é fruto de uma pesquisa realizada no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), na área de Educação e na Linha de Pesquisa: Cultura, Memória e Teoria da Educação, do grupo de pesquisa: História da Educação e Memória – GEM e teve como foco o enfermeiro professor adoecido no exercício da profissão. Atentei para que o foco seja o adoecer durante o exercício da função e não especificamente pelo exercício ou outros motivos; e friso que o mote desta dissertação será não a doença ou o trabalho, mas o viver o adoecimento enquanto enfermeiro professor.

A minha pesquisa não vai atender a todos os enfermeiros professores, mas àqueles que se interessarem pela quebra de paradigmas e conceitos. Não atenderá aos totalmente experimentativos, simpatizantes ao modelo flexneriano biologicista. Talvez interesse aos que procurem outra forma de pensar, um outro olhar sobre o processo de adoecimento, um olhar que considere não apenas os aspectos fisiopatológicos do adoecer, mas aquele que irrompa os modelos e estamentos médicos, o olhar sobre o dado não apenas estatístico e paradigmático da vivência. Trato esse texto com certo afastamento das formas duras acadêmicas, é um texto que funciona de forma articulada, que não sofre choques, e dá ensejo a inúmeras discussões sobre aspectos individuais e sociais do adoecimento do enfermeiro professor.

Esta pesquisa teve como objetivo **refletir e compreender a vivência do adoecimento pelo enfermeiro professor; refletindo como a doença desconstrói e reconstrói a realidade e identidade do sujeito; além de compreender como após o acometimento de uma doença, o enfermeiro professor vivencia e constituiu essa nova notícia sobre si.**

No contexto da área da saúde, em específico da enfermagem, os professores estão entre aqueles que divulgam concepções atualmente vigentes sobre a ciência do cuidado, sobre como lidar e conviver com o sofrimento humano em suas diversas manifestações. A atividade docente na enfermagem é eminentemente vinculada à prática do cuidado e assistência, e esta, significa o contato constante com o sofrimento e pessoas adoecidas, convalescentes e moribundas. Para Bub *et al* (2006, p.155), a enfermagem se caracteriza como “cuidado especializado e um método de ajuda no qual cuidar é compreendido como uma sequência de ações que, se implementadas, vão superar ou compensar limitações na saúde de pessoas engajadas em ações reguladoras funcionais e de desenvolvimento”.

Logo, a atividade docente em enfermagem consiste em orientar este saber e esta prática, a qual nos leva a pensar também sobre a formação profissional de enfermagem, que remetendo-a ao cuidar, prepara o discente para a vida profissional com diversos arcabouços e epistemes, dentre estes, principalmente, o conhecimento profundo do modelo biomédico de assistência. Este modelo foi amplamente descrito e até criticado por Michel Foucault em “O Nascimento da Clínica” (2006). O modelo biomédico trata prioritariamente da visão na qual a doença é contida apenas no corpo orgânico celular e se restringe ao órgão afetado, logo aponta também apenas para a terapêutica curativa, que visa restaurar a função fisiológica do órgão doente.

O conhecimento profundo das disciplinas básicas das ciências da saúde, em conjunto com a realidade de contato direto com doenças e sofrimento, constrói a visão do enfermeiro sobre adoecimento e suas terapêuticas. Enquanto docente esta construção se solidifica ainda mais no processo de ensino-aprendizagem, constituindo o delineamento de verdades vividas por estes profissionais, regida pelos seus próprios conhecimentos e pelo saber biomédico que compõe as preconizações oficiais e protocolos, nos quais o profissional enfermeiro professor se respalda. Tal realidade aponta para a importância de estudos que tenham foco na relação deste profissional com o adoecimento. Sendo esta uma das motivações intrínsecas para o estudo: a vivência pessoal do adoecimento por aquele que convive com a realidade do adoecimento.

Escolhi por profissão a enfermagem, sabendo que a seguiria por toda a vida, envolvendo-me profundamente com atividades referentes ao exercício profissional.

Neste envolvimento, consegui conhecer, além da teoria, a prática dos “pilares” da enfermagem, e consegui enxergá-la e entendê-la como uma profissão intrinsecamente ligada e convergente à educação; ligação esta, que fomenta as atividades do enfermeiro em quaisquer instâncias do cuidar e gerenciar em saúde.

Não obstante, no íterim de inúmeras atividades diretas e indiretas de cunho educacional, “nasceu” em mim a vontade de ser educadora, professora na ciência e arte da enfermagem e da tão ampla abrangente área da saúde, compungida a investigar profundamente a vivência da saúde e doença com outro olhar.

Este fato direcionou-me aos contextos da didática e episteme da ciência da educação, e também, aos estudos de filosofia e formação do educador, que resultaram na força propulsora e pungente vontade de potência¹ de seguir com o estudo filosófico educacional na área da saúde.

O estudo sobre vivência do adoecimento pelo enfermeiro professor partiu do fato de ser professora de enfermagem, e conhecer os aspectos teóricos e práticos dos conceitos e definições sobre ser e estar adoecido. Pela familiaridade com mecanismos de adoecimento e tratamento, percebi que pouco conhecia e compreendia sobre a vivência do adoecer, fato que despertou minha atenção e me estimulou a extrapolar minhas primeiras convicções sobre a definição de “doença” e sobre a ideologia biomédica. Meu foco passou a ser a vivência do adoecimento por profissionais que cuidam e ensinam o cuidado. Logo, esta relação descrita me vincula ao GEM não apenas pelo método utilizado na pesquisa e que será adiante descrito, mas por acreditar também que neste horizonte vislumbrado da vivência do adoecer, encontra-se o que meus estudos me levam a chamar de “processo de vivência”, e aqui, especialmente, gostaria de denominar história - a história do tempo presente, que a nós será contada, revelada, desvelada no profundo de sua autenticidade.

Diante desta realidade, não tenho pretensões em retomar o velho e desgastado debate de quantos e quais os diagnósticos mais frequentes que ocasionam o afastamento desse enfermeiro professor, e sim cabe a este estudo

¹ Vontade de potência a partir de *Ecce Homo*, infere a ideia de insurgência para superação ao que Nietzsche chama de *decadent*. Para ele, figura-se na força que torna a vontade dos fortes em ação. NIETZSCHE, Friedrich. **Ecce Homo**. Covilhã, Universidade da Beira Interior, 2008.

buscar como o enfermeiro professor vivencia o adoecimento, e após o acometimento de uma doença, como constitui essa nova notícia sobre si? Como ele reage a essa nova situação? Como ele compreende seu processo frente à situação histórica e social que o envolve? Como o enfermeiro professor encara a mudança de situação de profissional do cuidado à de paciente?

Parto ainda de questionamentos norteadores para compreender como a ruptura marcante de um afastamento do trabalho e destituição de funções, causada pelo adoecimento, se observado sob o ponto de vista social, envolve mudanças de perda da identidade profissional para assumir (ou não) uma nova identidade? Seria uma morte social? Ou se observado, sob o ponto de vista das questões fisiológicas e biológicas, envolve a desconstrução e a reconstrução da persona² do ser.

Compreendo que pesquisar sempre tem o cunho de refinamento e ampliação de conhecimentos necessários e úteis para a prática de qualquer profissão, optei em realizar a pesquisa no campo da docência para conhecer e analisar não somente as teorias nem tão pouco os discursos, mas sim interpretar³ o outro, no sentido e no ato de "ouvir" o enfermeiro professor, ou seja, uma tentativa de interpretar a escuta do outro, sem afetá-lo. Valendo-me da escuta como processo de captação do sentido e da realidade do outro, acreditei e utilizei da narrativa como técnica de pesquisa, sendo que a pessoa é convidada a falar sobre sua vivência de forma livre e, a partir do estabelecimento do vínculo pesquisador-entrevistado, em um estudo qualitativo e descritivo da vivência do adoecimento.

Nesta perspectiva de pesquisa, utiliza-se a referência direta, a ausência de explicações e apenas a descrição da vivência.

Narrar alguma coisa consiste na "faculdade de intercambiar experiências" (DUTRA, 2002. p.373), esta afirmação nos remete ao conceito de experiência e vivência dentro da perspectiva metodológica da história oral.

A história oral nos possibilita conhecer as crenças, valores, atitudes e comportamentos em torno do viver o adoecimento, permitindo-nos ter acesso ao

² persona do ser, nos remete ao pensamento de construção a partir da experiência social do homem, uma forma de "moldagem" de ser, pelo que se quer ser e pelo que se vive. JUNG, Carl Gustav. **O Eu e o inconsciente**. 15ª edição, volume VII/2 das Obras Completas. Petrópolis: Vozes, 2001.

³ **Interpretar** é uma ação ambígua, refere-se tanto ao processo quanto ao seu resultado. Pode, portanto, consistir na descoberta do sentido e significado de algo geralmente, fruto da ação humana.

peçoal, ao que é vivido e sentido (PINHEIRO E MARTINS, 2009). A narrativa, neste contexto, é como um dispositivo por meio do método de história oral para assim, obtermos a compreensão das vivências do adoecimento do indivíduo.

Para Trindade e Campos (2005, p.138), “a história oral busca o conhecimento da realidade em um ou mais de seus múltiplos aspectos”, na qual se ouve a história contada com um olhar diferenciado, voltando à essência do que se viveu.

Utilizo também, o conceito de vivência em Friedrich Nietzsche⁴ como fundamento para análise e percepção do adoecimento. Monteiro (2009) em “Antologia de Textos de Nietzsche”, sobre vivências, destaca que o sentido de vivências aparece com diversos tons de conotação, no qual há a ideia de que a quantidade de vivências determina o homem baixo ou elevado, e que estas mesmas vivências impregnam o corpo, não sendo dissolvidas ou esquecidas, atuam no corpo continuamente, de forma a fazer o homem (sábio de si e o do seu próprio corpo) encontrar seu caminho e torna-se o que se é⁵.

A pesquisa buscará nas obras de Friedrich Nietzsche os elementos para entender a palavra Vivência e também a constituição de si, especialmente e principalmente, no adoecimento. E buscará nas obras de Claude Dubar⁶ a compreensão das modificações e rupturas na identidade individual, social e profissional do enfermeiro professor adoecido.

Acredito na ideia pensada a partir da leitura de Deleuze em “Diferença e Repetição” (2006), da qual se pode entender que um cada tem a sua própria doença⁷ e ninguém a vivência de forma igual, ninguém adoece de forma comum, mas sente e experimenta o adoecer de forma única, dentro de seu contexto.

⁴ Filólogo alemão e filósofo niilista do século XIX (GIACÓIA JÚNIOR, 2001).

⁵ A obra autobiográfica revela sua trajetória de sofrimento e sua postura reflexiva diante de sua condição, na qual afirmou ter encontrado em sua si-mesmidade o conhecimento de si mesmo, o entendimento do que precisava ser entendido, a sabedoria de ser e viver uma vida ascendente. NIETZSCHE, Friedrich. **Ecce Homo**. Tradução de Artur Morão. Covilhã, Universidade da Beira Interior, 2008.

⁶ Sociólogo e professor francês.

⁷ Conforme será abordado ao longo desta dissertação, especialmente no capítulo III, a doença adquire diferentes significados conforme a sociedade e sua época (PORTER, 2001).

Buscando estas características, o sentido único de ser e viver o adoecimento pelo viés da sociologia, história e filosofia moderna, bem como pela historicidade autêntica, explicitado em “O Ser” (1988), em que apresenta a leitura que Heidegger fez de Nietzsche, tentarei compreender o mundo construído, desconstruído e reconstruído do enfermeiro professor que vive o adoecimento.

Neste sentido, estudos que versam sobre a vivência do adoecimento do professor de enfermagem, bem como os significados e sentido de estar adoecido, são pertinentes para fundamentar e construir o pensamento acerca do adoecimento no que tange aos seus aspectos individual, social e físico. O eixo epistemológico desta pesquisa está vinculado tanto à saúde quanto à educação.

A ideia é produzir e organizar outros conhecimentos sobre educação e saúde em diferentes contextos do enfermeiro professor e a compreensão do processo de vivências. A minha pesquisa será fundamentada entre as noções de leituras de base dos seguintes convidados: Nietzsche, suas obras e seus pensamentos sobre vivência, a "A Socialização: Construção das Identidades Sociais e Profissionais" e "Crise de Identidade", de Claude Dubar, a "Microanálise e Construção Social" de Jacques Revel, Canguilhem em "O Normal e O Patológico", dentre outros, nos quais buscarei realizar um movimento entre os autores e a participação deles.

Entendo que esta pesquisa apresenta a tentativa de superar e fornecer algumas explicações que deem conta de iluminar um pouco e dar significado a essa realidade, trazendo como resultados um conjunto de produções que permitirão a reflexão sobre o ponto de vista histórico, social, individual e filosófico.

Preocupe-me em evidenciar esta temática, visto que se trata de questões e elementos relevantes a fim de atingir o ponto de engenharia mental⁸ para sair do senso comum. Espero desvelar a vivência do adoecimento e seu significado na vida de enfermeiros professores, pela ótica singular e própria contida na narrativa de sua vivência, em seu texto e contexto de ser, estar e sentir.

⁸ processo de construção de um conhecimento, no qual alçamos de conceitos, definições e teorias, que auxiliam na compreensão e ressignificação de um fato, realidade; é um termo que conjuguei por pensá-lo pertinente à minha pesquisa, por indicar algo de construção e mudança, que fazem parte, em essência, deste estudo, e foram inspirados em Nietzsche (2006), que por sua vez, chama esta mudança implícita ao termo de transvaloração do valor.

Assim, tentei a partir da captação e apreensão destes significados, construir outras visões e interpretações da realidade. Buscando os elementos para entender a vivência no adoecimento, os conceitos e pensamentos sobre construção, desconstrução e reconstrução da identidade social e individual, defendendo a ideia da singularidade e historicidade autêntica do ser no mundo; construindo uma visão a partir da premissa já comentada que cada um tem a sua própria doença e ninguém a vivência de forma igual, ninguém adoece de forma comum, mas sente e experimenta o adoecer de forma única, dentro de seu contexto. Espero com isso, encontrar as características, o sentido único de ser e viver o adoecimento, tentando compreender o mundo⁹ construído, desconstruído e reconstruído do enfermeiro professor que vive o adoecimento.

Em minha dissertação esses "depoimentos" são vistos como reflexões de formas diferentes de vida, sem o compromisso de respostas. A ideia da pesquisa não é de "causa" e sim de "reflexão", evidenciando a outra situação.

Farei uso e integração das definições e pensamentos de autores da sociologia, história e da filosofia pela contribuição de suas áreas em meu estudo, no qual a sociologia contribuiu com a visão do homem e suas relações sociais, nos ensinando o olhar à experiência individual e social em suas diversas formas, níveis e contextos; também a história deu-me elementos para compreender o processo de vivência e transformação do homem e dos eventos de sua vida, favorecendo a compreensão sobre o indivíduo no contexto temporal, único e plural desses eventos; a filosofia possibilita o outro olhar sobre o indivíduo de forma a refletir e tentar compreender o processo de construção do indivíduo, a individuação humana e da constituição de si, compungindo ao exercício da reflexão além do pensar sobre como tornar-se o que se é, dando com isto, uma força vetorial para alcance de minha tentativa em refletir e compreender vivência¹⁰.

⁹ Para definir mundo, alçamos da visão singular da fenomenologia de Merleau Ponty, que nos descreve o mundo como uma construção mediante o que vivemos e experimentamos e a partir disso, conseguimos delinear e novamente construir o que veremos, nossa visão. MERLEAU-PONTY, Maurice, 1908-1961. **Fenomenologia da percepção**/ Maurice Merleau-Ponty; 2.ed. - São Paulo: Martins Fontes, 1999.

¹⁰ Tentei trazer a definição de vivência ao longo da reflexão, e especialmente no Capítulo I, em "Um Convite a Reflexão sobre Vivência e Experiência".

Diante do estudo e suas características peculiares, estruturei a dissertação de forma a favorecer a engenharia mental sobre a vivência do adoecimento, sendo construída em quatro capítulos subdivididos em partes que compõem a minha reflexão sobre adoecimento.

O primeiro capítulo apresenta o percurso metodológico, ou seja, os procedimentos realizados, dentre os quais se destaca a abordagem teórico-metodológica de História Oral, fundamentada nas obras de Alice Beatriz S. G. Lang, Marieta M. Ferreira e Janaína Amado, entre outros autores confiados e recomendados pelas publicações do Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC), da Fundação Getúlio Vargas (FVG), no qual consultei grande parte da bibliografia metodológica utilizada. Ainda neste capítulo, descrevo sequencialmente como utilizei o método para abordagem e coleta dos dados; e posteriormente, análise de dados com a perspectiva da microanálise de Jacques Revel. Apresento ainda neste capítulo, uma análise breve e sucinta da situação do adoecimento e afastamento de enfermeiros professores da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso - FAEN/UFMT.

O segundo capítulo trata dos operadores conceituais da profissão enfermeiro e professor. Inicialmente, abordei sobre o professor e a educação e sua nova significação na realidade multicêntrica brasileira. Em seguida, sobre a educação superior e seus aspectos primordiais, e sobre a profissão enfermagem, resgatando a sua origem e história, os leques de competências, e aborda também, os paradigmas e horizontes da docência no ensino superior em enfermagem.

Ainda neste capítulo, subsequentemente, apresentam-se os resultados do levantamento e pesquisa bibliográfica, bem como, da reflexão sistemática sobre a doença e adoecimento, e sobre as possibilidades de compreensão e significação da definição de vivências em Nietzsche e construção da identidade para Dubar.

No terceiro capítulo, trato das definições de doença e seus mecanismos nos mais diversos gêneros de discursos epistêmicos, por entender que para compreender o adoecimento do professor e como ele vivencia este evento faz-se necessário esta discussão. Em seguida, são apresentados os resultados do levantamento da parte da pesquisa bibliográfica e algumas reflexões sobre as definições e explicações da doença e adoecimento, que aqui, enfatizo a “doença

como caos". Esta visão foi elaborada a partir de uma discussão das perspectivas filosófica, sociológica e histórica da doença.

No quarto, e último, capítulo são apresentadas as expressões finais deste estudo que tem finalidade de formação acadêmica no mestrado em Educação. Finalizo destacando os resultados finais da análise reflexiva da vivência do adoecer, o qual frisa as mudanças na identidade e a nova constituição de si, a partir do que denomino construção e desconstrução através da vivência do adoecer, com olhar para o horizonte descrito pelos indivíduos. Dentre esses aspectos destaca-se a construção da identidade profissional dos enfermeiros professores; sendo, a seguir, apresentadas algumas considerações sobre o que foi desvelado através da pesquisa¹¹, a construção e desconstrução do mundo do sujeito, a partir do contexto macro à vivência singular, na procura de entender o processo social, histórico e singular de quem vive e viveu o adoecimento.

Acredito que atingi o ponto de transvaloração do conhecimento comum, na busca de outras formas de pensar sobre o adoecimento e sobre o indivíduo que vivência o evento da doença, em quaisquer que sejam suas formas de expressão.

¹¹ Pela entrevista, apresentarei o depoimento e tentarei captar o sentido no contexto da socialização e vivência do adoecimento.

CAPÍTULO I

1. O PERCURSO METODOLÓGICO: MOVIMENTO QUE SE CRIA

[...] Adequada ao conhecimento do tempo presente; permite conhecer a realidade passada e presente, pela experiência e pela voz daqueles que a viveram (LANG,1998).

Para compreender meu intento neste capítulo, começo com meus objetivos, para que se possa, com facilidade, seguir a trilha reflexiva que me propus criar.

Esta pesquisa teve como objetivo **refletir e compreender a vivência do adoecimento pelo enfermeiro professor; refletindo como a doença desconstrói e reconstrói a realidade e identidade do sujeito; além de compreender como após o acometimento de uma doença, o enfermeiro professor vivencia e constituiu essa nova notícia sobre si.**

Busquei, no ensejo deste objetivo norteador, caracterizar os sujeitos do estudo em relação ao sexo, idade, tempo e local de formação, função e situação atual, bem como, compreender e analisar na perspectiva da microanálise, o processo individual, social e histórico dos professores adoecidos e as relações que os envolvem frente às mudanças de estado físico e psíquico; tentando compreender as mudanças na identidade dos professores que adoecem.

Este estudo objetivou também, uma reflexão sobre as situações da vida cotidiana das pessoas, a qual possibilita enxergar as diversidades de nexos causais e a multiplicidade de fatores envolvidos em uma situação de adoecimento, em que se compreende o adoecimento como algo tanto físico, mental e também social; uma coisa que emerge, insurge e está dentro das relações entre as pessoas. O diferencial deste trabalho é: enfatizar a situação de adoecimento com caráter tanto subjetivo, quanto físico, psíquico, espiritual e social; como o adoecido entende e enxerga, em todas as dimensões supracitadas, o processo em que está vivendo.

Para melhor compreender o universo estudado e as intenções que se perfizeram e resultaram no produto deste trabalho, tenho que dizer que comecei com um momento reflexivo, o qual resultou em indagações e angústias que ansiosamente procurei responder.

1.1 Das Indagações

Trindade e Campos (2005) afirmam que toda pesquisa se inicia após uma indagação, a busca de uma resposta em uma situação problema que se deseja conhecer e entender.

Saviane (1996) fala do questionamento e do problema na pesquisa, de sua consistência e seu fundamento, da resposta e objetivo, do paradigma da pesquisa que consegue produzir “maturidade” e substância epistemologicamente. O problema é identificado na necessidade da resposta e analogia com uma realidade já existente.

Diante disto, trazendo as questões norteadoras respondidas no estudo, questiono como objetivo secundário como o enfermeiro professor, após o acometimento de uma doença, constitui essa nova notícia sobre si? Como reage a essa nova situação?

A ruptura marcante de um afastamento do trabalho e destituição de funções, causada pelo adoecimento, se observada sob o ponto de vista social, envolve uma perda da identidade profissional para assumir (ou não) uma nova identidade? Seria uma morte social? Ou se observada sob o ponto de vista das questões fisiológicas e biológicas, envolve a desconstrução e a reconstrução da persona do ser? Como os professores vivenciam o adoecimento? Como eles compreendem seu processo frente à situação histórica e social que os envolve?

Desta forma, com base em pesquisas, notei a seguinte conjectura: a origem do sofrimento pode estar relacionada diretamente ao trabalho? Está relacionada diretamente ao fator biológico e fisiológico? Está relacionada diretamente a sua vida privada? Ou diretamente à vida pública e privada?

Busquei também a resposta a um paradoxo, no mínimo interessante, que foi desvelado no decorrer do estudo: o paradoxo da profissão enfermagem, que pode

ser expresso como: o cuidador que fica doente; o cuidador que precisa de cuidados, e, logo, como se percebe nesta posição? Como lida com a situação?

Dependendo de qual for o fator ou o motivo do adoecimento, pode-se explicitar a seguinte possibilidade: a pessoa que identifica a origem de seus problemas de saúde no trabalho pode ver o afastamento do trabalho como uma solução, como uma forma de “se livrar de um problema”, ela poderá, por outro lado, ver o afastamento do trabalho como um problema, pois neste caso faria a pessoa ficar de frente com a sua questão pessoal (que ela encara como um problema). Partindo dessas hipóteses, convidei os autores Dubar e Nietzsche a uma reflexão dialética, disposta em um universo complexo do vórtice de eventos e fenômenos que constituem e constroem o ser; a qual se calçou nas fundamentações teóricas e paradoxais da pesquisa.

Para estimular uma reflexão sobre o “eu” e uma interlocução direta com as dimensões de vivência e experiência de quem fará esta leitura, procuro fundamentar este estudo com elementos que fazem a composição complexa de vivências e experiências do adoecimento.

Neste capítulo, apresento as informações sobre todas as etapas da pesquisa, começando pelo levantamento do referencial teórico da mesma, a coleta de alguns dados sobre os enfermeiros professores, que julguei serem pertinentes para a seleção dos professores participantes da pesquisa; as narrativas dos professores e o método adotado para a análise dos textos transcritos dessas narrativas, designado de microanálise pelo autor Jacques Revel.

Busquei por este trabalho adentrar no íntimo da experiência do indivíduo, para descobrir como os enfermeiros professores vivenciam o adoecimento, e como constituem o estar/ser adoecido na construção/reconstrução do seu mundo. Para isto, inicialmente, foi realizado um levantamento bibliográfico com vistas ao estabelecimento de um arcabouço teórico que pudesse fomentar o pensamento reflexivo sobre o objetivo da pesquisa, também neste levantamento foram delimitados os critérios e métodos para esta realização conforme objetivos e resultados que esperávamos alcançar.

Para a construção do referencial foi utilizado um grande contingente de pensadores em filosofia, também autores da área da sociologia, e um número

significativo de obras que elencam, descrevem e exploram os significados e as mais diversas representações da doença em sua origem e seus desdobramentos no processo de evolução histórica da medicina e da sociedade, me amparei em alguns autores como Roy Porter (2001) e Canguilhem (2009), entre outros, que me estimularam a discussão do adoecimento para além de conceitos biomédicos. A proposta não é desfazer os conceitos biomédicos, na verdade, utilizar-se-á deles para compor o movimento do construto teórico, com intenção de analisar o que foi pensado e estabelecido sobre a saúde e, principalmente, sobre a doença, explorando suas definições e origem em suas diversas representações nos segmentos de saber científico.

Um conceito importante para a fundamentação deste trabalho foi o de Vivências, de Friedrich Wilhelm Nietzsche¹². Para o estudo das vivências na concepção de Nietzsche, é importante pontuar que foi realizado um levantamento de boa parte das referências a este termo presentes no conjunto da sua obra.

A seguir, para uma melhor caracterização do universo da pesquisa, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre as seguintes temáticas que se fizeram relevantes para melhor compreensão do contexto estudado: educação superior, especialmente em saúde; modelos e modificações do ensino e da universidade no Brasil.

Para enriquecer o trabalho, fez-se necessário compreender a formação identitária¹³ e formação da identidade profissional do professor pela obra de Dubar (2005) “A socialização: construção das identidades sociais e profissionais” e “Crises das Identidades: a interpretação de uma mutação” (2009).

Buscou-se também, uma definição, origem e características da profissão enfermagem e as características da profissão na realidade brasileira, além do referencial metodológico sobre história oral e microanálise que ajudam a compor a reflexão e análise.

¹² Friedrich Nietzsche foi professor de filologia na Catedrática Universidade da Basileia e autor de inúmeras obras sobre vivência, moral e filosofia, obras que deram nova configuração aos pensamentos filosóficos do século XIX. J. GIACÓIA, Oswaldo. **Para a genealogia da moral/ Nietzsche**. – São Paulo: Scipione, 2001.

¹³ A formação da identidade também explorada pelo estudo será calçada no pensamento de Claude Dubar, com vistas à compreensão da formação identitária do professor.

Para completar o panorama no qual é desenvolvida a pesquisa, não pude deixar de fazer uma análise institucional do local onde me foi oportunizada a realização da pesquisa, para melhor caracterização dos próprios indivíduos que dela fazem parte e figuram como narradores de suas histórias. Para tanto, inicialmente, utilizei de dados quantitativos para uma análise qualitativa através da Coordenadoria de Assistência e Benefício ao Servidor (CABES) do contingente total de enfermeiros professores, específicos do curso da Faculdade de Enfermagem – FAEN/UFMT campus Cuiabá, com uma caracterização de dados por sexo, idade, curso e função (administrativa e professor) e dos que se encontram em função ativa e em afastamento para tratamento médico.

As informações institucionais foram quantificadas e transformadas em dados percentuais para fins de comparação e análise. Esses dados, assim como as análises dos mesmos, são apresentados ainda neste capítulo.

Após a análise dos dados quantitativos levantados, seguiu-se à fase de construção dos instrumentos para o procedimento da entrevista. Primeiramente, foi construído um instrumento de orientação, um roteiro através de uma entrevista semiestruturada (delineada por um eixo norteador, todavia, sem total rigidez quanto à ordem das perguntas), constituída de perguntas abertas para orientação com vistas ao conhecimento de como os professores vivenciam o adoecimento na reflexão dos processos de construção e reconstrução e compreensão de como os professores constituem a notícia do adoecimento. Buscou-se também, aprofundar sobre o paradoxo da profissão enfermagem neste ensejo: do cuidador que cuida de doentes e que adoece, do cuidador que precisa de cuidados, que são situações paradoxais importantes para construção da identidade individual, social e profissional; entendendo que a pessoa insere essa relação dialética nos prismas de sua vida, me dispus também a descobrir como estes profissionais fazem ou não, esta aceitação.

Através desta pesquisa, busco refletir e compreender como a vivência do adoecimento pelo enfermeiro professor, refletindo como a doença desconstrói e reconstrói a realidade e identidade do sujeito, buscando também, compreender como os enfermeiros professores após o acometimento de uma doença, vivenciam e constituem essa nova notícia sobre si.

Para realizar esta reflexão tracei um caminho metodológico específico, que segue agora em sua fundamentação para melhor visualização do que se tratou este estudo, nos aspectos éticos, respeitados o local, sujeito e outras peculiaridades.

1.2 Dos Aspectos Éticos

O Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller - CEP – HUJM, e a pesquisa teve início somente após o recebimento do parecer de aprovação final sob nº. 151/CEP-HUJM/2011. A realização desta pesquisa respeitou as normas legais que respaldam a pesquisa envolvendo seres humanos, conforme preconiza o Ministério da Saúde/Resolução 196, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, que disciplina esse tipo de pesquisa. Solicitei aos sujeitos da pesquisa a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após conhecimento da pesquisa e de ser assegurado o sigilo e o anonimato aos mesmos e das informações obtidas, não acarretando nenhum risco de exposição ou constrangimento, foram respeitados rigorosamente os aspectos éticos.

Para a promoção dos aspectos éticos na pesquisa com seres humanos, além de reavaliar constantemente meus conceitos, valores e crenças perante o estudo, fatos estes que podem interferir no processo de produção de conhecimento, assegurei-me de que dispensava à instituição e aos sujeitos pesquisados, o respeito ético e a confidencialidade dos dados através de instrumento de coleta de dados; ofício para a instituição e termo de consentimento livre e esclarecido.

1.3 O Local Escolhido para o Estudo

A pesquisa foi desenvolvida na Universidade Federal de Mato Grosso, campus Cuiabá, no período de agosto 2011 a fevereiro de 2012. O espaço selecionado para a pesquisa foi a FAEN – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

A minha formação em enfermagem despertou o desejo de pesquisar a vivência do adoecimento pelos enfermeiros, que além de dedicarem-se ao cuidado e

à assistência, são também professores, por este motivo, optei pela FAEN – UFMT como campo de pesquisa.

O estudo foi realizado com professores do Curso de Graduação em Enfermagem, com formação em Enfermagem, e utilizado como critério a aceitação dos profissionais em participar da pesquisa no período da coleta.

O local e período de entrevista foram escolhidos conforme vontade e necessidade dos entrevistados, visando garantir-lhes liberdade e nenhum constrangimento. Durante a entrevista, sabidamente gravada (fato informado pelo termo de consentimento e reiterada oralmente pela pesquisadora), foram explicados os objetivos da pesquisa aos sujeitos envolvidos, sendo que, caso decidissem rescindir a participação na mesma, poderia tê-lo feito no momento que desejassem.

1.4 Os Indivíduos

Neste trabalho, busquei as vivências dos enfermeiros professores nos textos transcritos das suas narrativas. Busquei a descrição das vivências relatadas em sua essência de ser, estar e viver os eventos e fatos de sua vida.

Não posso deixar de citar, que esta escolha teve também um motivo singular de vivência. Como faço parte do universo estudado, uma vez que sou graduada em enfermagem e professora do ensino superior, vislumbrei as possibilidades do estudo com professores de enfermagem do Departamento de Enfermagem.

Logo, os sujeitos deste estudo fazem parte de um grupo de educadores na área da saúde e foram escolhidos para desenvolvimento desta pesquisa, enfermeiros/as professores do Curso de Graduação em Enfermagem UFMT, campus Cuiabá/Mato Grosso, por demonstrarem disposição em colaborar e participar da pesquisa.

A escolha dos sujeitos de estudo ocorreu por uma análise simples do histórico dos enfermeiros professores na FAEN junto aos órgãos internos e subseções de organização de servidores, considerando a existência de histórico de adoecimento. Este procedimento permitiu uma sinergia que chamo de o “encaixe” para construção de uma “engrenagem”, pelo menos, imaginativamente significativa e reflexiva para avançar na investigação da vivência do adoecimento.

Conforme o pensamento filosófico de Nietzsche e sociológico de Dubar, os sujeitos - únicos e com características próprias - fazem com que a abordagem individual e social de cada um traga elementos de diversidade e de variedades que serão consideradas no processo reflexivo sobre a vivência do adoecimento e sua construção identitária. Por isso, a importância da história oral¹⁴, pois cada palavra se faz elemento componente da identidade, e traz dela características próprias, que são compartilhadas também e muitas vezes, por experiências de fora, coletivas¹⁵, fato que proporciona subsídio para interpretar os fatos e os elementos da memória que a constrói; ao consultar a trajetória que compõe esta identidade, acreditando que conseguiria através desta, elementos suficientes para entender a situação vivida e que foi explorada. E por também acreditar na riqueza do estudo singular, a partir da vivência dos professores que vivem ou vivenciaram o adoecimento, estabeleci apenas três sujeitos de estudo, ou seja, três enfermeiros professores que tenham histórico atual ou pregresso de estado de adoecimento.

Creio ser relevante frisar que houve uma mudança durante o percurso de execução do estudo. Ao observar os achados e as perspectivas criadas pela pesquisa, a partir dos referenciais teóricos empregados, o número de sujeitos participantes foi modificado, com vistas à necessidade elementar de compreender a vivência do adoecimento por maior número de experiências singulares.

Empreendeu-se, portanto, a mudança de uma proposta inicialmente pensada em apenas um sujeito, para três sujeitos, conforme critérios de inclusão da pesquisa.

Busquei tecer uma reflexão sobre este processo individual, social e histórico de adoecimento que consegue envolver os indivíduos do estudo em um sentido único, porém, variável.

Ainda cabe-me fazer a apresentação, certamente um pouco mais minuciosa que caracteriza o universo da pesquisa realizada, descrevendo a instituição de ensino, a faculdade e seu funcionamento, o sistema de afastamento de servidores, ainda que de forma sucinta, para facilitar a compreensão de minha coleta de dados.

¹⁴ Método utilizado e que será descrito neste capítulo.

¹⁵ François Dubet (1994,) trabalha a sociologia da experiência, em seu livro "a sociologia da experiência", em que defende a ideia de que o social entra na construção do individual, uma vez que o indivíduo ajuíza sua experiência em relação a outros, ou seja: a experiência é individual, mas reconhecida, partilhada e confirmada por outros.

1.5 Apresentação e Caracterização do Universo da Pesquisa¹⁶

A pesquisa foi realizada na Universidade Federal de Mato Grosso, campus Cuiabá. Instituição pública de ensino superior, fundada em 1970, com personalidade jurídica de Fundação; e desde então, promove o ensino de graduação, pós-graduação *Lato e Strictu Sensu*, pesquisa e extensão, em diversas áreas do conhecimento, oferecendo também, o ensino a distância.

A Faculdade de Enfermagem (FAEN), na qual estão inseridos nossos sujeitos de estudo, é parte do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). O instituto, no qual se desenvolveu a pesquisa, é o Instituto de Educação (IE), pelo seu Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu*.

Para entender melhor o cenário pesquisado, foi mapeado o local institucional ao qual sujeitos pertencem, junto a CABES - Coordenadoria de Assistência e Benefício ao Servidor e RH - Recursos Humanos da UFMT, por acreditar que as configurações institucionais poderiam ajudar na caracterização destes indivíduos, para este fim, foi feita a busca com o intuito de localizar em seus pares, o grupo profissional e a categoria profissional dos sujeitos. Após esta busca, descrita a seguir, foram escolhidos os professores para entrevista.

Com o intuito de caracterizar o universo singular da pesquisa e os sujeitos de estudo, fiz o levantamento do total geral da instituição, no qual os participantes da pesquisa estão inseridos.

Para tanto, levantei junto a CABES da UFMT, o número total de professores específicos da Faculdade de Enfermagem – FAEN/UFMT campus Cuiabá, por sexo, idade e função (administrativa e professores); e também o número total desses professores que se encontram em função ativa ou em afastamento para tratamento médico.

A análise destes dados resultou em gráficos com informações expressivas sobre o corpo de professores da FAEN/UFMT; estes dados foram concedidos pela Unidade do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal,

¹⁶ As descrições de características institucionais foram feitas através das informações divulgadas pelo site oficial da Universidade Federal de Mato Grosso, campus Cuiabá.

o SIASS – UFMT que funciona provisoriamente nas dependências da Coordenação de Assistência e Benefício ao Servidor – CABES.

O SIASS não é subordinado a CABES, é do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, e tem uma unidade em funcionamento na UFMT/CABES e outra, no Ministério da Fazenda, ambas implantadas em dezembro de 2010.

Este subsistema atua na perícia em saúde, vigilância aos ambientes de trabalho e promoção à saúde dos servidores públicos federais dos 18 órgãos vinculados a esta Unidade do SIASS, e configura-se também, como ferramenta de comunicação para integrar e divulgar informações gerais concernentes às ações e legislações, entre outros assuntos que possam influir no fortalecimento da construção coletiva da Política de Atenção à Saúde do Servidor. Diferente da CABES, que atua na assistência à saúde, o SIASS desenvolve a Assistência à Saúde Suplementar.

A figura abaixo descreve de forma sucinta e categórica as atividades do SIASS, que são referencialmente importantes para os servidores e, pela natureza deste estudo, também à nossa pesquisa.

O SIASS UFMT comunica que a partir de *JANEIRO/2011* não será mais necessário montar processo para as seguintes espécies de licença:

ESPÉCIES DE LICENÇAS MÉDICA	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS AO AGENDAMENTO DA PERÍCIA	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS NO MOMENTO DA AVALIAÇÃO MÉDICA PERICIAL
PARA TRATAMENTO DE SAÚDE	Atestado médico com CID, período da licença, assinatura e carimbo do médico legíveis assistente, nome do servidor doente;	Documentos que comprovem a doença como exames e receitas médicas.
PARA ACOMPANHAR FAMILIAR DOENTE	Atestado médico de acompanhamento com CID, período de licença, assinatura e carimbo do médico assistente, nome do familiar doente e do servidor acompanhante;	Documentos que comprovem a doença como exames e receitas médicas do familiar.
POR ACIDENTE EM SERVIÇO OU DOENÇA PROFISSIONAL	*CAT/SP ou atestado médico	CAT e atestado médico.
LICENÇA GESTANTE/PRORROGAÇÃO	Atestado médico com CID, solicitação de Prorrogação de licença maternidade e certidão de nascimento.	
O prazo máximo para entrega do atestado médico ao SIASS-UFMT (anexo CABES) é de 48 horas.		
O atestado médico deverá ser entregue às Secretarias das Pró-Reitorias dos campi CUS, CUA E CUR, ao SSO do HUJM ou diretamente ao SIASS - UFMT em envelopes lacrados e identificados contendo o nome completo do servidor, CPF, telefone, setor de lotação, período da licença e a ciência da chefia imediata.		
É vedado a Chefia Imediata abrir o envelope lacrado pelo servidor quando da apresentação do mesmo para ciência.		
Nos casos de Acidente do Trabalho, se o médico que assistiu o servidor não preencher a CAT, o servidor deverá comparecer a CABES com o Atestado Médico para que o Técnico de Segurança no Trabalho a preencha. Em casos de **Acidente de Trajeto, são necessários o Boletim de Ocorrência e o Atestado Médico.		
*Comunicação de Acidente de Trabalho do Servidor		
**Acidente ocorrido no percurso de casa para o serviço, do serviço para casa ou qualquer trajeto que o servidor faça solicitado pela Instituição.		

Figura I - Fonte: SIASS-UFMT/CABES.

O SIASS foi implantado em dezembro de 2010, antes disso, os atestados chegavam à administração por meio de um processo. Com o SIASS, há o prontuário eletrônico dos servidores e através do SIAPE - SAÚDE, os Peritos ou Gestores do SIASS sabem do histórico das licenças anteriores de cada servidor e ao passar pela perícia, o servidor recebe uma via do laudo, outra, é encaminhada ao seu setor de trabalho e outra via é enviada para a Secretaria de Gestão de Pessoas, que efetuará o registro na ficha funcional do servidor. Os processos são montados ainda em alguns casos de junta médica. Casos simples entram direto no sistema como forma de desafogar o protocolo geral e desburocratizar os procedimentos.

Quanto à exigência de entrega da documentação, a mesma dá-se através de envelope lacrado para a chefia imediata, esta é uma norma que visa resguardar a privacidade do servidor ou de seu familiar. O chefe dá ciência apenas no período da licença para o caso de providenciar substituto. Este é um direito assegurado ao servidor.

Antes do estabelecimento destes procedimentos, a maioria dos documentos chegava à administração via processo, passando pela mão de vários servidores e em muitos setores. Conforme afirmei acima, os novos procedimentos visam garantir a privacidade, uma vez que é muito distinta a situação enfrentada por um servidor que entra com atestado por resfriado ou por outro que é alcoólatra, e para não se expor, muitas vezes, colocava-se na documentação um código que não correspondia ao seu problema, subnotificando os casos. Além disso, há os casos de câncer e depressão, que vêm sendo causa de um número crescente de licenças médicas e que, muitas vezes, seus portadores não se sentem à vontade para se exporem.

A figura demonstra bem as particularidades da situação de adoecimento. Quanto ao quadro de regras para o afastamento, conforme levantamento foram necessárias para padronizar os procedimentos e orientar os servidores e suas chefias imediatas, visto que cada Unidade SIASS atende a um número diferente de Órgãos e servidores (no caso da Unidade SIASS-UFMT são 18 órgãos com cerca de 7.000 servidores).

O sistema organizou e possibilitou controle dos atestados, evitando problemas por extravios e perdas e garantindo a descrição e o sigilo ético, além do controle eficiente dos afastamentos.

Com o que foi supradescrito, segue análise qualitativa de professores afastados, afastamentos na enfermagem quanto ao cargo de professor e administrativo para que se compreenda bioestatisticamente a ocorrência de adoecimentos e afastamentos para tratamento médico que são fomentados pelo SIASS e CABES da UFMT.

1.6 Da Análise dos Dados: SIASS-UFMT/CABES

Como já considerado anteriormente, os dados quantitativos para uma análise qualitativa dos casos de adoecimento foram conseguidos no Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal e na Coordenadoria de Assistência e Benefício ao Servidor; e com esta análise apresentada, busquei facilitar a compreensão sobre o universo dos sujeitos da pesquisa, tendo ciência dos processos de afastamento dos servidores da universidade.

Para isto, foi realizada *a priori* uma análise de informações documentais e, posteriormente, uma análise qualitativa dos dados quantitativos, dos quais determinei as variáveis que geraram os gráficos. Esta análise se deu no sentido de identificar algumas características do grupo ao qual pertence os seus sujeitos. Estas características apontam as tendências dos afastamentos por licença médica dos enfermeiros professores da FAEN.

Para fins comparativos, seria de grande valia uma comparação com afastamentos de anos anteriores, todavia, a informatização do departamento é recente, bem como a própria implantação do SIASS, sendo os dados de janeiro a setembro de 2011 os únicos que foram disponibilizados para consulta.

A análise documental de dados é referida por Deslandes, Gomes e Minayo (2007), como forma de buscar a lógica peculiar e interna de um grupo e a descoberta do código social pelos fenômenos observados.

O caráter qualitativo é empregado quando se coleta e analisa dados subjetivos, que admitem a compreensão de fenômeno específico como um todo (POLIT & HUNGLER, 2004).

Após a consulta documental, obtivemos o resultado do total de professores efetivos da FAEN que é de 45, contando com professores substitutos, o total vai para 52, nesse número há apenas 06 professores homens e dentre esses nenhum com história de afastamento por adoecimento.

Adquirido o total geral, parti para a organização dos dados referentes aos professores afastados por licença médica.

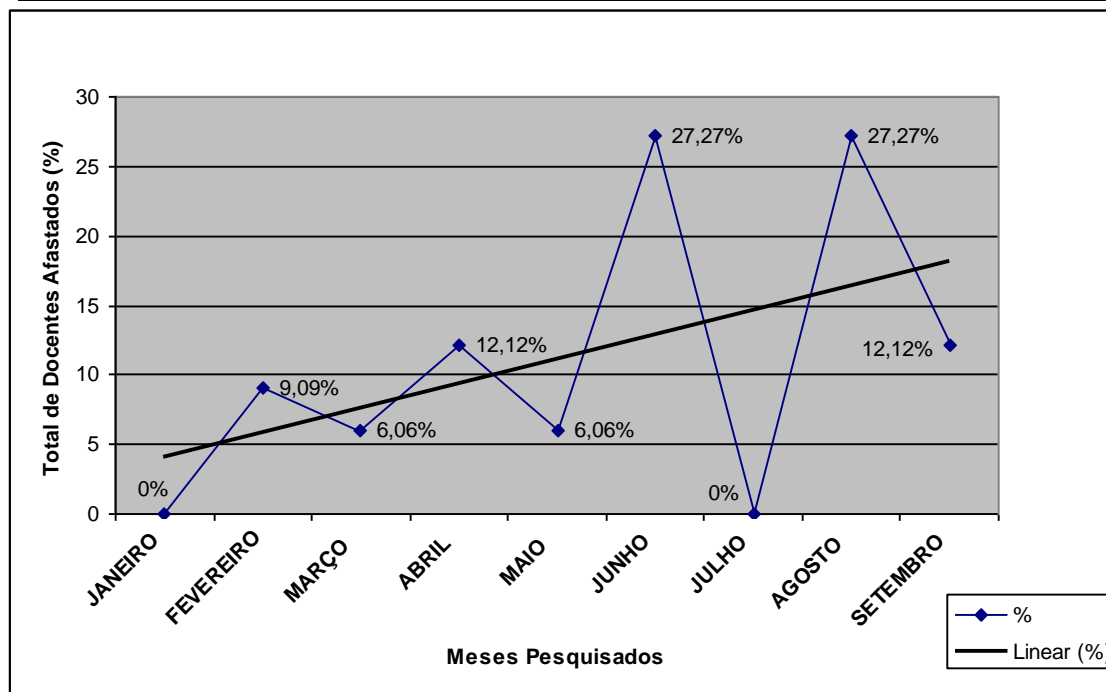
Foram organizados os seguintes gráficos, para posterior análise:

- **Gráfico I** - Relação total de professores da Faculdade de Enfermagem – UFMT, afastados por licenças médicas, nos meses de janeiro a setembro/2011.

- **Gráfico II** - Quantidade de professores da Faculdade de Enfermagem – UFMT, exercendo função administrativa ou exercendo função docente, separados por sexo, nos meses de Janeiro a Setembro/ 2011.

Gráfico I - Relação Total de Professores da Faculdade de Enfermagem - UFMT, afastados por licenças médicas - Janeiro a Setembro/2011.

JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
0	3	2	4	2	9	0	9	4
TOTAL								33



FONTE: Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS – CABES), Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT, Cuiabá, 2012.

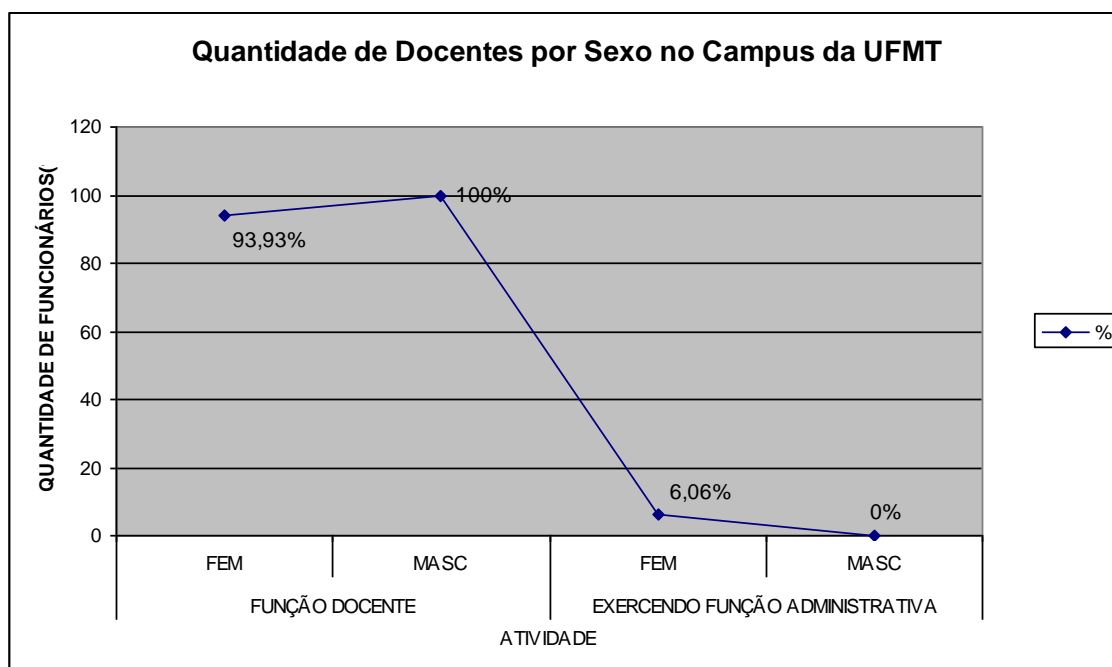
Da relação total de professores da Faculdade de Enfermagem (FAEN- UFMT) afastados por licenças médicas e para tratamento médico, observei a tendência crescente nos meses de fevereiro, abril, especialmente em junho e agosto, havendo também afastamentos em setembro.

Através deste dado, pode-se associar o maior índice de afastamento no período próximo da finalização do seriado anual, ou começo de semestre letivo; este dado, quando analisado, especificamente no que tange à FAEN – UFMT, direciona aos períodos de maior atividade docente, especialmente para finalização de período letivo e para o subsequente planejamento do próximo. Esta fase de transição, por vezes tumultuada por um ano carregado de atividades, pode estar relacionada a este maior número de afastamento por enfermeiros professores, ou pode estar atrelado ao fato do comprometimento em fazer e cumprir os processos legais por

parte da enfermagem, podendo significar que os demais cursos da UFMT podem estar subnotificados com relação ao afastamento.

Reforço que esta etapa serviu como um dado curioso e não menos importante para este estudo, mas o mote principal neste referido estudo não está na busca da “causa” do adoecimento do professor, mas sim na vivência deste adoecimento tanto no âmbito pessoal como social.

Gráfico II - Quantidade de Professores da Faculdade de Enfermagem - UFMT, exercendo função administrativa ou exercendo função docente, separados por sexo, de Janeiro a Setembro/2011.



TOTAL	31		5		2		0	
-------	----	--	---	--	---	--	---	--

FONTE: Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS – CABES), Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT, Cuiabá, 2012.

Este gráfico demonstra a relação dos afastamentos entre função docente ou administrativa e o sexo.

O quantitativo de professores afastados em atividade docente se mostra superior (93,93% a 100%) quando comparado ao total de professores em atividade administrativa em afastamento (6,06%). Fazendo-me entender que o maior índice de

afastamentos na FAEN- UFMT são solicitados por professores em exercício e prática de ensino.

Novamente volto à possibilidade de sobrecarga funcional de atividades e competências¹⁷ do ensino e prática e da prática assistencial, que podem perfazer o mal-estar do docente de enfermagem da FAEN – UFMT, pela responsabilidade de “ser” enfermeiro e professor.

Ainda que seja possível encontrar elementos de causalidade de situações de adoecimento no trabalho, a partir das informações presentes nestes gráficos, esta perspectiva não foi adotada no presente estudo.

A doença pelo trabalho remete aos preceitos da saúde ocupacional e mecanismos de causa e efeito, não sendo esta abordagem o objetivo desta pesquisa. A análise destes gráficos teve como objetivo demonstrar quantitativamente o percentual e a sazonalidade do fenômeno do adoecimento dos professores da FAEN, não esquecendo que o propósito desta pesquisa é uma dimensão subjetiva da percepção do adoecimento, através de sua vivência.

Conforme demonstrado pela análise anterior, o adoecimento das enfermeiras professoras da FAEN – UFMT pode estar relacionado ao trabalho. Isto leva a algumas reflexões acerca do adoecimento e trabalho, ou condições ocupacionais, que podem ser relacionadas a situações de adoecimento e, mais especificamente, de sofrimento.

Merlo *et al* (2003)¹⁸ aponta que o trabalho pode ser fonte de sofrimento, e este sofrimento, estar atrelado ao processo de adoecimento. Como busco uma outra perspectiva de discussão, a busca de “causas” deste processo deixa de ser o foco, em favor de uma reflexão sobre as condições deste adoecimento, no qual um dos fatores é o sofrimento, levantado nesta pesquisa as perspectivas subjetivas, que serão descritas nos capítulos III e IV.

¹⁷ Pinhel e Kurcgant (2007, pág. 714) abordam de forma reflexiva as competências do docente no ensino de enfermagem, e destacam: competência de processo, a competência técnico-performativa, a competência sobre a organização, a competência de serviço e a competência social, além da competência de ação que seria composta pela competência técnica e competência metódica.

¹⁸ MERLO, Álvaro Roberto Crespo *et al.* **O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos.** *Psicol. Soc.* [online]. 2003, vol.15, n.1, pp. 117-136. ISSN 1807-0310.

Ainda há a necessidade de trazer o que inspirou e subsidiou o percurso metodológico desta pesquisa, para que pudesse de fato, compreender a história vinda por aquele que fala. Sigo, portanto, para as considerações metodológicas, coleta de dados, análise e visões que perfizeram o estudo.

1.7 Considerações e Descrição do Percurso Metodológico

Para realizar o trabalho, conforme foi proposto e configurado para um estudo da vivência do adoecimento, foi procurado um método e referencial que o pudesse sustentar, diante de suas características, tornando-o legítimo e coerente.

Com isso, adotou-se o percurso metodológico norteador da História Oral, dentro de um contexto de abordagem de pesquisa qualitativa e descritiva.

Lakatos & Marconi (1991) definem pesquisa descritiva como estudos que têm como objetivo descrever completamente determinado fenômeno.

Escolhi a pesquisa qualitativa por seu foco na interpretação, na subjetividade, além de apresentar flexibilidade na condução do processo de investigação e preocupa-se com o contexto, permitindo vivenciar o pesquisado, chegando perto e distanciando-se para enxergar melhor o sujeito (VÍCTORA, 2000), sendo este de fato, nosso intuito para o alcance do objetivo proposto.

Conto com a pesquisa qualitativa, pela necessidade de confiança entre o pesquisador e o pesquisado, constituída na troca. Para gerar esta confiança é necessário se envolver e essa proximidade está na voz e no ouvir, processo que exige tempo de reflexão (GAMBETTA, 1988), o que foi inexoravelmente preciso para a efetivação deste estudo.

Diante disso, utilizei a definição de pesquisa qualitativa em saúde pela perspectiva de Víctora *et al* (2000) para explicitar, reafirmando os objetivos, os recortes e configurações metodológicas do nosso estudo: nesta pesquisa recortei por tema o adoecimento, delimito o adoecimento do profissional de enfermagem e da educação, em que o objeto de estudo é a vivência do adoecimento pelo enfermeiro professor e o indivíduo, logo e obviamente, professores de enfermagem adoecidos ou que tenham vivenciado o evento.

A pesquisa qualitativa em saúde, mais precisamente, tem características peculiares por se tratar de uma área de grande abrangência de causas e intercontextos que a ligam a epistemes diversas, formando uma teia complexa que formam o que se chama saúde (GÓMES e MINAYO, 2006).

A pesquisa qualitativa para Lang (2000) aponta direções e encaminha possíveis explicações para os fenômenos sociais em estudo. Isto responde e possibilita o enlace entre as áreas da sociologia, história e filosofia proeminentes neste estudo.

Depois de definido o caráter da pesquisa, necessitava de um procedimento que alcançasse os objetivos, me dando o subsídio necessário para compreensão da vivência do adoecimento, bem como do processo de desconstrução e reconstrução do indivíduo e sua identidade. Considero como mais assertivo a escuta das vivências pelo método da História Oral.

1.8 A História Vinda por Aquele que Fala

Como já frisado, este estudo foi estruturado com o enlace de três áreas epistemológicas. Calçando-me de relatos que não se configuram apenas como informações, mas como cerne que nos remete à investigação de como o professor vivencia o adoecimento, como significa este estado, quais alterações ocorreram em seu mundo.

A metodologia empregada da História Oral está dentro de um contexto de abordagem qualitativa de pesquisa. Esse procedimento metodológico teve como fundamentação teórica conceitos de Marieta Ferreira e Janaína Amado, Alice Beatriz Lang entre outros que serão citados no decorrer desta reflexão.

A história oral favorece a rememoração individual e social de fatos, experiências de vida, em que o indivíduo constrói sua história ao contá-la, bem como constrói e reconstrói sua visão de si e da vivência deste fato; optei por ela, com o intuito de ouvir o que a pessoa diz de si mesma, e de escutar as suas vivências.

Sendo esta interpretação de fato que me fez decidir e também afirmar a sinergia entre objetivos propostos e método.

Segundo Pinheiro e Martins (2009, p.197), este método favorece “apreender

crenças, os valores, as atitudes e os comportamentos em torno da experiência do adoecimento [...] permite adentrar na vida pessoal e no seu cotidiano, [...] as pessoas rememoram das lembranças do vivido e nos contam”.

Tem por dispositivo o método de escuta implícito nas Narrativas de Vivências, que é descrito por Silva e Trentini (2002) como expressão do sentido, do sentido da experiência dentro da vivência.

Nesta pesquisa, procurei trazer à luz as vivências do adoecimento de professores, refletindo como a doença desconstrói e reconstrói a realidade e identidade do sujeito, e, por meio da escuta atenta dos mesmos, identificar como eles constituem essa nova notícia de si, após vivenciar esse sofrimento. Esta proposta me permitiu olhar o interior da história de vida do sujeito, captando a essência das vivências que o compõe e o forma como ser individual, singular e social.

Trata-se de um método de pesquisa que consiste em realizar entrevistas, em que o depoente testemunha modos de vida (compreensão das experiências vividas por outros). As perguntas são feitas depois de visualizada a conjuntura que se quer investigar, havendo a valorização das memórias (a memória armazena conhecimento a fim de gerar novas ideias, ela é a base do conhecimento, é através dela que damos significados ao cotidiano e acumulamos experiências), é um método de recolhimento de informações, através de entrevistas gravadas com pessoas que vivenciaram/ vivenciam algum fato ocorrido (FERREIRA E AMADO, 2001).

Por meio da história oral obtêm-se as narrativas das vivências através da entrevista com roteiro semiestruturado. O uso da história oral permite ao entrevistado a expressão livre de sua vida, dos fatos, no qual ele mesmo ordena e cria suas categorias conforme se expressa, deste modo, proporcionando uma grande riqueza de detalhes e da própria história contada (LANG, 2000).

Para Ferreira e Amado (2001), contar algo está relacionado ao seu estado atual, a como ele se sente nesse momento, pois a narrativa dada por ele é, nada mais nada menos, de como ele entende ou entendeu o acontecimento. As relações orais são carregadas de subjetividade, mas é ela que muitas vezes faz a diferença e merece um minucioso trabalho de crítica e interpretação.

Os relatos orais, de acordo com Thompson (1998), podem preencher as lacunas deixadas pelas fontes documentais tradicionais. Para este autor, a história oral é algo tão grandioso que suas implicações transbordam da história para outras áreas de atuação humana. Ela promove a remoção das barreiras entre historiadores e público leigo, apaga as fronteiras entre instituições de ensino e comunidade, rompe o distanciamento entre professores e alunos.

Para Weller e Pfaff (2010), a história oral está voltada para análise do processamento social ou individual da história vivida na forma de uma destinação coletiva e de desenvolvimentos biográficos. É um método biográfico que tem em seus procedimentos de coletas de dados semelhanças por se adequarem a temas de pesquisa relacionados à educação, profissão de professor, profissionalização e formação identitária do professor. Dentro desta perspectiva, dar-se-á a conhecer como os professores vivenciaram ou vivenciam o adoecimento.

Com a história oral como método, segui os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos e também os critérios conforme orientação de autores da Associação Brasileira de História Oral (ABHO) e do Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC).

O procedimento deve ser precedido de um planejamento eficaz sobre o tipo de entrevistas e número de entrevistados, devendo com isso, estabelecer os critérios que definirão teoricamente os limites para entrevista, recomendando a entrevista temática, possivelmente direcionada, semiestruturada, conforme o que se pretende investigar (ALBERTI, 2004).

Para Alberti (2000), a história oral consegue alcançar o *lócus* privilegiado pela narrativa, e revaloriza o papel do sujeito na sua própria história, logo, a entrevista neste ensejo, torna-se biográfica, um relato pessoal da vivência e experiência.

Como o relato experiencial remete à pessoa, para cumprir os aspectos éticos conforme a Resolução 196/96, em especial, a manutenção da confidencialidade e privacidade, bem como proteção da imagem, foi proposta às participantes a escolha de pseudônimos entre os quatro elementos naturais, conhecidos por remeter à sinergia entre as diferentes energias da natureza.

As participantes do estudo escolheram, segundo seus próprios conceitos pessoais, os pseudônimos de referência às suas narrativas de vivências.

A primeira participante entrevistada será referida como elemento **Água**, elemento que, segundo seu próprio relato:

Representa as emoções, pois elas podem ser calmas ou turbulentas e me vi assim no período em que estava afastada, aliás, em vários momentos, águas muito turbulentas. Representa também a esperança, em que me agarrei para conseguir superar aquele momento e pensando na religião cristã, a água, no batismo representa renascimento. Essa palavra é forte, mas ao final daquele período, me senti renovada, com mais confiança, coragem, esperança.

A segunda participante identificou-se com o elemento **Terra**, dizendo:

Eu me vejo e gosto de terra sempre gostei de coisas que me dão firmeza que me deixa firme no chão, e que possa plantar e colher, então para mim o elemento que mais me identifico é com a terra.

A terceira participante escolheu o elemento **Fogo**, porque acredita que:

O fogo é aquela chama dentro de mim que nunca se apagou, e foi ele que me fez sentir forte durante toda a minha vida, dentre esses elementos (terra, fogo, ar ou água) eu não me vejo em outro elemento a não ser como o fogo. Partindo da minha experiência de adoecimento, onde busco nessa simbologia a manutenção da minha chama de vida onde o calor da chama conseguia aquecer o meu coração nos momentos de frieza pelo futuro incerto, pelo medo de novos agravos, desesperança no presente e todos os outros sentimentos frios que aconteceram. Sempre me via como a Fênix revivendo das cinzas a cada término de uma sessão de quimioterapia, radioterapia e ou braquiterapia. Foi com satisfação que um dia ainda não muito distante pude usar o fogo que me manteve viva para queimar as radioterapias, as quimioterapias e a braquiterapia que por alguns meses fizeram parte de momentos de frio intenso na minha trajetória em busca do cuidado para uma condição crônica.

Ao longo deste trabalho, as participantes/depoentes serão referidas tomando-se por base estas escolhas pessoais de seus pseudônimos. Observe-se que não foi constatada repetição nas escolhas, fato que facilitou o trabalho de identificação.

Após demonstrar os motivos pessoais de escolha dos pseudônimos, conheceremos a respectiva metodologia de análise desta história vinda pelo que fala, além de outras visões que perfizeram o estudo.

1.9 Coleta de Dados

Através de um roteiro semiestruturado (delineado por um eixo norteador, mas com flexibilidade quanto à ordem das perguntas) e com o suporte técnico de um gravador de áudio, os professores foram ouvidos. Esses diálogos foram gravados, no sentido de facilitar as futuras análises mais detalhadas da pesquisa.

A coleta de dados foi agendada, conforme a disponibilidade do participante, diante do cronograma proposto e sendo respeitado o local de sua preferência – escolhido pelo próprio participante em acordo com a pesquisadora, a fim de favorecer a liberdade de expressão de si e não causar-lhe constrangimento, respeitei também o tempo de entrevista conforme necessidade e conforto do entrevistado.

A coleta de dados foi realizada somente após a aprovação pelo comitê de ética em pesquisa. Neste estudo, a análise de dados foi conduzida por meio da análise temática. A análise temática teve grande valia, sendo escolhida por ser uma das formas que melhor se adapta à investigação qualitativa. Para Minayo (1994, p. 209) “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

1.10 Instrumento de Coleta de Dados

Conforme prescrito pelo Manual de História Oral (ALBERTI, 2004) delineei um roteiro para a entrevista semiestruturada, constituído de identificação completa e das questões ordenadas cronologicamente, o que permitiu a “montagem” de uma

pequena biografia. Nesta pequena e sucinta biografia, atentei para o processo de formação e inserção social do indivíduo; considerando local de nascimento, trabalhos anteriores e atividades atuais, buscando entender o significado de seu trabalho e do processo de afastamento, as implicações burocráticas e pessoais desta situação.

Depois, e principalmente, através das perguntas direcionadas, a entrevista me permitiu visualizar a trajetória dos eventos e da desconstrução e reconstrução de conceitos da visão que se tinha estabelecido como profissional.

A entrevista foi sabidamente gravada e depois transcrita fidedignamente, buscando-se a transcrição das emoções e expressões interpretativas do indivíduo. Na entrevista, busquei as narrativas das vivências, ou seja, procurei compreender este pequeno organismo, mas de função grandiosa, sob a perspectiva nietzschiana de como alguém se torna o que é, buscando compreender as mudanças e as transformações vividas.

Cada entrevistado teve acesso à transcrição de sua fala, participando ativamente da construção deste momento do estudo e os dados tratados, conforme descrição dos procedimentos em história oral, as transcrições foram mantidas em sigilo e guardadas em total responsabilidade legal do pesquisador.

O tratamento da entrevista em história oral é descrita por Alberti (2005), que destaca uma sequência de procedimentos, todos estes seguidos durante as entrevistas realizadas para esta pesquisa.

Segundo Ferreira e Abreu *et al* (1994), a entrevista possibilita que as memórias espelhem as representações, neste caso, a representação sobre a vivência do adoecimento.

1.11 A Análise de Dados

A análise do material obtido foi realizada com base nos conceitos de vivências em Nietzsche e de construção da identidade elaborado por Dubar, a fim de apresentar o sentido do adoecimento em seu processo singular e social.

Propus estruturar o trabalho em duas diferentes perspectivas, apropriando-me das essências ímpares que por elas se explicitam, na crença da e na riqueza dialética da diferença entre os pensadores.

Admitindo a diferença dos aspectos filosóficos e sociológicos, juntos ainda da episteme relativa à enfermagem, empreguei estes prismas divergentes, justamente, pela tentativa de compor como uma orquestra, um concerto de diversas vozes, que mesmo diferentes, conseguem em uníssono a produção da melodia.

Espero que as diversas partes deste estudo sejam como uma melodia solícita aos ouvidos daqueles que também refletem sobre o ser humano em seus prismas, em especial, na vivência e experiência do adoecimento pelo professor de enfermagem.

Não haverá questionamento da verdade e, se há verdade ou não em uma entrevista, mesmo assim me propus a fazê-la, porque acreditei que há um "saber", e a ele busquei. O centro do saber, a exemplo das hipóteses que eu crio, e a interpretação da entrevista, o fiz em todo o seu processo. E a minha expectativa é conseguir dizê-lo.

Para composição e solidez da pesquisa, fiz também, uma análise documental à luz da perspectiva histórica e social.

Para análise dos dados foi utilizado como método de análise a interpretação das narrativas pela microanálise¹⁹. A interpretação pela microanálise se faz por um processo contínuo de aproximação e distanciamento dos fatores macro e micro sociais.

A microanálise permite reconhecer que a realidade social não é a mesma em diferentes níveis analíticos, possuindo variações de macro (contexto externo) e micro (contexto da vivência singular). A microanálise se situa nas microssituações enraizadas nos contextos macros, logo, consegue vislumbrar um caráter único e mais "pessoal" contido na narrativa de vivências (BRANDÃO, 2008).

¹⁹ REVEL, Jacques. **Jogos de escalas: a experiência da microanálise** / Jacques Revel – organizador; trad. Dora Rocha. - Editora Fundação Getúlio Vargas: Rio de Janeiro, 1998.

Revel (1998) fala sobre a micro-história ou história microssociale uma abordagem microanalítica, pois o “micro engendra o macro” e neste vórtice é que “se operam os processos causais”.

Com a microanálise de Revel, pretendi explorar o ponto infinitesimal das relações individuais, sociais e históricas do sujeito que vivencia o adoecimento. Para tanto, necessitei de uma técnica para alcançá-lo²⁰.

Através da micro-história, se reconstrói o mundo exterior a partir das migalhas de informações, pontos pequenos que fazem parte da configuração do todo (REVEL, 1998). Ainda neste contexto, Revel (1998) trata da decodificação da experiência individual pelas pequenas escalas de observação, que oportuniza a interpretação das características sociais mais gerais.

Narrativas de vivências, segundo Silva e Trentini (2002), podem ser as expressões dos sentidos das experiências e do entendimento do que está acontecendo e que já aconteceu, com ela conhecemos a vivência terminada ou não de um evento que tenha significativo impacto sobre a vida e percepção do indivíduo. E juntamente com a microanálise, permitem o reconhecimento através de prismas diferenciados sobre uma realidade social, que não é generalizável, nem plural ou igual nos diferentes níveis analíticos.

Com isso, falo das variações de macro (contexto externo) e micro (contexto da vivência singular) que existem e coexistem na vivência de um mesmo indivíduo. A microanálise se situa nas microssituações enraizadas nos contextos macros; microssituações expressam microvivências, ou vivências individuais, logo, consigo vislumbrar um caráter único e “pessoal” contido na narrativa de vivências (BRANDÃO, 2008).

Foi utilizado como método de análise e interpretação das narrativas a microanálise, que permite análises não apenas mais numerosas ou quantitativas, mas análises “mais finas” com configurações inéditas (REVEL, 1998, p.32), e que dão outra simetria ao estudo e à pesquisa.

Revel (1998), sobre a análise da entrevista em microanálise, aborda a importância da microanálise pela sua irrestrita riqueza de detalhes e mais

²⁰ A técnica história oral será alcançada pela narrativa de vivências (SILVA E TRENTINI, 2002; ALBERTI, 2004).

complexidade que permite a compreensão do macro (do contexto da pessoa entrevistada) e do micro, conseguindo caracterizar a experiência elementar contida na vivência.

A abordagem da microanálise, trabalhada principalmente na perspectiva de Jacques Revel em seu livro "Jogos de Escalas" (1998), apresenta uma perspectiva invulgar que defende a ideia de que a análise dos aspectos considerados micro (de pequenos grupos ou até mesmo individuais) contribui para a compreensão do macro e vice-versa. Não é que um complementa o outro, o micro e o macro são, tão somente, duas perspectivas distintas de um mesmo evento. Para Weber (1979) *apud* Brandão (2008), a análise da micro-história e a microanálise consistem em se fazer uma observação analítica e minuciosa das interações que implicam na análise das microssituações, nas quais ocorrem e pelas quais se procura compreender o contexto simbólico e material (objetivo) que a sustenta, sendo substanciais as peculiaridades a serem consideradas.

Ainda nesta configuração de pensamento, Revel (2010) argumenta que na micro-história e microanálise existe a possibilidade de se descobrir e estudar uma outra história, a partir de uma perspectiva determinada, particular. Este quadro analítico permite a observação profunda de inúmeras realidades objetivas e subjetivas, ao mesmo tempo em que suspende a história na pluralidade. Enquanto metodologia, remonta à similaridade com o conceito de vivência em Nietzsche quando é frisada a capacidade de captação da experiência social individual do ser, através do que é vivido ou das "vivências" (REVEL, 2010, p. 438).

A micro-história emerge apontando novas possibilidades, reafirmando a história como social, porém reformulando e reorientando os cernes da pesquisa que envolvem o histórico-social do indivíduo, desconstruindo as suas bases tradicionais (GUIMARÃES, 2000). A micro-história não despreza os conceitos pertencentes à macro-história, contudo, enleva a micro-história fazendo-a sobressalente, não deixando de considerá-la enraizada e relacionada à macro-história social do vivente.

A micro-história nasce das perspectivas de quebras de paradigmas e de uma nova escrita da história, na verdade, uma reescrita ou ressignificação da história social do indivíduo. Dentro deste novo olhar metodológico, se encontram arcabouços de epistemes diversas, como antropologia, sociologia, historiografia, historicismo e

psicologia, além de fortes heranças filosóficas que as fazem pertinente à análise de vivências nas perspectivas escolhidas.

A análise dos dados se desdobrou em três etapas: a pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

1.12 Visões que Perfizeram o Estudo

Diante do que foi explicitado até agora, não posso deixar de fazer algumas considerações e reflexões de como visualizei o contexto da análise e reflexão nesta pesquisa.

Apesar de delimitar de forma expressiva o referencial teórico e metodológico, não deixo de refletir sobre outras contribuições teóricas metodológicas, entre outras correntes e perspectivas de pensamento que, concomitantemente, ajudaram a enriquecer a proposta e abasteceram meu arcabouço pessoal de vivência.

Quando se analisa um texto, não se podem ignorar suas múltiplas contribuições. No caso especial desta pesquisa, senti fortes tendências a outros fundamentos teóricos, como por exemplo, ao pensamento estruturalista e à questão do signo. Todo texto tem uma estrutura que vem da linguagem. Alço deste pensamento por enfatizar a relação e historicidade da unidade interna e externa da linguística e literatura; relacionando-as como a história contada pelo que a vivencia, a linguagem configura aqui o elemento construtivo da história do ser.²¹ Remete, logo e também, ao pensar filosófico da política do nome próprio com referência especial à obra Derrida²² que Ernst (1988) realiza em sua leitura interpretativa de Nietzsche.

O pensamento estruturalista, segundo Lakatos e Marconi (2003), parte da investigação de um fenômeno concreto, seguindo elevação a um nível mais abstrato, após a circunscrição de uma estrutura paradigmática para representação do que se estuda, retoma ao concreto com uma realidade (re) estruturada e (co) relacionada com a experiência do sujeito, nos níveis social e pessoal. Concorda com

²¹ SANTOS, Halysson F. Dias. **Gênese e memória do estruturalismo como paradigma de interpretação no discurso das ciências humanas no século XX**. Fólio Revista de Letras, N.1, V.1, 122- 138, 2009. Edições Uesb.

²² ERNST, Behler. **Derrida - Nietzsche, Nietzsche - Derrida**. trad. Ciro Marcondes Filho. Munique, Paderborn, Viena, Zurique: Schönlingh, 1988.

o pensamento da política do nome próprio por considerar a linguagem única, tão abstrata quanto objetiva, indispensável para possibilidade de comparar experiências. Dessa forma, o método estruturalista caminha do concreto para o abstrato e vice-versa, dispondo na segunda etapa, de um modelo para analisar a realidade concreta dos diversos fenômenos.

A política do nome próprio integra a visão de forma sutil, quando utilizo do pensamento de Derridá pela sua leitura nietzschiana. Pode-se sublinhar rapidamente a leitura nietzschiana de Heidegger em *O Ser*, no qual, é exposta a palavra historicidade autêntica por Nietzsche (HEIDEGGER, 1988). A linguagem do homem, o peso dos signos que se diz, faz referência ao ser que vive, não a um ente criado.

Dentro de expectativas nietzschianas, conectadas sinergicamente ao pensamento em Derrida tudo o que somos se expressa através das palavras e da produção da vida, a produção demonstra o autor, e a ele é conferido o crédito de ser pela sua vivência individual e social, mas que somente por ele pode ser contada.

A fenomenologia também se faz presente no estudo, pela sua própria natureza e essência, já que frisei que não pretendi fazer juízos de valor ou semelhante, mas pelo intuito de observar, refletir e descrever sobre a vivência do adoecimento, já que a pesquisa se fez com esta influência.

Nisto, posso situá-la nos pensamentos de Merleau Ponty²³ sobre sensação, percepção e corporeidade, justamente elementos que foram amplamente observados para reflexão de como se articulam no indivíduo que vive o adoecimento.

A fenomenologia pontyana envolve na complexidade da construção do mundo e do ser vivente através das sensações sentidas, as quais fazem apreensão do significado dos fenômenos. A percepção se faz pela consciência, na verdade, é atrelada a ela para construção do mundo no qual o ser é inalienável de si e de seu contexto. A corporeidade faz entender onde realmente ocorrem as chamadas vivências e experiências (MERLEAU PONTY, 1999). Estas reflexões se fizeram importantes por conseguirem se integrar aos objetivos, metodologias e,

²³ MERLEAU-PONTY, M. Maurice, 1908-1961. **Fenomenologia da percepção** / Maurice Merleau-Ponty; [tradução Carlos Alberto Ribeiro de Moura]. – 2 - ed. - São Paulo: Martins Fontes, 1999.

principalmente, às definições e conceitos que enleiam o indivíduo, em especial, o adoecido.

Este estudo inclinou também ao empirismo, pela busca e observação dos fenômenos²⁴ descritos nas vivências, examina-se o papel da experimentação na gênese do que é relativo. Nisto, percebo este estudo, com prismas que levam a uma experimentação do empírico e de seu tratamento em uma perspectiva científica.

Após isto, houve a tentativa de definir vivência e experiência na perspectiva dos autores convidados a integrar a pesquisa e sua reflexão.

1.13 Um Convite à Reflexão Sobre Vivência e Experiência

Utilizei o pensamento de Nietzsche para tentar compreender e empreender um conceito para vivência, e de Dubar para uma nova significação à experiência.

Vivência no dicionário comum pode ser definida como “afloramento de estados ídeos-afetivos, origem”, quando investigado na rede online é definida como “fato de viver, de ter vida; existência. Experiência de vida”; sendo traduzida em outros idiomas como experiência, demonstra quase inexistente significado diferenciativo entre ambas para cultura contemporânea.

A partir de leituras reflexivas das obras nietzschianas, observei sua abordagem diferenciada da palavra vivência. O pensamento de Nietzsche sobre vivência intrigou e me motivou ao estudo da vivência do adoecimento pelo professor.

Podemos citar que em todas suas obras, ao menos uma vez, o filósofo utiliza a palavra vivência para compor a reflexão sobre sua vida, adoecimento, sofrimento, dor, relações sociais e individuais, sempre a utiliza como uma forma de “referencial” de seu discurso.

Acredito que o discurso sobre **vivência**²⁵ é atrelado ao **eu** daquele que vive, a vivência como construção de minha ascensão humana à transvaloração dos meus tão insignes valores torpes instituídos pela cultura e sociedade.

²⁴ SILVEIRA, Fernando Lang da. **Três episódios de descoberta científica: da caricatura empirista a uma outra história.** Cad. Bras. Ens. Fís., v. 23, n. 1: p. 26-52, abr. 2006.

²⁵ NIETZSCHE, 2000.

Não posso atrelar a definição de vivência, se é que alguém a consegue definir em Nietzsche, como sendo resultante de uma profunda análise reflexiva de todas suas obras e dos pensamentos nela contidos. Tentar definir vivência foi o mesmo que lançar-me no vórtice de um caos para reorganização de ideias, no qual por mais que tentasse enxergar a verdade, cada vez mais senti não estar próxima da verdade sobre vivência; conforme o que foi dito em “Ecce Homo” (2008): “a mentira como mentira”, por mais que haja busca, a verdade é inaudita e converter-se-á em mentira.

Em “Crepúsculo dos Ídolos”, Nietzsche (2000, pág. 25) reflete que a verdadeira vivência é aquela que não olha para si mesma, “vivenciar enquanto um querer vivenciar não funciona. Não é permitido olhar para si mesmo em uma vivência.” Faz referência à vivência como uma experiência antagônica dos invictos.

Experiência, também em visão símplice, é definida pelo dicionário popular comum como “conhecimento conseguido pela prática, ensaio, prova, prática da vida”.

A fenomenologia aborda a experiência como resultado do movimento vivente, da sensação, percepção e corporeidade (MERLEAU-PONTY, 1999), a sinapse existencial da vivência.

Para Walter Benjamin (1987), a experiência é produto da vivência e integra sucessões de eventos, fenômenos que compõe a história do homem. Meinerz (2008), analisando as obras benjaminianas, afirma que elas evocam a experiência como fator que consubstancia a vivência; sendo a história pessoal e social construída e composta pela soma categórica, sistemática e qualitativa das experiências.

A compreensão desta experiência parte do processo de socialização que será descrito²⁶ adiante nas análises. Apenas para uma explanação antecipada, para situar melhor o entendimento sobre o que busquei com este levantamento, cito

²⁶ Cf. Capítulo III e IV.

Dubar (2005) sobre a incorporação do *habitus*²⁷ como estrutura geradora de práticas que coadunem com uma lógica e exigência situacional requerida. O *habitus* orienta a condição e o processo de socialização.

Vê-se a incorporação do *habitus* como parte da formação identitária profissional, e que consegue caracterizar o sujeito pela incorporação do *habitus* de sua experiência social.

A experiência, para Dubar (2005), remete-me ao processo de socialização e construção das formas identitárias, para definição de si e dos outros no processo de construção contínua de formação pessoal e social, a construção e constituição do si-mesmo.

Neste ponto, consegui convergir, talvez efemeramente, à vivência de Nietzsche e a experiência para formação de identidade por Dubar, pelo ponto comum de si-mesmidade e construção do si-mesmo que cada qual menciona, fazendo referência aos eventos e fenômenos que resultam na construção e consolidação contínua do movimento de ser vivente.

Este movimento será visto, apesar de díspar, nas posteriores reflexões sobre a construção e desconstrução do mundo de quem sofre o adoecimento.

Ainda, evidencia-se a fomentação teórica sobre os fundamentos educacionais e da enfermagem, que subsidiam o conhecimento sobre as epistemes em que os sujeitos de estudo se encontram inseridos.

²⁷ Dubar, 2005, p. 77

CAPÍTULO II

2. O PROFESSOR E A EDUCAÇÃO COMO FORMAS MULTICÊNTRICAS DA REALIDADE

O novo partido da vida, que tome nas mãos a maior de todas as tarefas, a educação superior da humanidade, inclusive a aniquilação implacável de tudo o que é degenerado e parasita, tornará de novo possível sobre a terra o excesso de vida de que novamente deve provir o estado dionisíaco (NIETZSCHE, p.55; 2008).

Em cada época, definiu-se quem era o professor e como se dava o processo de ensino, conforme a ideologia sociocultural vigente; do modelo religioso ao laico, o professor configurou ideologias e sociedades, e foi também modelado por elas.

Dentro do contexto educacional, encontra-se a figura do professor. Este profissional é apontado por Pimenta e Anastasiou (2002) como ator importante no processo de mudança social, sendo que sua atividade é imprescindível para que transformações aconteçam em todos os segmentos sociais.

O ser professor no Brasil e suas atividades estão intimamente ligados ao sistema de ensino vigente e às constantes mudanças no contexto social, político e educacional; para entendermos onde se insere o professor e como ocorre a construção de sua identidade profissional, é necessário o resgate e descrição deste panorama para que se consiga, então, adentrar profunda e reflexivamente, de forma a não tangenciar os problemas que envolvem o contexto estudado. O cerne deste capítulo localiza-se nos sujeitos de estudo: os professores, especialmente, os enfermeiros professores.

A busca veemente sobre o professor e sua atividade profissional deu subsídio para tentar explorar como este encara a profissão, as transformações, as exigências e as novas tendências do ensino. Busquei também, conhecer estas mesmas características no âmbito do enfermeiro professor; outrossim, procurei visualizar e conhecer também a inserção social e identidade dos professores enfermeiros, bem

como, todos os elementos necessários para entender a teia de relações múltiplas (escola, família, aluno e Estado) e não lineares, que compõem a vivência de professores universitários na realidade brasileira para, posteriormente, adentrar na realidade do enfermeiro professor adoecido.

Para compreender esta realidade, faço referência às diretrizes e bases da educação brasileira que estão em vigor atualmente, aos aspectos da educação superior, à história da enfermagem, à enfermagem brasileira, à educação em enfermagem, à docência em saúde e enfermagem, aos estereótipos e ao paradoxo ou problemática da profissão, às peculiaridades das atividades de enfermagem e o ensino de enfermagem na UFMT, com aspectos de sua história, concepções e a matriz que a estrutura para o exercício profissional.

2.1 As Diretrizes e Bases da Educação Brasileira

A Lei nº 9.394²⁸, de 20 de dezembro de 1996, estabeleceu as diretrizes e bases da educação nacional, definindo Educação ao artigo primeiro, como conjunto de processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais.

Ainda em concordância com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação²⁹ o professor é aquele que tem a atribuição do ensino de uma ciência, é também, conforme ideologia do olhar que sobre ele se lança, um orientador ou facilitador do saber e sua construção, dotado de reflexão crítica para envolver o ensino à transformação da realidade, com premissas de uma educação generalista, social e “para a vida”.

O foco do meu estudo, como já foi dito anteriormente, dar-se-á no contexto da Educação Superior de um curso de graduação em Enfermagem, sendo os sujeitos professores do ensino superior. Desse modo, cabe a contextualização de quem é o

²⁸ BRASIL. **Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece diretrizes e bases da educação nacional. In: *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 dez. 1996.

²⁹ Educação é vista como uma atividade tipicamente humana, inerente e um atributo do homem. DERMEVAL, Saviani. **Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos**. Revista Brasileira de Educação v. 12 n. 34 jan./abr. 2007.

professor deste nível de ensino, e fi-lo utilizando como arcabouço teórico ainda a LBD, artigo 43, que descreve as finalidades do ensino superior.

A leitura deste artigo me faz definir o professor do ensino superior como o profissional cuja atribuição primordial é a orientação teórica com postura crítico-reflexiva ante o saber para construção do conhecimento, é também o responsável pela formação de profissionais graduados para atuação científica e do mercado de trabalho, que lhe exigem competências de saber científico e técnico. Este professor deve ainda, ser um “multiplicador” do saber e cultura através da pesquisa, contribuindo com a educação e sociedade brasileira para formação de indivíduos com entendimento e capacidade crítico-reflexiva para compreender os problemas do meio em que vive e ser apto civil e socialmente para praticar a liberdade³⁰ de ser cidadão.

Esta definição aos professores, atribuída pela legislação vigente, pode ser compreendida sob as perspectivas apontadas por Nóvoa (1992), Pimenta e Anastasiou (2002) e também de Morosini (2001), que em seus textos analisam características importantes do ensino superior e da identidade docente, convidando à reflexão sistemática e minuciosa sobre o verdadeiro significado de ser professor pela característica multicêntrica de sua profissão e de suas ações.

Estas reflexões dos autores mostram a multiplicidade de epistemes que caracteriza a ação do ensino, e logo, a ação e vida do professor. Do dom, à arte vocacional, à dedicação para excelência, à transformação da realidade e do pensamento humano.

O professor é condicionado à ação a partir da sociedade, política e ideologias que impactam a educação e o contexto social geral. Cito de forma sucinta e objetiva o motivo propulsor das mudanças paradigmáticas nas ações educacionais e seus enfoques, bem como, nas atividades do professor: a reforma social³¹ e política.

³⁰ Lembra o pensamento paradigmático de Paulo Freire (1997), no qual afirmou que a educação é a única forma de transformar a sociedade e o homem. FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Editora Civilização Brasileira S.A e Paz e Terra Limitada, Rio de Janeiro, 1997.

³¹ Para a “Sociologia da Experiência”, a questão do que se chama reforma social, tem a proposta de desconstruir o quadro clássico da visão da sociedade e suas representações sobre um “novo olhar” a essa realidade da sociedade contemporânea. WAUTIER, Anne Marie. **Para uma sociologia da experiência. Uma leitura contemporânea: François Dubet**. Sociologias, Porto Alegre, ano 5, nº 9, p.174-214, jan/jun 2003.

As reformas de políticas públicas e educacionais implantadas desde a década de 1990, com o crescente processo de democratização do país e através de novas formas de gestão e políticas, trouxeram políticas orientadas pela busca da promoção de justiça social. Nelas, o professor aparece como responsável pela forma de educação inclusiva.

Estas reformas educacionais, estritamente ligadas à reforma do Estado, impuseram ao docente e à docência uma indefinição da identidade e do papel docente.

Em meio às mudanças ocorridas, a docência sofre uma indefinição da identidade e do papel docente. Nesta nova visão, o professor pode ser representado como um pêndulo que se move da profissão à função social.

Landini (2008) argumenta que o sentido da ação docente caracteriza-se pela realização de uma atividade fundamental para a condição de humanização, condição de socialização. Esta perspectiva presente nos estudos existentes demonstra uma caracterização do professor como um dos atores sociais responsáveis pela inserção e democratização do conhecimento para mudança da realidade, uma vez que estas reformas de ampliação de acesso e promoção de justiça social objetivam a geração de subsídios e possibilidades não apenas à mobilidade, mas à transformação social.

O caráter público da educação tece conexões entre saúde e trabalho, em que as demandas sociais do ensino público implicam responsabilidade social por parte dos professores, apontando-os como trabalhadores sociais pela responsabilidade de inclusão. Isto se tornou uma problemática significativa, à medida que a educação se democratizou, atingindo parcelas muito mais amplas da população e gerando uma demanda de trabalho aumentada, com exigência de maior produtividade. Este fator de intensificação do trabalho, conforme o estudo desenvolvido na América Latina por Silvia Tamez González e Josué Federico Pérez Dominguez (2009), induz os sujeitos a ultrapassarem suas capacidades de resistência, tanto físicas quanto psíquicas para o alcance das metas políticas estabelecidas, sem, no entanto, haver subsídio para tal; nesta situação, o docente desfigura-se no sentido humano e social, para provimento de uma dignificação de seu estado profissional, em detrimento dos

limites físico-psíquicos de ser docente, cidadão, integrante de uma estrutura familiar e social.

O estudo acima referido explicita uma relação entre saúde e trabalho, no entanto, não foi utilizada para orientar as reflexões desta pesquisa. Aqui, o foco não está na identificação dos motivos do adoecimento, mas na percepção do adoecimento pelos sujeitos que o vivem/experienciam.

2.2 A Educação Superior

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB define Educação Superior, no capítulo 4, artigo 44, como aquela que abrange os cursos sequenciais por campo de saber, cursos de graduação, pós-graduação com programas de mestrado e doutorado, cursos de especialização, aperfeiçoamento e extensão.

A LDB preconiza que as aulas da educação superior sejam ministradas em instituições de ensino superior, públicas ou privadas, de variável abrangência ou especialização.

De acordo com o artigo 12 do Decreto n. 5.773 de maio de 2006, as instituições de educação superior, conforme sua organização e prerrogativas acadêmicas adotadas serão credenciadas e reconhecidas como faculdades, centros universitários e universidades.

Ainda em relação à LDB³², encontramos o que define e caracteriza uma universidade no artigo 52: “As universidades são instituições pluridisciplinares de formação dos quadros profissionais de nível superior, de pesquisa, de extensão e de domínio e cultivo do saber humano”.

Caracterizei Professor, Educação e Universidade, a fim de lançar subsídios teóricos para melhor compreensão do universo do sujeito da pesquisa, descritos no percurso metodológico (Capítulo I), para com isto, favorecer um olhar reflexivo sobre a complexa realidade do professor no Brasil, de forma que possamos buscar compreender o processo individual, social e histórico do professor adoecido e suas vivências diante desse adoecimento e as relações que o envolve frente às

³² BRASIL. **Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece diretrizes e bases da educação nacional. In: *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 dez. 1996.

mudanças de estado físico e psíquico, bem como, compreender as mudanças na identidade do professor que adocece.

2.3 A Enfermagem: Definição, Origem e Processo Histórico

Historicamente, a enfermagem origina-se dos processos de cuidados instintivos, pessoais e familiares, que se expandiram entre os membros dos antigos clãs e pequenos núcleos sociais³³.

O cuidado foi transformando-se juntamente com as características e necessidades sociais que foram moldadas pelas constantes mudanças ideosocioculturais.

Primeiramente concebida como arte, a enfermagem configurava-se como atividade religiosa e desprovida de cientificidade, caracterizada principalmente pela atividade empiricista. A enfermagem só ganha corpo de ciência, com consistência teórica científica com Florence Nightingale, considerada precursora e fundadora da profissão.

Desde seus primórdios buscam-se fundamentos e definições, tanto teórico-científicas, quanto para a profissão propriamente dita.

Enquanto enfermeira posso dizer que a Enfermagem é uma profissão de difícil definição. Afirmação esta que a própria Florence Nightingale (ALMEIDA PUNTEL, 1986) faz referência quando diz utilizar a palavra enfermagem na falta de outra mais adequada. A enfermagem, até os dias atuais, fica entre as fronteiras da ciência e arte do cuidar.

Acredito que a escolha da palavra tenha sido pela natureza inicial da profissão. Talvez, a concepção de Florence fosse embasada no conceito quase conotativo de enfermidade, que para Porter (2001) está relacionada muito mais à dor de abrigar “um desajuste físico-orgânico” do que ser portador da doença. No próximo capítulo, explorarei sequiosamente as definições de doença pelos mais variados prismas.

³³ ALMEIDA, M.Puntel. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática.** s/ed.São Paulo: Cortez, 1986.

No contexto da profissão enfermagem, especialmente, em seu nascimento, enfermidade explicaria o nome da profissão, já que, sempre voltada ao ato de cuidar, a pequena classe de enfermeiras da época, dispensava os cuidados aos moribundos pelas febres e pestes, aos excluídos sociais e sequelados pelas inúmeras e constantes guerras (ALMEIDA PUNTEL, 1986).

A enfermagem é uma arte e ciência que visa ao paciente como um todo: corpo mente e espírito. Técnica de enfermagem é a aplicação de conhecimentos dessa arte e ciência. É a adaptação dos meios, a prática dos ensinamentos, o procedimento da enfermeira dentro de seu campo de ação, o uso de métodos e o emprego correto das determinações, com absoluta observância dos detalhes. (SOUZA 1966 *apud* ALMEIDA PUNTEL 1986, p.32)

Nesta tentativa de definição, vê-se o agrupamento das atividades que compõem a ação que pauta até os dias de hoje no nosso saber.

Atualmente, os profissionais enfermeiros são regidos pela Lei nº 7.48³⁴, são Enfermeiros:

- I - o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;
- II - o titular do diploma ou certificado de Obstetrix ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei;
- III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as respectivas leis, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix.ensino, nos termos da lei;
- II - o titular do diploma ou certificado

Já demarcado seu processo histórico, iniciado por práticas de saúde instintivas e empíricas, recorro ao pensamento de Murta (2008), que evidencia o desenvolvimento da profissão atrelado ao desenvolvimento da civilização, sendo as duas histórias congruentes e contínuas. A enfermagem baseou-se não somente em

³⁴ BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. **Regulamento Exercício Profissional de Enfermagem.** Disponível em: <http://www.dji.com.br/decretos/1987-094406/1987-094406-.htm>

práticas de cuidar dentro dos núcleos familiares e grupais, mas tinha também, ampla influência mística e religiosa.

As práticas de saúde começam a conhecer o terreno do empiricismo positivista para a experimentação de novas práticas, que culminaram no alvorecer dos princípios científicos da profissão (MURTA, 2008).

O entendimento pode ser facilitado quando, alçando do arcabouço da história geral como subsídio, a história da enfermagem é ligada à história natural do homem e da sociedade, logo, suas características em muito se diferenciarão de acordo com as práticas sociais de cada época.

No período medieval pode-se enxergar uma sociedade calada e fechada pela ideologia fundamentalista religiosa, com exortação à prática da caridade e das boas obras para não perecimento da alma.

Neste contexto, a doença é vista como um flagelo ou momento de provação pessoal para sublimação (ALMEIDA PUNTEL, 1986). Portanto, o cuidado e a prática em saúde eram sacerdotais, vocacionais, atividade caridosa e religiosa.

Com o advento do Iluminismo e a ruptura na supremacia religiosa única, o pensamento crítico começa a se instaurar e promover novas formas ideológicas e prática do cuidado. Neste ensejo, começa a movimentação organizada de algumas classes pela sua atividade, e então, surge o primeiro movimento organizacional da enfermagem (ALMEIDA PUNTEL, 1986). Este começa com a própria Florence, quando no momento da enfermagem moderna.

A partir de Florence, a enfermagem começa a se estruturar e organizar seu saber e sua prática, utilizando-se das ciências que hoje pertencem às mais diversas áreas de saber.

A estrutura organizacional³⁵, de ensino e assistência e práticas do cuidado, são iniciadas a partir das ações de Florence, bem como, todo o processo de trabalho que rege a sistemática da atuação do enfermeiro. No processo de trabalho descrito por Geovanini *et al* (2002), seus elementos constituintes em enfermagem são: objeto (a saúde), meios ou instrumentos (atividades ou meio para prática da

³⁵ A estrutura organizacional da enfermagem, iniciada por Florence Nightingale, marca o processo de trabalho na profissão. GEOVANINI, Telma *et al*. **História da enfermagem – versões e interpretações**. 2ªed. RJ: Revinter, 2002.

atividade em saúde), finalidade (promoção da saúde, prevenção de agravos), agente/trabalhador (enfermeiro e outros da hierarquia), e produto (estado saudável).

Na contemporaneidade, a enfermagem inicia sua organização institucional e política com as enfermeiras americanas no início do século XX, desenvolvendo-se junto aos outros profissionais expoentes da saúde, especialmente, no ambiente hospitalar. Este século, marcado e influenciado por diversas correntes de pensamento filosófico, artístico e ideológico, demarca as principais transformações na profissão.

O saber da ciência da enfermagem é composto de saberes próprios e também saberes de outras áreas que ajudam a promover o cuidado, bem como utiliza métodos científicos diversos para o alcance de seus objetivos.

Almeida Puntel (1986) descreve outras epistemes que fazem parte e compõem o saber da ciência da enfermagem e afirma que a enfermagem utiliza princípios científicos da física, química, bioquímica, bacteriologia, psicologia, ética, sociologia e religião, ciências e conhecimentos médicos. Dentro deste contexto, denota-se a incorporação de conhecimentos educacionais através das ações de Florence quanto à organização para ensino/treinamento em Saint Thomas, e a posterior cientifização da profissão.

A relação entre enfermagem e educação no Brasil acontece com a ideia da saúde coletiva e saúde pública no século XX com os movimentos sanitaristas campanhistas e o pensamento de saúde como bem-estar social,³⁶ que concebeu as políticas de saúde³⁷ no país. Com isto, pensou-se a educação e o conseqüente empoderamento³⁸ como formas de se fazer saúde e otimizá-la, cabendo ao enfermeiro este papel de educador em saúde e educador social³⁹. O enfermeiro

³⁶ BATTAGLIN, P.; LEANDRO, José A.; MICHALISZYN, M. S. **Saúde coletiva: um campo em construção**. – Curitiba: IBPEX, 2006.

³⁷ No Brasil, os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 conceberam as leis 8080/90 (lei orgânica do SUS) e a Lei 8.142/90 (lei complementar) que regem as atuais práticas de saúde, baseando-as nos princípios norteados: integralidade, universalidade e equidade.

³⁸ CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. 3 ed. – São Paulo: Hucitec, 2010.

³⁹ FIGUEIREDO, N. M. A., TONINI, T. **SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**. – São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007.

atua como educador da população (educação em saúde) e dos profissionais que compõem sua equipe (educação permanente) pelas iniciativas posteriores e complementares ao SUS, como o “Caderno de educação popular e saúde”, do Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (2007), e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – DCNS (Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007).

2.4 A Origem da Enfermagem Brasileira

No Brasil, o cuidado institucionalizou-se com a colonização portuguesa e a consequente construção das santas casas de misericórdia no país; os hospitais militares dos períodos de conflitos fizeram-se importantes no crescimento da profissão (MURTA, 2008).

A enfermagem brasileira consegue marcar-se na história de forma destacada a partir destes hospitais criados após o descobrimento. Neste período, são referenciados os nomes de Padre José de Anchieta e Frei Fabiano Cristo, que exerciam atividades terapêuticas e de cuidado no início do processo de formação das primeiras organizações urbanas no Brasil. Ainda no século XIX, organiza-se o ensino médico no Brasil, especialmente para atender às necessidades da Coroa Portuguesa e sua aristocracia que se instalava no país, neste ensejo, surge a organização do cuidar pela enfermagem (MURTA, 2008).

O nome expoente na Enfermagem Brasileira é o de Anna Nery⁴⁰. E a história da profissão no Brasil, ganha peso e reconhecimento a partir de suas atividades na Guerra do Paraguai. A partir dela, surge a primeira Escola de Enfermagem no país, o que de fato, consolidaria no Brasil a qualificação profissional e a divisão do trabalho na classe.

Entre conflitos e segregação interna intensa, a enfermagem colocou-se no mercado como atividade de cuidado em saúde, o cuidar generalista e especialista, auxiliar e contribuinte de outras profissões (ALMEIDA PUNTEL, 1986).

⁴⁰ MURTA, Genilda Ferreira. **Saberes e práticas: guia para ensino e aprendizado de enfermagem** / org. Genilda Ferreira Murta. – 4. ed .rev. e ampl. – São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2008.

Órgãos como ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem e outras se mobilizam para dar solidez à profissão através do reconhecimento da classe e sua hierarquia, bem como, definição de suas competências e atribuições⁴¹.

Através da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, a profissão foi regulamentada no país e algumas décadas depois, foi aprovada a Lei do Exercício Profissional em Enfermagem, ou Código de Ética em Enfermagem (Lei 7.498/86), atualmente vigente em nosso país.

Quando descrevo o saber simbiótico da profissão, devo ressaltar então, o processo de ensino da enfermagem delineado por Miranda (1978, pág. 72), que relaciona o ensino como parte de uma “difusão do sistema *nightingaleano*” nas práticas do cuidar e com isto, por Florence, a organização das escolas de enfermagem.

Sobre a organização do ensino da enfermagem, para destacar a posição do professor de enfermagem, cuidador que exerce o cuidado e também o ensino da ciência e arte do cuidar, pauto-me no referencial em Almeida Puntel (1986), Miranda (1978), Murta (2008), Potter e Perry (2005) e Geovanini *et al* (2002), que caracterizam o processo de trabalho e ensino na enfermagem e, logo, a configuração histórica do enfermeiro que exerce atividade de ensino ou, como prefiro chamar neste estudo: professor de enfermagem.

2.5 Primórdios da Educação em Enfermagem

A primeira escola de enfermagem referenciada na história profissional é a Saint Thomas, escola hospital iniciada por Florence Nightingale no século XIX⁴².

Os princípios morais e éticos da profissão são formulados a partir de critérios vocacionais e idoneidade de quem se propunha ao exercício do cuidar e são presentes no exercício da profissão e implícitos ao código de ética até os dias atuais.

⁴¹ GEOVANINI, Telma *et al*. *História da enfermagem – versões e interpretações*. 2ªed. RJ: Revinter, 2002.

⁴² MIRANDA, 1978.

Após Saint Thomas, outras iniciativas foram propostas baseadas no sistema *nightingaleano* de formação, que conseguiram instaurar princípios científicos e não mais empíricos no processo de cuidado (MIRANDA, 1978).

As escolas de enfermagem eram agregadas aos ambientes hospitalares, demonstrando a consistência do treinamento técnico implícito, necessário à formação para manutenção da força de trabalho social (ALMEIDA PUNTEL, 1986).

No Brasil, a formação dos profissionais ocorria, inicialmente, para atender aos hospitais civis e militares e às atividades de saúde pública que começaram a ser executadas com maior premência no começo do século XX.

A primeira escola de enfermagem no Brasil, segundo Miranda (1978), foi a Escola de enfermagem “Alfredo Pinto”, seguida pela “Escola da Cruz Vermelha do Rio de Janeiro”, e Escola “Anna Nery”. Todas com modelos anglo-americanos de assistência e ensino austero em princípios morais e técnicos.

2.6 Docência em Saúde e Enfermagem

Partindo da definição de docência como pesquisa e ensino (BATISTA E BATISTA, 2004), e das definições educacionais já feitas neste capítulo, adentro nos preceitos legais da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação para a Docência em Enfermagem.

Primeiramente, coloco em destaque os objetivos das Diretrizes Nacionais Curriculares pelo parecer do CNE⁴³/CES em 2002, nos quais definiu-se o objeto e o objetivo das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da Saúde:

Objeto das Diretrizes Curriculares: permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Objetivo das Diretrizes Curriculares: levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a **aprender a aprender** que engloba **aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer**, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento

⁴³ Conselho Nacional de Educação.

para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

Diante disso, vê-se a docência em saúde como que pautada no sistema e modelo de saúde vigente, segundo os pilares educacionais da UNESCO.

A Resolução CNE/CES Nº 3, de Novembro de 2001 institui Diretrizes Curriculares Nacionais específicas do Curso de Graduação em Enfermagem, pautando a ação pelos artigos e incisos abaixo descritos:

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 4º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI - **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

Esta perspectiva legal infere o pensamento de Batista e Batista (2004), que faz repensar o processo de ensino e ensinagem⁴⁴ na área da saúde, propondo métodos problematizadores para que, de fato, o profissional formado tenha aptidão à resolução dos problemas e questões que lhe sobrevirão.

A reflexão de Batista e Batista (2004) insere o professor do ensino superior no limiar de novos conceitos em educação, nos quais a educação para saúde deve ser diferenciada, propiciando um olhar para o ser humano para além do modelo flexneriano biomédico⁴⁵.

Esta posição acrescenta além das responsabilidades atribuídas ao docente do ensino superior já citadas, a responsabilidade social e ética do trabalho com a vida humana em iminentes e diversos riscos.

Pode-se pensar o ensino em saúde como atividade estritamente ligada ao sistema de saúde vigente no país e que segue os princípios constitucionais soberanos de uma nação; e também, os princípios ideológicos e sociais que perfazem a situação geral do Estado. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) serve como modelo que pauta o ensino em saúde nas universidades brasileiras.

Infere-se do modelo de saúde brasileiro, as necessidades sociais de uma população que carece de um olhar holístico e menos hospitalocêntrico. Com isto, é possível visualizar no SUS, fragmentos conexos de modelos de saúde centrados no ser humano e nos complexos processos que envolvem o processo de saúde e doença. Os modelos que fazem parte da estrutura não apenas do SUS, mas também do artigo 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, que fazem o

⁴⁴ Infere-se ensino como produto final da ensinagem, que, adquire conotação de método e estratégia. ANASTASIOU, L. das G.C.; ALVES, L.P. – **Processos de ensinagem na universidade**. 6ª edição, Ed. Univille, 2006.

⁴⁵ Cf. Capítulo III.

preliminar direcionamento das ações em saúde (logo do ensino e profissionalização) são: modelo biomecossistêmico, sociocultural e sistêmico, que serão brevemente citados ainda nas próximas seções desta reflexão.

É importante, ainda neste capítulo, como forma de reforçar não apenas o universo da pesquisa, mas dos indivíduos participantes, trazer um histórico do ensino na instituição onde realizei a pesquisa.

2.7 O Ensino de Enfermagem na UFMT

2.7.1 Um Pouco da História

Faz-se necessário, apesar de já caracterizado o local de estudo⁴⁶, discorrer sobre o processo de ensino na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN – UFMT).

A Faculdade de Enfermagem da UFMT, sediada no campus Cuiabá, é descrita como unidade acadêmico-administrativa da Instituição Pública.

As atividades de ensino em Enfermagem na UFMT tiveram início em 1975/1976 com a implantação do primeiro Curso de Graduação em Enfermagem no Estado, sendo um dos primeiros da área da saúde na Universidade. O desenvolvimento do curso se deu concomitantemente à expansão e solidificação desta no cenário regional e à consolidação das práticas de enfermagem no Estado.

O Curso de Enfermagem na UFMT, inicialmente, compunha-se de um quadro de professores de profissionais graduados e com especialização, pela dificuldade de atrair profissionais com pós-graduação *Stricto Sensu* para o Estado e pela inexistência de políticas locais de investimento à rápida capacitação de docentes nesses níveis.

Somente na década de 1980, tendo em vista a qualificação da formação, começaram os investimentos, ativamente na capacitação, nos níveis: *Lato e Stricto Sensu*, de seu quadro de professores. Nesses anos, a Enfermagem - UFMT assume como parte de suas responsabilidades, o trabalho assistencial e gerencial pertinente aos enfermeiros, em duas estruturas assistenciais vinculadas à UFMT: o Centro de

⁴⁶ Cf. Capítulo I.

Saúde Escola (no período 1982-1985) e o Hospital Universitário Júlio Muller (a partir de 1984).

A partir de 1983, o ensino de graduação em enfermagem passa novamente por algumas alterações. Implanta-se uma nova estrutura curricular, no período 1983-1986, que amplia a duração do Curso de 2.540 horas para 3.660 horas.

Nos anos de 1990, no processo de reforma administrativa e acadêmica da UFMT, constitui-se a Faculdade de Enfermagem e Nutrição, com três Departamentos: Enfermagem - Fundamental e Aplicada, Materno-Infantil e Médico-Cirúrgica, e Coordenação de Ensino de Graduação em Enfermagem. Intensifica-se o processo de capacitação docente em nível de mestrado e doutorado e investe-se na oferta de cursos de pós-graduação *lato sensu* para profissionais enfermeiros. Incrementam-se as atividades de extensão, através de novas formas de articulação com a rede local de atenção à saúde.

No período de 1996-1998, o Mestrado Interinstitucional em Enfermagem foi instituído, em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Em 1996, ocorre nova reforma do projeto político-pedagógico da graduação, estimulada por um processo anterior de avaliação, pelas discussões e encaminhamentos nacionais em torno da formação de enfermeiros e pelas novas proposições nacionais em saúde, que resultaram na construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde os anos 2000, encaminha-se um processo interno de discussão em torno da organização, desenvolvimento e socialização de conhecimentos científicos, da estruturação de grupos e linhas de pesquisa, e do estabelecimento de parcerias nacionais, regionais e locais, tendo em vista a oferta regular de cursos de especialização e a implantação de um Curso de Mestrado em Enfermagem (em 2006). As atividades de produção de conhecimento são organizadas através de três grupos: o Grupo Argos, voltado a estudos do trabalho, cuidados e subjetividades no campo da saúde e enfermagem; o Grupo Enfermagem, Saúde e Cidadania, direcionado aos estudos de questões éticas, bioéticas, direitos e cidadania em saúde e enfermagem; o Grupo Gestão do Conhecimento Pluridisciplinar para o Trabalho em Saúde, com estudos relacionados à gestão da assistência e de pessoas no campo da saúde e enfermagem.

A graduação em enfermagem da UFMT encontra-se em expansão e interiorização no Estado de Mato Grosso, com a criação de 30 vagas através da realização da Primeira Turma Especial do Curso, em Rondonópolis, constituindo-se esta experiência em um desafio à Instituição e à Unidade de Enfermagem, demandada também, por outros municípios do Estado. Em 2004, constitui-se a Faculdade de Enfermagem (FAEN), oficializada a partir de junho desse ano, instituindo-se nova forma de organização, gestão e trabalho acadêmico-administrativo na Unidade de Enfermagem - UFMT.

O Projeto Político Pedagógico do curso de graduação em enfermagem na UFMT, campus Cuiabá, defende a ideia de formação de cidadãos comprometidos com o desenvolvimento social equânime, profissionais capacitados: social, humana, técnica e politicamente para o desempenho de funções no campo da saúde e enfermagem; e para produção e acessibilidade dos conhecimentos éticos e científicos que contribuam para a geração de saúde, melhoria da formação em enfermagem, e avanço da arte e ciências do cuidado de seres vivos. Oferece a modalidade bacharelado, com Curso reconhecido pela Portaria Nº 651 de 11 de setembro de 2008.

A matriz curricular do curso é definida na figura a seguir:

ANO	BLOCO	NÚCLEO CENTRAL DE APRENDIZAGEM
I	I	Saúde, Sociedade e o Trabalho da Enfermagem
	II.	Processos Biológicos Humanos I
II.	III	Processos Biológicos Humanos II
	IV	Introdução ao Processo de Cuidar e Gerenciar em Saúde e Enfermagem
II.	V	Enfermagem no Processo de Cuidar e Gerenciar em Saúde do Adulto I
	VI	Enfermagem no Processo de Cuidar e Gerenciar em Saúde do Adulto II.
IV	VII	Enfermagem no Processo de Cuidar e Gerenciar em Saúde da Criança e do Adolescente
	VIII	Estágio Supervisionado Curricular I – Enfermagem no Processo de Cuidar, Gerenciar, Educar e Pesquisar I
V	IX	Estágio Supervisionado Curricular II.- Enfermagem no Processo de Cuidar, Gerenciar, Educar e Pesquisar II

Figura II - Fonte: Projeto Político Pedagógico – FAEN, UFMT, 2010.(deixei como a figura I)

Segundo o projeto político pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem da UFMT, campus Cuiabá, nos blocos de aprendizagem privilegiou-se

a compreensão do ser humano em sua integralidade, como ser social, biológico e emocional, prevendo-se a atenção à criança, adolescente, adulto e idoso. Conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem são propostos os Estágios Curriculares nos dois últimos anos, a serem encaminhados mediante projetos de intervenção na realidade de saúde local, articulados às Instituições que compõem o Sistema de Saúde Municipal, sendo que, a carga horária total do curso corresponde a 4272 horas, distribuídas em nove semestres letivos (PPP – FAEN UFMT, 2010).

As competências definidas como necessárias para formação do enfermeiro pelo PPP-FAEN UFMT (2010) são: atenção à saúde, administrativas e gerenciais, educativas, produção de conhecimento, ética e comunicação.

Expostas estas características intrínsecas do Curso de Graduação em Enfermagem, campus Cuiabá, pode inferir o diferencial nas atribuições e competências dos professores de enfermagem. Neste ensejo é necessário refletir sobre a problemática da profissão e seus diferenciais em relação a outros profissionais.

2.8 Problemática da Profissão

A ciência e a construção do conhecimento tiveram início a partir da existência do homem, problematizada intrínseca e/ou extrinsecamente, gerando questionamentos e busca incessante de respostas e de verdades para si. Este ciclo de questões problematizadoras nos remete à filosofia ou atitude filosófica (SAVIANI, 1996). O conhecimento é movido pelas questões que dão significado ao estado vivencial e existencial do homem, dentre estas, estão os mais antigos cerne do homem em sua existência, como o processo de saúde e adoecimento em todos os seus determinantes e condicionantes, bem como, a relação individual e social travada dentro deste assunto da saúde, adoecimento e vivência do sujeito.

Este pensar remete, no contexto desta pesquisa, aos conceitos de saúde e doença e, mais especificamente, aos conceitos de saúde e suas designações, sejam elas de caráter individual ou coletivo. A reflexão aqui sugerida volta-se à definição

pessoal de saúde, ou seja, a uma definição daquilo que se considera doença ou processo de adoecimento.

Dentro da visão biomédica, a doença pode ser definida como o declínio ou detrimento da função de determinado órgão ou sistema do corpo. O adoecimento, nesta perspectiva, é aquele que atinge tão somente o corpo físico orgânico e que, através dele, indica sinais e sintomas (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

Existem outras perspectivas de doença, que serão descritas no próximo capítulo, mas friso a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS): a saúde antes definida como ausência de patologia física é, agora, definida não estritamente como ausência de doença, mas a presença de um bem estar geral⁴⁷, com a satisfação de necessidades humanas básicas para qualidade de vida. Este conceito abre as portas para outras definições de saúde e doença que não sejam tão voltadas à prática dos protocolos clínicos convencionais e à visão biomédica da saúde e doença.

Com formação na área da saúde e uma estrutura curricular com grande ênfase em princípios de integralidade, complexidade e humanização, os profissionais são orientados durante toda vida acadêmica à prática de um novo olhar sobre o ser humano, o olhar holístico para o indivíduo em todos os seus prismas, compreendendo-o profunda e integralmente para ligá-lo aos contextos formativos de sua vida e das relações que o compõe; em saúde, estes são o *genograma* e *ecomapa*⁴⁸; assim se consegue entender as relações e inter-relações, que por sua vez, seriam determinantes e condicionantes epidemiológicos importantes no processo saúde-adoecimento.

A formação do profissional voltada para o cuidado abrangente da saúde e do adoecer é a marca principal da formação do enfermeiro. Este mesmo profissional,

⁴⁷ O conceito de bem estar geral para saúde foi definido na VIII Conferência Internacional de Saúde de 1986, inspirada por elementos da Carta de Otawa do mesmo, confere um novo olhar para o processo saúde e adoecimento, estreitando a relação entre saúde, adoecer e qualidade de vida.

⁴⁸ Genograma demonstra geneologicamente relações de parentesco que caracterizam determinantes biofisiopatológicos, hereditários ou não, além de demonstrar o nível das relações interpessoais familiar. Ecomapa, as relações do indivíduo e família com a comunidade externa e serviços. PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique Novaes (orgs.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. – Rio de Janeiro: CEPESC/IMS – UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009.

em toda sua formação e atividade profissional, é lançado a olhar o processo educativo como integrante do “fazer saúde”. É uma constante linha convergente que liga as duas epistemes quando o profissional institui a prática de educação permanente⁴⁹ e educação em saúde⁵⁰, demonstrando a forma peculiar de imbricação dos dois saberes amplamente proporcionais.

Neste contexto de educação já intrínseca na atividade de enfermagem, volto-me à realidade existente, deste enfermeiro atuando também como professor⁵¹.

Como já discutido anteriormente, a docência em saúde necessita de uma estrutura pedagógica própria, porque tem/possui características próprias, como uma gama de conhecimentos de outras epistemes que se fazem necessárias para ação eficaz em saúde. Com isto, detenho-me na conjunção em essência da atividade docente e atividade deste profissional de saúde - o profissional que lida com adoecimento orientando a formação de futuros profissionais. Tudo isto, para adentrar a situação do adoecimento do professor de enfermagem e como vivencia e se estrutura ante esta situação.

Para Rodrigues e Mendes (2007, p. 456), a atividade docente pelo enfermeiro está ligada à formação do profissional do cuidar, na qual deve ser o “enfermeiro apto a atuar em todas as dimensões do cuidado como promotor da saúde do cidadão, da família e da comunidade”. Mais uma vez, a conjunção de atividades entre as atribuições, competências e deveres éticos das profissões, que juntas e correlacionadas constroem o enfermeiro professor.

Expondo esta correlação e conjunção de atividades, volto ao questionamento principal do estudo, refletir e compreender como o enfermeiro professor vivencia o adoecimento, refletindo como a doença desconstrói e reconstrói sua realidade e

⁴⁹ A educação permanente é instituída pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde através da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que determina ações que viabilizem a qualificação e atualização permanente do profissional de saúde, frente aos inúmeros dilemas, confrontamentos e rápida defassagem de conceitos e determinações.

⁵⁰ Abordagem da educação em saúde é voltada ao ensino da população dos meios de ter e manter qualidade de vida, sendo respalda pelas Diretrizes de Educação em Saúde Visando à Promoção da Saúde da Fundação Nacional de Saúde de 2007.

⁵¹ Pimenta e Anastasiou (2002) faz referência ao profissional que tem a sua área de atuação profissional e a atividade docente, e quando indagado sobre o que é, responde a sua primeira formação base, configurando uma indefinição na identidade de ser profissional e dar aula, e ser docente em uma determina área profissional.

identidade; buscando também, compreender como, após o acometimento de uma doença, vivência e constituiu essa nova notícia sobre si. Volto também, a mais uma indagação gerada pela nossa busca: como é, para aquele que sempre cuidou de doentes e hoje atua como professor, orientando a melhor forma de cuidar de doentes a outros futuros profissionais de enfermagem, estar adoecido?

Neste ponto, acredito que foram quebradas as fronteiras entre ser professor e ser enfermeiro para falar do **adoecimento na profissão docente**⁵², sobre o enfermeiro professor adoecido e as mudanças na identidade daquele que adocece, bem como os fatores de sofrimento desta profissão.

Diante de muitas problemáticas que circundam e enleiam a profissão, bem como a discussão sobre a profissão que destaca o papel do professor nos processos de formação individual e social das pessoas, pouca atenção é atribuída à dimensão individual do professor neste processo de adoecimento, sua essência como indivíduo dotado de um corpo que habita em si mesmo e na sociedade, admitindo-se a lacuna da abordagem individual nos estudos e pesquisas sobre adoecimento docente (NÓVOA, 1992). Propõe-se então, compreender como o enfermeiro professor adoecido vivencia o adoecimento e como a doença desconstrói e reconstrói sua realidade e identidade; e como constitui a notícia de estar adoecido e como ele vivencia o adoecimento.

Em delineamento de uma problemática geral da atividade docente, utilizo Mendes (2006), para falar da relação do trabalho docente e saúde, e da consideração das peculiaridades deste trabalho ao considerar que a relação de desequilíbrio e desgaste, pelas massivas restrições de condições e aumento geométrico de suas responsabilidades e exigências, contribuem de forma direta ou indireta no processo de adoecimento do profissional, inferindo-me um olhar e perspectiva além do modelo unicausal, remetendo-me ao problema do adoecimento do professor como possivelmente, um problema de saúde pública, que deve ser encarado, estudado, desvelado.

Para Oliveira e Assunção (2009), existe a forte associação entre as queixas de saúde e as condições de trabalho, ou ausência destas, gerando no professor, o

⁵² Grifo meu.

desestímulo, a ambiguação de seu papel, a desestruturação de suas perspectivas, e por vezes, a colocação em descrédito de seu próprio mérito, em que a fadiga e a frustração constantemente mencionadas pelos professores são associadas ao volume de trabalho e à precariedade das condições e também às demandas extenuantes no trabalho que perpassam o horário de serviço e seu ambiente, incluindo uma soma de demandas emocionais com expectativas e perspectivas sociais de excelência, cuja exigência é de uma atuação capaz de reverter a situação social e educacional. Demonstrando, neste ensejo, a caracterização implícita do adoecimento no docente como uma doença social que deve ser vista, tanto pela razão sociológica e social como pela perspectiva focal e singular, que emerge de vivências.

O vislumbrar da realidade docente no Brasil aponta para fatores que estão profundamente ligados ao exercício de uma profissão sem recursos, com altas exigências e uma demanda massiva para atender a um processo que tende à defasagem pela inabilidade do Estado em mantê-la, adequá-la e modernizá-la, incluindo neste contexto, o docente.

As insatisfações do professor, direta ou indiretamente, contribuem para manifestação de doenças no corpo físico orgânico, doenças de origem propriamente orgânica e/ou de origem psicossomática. Desperta para a questão social do adoecimento, e da visão não apenas biomédica do adoecer no professor (moldes implicitamente capitalistas e excludentes), mas para a visão do adoecer a partir do processo biopsicossocial do professor – que vê, vive e sente a insatisfação em alto grau de sofrimento psíquico e físico, e que não pode ser ignorado.

Mendes (2006) retrata estas insatisfações quando demonstra as condições de trabalho docente e todas as “implicações” da profissão que culminam em desmotivação, insatisfação e possibilidade de diversas manifestações patológicas orgânicas ou somáticas, que são resultados de todo um sistema falho, que atinge o docente em toda sua integralidade.

Diante disso, pensa-se na percepção do professor, em relação ao seu estado adoecido, e em como se enxerga nesta sociedade que o impede de adoecer, de falhar, e também, não o valoriza no exercício de seu ofício, colocando-o como instrumento do capital num mercado competitivo e fugaz que o lança sobre ondas de

instabilidades diversas que indireta ou diretamente repercutem na sociedade e no docente.

Descritos alguns dos fatores importantes do processo de sofrimento do profissional professor, cabe agora, delinear fatores de sofrimento e possibilidades de adoecimento que são peculiares às atividades de enfermagem, para posteriormente, conseguir uma reflexão correlacionando enfermagem e enfermagem na docência.

2.9 O Peculiar das Atividades de Enfermagem

A Legislação do Exercício Profissional Nº 7.498/86, no artigo terceiro, estabelece as competências e responsabilidades fazendo conhecidas funções privativas do Enfermeiro, a saber:

- direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem;
- consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;
- consulta de Enfermagem; prescrição da assistência de Enfermagem;
- cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;
- participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;

- prevenção e controle sistemática de infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de Enfermagem;
- assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- execução do parto sem distócia;
- educação visando à melhoria de saúde da população.

Neste ensejo, tomo como sujeitos deste estudo enfermeiros professores, que além das competências educacionais, são também incumbidos das competências acima descritas. Constituindo a conformação elementar da problemática e paradoxo desta profissão, o enfermeiro que é professor, ensina o cuidado e adocece, logo, busco responder como é a vivência do enfermeiro professor do adoecimento.

Coloco em questão, a multiplicidade de fatores que compõem a vida profissional do enfermeiro professor, somente através destas atribuições descritas no Código de Ética profissional, para caracterizar o que quero enfatizar como fatores de sofrimento nas atividades de enfermagem.

Ignatti (2012) enumera fatores de sofrimento que envolvem as atividades profissionais de enfermagem. Descreve fatores intrínsecos e extrínsecos que fazem parte do cotidiano vivencial do enfermeiro. Ignatti (2012, p. 2 e 3) cita os fatores:

Reduccionismo e fragmentação de tarefas e relações; estrutura hierárquica pouco flexível; monotonia de atividades; dimensionamento qualitativo e quantitativo insuficiente de pessoal; elevado absenteísmo e afastamentos por doenças; condições inadequadas de trabalho, com exposição a riscos e danos de ordem biológica, química, física, ergonômica, mecânica, social e psicológica; sobrecarga de tarefas, responsabilidades, com alto nível de exigência e expectativas da equipe, chefia e outros profissionais, pacientes e familiares; excesso de carga horária contínua de trabalho; remuneração deficiente e insatisfação profissional; autonomia relativa para tomada de decisões; sentimentos de impotência e incapacidade; problemas de relacionamento interpessoal entre indivíduos da própria classe; exposição a perdas, ao sofrimento e à morte, múltiplos fatores desgastantes tanto de origem física, quanto emocional, desde condições de trabalho estafantes e insalubres até desequilíbrio do sono, dos ritmos corporais, da alimentação, da convivência familiar e social, entre outros, sobrecarga de exigências de múltiplas; desproporção entre relações de satisfação e ganho emocional e situações de desprazer e tensão pessoal e profissional, mediante as experiências frustradoras do ideal profissional buscado na formação, acompanhadas de dilemas éticos, confrontos de opinião e conduta, conflitos

internos e externos, medos diversos (errar, prejudicar, matar, falhar enfim com seus deveres e juramento, ser punido pelo conselho de classe, perder o emprego).

A descrição de Ignatti (2012), para os fatores de sofrimento, é ímpar à vivência do enfermeiro e novamente, compunge a uma reflexão sobre o processo de trabalho na enfermagem e na educação.

Considero através desta sucinta exposição de fatores, que o profissional enfermeiro vive este paradoxo e esta duplicidade de sofrimentos quando atua na assistência, pela natureza de sua formação, e quando faz atividade de ensino, pela natureza estruturante das responsabilidades de ser professor.

Neste contexto, tentando lançar mão de uma visão além do modelo flexneriano⁵³, encaro o adoecimento com o olhar nietzschiano do adoecer (NIETZSCHE, 2008), o qual é visto não apenas como um processo biofisiológico e orgânico de desequilíbrio, mas como o desequilíbrio do organismo que tem as funções celulares e orgânicas, os processos biológicos e fisiológicos de regulação e compensação, todos em conjunto, em estado de desequilíbrio ou estresse, que resultam na estafa e fadiga do organismo que chamamos indivíduo.

Portanto, considerando a complexidade de fatores, eventos e sentimentos que envolvem esta reflexão sobre adoecimento do enfermeiro professor, abordo sobre a formação da identidade profissional e suas sucessivas transformações, conforme sugere Dubar.

2.10 Construção da Identidade Profissional

Não trabalharei nesta seção a questão da identidade com olhar apenas psicopedagógico, nem com olhar voltado à identidade de ser⁵⁴, mas principalmente,

⁵³ Modelo biomédico.

⁵⁴ Busquei novamente a definição de persona, concebendo-a como construção a partir da experiência social do homem, uma forma de “moldagem” de ser, pelo que se quer ser e pelo que se vive. JUNG, Carl Gustav. **O Eu e o inconsciente**. 15ª edição, volume VII/2 das Obras Completas. Petrópolis: Vozes, 2001. Conjugando-a com ser, na expectativa de que não somos, e a si-mesmidade pode estar atrelada ao estar, trabalhando as expectativas dos momentos que constroem o que somos. NIETZSCHE, Friedrich. **Ecce Homo**. Tradução de Artur Morão. Covilhã, Universidade da Beira Interior, 2008.

com os olhares à reflexão de ser enfermeiro professor, ou seja, a identidade profissional. Para tanto, precisei voltar à definição da LDB sobre o professor de ensino superior⁵⁵ como profissional para orientação crítico-reflexiva e teórico-prática para formação de profissionais e cidadãos e à Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 7.498/86⁵⁶.

A Lei de Diretrizes e Base da Educação traz uma ideia que pode dar uma luz na tentativa de definir o profissional educador pela atividade que exerce e pelo que se espera dele, todavia, creio ser importante suscitar o questionamento ético e também moral, de como este profissional se define por si mesmo e sem a caracterização de atribuições e competências.

A Lei nº 7.498/86 define o enfermeiro no artigo 6º como “o titular do diploma ou certificado de Enfermeiro e a titular do diploma ou certificado de Enfermeiro Obstétrico ou de Obstetrix, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeiro Obstétrico ou de Obstetrix”.

Os diversos ordenamentos legais das atividades de enfermagem demonstram a natureza peculiar e múltipla de sua episteme, ou seja, o quanto é multidisciplinar e ligada às outras áreas de saber.

Neste trabalho, não tentei optar por uma profissão ou outra, por uma base teórica ou outra, tentei, contudo, uma integração complexa e reflexiva de bases teóricas e o olhar sobre duas naturezas profissionais que conseguem existir em fusão de atividade precípua.

Acredito ser neste ponto a riqueza desta dissertação e também seu diferencial, a opção pelo diálogo entre a diferença, o vórtice, o movimento.

Com isto, para caracterizar o questionamento sobre a episteme de ser professor, utilizo o pensamento paradigmático de Pimenta e Anastasiou (2002), que diante dos múltiplos olhares sobre os nossos sujeitos, questionam o que de fato, identifica o professor? Como este profissional se identifica profissionalmente?

⁵⁵ BRASIL. **Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece diretrizes e bases da educação nacional. In: *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 dez. 1996.

⁵⁶ BRASIL, Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Regulamenta o exercício profissional de enfermagem e outras providências**. Publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 26.06.86.

Utilizo a pergunta de Pimenta e Anastasiou (2002) reformulando-a para a natureza reflexiva de meu intento: o que de fato, identifica o profissional enfermeiro? Como ele se identifica profissionalmente? Como está delineada a si-mesmidade do profissional que se esmera no movimento de atividades em epistemes e naturezas tão distintas?

Não tentei sintetizar ou unificar os diferentes teóricos que tentam responder estas questões, mas me debrucei sobre os aspectos sociológicos e filosóficos que se relativizam neste estudo com a natureza da enfermagem e da educação.

Antes de responder a estas perguntas, faço uma reflexão sobre a formação da identidade. E para este momento reflexivo, convido Dubar (2005) para adentrar aos princípios e definições que foram construídas até agora.

2.11 Construção de Identidades em Dubar

Identidade, em termos acadêmicos, pode ser objeto de estudo da psicologia, psiquiatria e também da sociologia, entre outras epistemes que trabalhem com humanidades como cerne principal. A identidade faz-se através da socialização do indivíduo com o mundo exterior ao seu e ao movimento entre estas experiências.

Almeida (1996) analisa a obra de Nóvoa sobre a vida dos professores enfatizando o ponto percorrido pelo autor sobre a relação entre profissionalização do professor, construção de sua identidade e a sua história de vida. Perpasso por Dubar (2005), para compreender estes aspectos através de sua discussão sobre socialização e construção identitária.

A socialização⁵⁷ não se restringe aos conceitos tradicionais das ciências sociais e dos seus principais teóricos. A socialização para construção da identidade abrange tipos de identidade, ou formas identitárias, que são formadas através dos eventos de aprendizagem, interiorização e incorporação, que geram os personagens na vivência pela experiência, nisto tem-se a “definição de si e dos outros”. Para Dubar (2005), a identidade resulta de socialização das atividades e dos indivíduos, e se definem pela estrutura que gera ação e pela história de formação, numa

⁵⁷ DUBAR, Claude. **A socialização – a construção das identidades sociais e profissionais**. Trad. Andréa Stahel M. da Silva. Martins Fontes, São Paulo, 2005.

estruturação representativa que vai além da representação de identidade universal e singular, mas um movimento de reciprocidade residual e infindo.

Diz ainda, que a socialização como a própria identidade (não apenas como meio de construí-la) e refere-se às formas identitárias como: biográfica, relacional e profissional (DUBAR, 2005).

A identidade biográfica, ou “identidade para si”, é determinada pela trajetória social. Esta forma identitária, abrange não apenas o período de formação no sentido piagetiano, mas o conjunto de estados vivenciais que fazem parte da trajetória de ser: trabalho, estudos, entre outros processos que constituem a formação social e pessoal. Remete ao pensar, portanto, não é finalizada (DUBAR, 2005).

A identidade relacional, como explicada, é determinada pelo contexto de ação, denominada como “identidade para o outro”. Este processo identitário, para Dubar (2005), é formado pelas relações sociais e relações de trabalho, admitindo-se uma reciprocidade fusional entre as identidades relacional e profissional. Neste processo, é intrínseco às dimensões identitárias de campos, valores e normas que condicionam o sujeito à adequação do personagem.

A identidade profissional é enfatizada como uma das mais complexas e importantes, pois as condições de trabalho condicionam a construção das identidades sociais pela imprevisibilidade e potencial de transformação do sujeito, portanto, consegue agregar duas formas identitárias pela identificação profissional na vida social (DUBAR, 2005).

Busco nas palavras de outros autores, como Pimenta e Anastasiou (2002, p. 13), para explicitar a identidade docente como relacional e profissional, pela formação simultânea “epistemológica e profissional”, não descartando com isto a identidade biográfica.

Para Laville (2005, p. 66), o percurso de ser professor está em constante “movimento ascendente de deslocamentos”, e complementa dizendo que “essas figuras de professores se sobrepõem a imagos parentais”, concluindo a reflexão com a ideia do percurso e da identidade pelo outro ao dizer que “o trajeto para identificação da aluna se revela de uma grande complexidade e semeado de armadilhas”, demonstrando que a identidade pessoal e de ser professor estão

ligadas, unidas pela imagem que atribuímos a nós pela expectativa a nós outorgada pelas exigências profissionais, necessidades e visão do outro que de nós espera.

Nóvoa (1992) descreve as expectativas externas sobre formação da identidade docente, descrevendo-a de forma segredada, como integrante do conjunto de um ser, utilizando metaforicamente a pele para esta reflexão. Para ele, o eu pessoal e eu professor podem ser comparados aos componentes da pele, como se cada um fizesse parte da camada tecidual distinta do mesmo órgão.

As necessidades da atividade profissional remetem à formação de um profissional com atribuições e características diversas, que reciprocamente se relacionam em uma dialética não linear em processo de transformação constante. A identidade do professor universitário será, diante disto, não apenas uma justaposição de camadas, mas relações de construção entre os processos descritos por Dubar (2005).

O termo si-mesmice, si-mesmo ou si-mesmidade, utilizado por Nietzsche nas obras “Crepúsculos dos Ídolos” (2000), “Aurora” (2008), “Ecce Homo” (2008) referenciam a construção do devir do ser, numa conjunção de experiências que compõem a vivência. Estes elementos: vivência, experiência e si-mesmidade, creio, constituem-se, partes elementares do processo de construção da identidade do sujeito.

Não obstante, serão reunidos agora a história, a fisiologia e os mecanismos da doença física: a explicação da doença orgânica, os modelos conceituais de saúde e doença e outras discussões.

CAPÍTULO III

3. A HISTÓRIA, A FISILOGIA E OS MECANISMOS DA DOENÇA FÍSICA: A EXPLICAÇÃO DA DOENÇA ORGÂNICA.

O estado patológico não difere, radicalmente, do estado fisiológico, ambos, os estados são eventos simples de prolongamentos e variações dos limites orgânicos normais (CANGUILHEM, 2009).

Para compreender o adoecimento do enfermeiro professor e como ele vivencia este evento, refletindo como a doença desconstrói e reconstrói a realidade e identidade do sujeito, se fez necessário uma reflexão sobre as definições de doença e seus mecanismos nos mais diversos gêneros de discursos epistêmicos.

Para tanto, ao falar da doença ou adoecimento, não pude deixar de abordar o que é saúde, o homem e seu corpo que vivencia a patologia ou o estado de saúde, o que suscita a discussão também conceitual sobre saúde e doença.

A doença é tão antiga quanto o corpo biológico. Certamente não estou aqui falando somente sobre o biologismo humano. Todos os seres celulares apresentam em sua existência alterações metabólicas, a princípio isoladas, posteriormente sequenciadas. Isso em função de leis naturais que se relacionam diretamente com a Lei da Entropia^{58,59}.

Pode-se perceber que esta abordagem é rica, complexa e pode ir longe, utilizo minha concepção que a doença deva ser discredionada primeiramente como

⁵⁸ Entropia é termo que designa a Lei Newtoniana da termodinâmica, e que faz referência ao equilíbrio e probabilidade de estados (AURANI, 2009).

⁵⁹ Entendo como um princípio amplo que age absoluto nas forças do universo, em sua organização e fluxos de equilíbrio, moldando os resultados em todos os aspectos da existência e filosoficamente, do saber. Reduzindo drasticamente o que representa a Entropia, podemos dizer que é o princípio que agindo no equilíbrio do meio leva-o progressivamente à desorganização, em associação com as Leis e eventos do tecido Tempo-Espaço.

enfermidade, até porque intuitivamente as "enfermidades" evocam ser um termo genérico, que aponta alguns sinais e/ou sintomas ainda pouco esclarecidos.

Sendo assim, a doença - como definição pessoal e pela própria formação profissional - seria esse conjunto de sinais e sintomas que congruentes em sinais cardinais estabeleceriam condições lógicas, físico-químicas e biológicas para o diagnóstico e conseqüente tratamento.

Roy Porter (2001) descreve a história da medicina, saúde e visão do que se chama doença, relacionando-a, primeiramente, com a vida e atividade humana em um determinado espaço e período; condicionada pela expansão de territórios humanos e pela sua própria evolução social. Posteriormente, evoca a questão discutida na área de saúde e também nas áreas educacionais: o que é doença?

Não pretendo neste estudo enfatizar esta questão, pelo enfoque já dito sobre a vivência do adoecimento pelo enfermeiro professor e a constituição e alterações na realidade e identidade, refletindo como a doença desconstrói e reconstrói a realidade e identidade do sujeito; almejo suscitar uma discussão e tempestade de ideias sobre o adoecimento.

As definições de doença têm um escopo cultural⁶⁰ que estrutura o conceito que receberá a cada período. Para compreender melhor estas transformações, retorno sucintamente aos primeiros pensamentos que subsidiaram conceitos e que estruturaram o que atualmente utiliza-se como conceito.

Destaco o pensamento hipocrático⁶¹ e a representação *higéica-panacéica*⁶² da Antiguidade clássica, e posteriormente, a ideologia galênica⁶³ e de Paracelso⁶⁴ que ajudaram a reger as explicações até então míticas e miasmáticas do adoecimento.

⁶⁰ NAKAMURA *et al.* **Antropologia para enfermagem** – Barueri, SP – Manole: 2009.

⁶¹ Hipócrates reconhecia a doença como parte da natureza e do corpo, e seria obtida através de um equilíbrio entre o corpo e a natureza (OLIVEIRA e EGRY, 2000).

⁶² Conceito mitológico de representação da saúde da Antiguidade Clássica, que referencia o método curativo (panacéia) e o preventivo e de promoção de saúde (higéia) (FERNANDEZ *et al*, 2008).

⁶³ Galeno foi o preceptor da ideologia médica curativa fundamentada principalmente na "cura pelos contrários", com o tratamento das enfermidades por meio do que possuía efeito contrário a ela. (CORREA, SIQUEIRA-BATISTA e QUINTAS, 1997; p. 348).

As concepções se transformam, à medida que a concepção humana de saúde e doença acompanha o desenvolvimento teórico e científico para explicar os fenômenos, focalizando os processos humanos e sociais, já frisados por Porter (2001) e que envolvem o evento. No contexto destes processos sociais, se fez importante atender para a história social da saúde e da doença.

Na história social descrita por Adam e Herzlich (2001), a evolução e persistência das patologias foram inevitáveis no contexto das civilizações e suas evoluções respectivas. E são diferenciadas, histórica e culturalmente, dos flagelos coletivos do passado para as doenças do hoje^{65,66}.

As doenças ganhavam peso de flagelos pela conotação mística e religiosa que envolvia o imaginário popular, quando Agostinho (1990, p.106) diz ser “acolhido pelo flagelo da doença”. Sendo rompidos estes conceitos fechados e não dinâmicos, as doenças passam a ter explicações biomédicas e epidemiológicas e também passam a ser conhecidas por alguns termos designativos. Por mais que pareçam apenas fator de correspondências ou “incorespondências” semânticas, os termos que designavam o “mal-estar” sobre o corpo, as suas distinções sutis e significados subjetivos implícitos ajudam a compreender o que se pensava sobre a doença.

Almeida Filho e Rouquayrol (2006) descrevem o sentido relacional de conceitos de doenças e os seus correlatos. Os termos em inglês têm uma significada variabilidade; quando traduzidos, especialmente, vê-se a diferença talvez subjetiva e imaginativa que figuram no imaginário, primeiramente popular sobre a doença.

As palavras *disease*, *disorder*, *illness*, *sickness impairment*, *disability* e *pathology* são as levantadas entre século XIX e XX para designar a doença, favorecendo a discussão tempestuosa do termo. Digo tempestuosa, por considerar

⁶⁴ Paracelso foi idealizador da “cura pelos semelhantes”, concebia o ser humano como um todo integrado e harmônico, constituído de mente e corpo. Sendo, provavelmente, precursor do holismo. Através de sua visão, calça-se uma via para consolidação da homeopatia (IDEM, p. 348).

⁶⁵ ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. Trad. Laureano Pelegrin, Bauru, SP: EDUSC, 2001; p.15.

⁶⁶ Vejo o uso da palavra “vivência” por Adam e Herzlich (2001, p. 15), para designar a inconstância do cultural da experiência do adoecimento conforme o fator temporal e social que envolvia à determinada sociedade do evento. Demonstrando que as formas de encarar o adoecimento e lidar com ele, serão individuais, mas também culturais e temporais.

as discrepâncias entre as mais diversas culturas e interpretações que se mostram no arcabouço utilizado e também consultado.

Voltando aos termos, começo por *Disease*, que significava uma condição corporal ou de suas partes na qual as funções estivessem prejudicadas/perturbadas, sendo esta, a definição mais próxima do modelo atual que rege a medicina tradicional.

O termo *illness* designava a qualidade/condição de estar enfermo em vários sentidos, observando a enfermidade em um contexto abrangente e subjetivo; *disorder* dava a ideia de transtorno, termo este que no contexto brasileiro de assistência é utilizado com mais frequência em saúde mental, por exprimir desordem e contrariedade que fazem parte dos objetos de estudos desta área; *impairment* figurava como redução da capacidade orgânica ou psico-emocional, que uma vez prejudicados, impediam as atividades diárias e os papéis e funções sociais normais, dando relevância ao processo social implicado pelo adoecimento (ALMEIDA FILHO E ROUQUAYROL, 2006).

Sickness conotava a enfermidade, no sentido literal ou subjetivo para doença do corpo e da alma, respectivamente; já *desability* caracterizava a limitação funcional transitória ou permanente; e por fim, *pathology* que é definida como uma ciência própria que estuda a doença pelos padrões médicos-epidemiológicos e foi conceituada como interrupção dos processos normais do organismo, bem como os mecanismos envolvidos no processo reparatório que, neste ponto de vista, poderiam restabelecer “estado normal de existência” (ALMEIDA FILHO E ROUQUAYROL, 2006, p. 33).

O termo patologia é como um resultado do advento da ciência e dos ideais libertários e iluministas-renascentistas. Este termo acrescenta às visões metafísica e religiosa novos elementos para tentar explicar o que ficou conhecido como processo saúde-adoecimento⁶⁷.

Com a nova forma de encarar a ciência e os fenômenos da realidade humana e social, a história testemunhou o nascimento de correntes conceituais, políticas e

⁶⁷ Processo saúde e doença, em termos epidemiológicos, pode ser entendido como a trajetória individual-social de vivência e exposição a fatores condicionantes e determinantes que, em um conjunto de processos articulados causa a quebra da homeostasia e mecanismos adaptativos, gerando o processo de adoecer (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 2006).

filosóficas que influenciaram o saber em todos os seus níveis e, principalmente, no que tange à saúde-doença e conhecimento médico-clínico e os saberes conceituais de enfermagem. Esta transformação nos processos sociais e histórico-científicos foi concomitante ao nascimento da medicina e seus conceitos⁶⁸. Após isto, cabe ainda citar a existência de paradigmas conceituais e modelos ideológicos acerca do processo saúde e doença, que postulam características definidoras para o “ter saúde”/“ser saudável” e ser ou estar adoecido. Para chegar a uma reflexão mais profunda sobre a doença, ou seja, para chegar ao limiar do que propus a descobrir sobre a vivência do adoecimento, além das transformações identitárias e do si-mesmo, é necessário superar e romper com os modelos conceituais de saúde e doença⁶⁹ que são trabalhados em saúde através da epidemiologia⁷⁰, que são: biomédico, processual, sistêmico e ecossistêmico.

Estes modelos regem práticas e visões sobre saúde e doença, e sobre estar saudável ou adoecido. Eles estão implícitos na prática dos profissionais de saúde, e no Brasil têm regido a identidade profissional e o código de ética e conceitos ministeriais⁷¹ que concebem preconizações de ações gerenciais e assistenciais em saúde.

Cabe também, uma reflexão sobre os prismas da doença no ser humano, utilizando agora, conceitos filosóficos, sociológicos e históricos para tecer e construir o que quero chamar de outra perspectiva para o entendimento sobre o adoecimento, a começar por uma reflexão sobre a doença em Nietzsche e Canguilhem.

⁶⁸ Almeida Filho, 2006; Adam e Herzlich, 2001; Porter, 2001.

⁶⁹ CAMPOS, G.W.S. *et al.* (Orgs) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

⁷⁰ A epidemiologia se ocupa em estudar “a distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas, e sua aplicação na prevenção e controle dos problemas de saúde” (LAST apud BONITA, 2010, p. 2).

⁷¹ O Ministério da Saúde do Brasil rege e padroniza ações que são previamente aceitas para o espaço nacional.

3.1 A Doença em Nietzsche e Canguilhem

Giacóia Júnior (2001) faz um levantamento acerca de Nietzsche e sua vida, pontuando a questão do adoecimento ser uma constante em sua história, seja por viver a doença como doente ou vivenciar a doença em um ente querido. Nietzsche vive a doença desde a infância e na fase adulta, tendo que afastar-se do ofício de professor em decorrência deste pesar.

Este levantamento ajuda na compreensão dos textos nietzschianos, que abordam implicitamente a doença quando são tratados os temas dor e sofrimento.

Nietzsche (2008, p.58), em suas considerações intempestivas de “Ecce Homo”, diz que a doença é um “[...] típico sinal de decadência [...]”, fazendo esta consideração quando desvela a visão social e humana sobre o adoecimento, e conseqüentemente, sobre o doente. Decadência ou *decadent*, como fruto de uma cultura empobrecida e perdida, na qual e pela qual se perde o homem de si-mesmo. Em suas obras, Nietzsche critica, frequentemente, esta definição de doença, criticando também as classificações de doenças que acabavam por se transferir para o indivíduo. Essa classificação é descrita na obra de Canguilhem (2009) como norma e média, formas de estruturação social que estratificam o indivíduo em normal ou doente (ou condição normal ou patológica).

Canguilhem (2009, p. 56) confirma a existência desta situação criticada por Nietzsche (2008), ao enfatizar que:

Um ser vivo é normal em um determinado meio na medida em que ele é a solução morfológica e funcional encontrada pela vida para responder a todas as exigências do meio. Em relação a qualquer outra forma da qual se afasta, esse ser vivo é normal, mesmo se for relativamente raro, pelo fato de ser normativo em relação a essa forma, isto é, desvalorizando-a antes de eliminá-la.

As reflexões de Canguilhem (2009) sobre o adoecimento, nas condições emblemáticas de “O normal e patológico”, envolvem estudos e conceitos normativos e prescritivos que classificam o indivíduo doente, segundo a repercussão social de sua condição e classificação. Com isto, Canguilhem utiliza os termos bioestatísticos norma e média, empregados no contexto biomédico de assistência à saúde. Sua reflexão me faz entender a “norma” como individual (são variáveis em um único e/ou

um mesmo indivíduo) e a “média” é a resultante da estatística (de uma regularidade); neste caso, a norma sobrepõe à média.

O normal é definido como “tipo ideal” em condições experimentais determinadas e a média cria sentido de probabilidade. Logo, procuro atentar que não se faz estatística em “números” de indivíduos, considera-se um único indivíduo, ou seja, as variáveis estão nesse mesmo indivíduo. O problema consiste em saber dentro de que oscilações em torno de um valor médio, puramente teórico, os indivíduos são considerados normais, entende-se que a média não pode ser tomada como norma e o que se chama “normal” é uma atribuição de “valor” puramente; ou, que nossa imagem do mundo é sempre também um quadro de valores (CANGUILHEM, 2009).

Ainda em “O normal e o patológico” (CANGUILHEM, 2009), a expectativa de cura no modelo biomédico é fazer voltar à norma uma função ou um organismo que dela se tinha afastado. Sentimento, o qual Nietzsche (2008, p. 19) refuta, entendendo que não existe retorno às condições antigas, mas crescimento na “[...] experiência a partir da força e da fraqueza [...]”.

Na discussão aquiescida por Canguilhem (2009), as condições “normal” e “patológica” que rotulam o indivíduo são tão intimamente ligadas que se torna difícil separá-las, uma condição recíproca e simultânea, na qual a situação patológica, no sentido de desequilíbrio e adoecimento, é mais comum que a situação saudável entendida como normal.

A doença, na perspectiva deste estudo, é considerada parte intrínseca da vida, da existência humana, afora das perspectivas criticadas por Nietzsche e por Canguilhem, e pela visão social de um adoecimento que entorpece e limita.

A luz diurna mais cintilante, a racionalidade a qualquer preço, a vida luminosa, fria, precavida, consciente, sem instinto, em contraposição aos instintos não se mostrou efetivamente senão como uma doença, uma outra doença. - Ela não concretizou de forma nenhuma um retorno à "virtude", à "saúde", à felicidade... Os instintos *precisam* ser combatidos esta é a fórmula da *décadence*. Enquanto a vida *está em ascensão*, a felicidade é igual aos instintos (NIETZSCHE, 2006, p. 9).

Para estes autores, a doença ocorre quando não há aceitação do indivíduo, que inserido em uma nova situação, neste caso, a condição de adoecimento

(CANGUILHEM, 2009), não a aceita; o não aceitar a ruptura de uma condição habitual à outra o tornaria adoecido. A condição da doença pode ser considerada por estes autores fator de crescimento, reflexão, ascensão e autoconhecimento (NIETZSCHE, 2008).

Em “Aurora” (2008, p. 50-51), Nietzsche diz que “[...] a mais grave doença da humanidade nasceu da luta contra as doenças e os remédios aparentes produziram com o tempo um mal pior daquele que deveriam eliminar [...]”.

A doença não é definida senão pela sociedade e seus indivíduos, e ambos os autores, Nietzsche (2008, 2006) e Canguilhem (2009), concordam que existem na vida o estado de saúde e o estado de doença, sendo um estado comum em uma mesma vida, sendo esta sua polaridade. As normas biológicas são partes da mesma vida sendo uma patológica e outra saudável, mas ambas são normas da mesma natureza. A vida se faz e se cria no movimento entre os opostos - saudável e patológico.

Isto, logo, nos dá margem à reflexão filosófica que se segue acerca de outros prismas da doença e concepção da doença como caos e um elemento da vivência, com levantamento de reflexões arcaicas já existentes, e também uma reflexão correlacional sobre a condição e do adoecimento do indivíduo.

3.2 Outros Prismas da Doença

O pensamento de Porter (2001) me permitiu vislumbrar alguns conceitos de doença que foram sendo imputados ao longo da história da medicina e cuidados com a saúde. As interpretações da doença apresentam uma relatividade cultural que evidencia o pensamento dominante e que acaba por determinar a visão dos eventos vivenciais.

Os conceitos tradicionais de doença me fizeram encará-la e entendê-la como um evento que visita o corpo, algo que consegue se “anexar” ao organismo, trazendo mudança, como uma inquietação negativa no estado físico, mental e social daquele que a experimenta.

Dentro do contexto da enfermagem, as teorias que fazem composição do arcabouço teórico do processo de enfermagem, também inferem ideias sobre saúde e doença na tentativa de traçar as linhas de cuidados.

Considero relevante citar as teóricas de enfermagem de meados do século XX, Martha Rogers, Calista Roy, Betty Neuman e Margareth Newman⁷², que buscaram explicar a doença, após observação dos eventos sociais e mudanças geopolíticas marcantes deste século, que culminaram em novos olhares sobre a saúde, a doença e o homem.

Este quarteto encaixa sua visão de doença nos processos de vivência social do homem, delineando interações positivas e negativas, resistência e capacidade de adaptação a “estressores”, nos quais o ser humano é constante e, sucessivamente, exposto a fatores que mitigam sua capacidade físico-biológica e social de resistir e adaptar; com a ineficiência destes mecanismos, presenciáramos o evento da doença (GEORGE, 2000).

A medicina convencional nos impele a olhar a doença no corpo, como produto de uma agressão ou lesão, ou primariamente, de uma disfunção, em que a célula, órgão ou sistema, se torna temporária ou permanentemente incapaz de manter o processo de homeostase, a doença nesta visão, se restringe ao corpo físico e delata nele seus sintomas (GUYTON E HALL, 1998).

Outra visão, mais progressista ao humano e ao social, agrega nas possibilidades interpretativas os elementos descritos nos estudos da psicossomática⁷³. Neste paradigma, o doente tem a doença que aflige o corpo como resultante, tendo como causas primárias outros fatores não biológicos. Filho (1992) analisa em sua obra, diversas manifestações psicossomáticas que se sobrepõe ao homem. Estas manifestações ocorrem no corpo por ação de uma mente afligida e inquietada por fatos individuais e sociais, também biológicos, que lhe são, em momentos de sua vida, fardos pesados para carregar, ou mesmo, difíceis de aceitar. Logo, a mente reage “transferindo” ao corpo a mensagem decodificada pelo indivíduo como doença ou agravo.

⁷² GEORGE, J. **Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional**. 4ed. Artmed: Porto Alegre, 2000.

⁷³ FILHO, Julio de Mello. **Psicossomática hoje**. Parto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992.

Dahlke (1996) entende a doença como fenômeno repleto de significados e sentidos, um caminho capaz de fazer abrir os olhos aos problemas não solucionados, no qual a doença que aflige o corpo e lhe infringe sintomas, o faz para que se decifre uma mensagem dos sinais ocultos implícitos nos sintomas.

Para enriquecer a discussão, congregamos também a obra foucaultiana “O Nascimento da Clínica” (2006) para tentar compreender e vislumbrar o retrato descrito pelo autor do período mais marcante do saber médico e em saúde, o nascimento experimentativo de conceitos, modelos e disciplinas médicas. Com isto, nasce a crítica ao modelo biomédico, logo, emerge a configuração de novos olhares sobre o homem doente e sua doença, a visão que hoje se tenta inserir nos programas de humanização de assistência.

Foucault (2006) relembra a postura absorvida pelo pensamento biologicista biomédico do corpo como espaço geográfico do aparecimento de doenças. Traça os caminhos do corpo, como alguém que desenha um mapa, no qual cada linha pode representar um nervo ou capilar sanguíneo, cada figura composta, pode ser considerada um órgão ou sistema, através do "mapa" desenhado pela medicina do corpo humano, seria possível encontrar os caminhos geomórficos das doenças.

A distribuição das doenças sobre o corpo, nos primórdios do pensamento racional médico, descarta outras possibilidades de origem das doenças, instituindo uma nomenclatura, sigmas e também estigmas sobre o ser que adocece (FOUCAULT, 1963).

Com isto, infere-se uma adequação cultural que se impôs sobre doença e doente, de sinais e sintomas se descrevem em um corpo como uma escala a ser seguida, e o corpo que delata os sinais e sintomas funcionará como um rótulo emblemático, com um roteiro considerado fidedigno, inquestionável. Neste pensamento, fatores psicossociais e ambientais se tornam irrelevantes ao olhar e à prática clínica, considerando a saúde e a doença, processos apenas internos de um corpo, que pelos mesmos fatores internos, tornar-se-á propício ao agravo ou doença. A doença, sob esta perspectiva, se limita do e ao corpo biológico.

Refutando a definição convencional, congregando conceitos de saúde mental e psicossomática, além de explicações e considerações biológicas e filosóficas,

tentamos compreender a visão não emblemática de Canguilhem em “O Normal e o Patológico” (2009).

Quando se fala em doença, penso em um corpo com sinais e sintomas, e uma condição prévia que tenha levado à ocorrência e que a explique, conduzindo logo aos métodos terapêuticos, como já frizei anteriormente. Todavia, a discussão incitada por Canguilhem (2009) me faz repensar os conceitos de normalidades e patologia impostos pela racionalidade biomédica, para refletir sobre o que são verdadeiramente os estados de saúde e doença, ou de normal e patológico.

Debate-se pensamentos quantitativos e métricos de se pensar em doença, na redução do fenômeno a escalas e classificações bioestatísticas e epidemiológicas, considerando-a um estado contínuo e paralelo ao estado fisiológico “normal”⁷⁴; expressando variações de excitabilidade sobre a atividade celular e biológica são as fronteiras que podem determinar a doença e seus sintomas, nas quais doença e saúde são regidas por um mesmo princípio e se coincidem.

Interessante salientar que para Canguilhem (2009), o evento lesivo que aflige o organismo dito “normal”, é sim, o fenômeno comum, o normal que é vivenciado desde o nascimento por todo indivíduo, sendo esta, a única homogeneidade no pensamento que define.

Suas palavras incitam à lembrança de que a vida com patologia, ou sem ela, é o movimento, e a própria doença e saúde se fazem em movimento contínuo, não linear, apenas recíproco, talvez complementar; na teia complexa da vida.

As explicações para doença, em muitas razões médicas, acabam se tornando um conceito contraditório que recebe tratamento moral, positivista e absolutista da sociedade, que impedem o homem que a vivência de “enriquecer” pelo movimento de caos e reorganização do adoecimento (CANGUILHEM, 2009).

Gostaria de explicar que esta discussão se faz necessária para compreender os objetivos propostos e até mesmo o próprio tema escolhido. Busco refletir e compreender a vivência do adoecimento pelo enfermeiro professor; refletindo como a doença desconstrói e reconstrói a realidade e identidade do sujeito, foi preciso compor esta galeria cênica com teorias e autores que explanassem as mais

⁷⁴ CANGUILHEM, 2009; p. 17.

diversificadas visões antropológicas, sociais, filosóficas, historicistas, biologicistas e médicas sobre o processo em questão.

Isto, para compreender a doença como caos e elemento da vivência, permitindo o ensejo para sua própria discussão.

3.3 A Doença Como Caos – Um Elemento da Vivência

Tudo o que já foi discutido, me fez entender a doença como um evento dialético, provavelmente caótico, que evoca os mais profundos sentimentos e as mais diversas reações do indivíduo.

Perpasso por Canguilhem (2009), Dahlke (1996) e Dethlefsen e Dahlke (1983), além de algumas reflexões em Nietzsche para pensar sobre o movimento da doença, na verdade, o movimento do caos e do descontrole, que chamarei de doença.

Primeiro, gostaria de usar como subsídio para reflexão a teoria do caos⁷⁵. Não desvalorizando o método científico que em muito contribuiu para o avanço da ciência em todos os seus segmentos, alço do pensamento da imprevisibilidade e não linearidade dos sistemas, pensado por muitos e consolidado por Lorenz (GODOY, 2003). Esta forma de teorização se inclinava às leis e induções físico-matemáticas, depois se expandiu a todos os saberes, sendo aplicada criativa e diversificadamente, nos contextos sociais, políticos, educacionais, filosóficos e de saúde⁷⁶.

O pensamento original pode ser entendido como representação explicativa da interação imprevisível de pequenos eventos que, em um momento inespecífico, se “desestruturam”, desconstruindo, por exemplo, um sistema organizado, para depois reorganizar e reconstruir (GODOY, 2003).

⁷⁵ GODOY, Moacir Fernandes de. **Teoria do Caos Aplicada à Medicina** / Moacir Fernandes de Godoy. São José do Rio Preto, 2003.

⁷⁶CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. 25. ed. São Paulo: Cultrix, 1982.

Nisto, vejo o evento da doença sobre a vida do indivíduo, um evento imprevisível, variável, não linear, que desconstrói conceitos e reconstrói novas definições de viver, ser e estar saudável e doente.

Considerando a manifestação da doença a nível orgânico, é conhecido que o órgão ou tecido lesado, mesmo que restabeleça suas condições de funcionamento e atividade satisfatória e eficiente, não voltará à condição exata anterior⁷⁷, mas se reorganiza, e “rearranja” suas funções para manutenção da vida. Com isto, pode-se questionar: este corpo consegue se adaptar realmente ao adoecimento? O indivíduo consegue readaptar sua vida à desconstrução e reconstrução (que trará novas condições) pelo adoecer? E, como podemos pensar neste “rearranjo”? Nesta nova situação?

Descrevo neste ensejo, a doença como caminho⁷⁸ para uma nova identidade⁷⁹, constituição de si⁸⁰, elemento para vivência de uma vida ascendente, ou mesmo, da própria vivência como me faz pensar Canguilhem (2009).

Neste mesmo ponto, utilizo Dethlefsen e Dahlke (1983) para impulsionar esta proposta reflexiva no que tange a uma nova interpretação da doença no contexto vivencial do sujeito.

Esta nova interpretação segue-se de uma pontual desconfiança da onipotência da dicotomia emblemática médica, que para Dethlefsen e Dahlke (1983, p. 12) “não falha exatamente em suas possibilidades de ação, mas na visão de vida em que se fundamenta”.

Dahlke (1996) tem dedicação ao estudo nosográfico⁸¹, que compreende a descrição das doenças, uma descrição sistemática e metódica como as descrições já vistas nesta obra, todavia, em um viés diferenciado, no espectro não apenas causal ou temporal, mas do significado.

⁷⁷CANGUILHEM, 2009; p. 17.

⁷⁸Dethlefsen e Dahlke (1983) infere a doença como o ponto de mutação da constituição humana, sob a chamada de que a doença faz com que o mal se deixe transformar em bem.

⁷⁹ Para Dubar (2005) a cada experiência vivida, forma-se uma nova identidade.

⁸⁰ Origina-se do pensamento filosófico de formação do self (Cf. Introdução, p.), buscando na filosofia da diferença o entendimento das dimensões do ser humano nas suas múltiplas facetas.

⁸¹ Nosografia é o estudo que descreve as doenças (DAHLKE, 1996).

Dethlefsen e Dahlke (1983, p. 12) fazem compreender que “os fatos em si mesmos nunca têm muito sentido. O significado de um acontecimento só surge como resultado de sua interpretação [...]”, um evento isolado não abrange significado se for só analisado em fatos, mas adquire significado através da interpretação pelo olhar que lhe é lançado.

Este outro olhar direciona a dimensão, na qual incide a doença para uma discussão teórica que representa os achados deste estudo sobre a construção e desconstrução do mundo do sujeito, o seu assujeitamento, o processo de socialização, como a doença o aflige e como representa sua dor, o impacto social e no trabalho, a mudança de papéis que representa para os sujeitos, e o seguimento de sua história.

CAPÍTULO IV

4. A CONSTRUÇÃO E DESCONSTRUÇÃO DO MUNDO DO SUJEITO

A reconstrução do móbil em relação ao seu ponto de partida e ao seu ponto de chegada durante toda a duração do movimento. Ele é desarranjado pelo próprio movimento e precisa ser reconstruído após cada fase do movimento (MERLEAU-PONTY, p.166; 1999).

Neste capítulo, subsidiado também pelas discussões já feitas, mostra-se relevante refletir sobre a *vivência do adoecimento* pelas enfermeiras professoras da FAEN – UFMT.

Primeiramente, a construção e desconstrução do mundo do sujeito é momento em que tento destrinchar, a partir das narrativas dos sujeitos, as vivências ali contidas, começando de um contexto macro para o singular de suas experiências.

Início então, seguindo do contexto macro de inserção e vivência dos indivíduos, a discussão a partir da categoria analítica, socialização e a construção da identidade profissional.

4.1 A Socialização e Construção de Identidade Profissional

Eu e uma colega éramos chamadas de Florence e a outra de Ana Nery, pois nós não íamos embora nunca, nós éramos duas capitãs, nós só saímos do hospital depois que checássemos todos os prontuários, todos os soros, todas as prescrições, evoluímos um a um dos pacientes, e então as pessoas zoavam da gente, dizendo: pra que isso? Deu o seu horário, vai embora, pra que ficar até terminar tudo, deixa pro outro. Mas eu fazia porque só assim eu dormia tranquila, e mesmo assim, às vezes eu não dormia, pois tinha noites que eu estava em casa, eu acordava no meio da noite e ligava no hospital para saber do

*paciente, porque eu sabia que aquele cuidado seria importante
(Depoente TERRA).*

Com esta narrativa pode-se inferir que esta construção da identidade é arraigada a uma formação simbólica de universo de identificação pessoal, que tem estreitos vínculos com o ambiente social em que a pessoa vive, seja no trabalho ou pelo trabalho (DUBAR, 2005).

A socialização é entendida como um processo que transcorre ao longo de toda a vida e relaciona-se diretamente à construção da identidade dos sujeitos. A discussão da identidade envolve desde a escolha da profissão até a vida profissional e pessoal das participantes da pesquisa.

É importante destacar que Dubar (2005, p. XXIII) identifica atividades exercidas como essenciais no que ele chama “construção do si-mesmo íntimo”. A construção deste si-mesmo para o autor é denominada “enredo”, demonstrando a relação histórica que é desenvolvida através da socialização no processo de construção da identidade.

Nesta narrativa pode confirmar a relação intrínseca de formação das identidades, sendo que, a identidade profissional influencia e determina as outras formas e condições identitárias (DUBAR, 2005).

Ainda para Dubar (2005), o emprego proporciona movimentos e uma “trajetória socioprofissional”, que envolve o sujeito em uma contextura de saberes práticos e pessoais que são incorporados como *habitus*. Para este autor, a identidade de quem trabalha é forjada na aprendizagem do fazer, a aprendizagem direta, a aquisição de experiências que acabam por envolver a identidade para si. Isto ajuíza no indivíduo a noção de pertencimento, de capacidade, de potencial, em uma identidade de classe; esta condição de pertencimento e responsabilidade rompe as “fronteiras” identitárias e são percebidas na vivência profissional da depoente Terra participante da pesquisa.

As pessoas que concederam narrativas de suas vivências referiram-se de maneira interessante às suas formas de socialização. Residualmente, descreveram

fatos de rememoração⁸² do passado distante e próximo, dando a conhecer a origem e história natural, os contextos de eventos que levaram às escolhas que moldaram os futuros pessoal e profissional de cada uma.

Não sei nem te dizer exatamente como, eu lembro claramente que estava terminando o terceiro ano e aquela coisa né, aquela expectativa de o que que eu vou fazer? O que que eu vou fazer? E aí uma amiga falou assim: eu vou fazer enfermagem aí eu falei, acho que eu também vou. Mais a coisa não acontece por acaso né, prestei o vestibular, passei, fiz o curso e adorei, tanto é que eu já estou há vinte anos nessa profissão de enfermagem (Depoente ÁGUA).

Eu sou gaúcha e eu vim para Mato Grosso e procurei um curso relacionado pela área da saúde, pois eu sempre gostei da área da saúde, então eu optei pela enfermagem e me apaixonei pela enfermagem (Depoente TERRA).

Eu me formei em enfermagem em 1981, tenho 31 anos de formada, sou enfermeira por opção eu sempre achei bonito uma tia que eu tinha que era auxiliar de enfermagem, e ela tinha um carinho com o cuidar do outro que era admirável. Ela sempre se referiu com muita satisfação, e isso foi um incentivo, porque eu venho de uma família que não era da área da saúde, meu pai era advogado e seu sonho era que eu fizesse direito, mas ele em nenhum momento deixou de me dar apoio. Então eu decidi ser enfermeira porque eu queria cuidar do outro que estivesse sobre a minha responsabilidade e é assim que eu pensava e é assim que eu penso até os dias de hoje (Depoente FOGO).

⁸² Rememoração é uma constante quando se trata da abordagem metodológica da história oral. ALBERTI, Verena. **Tratamento das entrevistas de história oral no CPDOC**. Rio de Janeiro: CPDOC, 2005. 11f.

Todo mundo que eu conheço que fez curso de enfermagem e que tentou depois sair para fazer outros cursos eles acabaram voltando para a enfermagem. A enfermagem se torna parte de você (Depoente TERRA).

Estes trechos indicam uma grande afinidade das depoentes em relação à sua escolha profissional, seja esta afinidade percebida como existente “desde sempre” ou construída ao longo da própria formação profissional.

Volto a Dubar (2005) para fazer entender as formas de socialização descritas por ele. Na forma de socialização biográfica, descreve-se como importante, a vivência e formação, a idade em que foram feitas escolhas e depois a mudança de Estado; considerando as mudanças e diferenças sociais e culturais entre ambos que se fazem fatores importantes no contexto da socialização do indivíduo. Eventos como casamento, cultura e tradições familiares, além das conjunções próprias do si-mesmo⁸³ fazem parte desta forma de socialização, e compõem os “relatos biográficos”⁸⁴ ou narrativas de vivências que lancei mão para analisar a construção e desconstrução do mundo do enfermeiro professor que vivencia o adoecimento.

A forma identitária descrita por Dubar (2005) e que faz jus ao meu estudo é a identidade ou socialização profissional, que denominarei imaginativamente de “a *história de ser quem sou*”, evidenciada neste trecho de narrativa acima sobre a escolha profissional.

Para Berger e Luckmann (2012, p. 69), esta história de quem sou é caracterizada no que os autores definem como “abertura para o mundo, no processo de tornar-se indivíduo, sendo efetuado pela correlação com o ambiente, instituição à qual é vinculado e o papel que lhe é atribuído”. A correlação do indivíduo e profissão efetua a formação da identidade, a identidade de ser enfermeiro, no contexto desta pesquisa.

⁸³ Dubar (2005, p. XXIII).

⁸⁴ Os relatos biográficos que Dubar (2005) descreve como relatos de vida tem em comum o método empregado na entrevista para o estudo e análise, a História Oral, pois ambos procuram as fontes na história construída do sujeito.

Sendo descrita ainda a formação de identidade profissional, após demonstrar a escolha da formação base, a docência tangencial à assistência é vista nas linhas do que diz a depoente Água:

Em oitenta e seis eu consegui uma vaga como professor substituto para atuar no Júlio Müller, então foi a minha primeira atuação no Júlio Müller até antes de me efetivar eu tive quatro substituições que é como professor substituto, só que a nossa atuação era no Júlio Müller e não aqui na faculdade. O contrato era de quatro meses, porque era substituição de professor que estava em licença maternidade, então eu fiz em oitenta e seis, depois eu fiz oitenta e sete... praticamente eu estive lá todos os anos.

Sim no Júlio Müller, nós éramos professores, acompanhávamos alunos em estágio, mas a gente também fazia assistência. Até uma época todo professor passava um período no Júlio Müller e só depois vinha para cá para a faculdade. Então foram quatro substituições, de oitenta e seis a noventa e um; e em noventa e um foi quando eu prestei o concurso e efetivei como docente. Bom, mas voltando à experiência eu passei pela Femina também, eu era a única enfermeira da Femina na época não é o que se tem hoje, era clínica geral e cirúrgica, não tinha UTI e era mais específico era mais maternidade mesmo. Tive experiência no Pronto Socorro, trabalhei dois anos e meio lá.

No contexto desta vivência ampla em ambas as epistemes, em constante trânsito de atividades pelos descaminhos e caminhos da saúde e educação, penso sobre a percepção do profissional do cuidar (enfermeiro), que cuida (assistência em enfermagem) e exerce a atividade docente (enfermeiro professor). A depoente procura explicar como ela vive o adoecimento do outro e também, o seu próprio adoecimento:

Então eu decidi ser enfermeira porque eu queria cuidar do outro que estivesse sobre a minha responsabilidade e é assim que eu

pensava e é assim que eu penso até os dias de hoje (Depoente FOGO).

A enfermagem se torna parte de você, sei lá ajudar o outro, cuidar do outro é muito bom, poder ajudar o outro a ter fôlego para viver a se manter viva. O curso de Enfermagem está voltado para o cuidado do outro, a gente nunca olha para gente como uma pessoa que também está precisando de cuidados, a gente sempre acha que eles estão piores do que nós, então o que eu sinto diante do outro é menos importante e aí você vai se deixando de lado, então você sempre pensava assim, eu posso mais um pouquinho, só mais um pouco, só mais um pouco, eu ainda consigo, eu ainda dou conta (Depoente TERRA).

As narrativas demonstram a interiorização de valores, normas e toda uma disposição social que o fazem “socialmente identificável” enquanto enfermeiros, enquanto profissionais, desde a escolha da profissão aos momentos de atuação (DUBAR, 2005, p.97).

A identificação pelo social é trabalhada e descrita por Dubar (2005) como forma de construção do indivíduo na esfera social; esta construção, para Nietzsche é refutada, sendo abordados prioritariamente aspectos individuais e não apenas os sociais. A profissão para Nietzsche (2008) não será considerada na abordagem construcional, será considerada mais como um resultado de escolhas do si-mesmo.

Ainda dentro deste contexto, vê-se também a questão da referência de si e do outro pela profissão, e a identificação social pela profissão que também pode ser inferida na narrativa da depoente Água, quando se refere aos cuidados despendidos a um membro de sua família que se encontrava adoecido:

Como eu sou da área da saúde todos pensam – e inclusive eu – que eu tinha mais condições de cuidar de estar assim não só cuidando em si dele, mas de estar orientando a família também.

Esta narrativa evidencia a identificação social pelas características profissionais trabalhadas por Dubar (2005). Para Berger e Luckmann (2012), esta

identificação acontece também quando o indivíduo é reconhecido pelo processo de institucionalização, que envolve o desenvolvimento do hábito e consubstanciamento dos seus papéis objetivos e simbólicos.

A institucionalização pode ser vista na escolha profissional (item 4), quando as participantes decidiram fazer parte da enfermagem e da FAEN, na formação familiar e as suas formas de vinculação. O hábito envolve os padrões interiorizados do exercer a profissão, e o papel advém desta identificação social ou referência que envolve a família e outros profissionais (BERGER E LUCKMANN, 2012).

Em Dubar (2005, p. 136), entende-se que o processo de socialização é que “constrói o indivíduo e define as instituições”, a perspectiva macrosocial advinda deste íterim, revela a perspectiva microssocial definida pela noção de papéis e funções, bem como do status, a partir do exercer determinada profissão.

A definição do papel social necessita de uma definição pelo outro, através do que Dubar (2005) revela ser a “construção do personagem circunstancial”. Vê-se a definição social da profissão e o impacto da doença na produtividade, nas relações de trabalho e também, conseqüentemente, nas relações sociais.

Para Friedrich Nietzsche, por uma visão panorâmica de suas obras, a ideia de definição individual pelo social é logo refutada, pelo que é chamado de si-mesmidade, que remete à ideia de constituição de si, enquanto as premissas de Claude Dubar, por sua vez, remetem à construção de si.

Com isto, entendo os dois processos, de constituição de si e de construção de si como diferentes, sendo o primeiro referente ao processo interno e individual, no qual o sujeito e o seu EU particular é valorizado e o segundo, um processo social, de relações e inter-relações externas e também internas.

Mais uma vez, quanto à referência de si mesmo e do outro, destaca-se nas narrativas a fala da depoente Terra: “*As pessoas observam muito o trabalho que você faz [...]*”. A questão da identificação e referência de si e do outro para Dubar (2005) acontece no homem em sociedade pela projeção interna e externa e para construção de uma unidade de ligação covalente que forma a unidade do mundo social.

Ainda para este autor, este sistema de identificação e referência tem seu cerne na formação do indivíduo que em sua reflexão infere se constituir de uma

incorporação das maneiras de ser, pensar e agir. Esta incorporação gera a noção do pertencimento objetivo e subjetivo.

Isto é demonstrado, neste estudo, pela moldagem da imagem social refletida como apto ao cuidado, e também pela própria crença nesta aptidão, que é gerada e alimentada pelos outros, como confirmado pelos trechos de narrativas acima citadas.

Ainda sobre a referência de si pela vida profissional, as narrativas conseguem expressar este evento na vivência das participantes do estudo. Terra, como foi visto anteriormente, inicia a discussão afirmando que “a enfermagem se torna parte de você”, a profissão que se torna parte do indivíduo, se tornando a referência e pedra fundamental do si-mesmo.

Eu tinha a impressão que o meu trabalho era a minha única referência de vida (Depoente FOGO).

Foi difícil ter que deixar tudo, deixar minha função para outra pessoa fazer (Depoente TERRA).

Ter que sair do espaço que eu tinha conquistado para ter que conquistar um outro espaço (Depoente ÁGUA).

Sempre me senti “super” por estar sempre cuidando de alguém (Depoente TERRA).

Para Dubar (2009, p. 21 e 118), esta ruptura de referência individual é também social, descrita por ele sendo uma “crise do vínculo social”, pois as identidades são descritas como “socialmente reconhecidas”, no qual os indivíduos se identificam uns com os outros no campo do trabalho e emprego.

Este reconhecimento é parte da formação da identidade (também chamada de formação do “eu”⁸⁵), alterações e tendências incertas por quaisquer eventos que propiciam a desconstrução, ou nova configuração do eu (DUBAR, 2009). Esta nova configuração infere a alteração no habitus, uma nova construção do processo individual e social.

Em outro prisma, para Nietzsche repensado por Deleuze (1976), esta referência profissional que compõe o si-mesmo e a formação identitária é chamada de afetividade, esta mesma, para Nietzsche em Deleuze (1976) é semelhante à vontade de potência⁸⁶, esta vontade é mencionada como a que reina no mundo construído, para desconstruir e reconstruir, manifestando-se pela força que se emprega que verte e subverte⁸⁷. Como explicado, a perda da referência pela ruptura descrita por Dubar (2009), em Nietzsche é a força de desorganização presente no movimento filosófico que envolve a vida⁸⁸.

Ainda no contexto da socialização como construção social da realidade do sujeito, vê-se a questão da escolha profissional que repercute em todo o cenário de vivência.

Eu tive dois casamentos, tenho três filhos no primeiro e dois filhos no segundo casamento e todos os dois casamentos não deram certo porque eles pediram para eu fazer escolhas, entre o trabalho e a família, entre o Júlio Müller e a casa, então nos dois eu escolhi a minha profissão. Então no segundo casamento eu não pensei duas vezes em separar quando ele começou a exigir (Depoente FOGO).

⁸⁵O eu e identidade, para Dubar (2009, p.128-129) têm igual significado.

⁸⁶ Em Nietzsche e a Filosofia (1976, p.31) de Deleuze, fala-se da forma afetiva primitiva, que, segundo o autor, é “aquela da qual derivam todos os outros sentimentos”.

⁸⁷ Ainda utilizando os pensamentos de Deleuze (1976) na ressignificação do conceito de vontade de potência de Nietzsche, verte e subverte, faço referência ao que Deleuze (1976) empregou como sendo força para organizar e reorganizar, respectivamente.

⁸⁸ Em O Ser (...) de Heidegger, entende-se a filosofia como força desconstrutora, no sentido de que a desconstrução é o movimento de sequenciais rupturas de paradigmas.

Ainda para a depoente Terra, na perspectiva da escolha profissional que influencia em todo o cenário de vivência e dinâmica social de inclusão do indivíduo, ela expressa, como vimos, que “a enfermagem se torna parte de você”. Esta mesma narrativa contém fortes elementos de indicação ao processo de construção social e da referência construída pelo trabalho.

As narrativas expressam a escolha pela dinâmica social da profissão dos sujeitos participantes. Para Dubar (2005), o papel social do indivíduo segundo sua profissão, o confronta em múltiplas exigências. Estas exigências transformam a dinâmica dos processos individuais e sociais. Esta dinâmica de relações e variabilidades é expressa pelos múltiplos pertencimentos e recursos de identificação gerados com os diversos grupos que o ser social compõe: escola, trabalho, família, resultando em uma identidade pessoal que resulta em escolhas pessoais.

Esta narrativa nos remete à questão referida por Dubar (2009), não de emancipação do sexo feminino pela experiência social profissional, mas pela forma de incorporação do *habitus* para identificação feminina do si-mesmo. No que tange a isto, o autor discute ainda as mudanças na estrutura social como um todo e na estrutura familiar, entendendo este ensejo como uma forma de “desinstitucionalização” da mulher do papel doméstico anteriormente atribuído, com uma diversificação dos papéis e formas de vida.

A família como instituição, para Dubar (2009, p. 96-97) contribui para construção de novas identidades, pautadas na relação de responsabilidades, no que chama de “elaboração de interioridades”, em que esta “interiorização” da experiência partilhada torna o indivíduo dotado de “profundidade íntima”. Esta expressão denota a formação da identidade biográfica e até mesmo a relacional como instâncias formadas nesta instituição.

A narrativa expressa a desinstitucionalização da participante na pesquisa, resultante de sua escolha pela atividade profissional às exigências pessoais e familiares, que para Dubar (2009), é uma ruptura social ou um elemento que compõe a crise na formação identitária.

Freitas (2007) analisa a leitura de Nietzsche por Hedeigger, em “o Ser”, na discussão que leva à reflexão sobre a formação do que ele identifica como historicidade autêntica do ser, que seria em uma leitura mais profunda das obras

nietzscheanas, o entendimento do indivíduo que é sujeito de si mesmo. Em Nietzsche não existe a institucionalização do homem, ou sua vinculação norteadora e constituinte para além do si-mesmo.

A filosofia de Nietzsche, na reflexão de Freitas (2007), remete ao pensar que o homem não é vigente a alguma instituição ou época, mas se apropria delas em sua vivência, para transformação que desvela o devir⁸⁹ inconciliável com o outro.

Em “Crepúsculo dos Ídolos” (2006), Nietzsche adverte sobre o que infere aos leitores como “invenção” de valores para vida individual e social, na verdade, faz uma crítica aos valores e até mesmo à tentativa de transformação de valores pela insígnia da liberdade. Tais discursos de persuasão e dissuasão são para expressão da responsabilidade do homem sobre si e sobre o que chama em “O Ser” (Freitas, 2007) de existência e faticidade existencial. Em Nietzsche (2006) a institucionalização do homem serve-se para a norteação de uma forma de culpa ou julgamento para o arrependimento dogmático evocado pelo livre-arbítrio. Para o filósofo, o homem deve ter o governo de si, que se diferencia do livre-arbítrio pela isenção dos arrependimentos e culpas pelo que chama de amor *fati*⁹⁰, ou amor ao destino, independente do certo ou errado, consequências e resultados da escolha feita; sem mutabilidade do que chama si-mesmo.

É possível identificar essas escolhas, ou “destinos” nas seguintes narrativas:

Pela necessidade de morar em uma capital para poder estudar, já que minha cidade só oferecia o curso de pedagogia e eu falei para mim mesma que pedagogia eu não faria, pois eu queria algo na área da saúde, então eu vim (Depoente TERRA).

⁸⁹ O devir é visto nas obras de Nietzsche como expressão que designa o novo e a sua constante na vivência e experiência do homem.

⁹⁰ Entendo que o amor *fati* seja amar o próprio destino como ele se apresenta, seja na dor ou no prazer, não sendo conformismo, mas uma aceitação ao irrefutável objeto e objetivo da vivência: vida.

Eu sou de Marília, na verdade assim... eu Fiz um semestre em Bauru porque não tinha em Marília ainda eu fui da primeira turma da Faculdade de Enfermagem de Marília terminei em oitenta e quatro, eu tinha vinte e um anos, uma criança (risos). Então em nenhum momento durante o curso pensei em outra coisa era aquilo né, e durante esses vinte e cinco ... (pausa) na verdade quase vinte e sete anos de profissão eu nunca pensei em outra coisa, é enfermagem que eu escolhi e que eu gosto de fazer (Depoente ÁGUA).

Mas, isso não era pesado, pesado para mim depois foi a escolha, entre o marido e a profissão, depois de ter passado por tudo mecanizaram escolher. Sabe? (Depoente FOGO).

Ainda no contexto de escolhas profissionais, identidades e o si-mesmo, a narrativa remete ao que Nietzsche (2006; 2008) exprime em seus textos inferindo a aceitação do destino e escolhas, movidos pela chamada vontade de potência⁹¹.

Esta vontade de potência faz a arguição de diversos discursos nas narrativas deste estudo, denotando também que pode expressar-se como sentimento de impulsão que move o indivíduo para o devir (NIETZSCHE, 2011).

Todas as narrativas exploradas demonstram de forma clara que a escolha e a vida profissional participa ou afeta a formação da identidade do indivíduo.

Sendo a profissão integrante da construção da identidade ou resultado da constituição de si, implica na visão, aceitação ou mesmo determinação de eventos e experiências que farão composição da vivência. Neste caso, o evento do adoecimento será vivido, percebido e identificado conforme esta *formação integral do si-mesmo*, fazendo também parte dela.

Depois de discutir a socialização e identidade profissional, cabe agora refletir pelas histórias narradas das participantes do estudo, o aspecto social e o trabalho.

⁹¹ Vontade de potência é precisamente em qualquer ser vivo que se pode mais exatamente mostrar que ele faz todo o possível não para conservar a si mesmo, mas para **tornar-se mais do que é** (NIETZSCHE, 2011; p. 387).

4.2 O Social e o Trabalho

O que mais doeu em mim, não foi a dor física, orgânica e sim a dor de se sentir inútil para com o trabalho. E, hoje, vejo que não é bem assim, pois tenho que olhar para o meu “eu” que me oferece outras referências para a minha vida (Depoente FOGO)

O que mais me deixou intrigada foi a sensação do mundo estar se movimentando a minha volta, menos eu (Depoente FOGO)

A depoente Fogo, na perspectiva desta categoria, nesta mesma narrativa complementa dizendo que *“Eu tinha a impressão que o meu trabalho era a minha única referência de vida”*.

Já foram levantados neste estudo os aspectos referentes à construção da identidade social do indivíduo e como isto se relaciona com todas as experiências e vivências que fazem parte da existência humana.

Por isto, e diante do que foi analisado até então, após perceber a profissão como um cerne de estabilidade e projeção do indivíduo, em que se ancora como referência para si e para os outros, além da dor e sofrimento levantados como inerentes ao processo de adoecer, acredito ser importante refletir um pouco sobre outras consequências acarretadas pelo evento do adoecimento.

Com isto, como já explicitado, posso compreender o adoecimento, após o mergulho na sinfonia das narrativas de vivências, como outra forma de dor e de sofrimento pela sensação de imobilidade social, como descrito nas narrativas abaixo:

Então quando eu senti que não estava mais sobre o meu domínio eu senti uma grande impotência e uma grande frustração, eu acabei de falar com uma colega minha agora, eu sinto que minha vida tanto pessoal como profissional ficou suspensa durante quatorze meses (Depoente ÁGUA).

Sempre fui tão criteriosa e rigorosa com minha agenda com meus compromissos e de repente eu não conseguia mais atender a nenhum deles (Depoente TERRA).

Volto a Dubar (2005, p.99) para falar da estruturação dos “mundos sociais” no movimento dialético que é a relação do indivíduo com seu trabalho. Esta relação é onde o sujeito se distingue do outro e atinge a identidade e a si-mesmidade descrita por Nietzsche (2008), na qual a identidade profissional e a projeção do movimento faz o sujeito olhar para si mesmo no contexto universal e singular.

A identidade profissional serve como referencia de si, ou do si-mesmo, para o outro, em “reconhecimento recíproco” (DUBAR, p.100), para ele, ainda, a identidade profissional que faz referência do indivíduo é propriamente a identidade social, por propiciar não apenas a identificação externa, mas também a identificação interna, na construção do “ator de si”⁹², que me faz pensar nesta identidade como parte integrante da identidade biográfica, na qual ocorre a legitimação das identidades e saberes, e que é desenvolvida no trabalho.

Com isto, entendo a dor e sofrimento também como fator social pela perda das referências sociais e individuais que são consubstanciadas na vivência do adoecimento, e fazem compreender a dor como fato intrínseco à doença, mas não apenas dor física e orgânica, a dor de representação da doença e seus impactos no individual e social do sujeito.

A segunda narrativa pode ser compreendida como a forma que este sujeito encarou e recebeu a notícia do adoecimento e ainda nesta perspectiva de constituição da notícia sobre si e reação à situação, trago à discussão elementos da socialização em Dubar (2005) e da crise de identidade (DUBAR, 2009) para entendermos, em um breve processo de reflexão, a socialização para construção do sujeito e da si-mesmidade (NIETZSCHE, 2008) e o posterior processo de desconstrução.

⁹² Dubar (2005), p. 151.

Para Dubar (2009), a identidade profissional dá ao sujeito “múltiplos pertencimentos”, estes pertencimentos se fazem pela composição cultural e social do indivíduo, que tanto no particular quanto no coletivo, faz as identificações do “para si” e “para outrem”, pelo condicionamento da identidade no que tange ao social. Tanto que, a identidade social, já referida por Dubar (2005) como socialização ou identidade profissional, é mencionada como uma “categoria de pertencimento”⁹³.

Neste contexto, a categoria de pertencimento profissional que constrói o prisma vivencial de mundo do sujeito, é identificada à medida que este constrói o mundo e suas relações, tendo como cerne a profissão em que se projeta.

Retorno à narrativa da depoente Fogo que, também neste ensejo, consegue demonstrar que o afastamento do trabalho, implica não somente em uma consequência do adoecimento com mudança do mundo social construído, como dito anteriormente. Quando diz que: “*o que mais me deixou intrigada foi a sensação do mundo estar se movimentando a minha volta menos eu*”, demonstra também que o mundo relacional construído é afetado conjuntamente.

A depoente Água afirmou diversas vezes em seu discurso a sensação que: “[...] *Minha vida ficou suspensa [...]*” e, a depoente Terra que: “[...] *E o que mais me intrigava era que de repente eu que estava sendo cuidada eu que dependia do outro*”.

As narrativas expressam outra sensação que envolveu o estar adoecido. A crise, entendida por Dubar (2009) como ruptura, ou finalização de um momento para começo de outro. Esta ruptura é também tratada por Nietzsche (2008), como rompimento com o velho e empobrecido ser.

Dubar (2009) entende como uma visão conjunta das identidades relacional (identidade de ator em um sistema de ação) e biográficas (tipos de trajetórias no decorrer da vida de trabalho). Estas identidades, segundo o autor, sofrem a ruptura por três fatores que permeiam a crise de identidade profissional: o processo de racionalização e destruição criadora, a evolução do trabalho e as transformações deste.

⁹³ DUBAR, Claude. **A crise das identidades: a interpretação de uma mutação.** / Claude Dubar; tradução de Mary Amazonas Leite de Barros. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009; p. 16.

Pode ser percebida, nas três entrevistadas, a dependência do seu processo de trabalho, e o abalo frente ao temporário (ou não) estagnamento ou diminuição da atividade profissional.

Para Dubar (2009) esta tendência de ruptura e crise é advinda da organização do NÓS (a relação social que envolve o processo de trabalho) pela nova configuração do EU (fatores individuais, ou da identidade biográfica) que se fazem através da atividade profissional.

Pela leitura deste autor, entendo o trabalho como algo real, inegável, o evento racional e material, portanto palpável da vida do homem, o evento do adoecimento, que acaba por resultar o afastamento das atividades, incide sobre este cerne sólido e real de construção e expectativas do indivíduo. O trabalho se mostra não apenas como área de realização e projeção, mas também como área de utilização de competências, que por sua vez, justifica e faz a projeção e ambientação do sujeito pela incorporação do *habitus* de determinada profissão.

Na racionalidade médica atual impulsionada pelo sistema capitalista e sua influência em todos os segmentos sociais, o adoecimento é visto de forma prescritiva como um evento que gera a improdutividade e imobilidade. O estar doente remete à classificação normativa e emblemática do ser normal ou não, ou do estado normal ou patológico (CANGUILHEM, 2009).

Ainda para Canguilhem (2009) estar doente é como sinônimo de nocividade: ser nocivo, ou indesejável, ou mesmo, socialmente desvalorizado.

Em Nietzsche (2008) já compreendo o adoecimento como um evento que faz parte da vida no processo natural de degenerescência do corpo mortal, bem como a dor e o sofrimento.

Calçado (2009) destaca que a produtividade de Nietzsche cresceu ainda mais no período de agravamento de seus problemas de saúde, sofrimentos e dores. Refutando o imaginário capitalizado de improdutividade.

A reflexão de Calçado (2009) me possibilita comparar o estado de adoecimento como período de fertilidade de ideias que geraram as obras mais complexas de Nietzsche.

As narrativas abaixo demonstram diversos momentos que envolvem a vivência do adoecimento e da dor:

Eu me senti muito humilhada, inválida, sem autonomia para dar conta da minha vida, eu não conseguia me sustentar sozinha, isso foi muito pesado para mim, pois eu sou muito independente sempre fui, toda a minha vida foi de muito trabalho para prover a minha família (Depoente FOGO).

Então eu decidi a voltar a trabalhar, custe o que custar, deixei tudo pra trás, e voltei, e me sinto bem melhor assim. Eu ia para o hospital fazia as sessões de quimioterapia e de radioterapia e voltava para o trabalho, a doença me fez sentir mais vontade de viver, de me manter forte (Depoente FOGO).

No ensejo desta pesquisa, em especial destas narrativas acima apresentadas, pude perceber que o trabalho foi a experiência de superação e recuperação da força vital.

Em Nietzsche (2008, p. 40), é inferido que a experiência da doença teve o peso da aprendizagem, o “aprender de novo” com a situação adversa da vida.

Calçado (2009) em sua leitura de Nietzsche em “Ecce Homo”, denota a vontade de superação e busca pela força vital em uma transvaloração de valores pessoais.

Ainda nesta perspectiva, a doença como descrita na narrativa acima e também abaixo, tem novos sentimentos e significados na experiência humana:

Eu até hoje estou aqui, firme e forte, trabalho até oito horas da noite todos os dias. O médico me deu alta no final do ano passado, mas eu ainda não voltei para fazer novos exames (Depoente FOGO).

Isso só me levou serviu como experiência, me serviu como mesmo um degrau a mais, como um impulso, para definir o rumo da minha vida, eu carrego tudo comigo e tudo me ajudou para algumas coisas (Depoente ÁGUA).

Ainda para a depoente Fogo, percebo a doença como o gatilho de novos sentimentos, em uma vivência para além da dor, conforme percebi na narrativa já apresentada: *“Eu ia para o hospital fazia as sessões de quimioterapia e de radioterapia e voltava para o trabalho, a doença me fez sentir mais vontade de viver, de me manter forte”*.

Em Nietzsche (2009), a doença proporciona o crescimento, sendo aquiescida com uma nova visão sobre ela (CALÇADO, 2009), uma visão mais próspera do que fúnebre. Nietzsche (2011) entende o momento da doença como um momento de vida, ou que ao menos, é totalmente capaz de coexistir com esta, e este pensamento pode ser visualizado no sentimento de força desta participante a partir deste evento, a insurgência de sua vontade de potência.

O social e o trabalho remetem esta reflexão aos meandros do viver o adoecimento, não apenas na construção social e profissional, mas no afunilamento das representações pessoais dos afetamentos. Logo, discuto o processo de assujeitamento do corpo e do indivíduo, pelo qual busquei compreender a trajetória para a visão individual do adoecimento.

4.3 Corpo – Doente ou Saudável que se Assujeita⁹⁴ e se faz Indivíduo

Eu tinha uma lesão com características comprometedoras, e ele colheu o material para biópsia, e, vou te falar, naquele momento eu já sabia o meu diagnóstico (Depoente FOGO).

Uma professora colega disse: não esqueçam que a terra vale só pela metade (Depoente TERRA).

As narrativas acima foram trazidas no intuito de refletirmos sobre o assujeitamento do indivíduo, ou do indivíduo que se assujeita ao corpo, ou é assujeitado por este, sendo determinado especialmente pelo processo sócio-cultural

⁹⁴ Assujeitamento, no contexto do meu estudo, parte das reflexões que compõe a discussão sobre o conceito de ser humano. Envolvendo o homem que apropria e é apropriado pelo seu meio, em perspectiva cultural, social e histórica (ORLANDI, 2007).

no qual se insere a pessoa. Mas antes, é preciso definir o termo corpo no contexto desta pesquisa.

O corpo, de forma simplificada e biomédica, é o composto formado pela união de células e eletrólitos, que em perfeita ligação físico-química faz a formação dos órgãos, sistemas e do organismo (TORTORA E GRABOWSKI, 2006). O corpo é o objeto de estudos da ciência em suas diversas epistemes visando à compreensão mais profunda do ser humano, bem como, dos fenômenos que o envolvem.

O corpo é observado e estudado nos contextos biológicos, sociais, antropológicos, culturais e políticos (NAKAMURA, MARTIN E SANTOS, 2009). E para Leal (2001) é construído na perspectiva individual e social de quem vive.

Durante o doutorado eu tive uma dor no ombro esquerdo que é chamado de capsulite que congela a articulação fibrosa, então até a minha defesa ela teve que ser adiada por seis meses por conta disso, pois sentia muita dor e meu braço ficou imobilizado. Foi um conjunto de fatores, eu não posso dizer que foi só isso, porque a capsulite, como foi o meu caso, primário, sem uma lesão que justificasse isso, ela envolve vários fatores desde a questão física mesmo a sobrecarga física do seu ombro e também fatores emocionais (Depoente ÁGUA).

Já tem uns seis anos que eu estou com esse diagnóstico, sempre fazendo acupuntura, RPG, pilates, e eu estava me sentindo um pouco melhor, e todo mundo falava assim, será que se você voltar a trabalhar você não esquece tudo isso e de repente até pode haver um melhora? (Depoente TERRA).

A construção de como vejo meu corpo, e de como os outros o veem, bem como o valor dado às atividades desenvolvidas por ele, são pontos determinados por uma moldagem social e cultural, especialmente pelas noções biomédicas intrínsecas no imaginário popular e nos pensamentos de profissionais. As narrativas demonstram este processo de construção e de valoração do indivíduo nesta

perspectiva, na qual o corpo é o manifesto da multiplicidade do que se faz, e recebe também as consequências disto (LINS E GADELHA, 2002).

Ainda para Leloup (2011, p. 9), o corpo é “nosso texto mais concreto, nossa mensagem mais primordial, a escritura de argila que somos”. Para ele, a ciência biomédica moderna, que dissocia o corpo da alma e espírito, faz a teoria perder a coesão e a congruência, resultando na fragmentação do indivíduo e da sociedade, em uma crítica que se assemelha àquela elaborada por Michael Foucault em sua obra “O Nascimento da Clínica” (2006). Ainda refuta a anamnese médica⁹⁵ tradicional que faz a escuta do que ele chama de “superficial do que somos” (LELOUP, 2011, p.10), fazendo clara alusão aos sinais e sintomas que são expressos verbalmente em uma entrevista direcionada à contextualização biomédica do indivíduo.

Contribuindo ainda nesta discussão, Merleau Ponty (1999, p. 3) também critica e refuta as ideias sobre a definição sólida do homem:

Eu não sou o resultado ou o entrecruzamento de múltiplas causalidades que determinam meu corpo ou meu "psiquismo", eu não posso pensar-me como uma parte do mundo, como o simples objeto da biologia, da psicologia e da sociologia, nem fechar sobre mim o universo da ciência.

Para Ponty (1999, p. 3) o ser é definido pelas experiências e vivências e dependem do EU: “[...] eu sou a fonte absoluta; minha experiência não provém de meus antecedentes, de meu ambiente físico e social, ela caminha em direção a eles e os sustenta, pois sou eu quem faz ser para mim [...]”.

Este pensamento se aplica não somente quanto à definição e assujeitamento do indivíduo, mas também, na ambientação de sua condição e de seus valores (MERLEAU PONTY, 1999). A segunda narrativa demonstra como o indivíduo é visto e rotulado conforme estas perspectivas.

Ainda com uma visão pontyana, vê-se que corpo e doença se afastam do ser sujeito indivíduo. O ser sujeito, nesta perspectiva fragmentada, é “[...] entendido como uma coisa entre as coisas, como uma soma de processos físico-químicos.”

⁹⁵ Anamnese é uma entrevista em que se procuram sinais e sintomas e quaisquer indícios de patologia ou alteração funcional. Além da anamnese, outra forma de pesquisa biomédica do corpo é o exame físico, que busca por técnicas específicas captar alterações morfofuncionais patológicas ou não. PORTO, C.C. **Exame clínico: bases para a prática médica**. 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

(MERLEAU PONTY, 1999, p. 9). Neste contexto, a doença sobre o corpo seria uma falha nesta soma de processos físico-químicos⁹⁶; e o indivíduo disto portador, uma pessoa com certo déficit de produção. Isto pode ser constatado nas narrativas acima apresentadas.

Para autores como Valcapelli e Gasparetto (2008), Leloup (2011) e Dahlke (1996), a doença parte de significados mais profundos do que meramente um processo orgânico patológico; o corpo delata a doença como alerta.

Para Dahlke (1996, p.7) “o corpo pode ser alçado à condição de palco”, segundo o qual, “a expressão é a linguagem simbólica”, e os próprios sinais e sintomas se fazem apenas um dentre os muitos que este pode emitir. Fazendo entender que o corpo fala, e cabe a nós, enquanto sujeitos, entendermos a mensagem.

Em Leloup (2011) entendo que o corpo, além das disfunções e dos estados físicos propriamente, delata os estados de consciência.

No contexto biomédico, os sinais e sintomas se fazem à emissão de que algo está errado, e de que a doença está se instalando ou se instalou no espaço chamado corpo. Poderá ser visto nas narrativas, este alerta e este símbolo, no contexto dos sujeitos entrevistados, nas seções de análise do contexto mais singular a vivência do adoecimento.

Acredito que entender o processo de assujeitamento do corpo adoecido expresso nas narrativas de vivência, agora coloca-nos na posição de expectadores da história das participantes. Por esta história, se faz necessário discutir a mudança de papéis, de profissional cuidador ao que precisa de cuidados.

A minha responsabilidade é cuidar do paciente, no seu processo de adoecimento, então eu sempre tive muito claro qual o meu papel de enfermeiro, que é cuidar. Então eu brinco assim, a doença é problema do médico e a pessoa é problema meu, meu assim, como enfermeira, né? Então assim, eu gosto muito de ensinar, mas sempre foi muito pesado para mim, porque eu durante o dia dava aula e ainda pegava plantões no Júlio Müller (Depoente FOGO).

⁹⁶ Cf. Capítulo III, p. 89.

4.4 A Mudança dos Papéis

Nesta seção desejo abrir um ponto de reflexão bem específico quanto ao paradoxo que envolve especificamente a profissão enfermagem: do cuidador que, pelo adoecimento, necessita de cuidados.

Este sentimento paradoxal é inferido na narrativa da depoente Terra: “[...] *E o que mais me intrigava era que de repente eu que estava sendo cuidada eu que dependia do outro [...]*”, que denota claramente o impacto individual de estar adoecido pelo enfermeiro.

Como já amplamente comentado, o adoecimento é apontado, interpretando as reflexões de Dubar (2005; 2009) como o fator de ruptura e crise de identidade.

O profissional enfermeiro, conforme já explicitado neste capítulo, não apenas incorpora o *habitus* referente à profissão, mas se identifica e se referencia pela profissão cujo cerne de atribuições e competências é o processo de cuidado integral e sistematizado conforme o explicitado pelo Código de Ética de Enfermagem (COREN-COFEN, 1993) que define a enfermagem como uma profissão que compreende atividades com componentes de conhecimentos científicos e técnicos, construídos e reproduzidos em um conjunto de práticas individuais, sociais, éticas e políticas que se processam pelo ensino, pesquisa e assistência (cuidado) de enfermagem.

O texto do código de ética do profissional de enfermagem é significativamente incorporado na identidade profissional dos entrevistados, fato que pode ser evidenciado pela narrativa da depoente Terra que, como já apresentado anteriormente, afirma que *“o curso está voltado para o cuidado do outro, e a gente nunca olha para gente como uma pessoa que também está precisando de cuidados”*, expressando o zelo pela atividade do cuidado. Esta mesma visão é ratificada pela depoente Fogo, expressando que *“eu decidi ser enfermeira porque eu queria cuidar do outro que estivesse sobre a minha responsabilidade e é assim que eu pensava e é assim que eu penso até os dias de hoje”*.

Volto à declaração da depoente Terra, que explicita em sua fala que *“a enfermagem se torna parte de você, sei lá... ajudar o outro, cuidar do outro é muito bom, poder ajudar o outro a ter fôlego para viver e se manter viva”*.

Logo, constatei a ética e o envolvimento profissional de todas as entrevistadas. Neste ensejo, percebi que a sensação de dor e desconforto existe também pela necessidade do cuidado. Voltemos à expressão da narrativa da depoente Terra: “[...] *Sempre me senti “super” por estar sempre cuidando de alguém, e o que mais me intrigava era que de repente eu que estava sendo cuidada, eu que dependia do outro [...]*”.

O adoecimento e a notícia de estar adoecido precederam o necessitar do cuidado de outrem, que talvez pelo exercício particular da profissão possa ter sido encarado como uma forma de cisão abrupta de conceitos, ou a ruptura (DUBAR, 2009) que faz a construção de uma nova identidade.

Creio que a adoção de uma nova postura frente ao evento possa ser a externalização da identidade nova construída. O trecho a seguir aponta esta nova caracterização arquetípica: “[...] *E nesse dia eu decidi que eu iria ser só paciente, que eu não iria estudar sobre a doença*” (Depoente FOGO).

De profissional de referência no processo de cuidado à paciente: esta foi a vivência das participantes do estudo. A vivência do precípua para Nietzsche (2008) e da cisão e nova identidade para Dubar (2005, 2009).

Ainda neste contexto de exercício profissional, não posso deixar a questão da docência, que por si já é acompanhada de suas crises e profundas reflexões acerca do objeto e sua própria essência. Os profissionais deste estudo, portanto, em sua dupla função (assistência e docência), vivenciam os paradoxos e entraves de ambas as funções.

Quanto ao exercício da docência em enfermagem e a vivência do adoecimento, as narrativas abaixo demonstram a competência e responsabilidade:

Então assim, depois que passei no concurso ficou ainda mais corrido, pois além da assistência agora eu tinha a responsabilidade de ensinar e acompanhar os alunos (Depoente TERRA).

Mas quando iniciava as aulas eu parava tudo e porque não dava tempo, a enfermagem se cobra demais. Lá na enfermagem você tem que ir de manhã, de tarde e de noite, fora as reuniões meio

dia... de seis horas da tarde. Nossa você não tem um tempo pra você, não consegue ser mãe, mulher o seu social fica morto praticamente. Fica só a família do trabalho... mais ninguém parece que existe (Depoente TERRA).

Laville (2005) infere que o próprio espaço de ensino, ou seja, a sala de aula, de forma direta ou indireta apresenta os elementos de prazer e sofrimento ao professor.

A ação implica a atividade, e a redução da ação à atividade, pode não resultar do excesso de trabalho, do embrutecimento ou do esgotamento, mas de uma estratégia defensiva contra o sofrimento na ação, estratégia defensiva que consiste em reduzir voluntariamente o campo da consciência à atividade [...] Agir é, por conseguinte, trabalhar, mas é igualmente sofrer. (CHRISTOPHE DEJOURS *apud* LAVILLE, 2005, p. 113).

Estes elementos situacionais são explorados por Paschoalino *et al* (2005 e 2006) e também por Peron e Ferreira (2011), a primeira com a perspectiva de “mal estar” da atividade docente e, respectivamente, levantamento de elementos para interpretação da situação do docente do ensino superior brasileiro.

Na perspectiva de “mal estar” docente de Paschoalino *et al* (2006), o mal-estar inicia-se pelas constantes cobranças e necessidade de hiperespecialização, seguido dos elementos constitutivos da profissão: o processo de ensino-aprendizagem, a relação professor aluno, a frustração pelos objetivos não alcançados.

O professor se vê preso nas engrenagens do processo de trabalho que o enfraquece enquanto um sujeito de saberes e que passa a sofrer um mal-estar que, a princípio, não é palpável, mas está presente em suas ações (PASCHOALINO *et al*, 2006, p. 6).

O autor demonstra em seu estudo as questões sociais presentes no mal-estar docente, elencando e analisando o papel do professor no ensino, a percepção de si e do ensino, a necessidade de demandas severas para uma definição social melhor aceita e posicionada, a frustração pela extenuante jornada, pouca visibilidade, poucos recursos e pouca resolução quando encarada a profissão em um viés social de inclusão e isonomia.

A desmotivação dos educadores em articular um trabalho coletivo, cria e desencadeia empecilhos sombrios que resultam de um trabalho fragmentado e pouco significativo para os professores e para os alunos. (PASCHOALINO, 2005, p. 197).

Ao romper a relação dialética da educação pelos sucessivos e intempestivos fatos da vivência, concebe-se a primeira evidência do adoecer, e são manifestas pela sua insatisfação, através de: “1) fadiga/exaustão; 2) mal-estar 3) estresse; 4) absenteísmo; e 5) desejo de abandonar a profissão.” (ALVES 1997 *apud* UENO 2006, p. 20).

O diferencial da profissão quando conjugada com a docência é visto na narrativa da depoente Terra: “[...] *Então a gente fazia o papel de ensino e assistência [...]*”, e também na narrativa da depoente Água: “*Acompanhávamos alunos em estágio, mas também fazíamos assistência*”.

Os professores da área da saúde têm seu diferencial⁹⁷ na concomitância entre ensino e assistência. Especialmente os professores enfermeiros, revezam seu saber e ação epistemológica entre atividades de ensino teórico e práticas assistenciais, além da prática assistencial propriamente dita como profissão.

Para Batista e Batista (2004), as atribuições inerentes ao docente se juntam às atribuições do profissional que atua em saúde. Isto me faz refletir sobre uma justaposição de competências e atribuições de formações díspares que devem ser trabalhadas em uníssono no processo de ensino e assistência, podendo ser esta uma das causas de sobrecarga ao enfermeiro professor que, em dado momento, necessite de afastamento.

Ainda nesta seção, acredito ser relevante trazer um dos sentimentos descritos pela depoente Água em sua narrativa de vivência:

Teve momentos que fiquei com muito medo.

⁹⁷ Ao professor enfermeiro é instituída a *competência de ação*, além da competência teórico-epistêmica, que seria composto pela competência técnica-funcional com o domínio de conhecimentos e destrezas necessários para a realização eficiente e profissional das ações de enfermagem. PINHEL e KURCGANT. **Reflexões sobre competência docente no ensino de enfermagem**. Rev Esc Enferm USP, 2007; 41(4):711-6. Pág 714. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/23.pdf>

O medo é descrito por Fernandes (2011) como sentimento que expressa à defensiva do ser humano, capaz de determinar ações e reações, e condicionar o comportamento individual.

A doença não sendo apenas um evento biológico, mas também uma experiência social impõe o medo por representar improdutividade. O medo da doença é descrito como um evento que envolve aspectos individuais e sociais, e estão presente no imaginário popular e dos profissionais da assistência, em especial os enfermeiros (FERNANDES, 2011).

O enfermeiro como profissional do cuidado, vive e convive com inúmeros casos de adoecimento, dor e morte, em alguns momentos sem realmente imaginar-se naquela situação. Este é fator que gera o medo e angústia nos profissionais, a inversão dos papéis, de “cuidador” a “cuidado” (FERNANDES, 2011, p. 60-61). Ainda para Pinho e Barbosa (2008), o medo existe no contexto de uma profissão que lida com a doença, a morte e a dor do outro, pelo simples fato de sinalizar a falibilidade e a certeza de que um dia estes eventos também poderão fazer parte de sua história. O enfrentamento da situação do outro, nem sempre significa a aceitação da mesma situação (FERNANDES, 2011).

Ainda neste estudo, farei reflexões sobre os processos singulares do adoecimento com a “Doença que Aflige”, “A Doença Como Representação da Dor”, e, finalizarei com o “Seguimento Contínuo da História do Sujeito” - espaço no qual analisarei a vivência e experiência do adoecimento no “hoje”, e como esta história se resolveu ou se desenrola para os sujeitos participantes deste estudo.

Segue-se a discussão com a doença que aflige, para compreender a vivência pessoal e singular da doença pelas participantes do estudo.

4.5 A Doença que Aflige

Lidar com essa situação no ombro esquerdo então fiquei seis meses parada não eu fiquei quatro meses parada sem conseguir trabalhar por não conseguir mexer o meu ombro esquerdo, eu não conseguia fazer nada porque a dor me tirava todo o sossego. Eu acredito que a sobrecarga que tive se deu ao longo da vida, pois eu nunca fiz exercícios físicos de atletismo por isso acredito

que tenha sido o acúmulo dos exageros e do mau uso das atividades que a gente faz na assistência e nos últimos anos o meu pai precisou muito da família ele era cadeirante então foi uma situação que acabou culminando nisso e também eu acho que, acho não, acredito que ao longo dos anos, vinte e cinco anos na assistência (Depoente ÁGUA).

Nesta seção abordo a vivência e experiência da doença pelas enfermeiras professoras da FAEN-UFMT, buscando compreender as transformações na identidade e nas facetas do si-mesmo. Já defini em diversas visões a doença e idealizações do que seria saúde, assim, serão vistas neste contexto, as visões de profissionais do cuidar, que em um momento viram-se objeto de cuidado como antes o exerciam, no sentido de denotar a relação entre a profissão e a vivência do adoecimento.

O primeiro ponto que considero ser relevante a ser levantado é a visão da doença e os aspectos que a envolveram em sua experimentação de estar ou ser adoecido.

As narrativas abaixo demonstram a particularidade de cada profissional:

[...] Há muitos anos eu vinha tratando de dor, e sempre no final do semestre eu piorava acho que por que já estava mais desgastada, esgotada e acabava com pontos de bloqueio em me ombro direito (Depoente TERRA).

Para falar da doença que aflige, falarei também sobre sentimento, emoção e o corpo, reflito como se enxerga a relação do sentimento e emoção/ afeto, com o "corpo" matéria de todos os sentimentos e suas expressões que estão alocadas em matrizes como núcleos profundos na alma, em formações de energias "diferenciadas".

Não há como falar de emoções e sentimentos compartimentando o assunto em organicismo/ materialismo⁹⁸, não há como falar destes elementos tão exclusivamente humanos, sem abordar racionalmente e também subjetivamente os prismas que o envolvem física, psíquica e socialmente.

Sentimentos, afetos e emoções, sendo realidades abstratas com intensa e vigorosa repercussão no nosso cérebro e demais agregados celulares como órgãos e sistemas, não têm origem definida pela ciência, que ainda não foi mais longe do que a teoria das memórias habitando as sinapses neurológicas.

Ainda ignorando a origem dessas "forças" que movem as nossas vontades e nos submetem a "sensações" mesmo que não as desejemos, ainda assim, é possível com a ajuda de ramos diversos das ciências e filosofias, elaborarmos explicações, que se não são completamente verazes, certamente, contribuem para a expansão do ato de pensar com lógica e respeito sobre os fatos, os fatores e algoritmos.

Os **sentimentos**⁹⁹, os **afetos**¹⁰⁰ e as **emoções**¹⁰¹ são habitantes da nossa alma ou espírito, necessidades e esperanças. Elementos sobre os quais desejei trazer uma definição popular e comum para incitar uma reflexão sobre esse conjunto de elementos que experimentamos e experimentaremos cotidianamente no processo de vivência e demonstram a suas relações mútuas.

⁹⁸ Organicismo e materialismo são termos advindos da racionalidade biomédica e administrativa que seccionam e estudam as partes e depois sua relação com o todo, infere um pensamento reducionista, que atinge somente a esfera física e orgânica do indivíduo.

⁹⁹ O dicionário comum expressa sentimentos como sendo um conjunto das qualidades morais do indivíduo. Neste trabalho não farei julgamentos morais, mas esta expressão entendida à visão dos autores que me propôs a trabalhar, denota a estabilidade de relações que fazem a construção do si-mesmo.

¹⁰⁰ Afeto em definições populares é definido como afeição por alguém ou algo; uma inclinação; simpatia, amizade, amor por alguém ou algo.

¹⁰¹ Diferentemente das áreas de estudos psicológico, a emoção no imaginário comum, é expressa nos dicionários como formas de "*perturbação*" ou "*variação do espírito*" que advindas de situações diversas se manifestam como alegria, tristeza, raiva, ou abalo moral.

São elementos inegáveis na construção do homem enquanto indivíduo, e que são diferentes entre si, mas reagem em conjunto com o que estimula o si-mesmo ou *self*¹⁰².

A doença em si [...] isso me machucou muito, digo, machucou no ego, no brio, na força interior, na questão da minha impotência, pois, eu achava que tinha controle sobre mim, sobre minha vida sobre meu organismo (Depoente FOGO).

Notícia de que você tem uma doença e que você terá que operar, até aí tudo bem, mas depois eu vi que não era bem assim, pois saiu do meu controle do meu domínio, eu não tinha mais controle da dor, dos meus movimentos uma frustração e uma impotência muito grande (Depoente ÁGUA).

Para Nietzsche (2008, p. 19), a doença é, de fato, um evento debilitante, que machuca e mitiga as forças interiores, sendo por ele dita como o que “enfraquece o homem e o fere”. A diferença da visão de doença do filósofo para o convencional que paira no imaginário sócio-cultural humano é que, para ele, apesar do adoecimento ter estes não agradáveis predicados, ela também tem um poder de transformação sobre o homem:

A doença desprende-me a pouco e pouco: poupou-me toda a ruptura, todo o passo violento e escandaloso. Não perdi então a benevolência; muita até me foi ainda dispensada. A doença proporcionou-me igualmente o direito de uma inversão completa de todos os meus hábitos; permitiu-me, ordenou-me que esquecesse; deu-me de presente a coacção a estar reclinado, ao ócio, à espera e à paciência... Mas isto é o que justamente significa pensar! (p. 66).

Nietzsche (2008) vê a doença como um evento de ruptura e transformação. Em Dubar (2005; 2009), vê-se eventos de rupturas como responsáveis pela construção de novas identidades no mesmo sujeito. A notícia de estar adoecido e

¹⁰² O *self* é definido em psicologia como si-mesmo, mas ainda com elementos para discussões sobre sua conceituação (GUANAES E JAPUR, 2003). Neste estudo o *self* é entendido como o si-mesmo em sua mais profunda e complexa constituição e construção.

sobre a doença pode ser expressa como evento de ruptura, e o adoecimento como o momento da construção de uma nova identidade.

Pude perceber que em Nietzsche e Canguilhem (2009), a pessoa em estado de doença (dor) ¹⁰³ não causa uma ruptura de identidade, e sim aproxima a pessoa pela doença ao si-mesmo e ao devir se tratando da "mesma vida", mas com várias experiências; não há a perda do *self*. Já para Dubar (2009), como já antes dito, quando a pessoa está adoecida, acredita-se então na ruptura e perda de sua identidade, é como se a vida atual se rompesse no momento da notícia de estar adoecido, lhe causando o sofrimento (dor) ao abrigar a doença tratando-se assim de uma "outra vida". Intentando encontrar ainda mais representações sobre o que permeia o evento do adoecimento e sua vivência, busquei no contexto desta análise, o que pode representar o sofrimento pelo adoecimento, compreendendo a dor como representação do sofrimento.

A palavra sofrer, em sentido comum, refere-se à dor física ou moral, expressando também o sentido da experimentação de prejuízos, decrescência. Sofrimento, neste pensar, remete ao padecimento, amargura e novamente à dor (SOUZA, 2012).

Dor, em termos genericamente médicos, pode ser definida de forma autoexplicativa como sensação desagradável associada geralmente à existência de lesão real ou potencial de tecido, órgão ou sistema (FILHO, 1992).

Este conceito faz menção ao caráter orgânico físico da dor¹⁰⁴, a dor em decorrência de uma alteração do corpo.

A dor é inerente ao sofrer e ao sofrimento e se torna a expressão destes sentimentos (SOUZA, 2012), compreendendo a representação mais fiel do adoecer no indivíduo. Tanto a injúria física ou psíquica envolvem os sentimentos do sofrer e da dor, expoentes do estado conhecido como adoecimento. A narrativa da depoente Água explicita que: "*não tinha mais controle da dor, dos meus movimentos uma frustração e uma impotência muito grande*", as narrativas abaixo, já utilizadas para

¹⁰³ Infere-se doença e dor como um estado quase que único, pela relação profunda entre o estar adoecido e a dor sentida pelo vivente.

¹⁰⁴ A dor neste ensejo figura o signo físico da disfunção orgânica, a seta bidirecional entre o "alarme" e o "vital".

expressão em outros movimentos que fazem jus a este estudo, são utilizadas aqui também, pois, expressam a dor orgânica, percebimento e sinal do adoecimento: “[...] *Minha defesa teve que ser adiada, [...] pois sentia muita dor e meu braço ficou imobilizado*” (Depoente ÁGUA).

Ainda neste ensejo, a depoente Terra diz que: “*Há muitos anos eu vinha tratando de dor, e sempre no final do semestre eu piorava acho que porque já estava mais desgastada, esgotada [...]*”.

A depoente ainda acrescenta que: “*O que me incomoda mesmo é a dor que leva o desconforto*”.

Água complementa, como vimos anteriormente, nesta mesma perspectiva: “*Eu não conseguia fazer nada porque a dor me tirava todo o sossego*”.

Nestas narrativas de vivências supracitadas, vê-se a expressão da dor no sentido físico orgânico, pelos fatores físicos envolvidos no processo de agravos e adoecimento.

O caráter orgânico da dor e da doença não é refutado na minha reflexão, mas tento integrá-lo à visão social e individual dos autores com os quais me propus a trabalhar. Percebe-se que a dor no sentido físico pelas narrativas analisadas é subjetiva, é um sentimento de difícil definição prática e vivencial (SOUZA, 2012), sendo objeto de estudo das ciências da saúde, mas ainda com conceituação voltada ao estado em que exista lesão ou agravo e ao distúrbio físico orgânico pré-existente. Todavia, uma das participantes da pesquisa denota, de forma clara e objetiva que a dor para si adquire outros contornos e sentidos além do físico: “[...] *O que mais doeu em mim, não foi à dor física, orgânica e sim a dor de se sentir inútil para com o trabalho [...]*” (Depoente FOGO). Tornou-se necessário uma reflexão sobre a dor e suas representações físicas, psíquicas e também sociais para compreender sua relação com a experiência do adoecimento com a construção da identidade das enfermeiras-professoras que vivenciaram o adoecimento.

Os relatos da depoente Terra demonstram a identidade de classe que molda o comportamento quase devocional à profissão: “[...] *Eu estava sangrando, mas eu continuava trabalhando*”, e “[...] *a Enfermagem se cobra demais [...]*” isto remonta à origem da profissão e influência quase sacerdotal da profissão (MURTA, 2008), com o compromisso pessoal para com o outro. Neste contexto ainda, retomo ao

pensamento de identidade de classe pensado por Dubar (2005) e patente nos relatos de vivências das participantes desta pesquisa.

A doença e a dor são experiências convergentes e quase indissociáveis, a discussão lança o questionamento da doença como representação da dor.

4.6 A Doença como Representação da Dor?¹⁰⁵

A gente atua como se a dor não existisse e como ela é uma coisa subjetiva, só eu que sinto, então, se ela não existisse quando eu estou “numa boa” ela pararia, mas ela não pára, quando eu início alguma coisa, a dor intensifica de rebote (Depoente TERRA).

E, depois disso eu comecei a sentir muitas dores, dor, dor, dor, e eu fiquei no chão a noite toda dormi ali mesmo, em um colchão improvisado, e amanheci no meio de uma poça de sangue. E então fiquei muito assustada (Depoente FOGO).

Voltemos à definição de saúde por Oliveira (2012), partindo da origem da palavra como “*salus*”, para atribuir saúde à integridade. Já doença, é derivada da palavra latina “*dolentia*” que é derivada de “*dolor*” e “*dolore*” com significado de dor e doer. O adoecer relacionado a um mal-estar faz indicação subjetiva de sofrimento, sendo apontada como sentimento perturbador e indicativo do evento da doença.

Partindo da necessidade intrínseca de interpretar e compreender o significado e representação da dor no estado do adoecimento, parto das narrativas para nortear o caminho e tomo como foco principal descobrir como a doença e a dor são interpretadas na vivência.

Utilizei concepções filosóficas para tentar elaborar uma reflexão sobre a doença como representação do estado vivencial de dor na pessoa humana, buscando arcabouços à evidência de outras possibilidades de representação da doença e da dor relatada na maioria das vivências, para entendê-la não apenas como fenômenos isoladamente físico-orgânicos, mas com outras representações em seus diversos segmentos e prismas sobre o indivíduo que a sente.

¹⁰⁵ SOUZA, M. F. **A Doença como representação da dor.** Cuiabá, MT, 2012.

Dor pode ser definida, de forma simplória e autoexplicativa como sensação desagradável associada geralmente à existência de lesão real ou potencial de tecido, órgão ou sistema (FILHO, 1992). Fisiologicamente, e em uma visão clínica, a dor é entendida como dispositivo de alerta, o “alarme” que indica uma lesão (HELMAN, 2003, p.170).

O evento da dor é estudado desde os primórdios da compreensão do homem sobre seu próprio corpo, sendo provavelmente, marcante em épocas de guerras e epidemias de doenças. Desde então, vem-se tentando vencer o fenômeno da dor no corpo através de procedimentos anestésicos, sedativos e relaxantes, ou quaisquer outros que minimizassem o seu sentimento angustioso.

Helman (2003) apresenta a dor como sentimento inseparável da vida, e também o sintoma mais comumente empregado para detecção de disfunção clínica, que nos remete à doença no contexto do paradigma biomédico, que atrela a dor a uma disfunção celular única, que envolve a desorganização das funções específicas da célula que compõe um tecido, órgão e sistema e a partir disto, causa do afetamento das funções fisiológicas do corpo.

A dor é citada em diversos textos antigos, sendo explícita a busca por explicações para sua causa e a sua íntima relação com a doença. Ambas se ligavam no imaginário humano a partir das concepções religiosas que tentavam explicar os eventos como manifestação metafísica de entidades imateriais, castigo divino, ou martírio (FILHO, 1992). Pensamento este, que perdurou até o advento do Renascimento, período no qual a transição do pensamento teocêntrico ao antropocêntrico resultou também na eclosão de novos estudos baseados na ciência e filosofia.

Helman (2003) classifica a dor como um evento neurofisiológico, mas também envolvido direta e indiretamente nos fatores sociais, psicológicos e culturais. Sendo que, a resposta à dor, para Oliveira (2012), também varia conforme estes fatores elencados.

Já em outros contextos, a concepção de doença sobrepõe-se a concepção de dor, havendo a segregação funcional e delimitação de conceitos que só tinham correlação pelo fator de lesão ou disfunção tecidual. Com isso, a dor e doença foram tratadas como disciplinas separadas em estudo, análise e tratamentos; a doutrina

médica passa a encarar a dor como consequente ao estado de doença, subjacente ao evento fisiopatológico e disfuncional da desvitalização do corpo e de suas funções.

Isto me fez pensar na forma como se concebe o pensar sobre a doença e a dor nas mais variadas profissões, e no contexto de sua socialização.

Esta socialização remete à incorporação do “*habitus*” e a construção da realidade social descrita por Dubar (2005), quanto à constituição do ser social pela “incorporação de maneiras de ser”, que moldam as formas de pensar, agir e sentir, pela dualidade do trabalho e interação que fazem o movimento da construção do desenvolvimento do indivíduo.

Os trechos das narrativas demonstram parte de ideias construídas e colocadas em prática na profissão enfermagem. Diante disso, foi percebido que a concepção de dor, doença, toda a “carga funcional” de ser e estar adoecido, a resposta pessoal e singular aos tratamentos já conhecidos, são também “moldados” pela formação da profissão, e ainda nesta perspectiva, a depoente Água afirma:

E então por essa dor eu comecei a poupar braço direito e por essa razão começou a desenvolver o mesmo problema do braço esquerdo a capsulite, acredito que foi pelo fato de ficar com ele parado, e já no final de outubro estava praticamente imobilizada com o braço direito. Daí o médico falou, olha tem duas opções, a gente pode tentar fortalecer e recuperar um pouco os movimentos do braço direito intensificando a fisioterapia e a medicação e depois a gente pode pensar na cirurgia, mais você não vai fugir da cirurgia porque seu tendão está rompido, e a outra opção é ir para a cirurgia já, então pensei comigo, já estava com dor já estava com restrição nos movimentos e justamente isso, para que adiar um problema? E aí fiz a cirurgia, fiquei quarenta, não sessenta dias com braço imobilizado com tipóia né, e com trinta dias comecei a fazer a fisioterapia, mas a dor nada de melhorar e aí eu tive uma complicação que eles chamam de distrofia simpático do flexo, o braço inteiro edemaciado, dor muita dor e a fisioterapia não consegui progredir por conta da dor, então eu precisei assim, ir para a médica de dor, eu fazia bloqueio a cada quinze dias por conta de dor e com isso só foi piorando a restrição do braço direito,

porque eu não conseguia movimentar então o braço (Depoente ÁGUA).

Retorno a depoente Água, que expressa a visão de que o adoecimento e dor culminam em desajuste e disfunção: *“Eu não conseguia fazer nada porque a dor me tirava todo o sossego”*, esta visão é construída também no processo de formação da profissão.

Nisto, se infere que cada profissão terá seu próprio modo de enxergar a doença e a dor que a acompanha invariavelmente, conforme as competências e bases de cada formação.

Para Silva (2008), o enfermeiro é o profissional da área da saúde que permanece mais tempo junto ao doente/família com dor, tendo importante papel no alívio e conforto pelos cuidados dispensados. Para a autora, cabe ao enfermeiro otimizar o desenvolvimento da sua capacidade funcional para adaptação e vivência sem dor.

“[...] é um processo muito só [...]” (Depoente FOGO). A atuação do enfermeiro o leva ao convívio constante com os eventos de doença e dor, mas o convívio profissional e não o vivencial; apesar de a dor e a doença serem patentes e constantes será sempre do outro; e logo, quando a vivenciamos, vemos a inexatidão dos processos de avaliação e quantificação e classificação da dor e do mal-estar, pois somente no sentir o evento é que se compreende que o fenômeno da doença e sua dor são únicos e pessoais. E são descritas por Yancey e Brand (2005, p.124) como algo incompartilhável, insocializável, uma sensação ou sentimento solitário e mais pessoal que possa existir.

A dor influenciou muito mais negativamente em mim do que a restrição propriamente dos movimentos nos braços. Sabia? A dor me deu muito mais fragilidade (Depoente ÁGUA).

Os trechos demonstram de forma implícita o sofrimento pela visão negativa da dor. Em Nietzsche (2008), pode-se entender a dor como parte de uma vida

ascendente¹⁰⁶, e esta mesma dor é referenciada por ele como o sofrimento presente na vivência do indivíduo. Em “Ecce Homo”, sua autobiografia, vê-se a forma como nos remete a pensar no sofrimento e dor como isônomos.

Para Silva (2008), até mesmo as formas de exteriorização da doença e da dor implicam em uma relação social, e é um fator de extrema importância na atuação do enfermeiro. Assim, a natureza desta relação determinará se e como a dor será revelada e como será percebida pelo outro, uma vez que a concepção que tem de dor é influenciada por fatores sociais, culturais e psicológicos.

A autora fala ainda que é do conhecimento do enfermeiro a angústia de uma pessoa com dor, e esta a torna mais vulnerável à fragilidade descrita, acima.

A depoente Fogo diz, conforme já apresentado, que: *“o que mais doeu em mim, não foi à dor física, orgânica e sim a dor de se sentir inútil.”*, trazendo a expressão da dor pela possível improdutividade e limitação física adjacente.

Ainda para Nietzsche (2006, p.7), esta dor só “pode ser sobrepujada pela eterna mudança ou modificação”, inferindo a possibilidade de uma nova reflexão sobre a dor no processo de vida. A partir disso, entendo que a dor nos contextos dos sujeitos deste estudo, não é somente pela doença, mas um conjunto somatório da doença, com a dor orgânica, e também a dor social, atribuindo à doença e à própria dor, a interação conjunta destes ao mal-estar do enfermeiro professor.

Enquanto Nietzsche (2008) entende o sofrimento para o processo de constituição de si, Dubar (2009) entende as experiências sociais (inclusive dor, sofrimento, entre outros) como processos de ruptura, como já antes explicado, e que estão presente na construção de si.

As narrativas, por sua vez, demonstram a influência da dor e os sentimentos envolvidos nesta vivência. No ensejo desta discussão sobre sofrimento, a dor é percebida, no contexto deste trabalho como parte inevitável do processo de adoecimento e também da vida. Em Nietzsche (2009), entende-se a dor como um evento de sabedoria na vida do indivíduo, não apenas como evento limitante; é citada por ele como uma força de conservação da espécie, mas também como um momento de aprendizagem e prudência. A “fragilidade” referida pela participante é

¹⁰⁶ NIETZSCHE, F. **Ecce Homo**. Trad. Artur Morão. Covilhã, 2008.

semelhante ao pensamento nietzscheano de que o homem deve aprender a viver com a energia reduzida para a progressão do si mesmo.

Depois desta reflexão, com o foco nos objetivos e no vislumbrear da história do sujeito, discuto o seguimento contínuo da história do indivíduo, como forma de imbuir uma finalização geracional desta pesquisa.

4.7 O Seguimento Contínuo da História do Indivíduo

O que mudou em mim é a forma que vejo as coisas e os acontecimentos da vida hoje. Hoje qualquer coisa que aconteça eu vejo como algo que tem que acontecer que faz parte de minha vida e que isso só vai me acrescentar para ser melhor que antes (Depoente FOGO).

Diante de tudo que foi explorado até o momento, acredito ser necessário acrescentar a este estudo a perspectiva atual e real das professoras de enfermagem que vivem ou vivenciaram o adoecimento. Já explorei e vislumbrei os sentimentos e emoções que fizeram parte desta experiência, explorei a relação entre socialização, trabalho e adoecimento e senti a necessidade de expor o contínuo desta vivência.

Acredito que este capítulo é, na verdade, o sibilo de minhas considerações, afinal, é o vislumbre de tudo que vi.

A partir das narrativas das depoentes Água e Fogo, respectivamente, percebi que a vida se faz e se cria nos eventos, sejam eles positivos ou negativos, se faz no movimento e essência de existir. Isto pode ser percebido quando as depoentes declaram: “[...] a doença me fez sentir mais vontade de viver, de me manter forte [...]” e “Então assim, eu sou outra? acredito que sim, porque todo o processo me fez melhorar e me transformar [...]”. Em Nietzsche (2008), entendo que a doença adquire uma nova significação, diferente do ponto de vista degenerativo e disfuncional. Em Nietzsche (2008, p. 66), pode-se ler o adoecimento como evento ascendente “a doença desprende-me a pouco e pouco: poupou-me toda ruptura, todo o passo violento e escandaloso. Não perdi então a benevolência; muita até me foi ainda dispensada”.

Nietzsche (2011, p.456) afirma ainda que “os doentes e os fracos são mais compassivos, mais “humanos”; têm mais espírito, são mais mutáveis, mais múltiplos, mais divertidos, mais malignos”.

Apesar de tão enfático e aparentemente agressivo, os termos usados por Nietzsche em suas obras, são para designar o homem que consegue assenhorar-se de sua existência, através da força impulsionante que emana da necessidade de viver.

Calçado (2009, p. 43) quando analisa a doença para Nietzsche, nos diz que a doença “é vista não como um princípio de degeneração e de destruição da vida, mas como o motor, a mola propulsora para uma vida em ascensão, voltada para o aumento da vontade de potência”¹⁰⁷

Neste capítulo, levantei as visões de saúde e doença, e cada uma delas remetem à ideia de doença como um evento a ser prevenido por ser disfuncional e degenerativo, isto, para o bem-estar individual e social.

Nietzsche (2004, p. 50) em “Aurora”, aborda a medicina convencional com um sarcástico tom, ao afirmar que as terapias médicas nada mais são que formas de “consolação”, que para o filósofo, tem poder entorpecente sobre o homem, negando-o ao real conhecimento do si-mesmo, levando ao estado de embriaguez humana. Esta embriaguez abordada por Nietzsche (2004) também é vista nos discursos terapêuticos, que são denominados por ele, ideias sobre a doença, discursos tranquilizantes da imaginação. Com isto, entende-se a que a doença para Nietzsche (2004) se faz mais um estado de ignorância¹⁰⁸. Lins (2002) infere que o corpo (homem) “sofre do sujeito que o age, que o organiza e subjetiva, tratando-se não do ser doente, mas de tornar-se doente dessa doença”¹⁰⁹.

¹⁰⁷ Vontade é em qualquer ser vivo, o que ele faz não para conservar o si mesmo, mas para tornar-se mais do que se é. Devir é assumir essa força para as transformações e força é potencia. Quando a pessoa adoece ela deixa ou não de assenhorar-se de seu sentimento de potência de vida. ou seja, ele reage lutando contra ou não (NIETZSCHE, 2011).

¹⁰⁸ NIETZSCHE, Friedrich. **Aurora. Reflexões sobre os preconceitos morais**. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Cia. das Letras, 2004.

¹⁰⁹ LINS, Daniel; GADELHA, Sylvio (orgs.). **NIETZSCHE E DELEUZE: que pode o corpo**. - Rio de Janeiro: Redume Dumará: Fortaleza, CE: Secretaria da Cultura e Desporto, 2002.

Este estado para Nietzsche (2004) é depurado nas crises; o que para a sociedade são demonstrações de fragilidade, para ele são demonstrações de força, ou vontade de potência¹¹⁰.

Calçado (2009) interpreta a visão de vontade de potência de Nietzsche, como uma ânsia de vontade, que sugere um processo não de identificação, mas de libertação de quaisquer amarras.

Agora me vejo retornando, mas com certeza eu me vejo voltando diferente, em todos os sentidos (Depoente ÁGUA).

Então assim, eu sou outra? Acredito que sim, porque todo o processo me fez melhorar e me transformar, seja um dia, um mês ou um ano acaba mudando a gente um pouco, então eu tive tempo de amadurecer algumas coisas de rever outras, então eu mudei sim (Depoente ÁGUA).

Ainda, segundo Nietzsche (2008), a doença proporciona o direito de uma inversão completa de todos os hábitos, sendo então considerada um princípio de motilidade, transformação, transvaloração.

Então a para vencer a depressão eu me apegava a crer que isso tudo seria passageiro, que eu não ficaria com aquelas dores por toda a minha vida. Eu via como um processo que eu tinha que vivenciar, e experimentar, mais que iria passar e que minha vida, meu cotidiano voltaria ao normal (Depoente FOGO).

Calçado (2009, p.13), neste sentido, ainda entende a filosofia de Nietzsche como:

Uma filosofia de afirmação de si, que dê sentido à vida, como se buscará defender neste estudo, envolve a apropriação da vida em sua totalidade, seja ela de alegria ou de tristeza, de saúde ou de enfermidade. A afirmação de si enquanto ser livre e original deverá partir de uma abrangência total da

¹¹⁰ NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm, 1844-1900. Vontade de potência /Friedrich Wilhelm Nietzsche; tradução, prefácio e notas de Mário Ferreira dos Santos. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

existência, mesmo quando essa for inóspita como no caso da doença. Amar o destino tal como ele se apresenta, como se fosse necessário vivê-lo uma vez mais e eternamente.

Neste sentido, fragmentos do que Nietzsche (2001) denomina *amor fati*, acreditando que a vida é criada a cada instante, mesmo na doença, na qual doença e saúde, bem como a dor, são eventos de uma mesma vida.

Nietzsche (2011, p. 495) em “Vontade de Potência”, diz que “o que não nos aniquila nos torna forte”, isto é inexoravelmente apreendido nos relatos das participantes desta pesquisa. A dor adquire o sentido da aprendizagem e a experiência valorizada para superação dos limites sociais e pessoais que são inerentes ao adoecimento.

Para Nietzsche (2004, p. 210), o próprio pensar sobre a doença já a definia de forma irreverente e diferenciada, em uma definição incomum: “por doença é preciso entender: a aproximação de uma velhice precoce, da feiúra e dos juízos pessimistas: três coisas que caminham junto.” – O conjunto que definia a doença e seus portadores de doentes. Ainda sobre o seu pensamento em definição de doença, Nietzsche (2004, p. 230) nos diz que:

As doenças crônicas do corpo se formam, como aquelas da alma, muito raramente em consequência de uma única falha grosseira da razão do corpo e da alma, mas geralmente por causa de inúmeras pequenas negligências imperceptíveis.

Os pensamentos do filósofo remetem à reflexão sobre a própria condição humana, admitindo a coexistência do homem, doença e dor, como fatores além de razões e definições, mas para o alcance do próprio devir.

O meu objetivo agora é me curar, não estou pensando no que eu vou fazer depois disso (Depoente TERRA).

Calçado (2009) analisando essa perspectiva de Nietzsche descreve a cura como:

Última instância, uma dinâmica interna ao próprio instinto. É a partir dele que são escolhidos os meios para o restabelecimento da saúde, seja os lugares de tratamento, as dietas a serem observadas, etc. Trata-se de um processo da sua própria si-mesmidade, ligado ao amor-próprio e ao cultivo de si.

Em Canguilhem (2009), entende-se o processo de cura almejado como fazer voltar à norma uma função ou um organismo que dela se tinham afastado. Ainda Canguilhem (2009) infere que a vida é aceita como uma polaridade e uma atividade normativa, o normal é o que se deve ser, a aceitação que faz a referencia do si mesmo.

Neste ensejo, Nietzsche (2011, p. 475) expressa que, seu julgamento referente “a potência de uma vontade é segundo o grau de resistência, de dor, de tortura que ela suporta para convertê-las em seu favor [...]”, o que, de forma genérica, todas as participantes do estudo trilharam com suas particularidades. Todas vivenciam ou vivenciaram a dor, de forma particular e íntima, tendo cada uma sua própria *vontade de potência*, seu próprio *amor fati*, seu *próprio devir*.

E, neste momento, após análise das narrativas de vivências na perspectiva histórica, social-identitária e individual na discussão dos resultados, como extensão de minha “finalização” deste estudo, creio que seja interessante demonstrar o esboço pensado no decorrer da pesquisa.

Esta figura representa o homem no vórtice e o homem no mundo, com a percepção de representação da vivência do adoecimento e dos elementos que fazem a construção social e individual, bem como dos elementos de constituição de si e individuação, que em constante movimento de criação e recriação, construção e desconstrução fazem e perfazem o mundo indivíduo e o devir. Deixo esta figura como forma de representação do que apreendi com esta pesquisa, e um esboço esquemático e empírico para reflexão mais profunda sobre o homem, o movimento da vida e a construção e constituição de si.

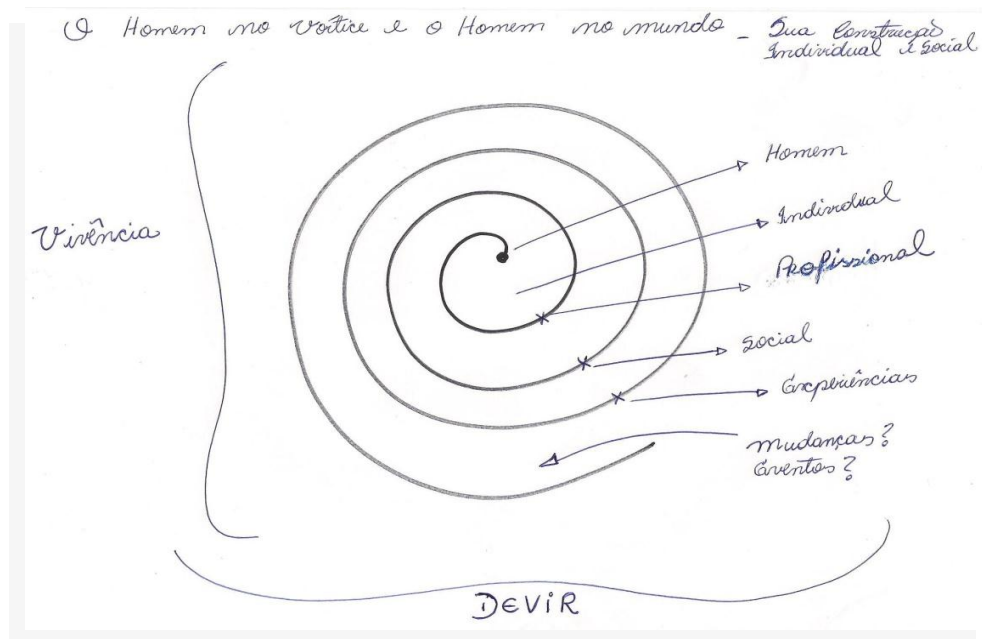


FIGURA III Fonte: Produzido pela autora. O Homem No Vórtice e o Homem No Mundo.

Devo agora considerar a reflexão de Canguilhem (2009, p. 78) sobre a vida, na qual infere sobre a não linearidade da vida e de seus eventos: “a vida não é, portanto, para o ser vivo uma dedução monótona, um movimento retilíneo; ela ignora a rigidez geométrica, ela é debate e explicação [...]”, seguindo este pensamento para explanar o esboço acima, entendo que a vivência do adoecimento tem os elementos de uma vida em movimento, que caminham em direção ao devir, em uma continuidade de vida, em quaisquer circunstâncias envolvidas.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Dos Pormenores Restantes...

Após apresentação da vivência do adoecimento pelas professoras de enfermagem da FAEN - MT, as transformações de desconstrução e reconstrução das realidades e identidades, e de como constituem a notícia do adoecimento, cabe-me agora trazer as inferências do trabalho nestas considerações finais de minha pesquisa, para relacionar os propósitos iniciais com as respostas, os achados, as reflexões e contribuições deste estudo.

Não me coube, neste estudo, atribuir valores ou julgamentos, nem estabelecer relações comparativas entre os autores e as participantes, mas encontrar em cada particular o diferencial ou comum, que emitisse o som da vivência e experiência do adoecimento, na intenção de integrar à melodia não legalista deste estudo, as notas harmônicas que cada qual poderia partilhar.

Como não foi o objetivo deste trabalho relacionar os dois pensadores (*Nietzsche e Dubar*) no que diz respeito à abrangência total de suas obras, as conclusões a serem apontadas aqui se deterão naquilo que é concernente ao sentido da vivência do adoecimento, dos achados do estudo e das respostas encontradas nas indagações iniciais.

Na pesquisa realizada, inicialmente tentei responder às hipóteses pensadas para este trabalho, sem ter ideia da profundidade daquilo que a realidade me apresentaria. Ainda assim, não desejei trazer respostas definitivas ou assertivas, lancei-me em definitivo ao vórtice para realizar este estudo, e o considero ainda inacabado.

Espero ter conseguido desvelar a vivência do adoecimento e seu significado na vida do enfermeiro professor pela ótica singular e própria e também, social e partilhável, contidas nas narrativas das vivências, nos textos e contextos de ser, estar e sentir o evento do adoecimento. Assim, tentei a partir da captação e

apreensão destes significados, talvez construir novas visões e interpretações da realidade.

A partir da busca de elementos para conceituar e entender em Nietzsche a *Vivência* no adoecimento, e em Dubar os conceitos e pensamentos sobre construção, desconstrução e reconstrução da identidade social e individual, defendo neste fechamento a ideia da identidade, singularidade e historicidade autêntica do indivíduo; construindo uma outra forma de visão a partir da premissa já comentada, de que cada um tem a sua própria doença e ninguém a vivencia de forma igual, ninguém adoece de forma comum, mas sente o adoecer de forma única, dentro de seu contexto social. Espero ter encontrado as características, o sentido único e também abrangente de ser e viver o adoecimento.

O estudo foi organizado de forma que fosse possível visualizar o panorama social das participantes, seguindo para os aspectos mais particulares da vivência do adoecimento em suas vidas, segui do contexto macro (o social) para o micro (o individual), trazendo por fim, *a continuidade no seguimento da vida e história do indivíduo*, por entender que o processo vivencial não terminou, mas continua com as percepções e experiências que se seguem.

O primeiro ponto que gostaria de considerar é o conceito de saúde, que para as participantes e para mim (como professora de enfermagem) foi construído ao longo do aprendizado acadêmico como o bem estar geral descrito na 8ª Conferência Mundial de Saúde da OMS.

Nesta pesquisa, pude visualizar que o estado de saúde ou doença é muito mais que uma idealização para a perfeição dos processos humanos, mas também um conceito normativo que define um tipo ideal de estrutura e de comportamentos orgânicos, sendo que, neste sentido, encaixa-se mais em um pleonasma, ao se tentar falar em perfeita saúde.

Compreendi, através da reflexão a partir das narrativas de vivências e pelos autores que convidei à confecção desta obra, que a saúde, apesar do contexto biomédico que nos imputa uma definição sólida e funcional de saúde como bem orgânico, é, na verdade, um termo adjetivado, um conceito descritivo que define e circunscreve a disposição e reação de um organismo (CANGUILHEM, 2009). A própria formação, o ser enfermeiro, nos leva a admitir este pressuposto como

verdade: que é próprio da doença interromper o curso de algo, de ser, em essência, verdadeiramente crítica e invalidatória, na qual a pessoa é doente não apenas em relação aos outros, rotulados como saudáveis, mas em relação a si mesma.

A perspectiva biológica da formação trouxe o esquecimento da condição natural que se traduz na vivência como adoecimento (NAKAMURA, 2009).

As considerações de ser normal, como saudável ou ter condição patológica, de ser doente, envolve o imaginário de quem vive o adoecimento, como já dito, sendo esta última condição atrelada à disfunção ou inabilidade para o convívio social, relacionamentos e trabalho, pela visão prescritiva de normalidade imposta pelo racionalismo biomédico.

Apesar de ter Friedrich Nietzsche como um dos autores de base para análise, e confirmar sua perspectiva de individuação do ser, percebi que a percepção do homem como ser social é inerente à construção da identidade individual e relacional. Sendo que o adoecimento interfere direta e indiretamente neste processo de construção.

Ainda em relação a esta perspectiva de construção e desconstrução do indivíduo, as palavras de Dubar na obra “Socialização: Construção das Identidades” (2005) e “Crises de Identidade” (2009) me fizeram compreender o movimento de construção e organização do si-mesmo.

Sendo o trabalho percebido no contexto do estudo como referência pessoal e social, além de uma oportunidade de criatividade pessoal e coletiva reconhecida, valorizada ou necessidade de sobrevivência (DUBAR, 2009). E ainda nesta perspectiva do autor, a identidade profissional como configuração do eu.

Esta configuração do eu individual e social é determinada primordialmente pelo profissional, dita por Dubar (2005) como movimento de construção do mundo social e de desenvolvimento do indivíduo, que remete à construção do ser nas formas identitárias abordadas por mim nos Capítulos II, III e IV desta dissertação.

Esta afirmação de Dubar (2005) pode ser vista e sentida na construção de vida social, individual e profissional das enfermeiras participantes da pesquisa.

A partir de uma reflexão sobre esse assunto, também me coube a tentativa de definição dos elementos que creio fazerem composição elementar no estudo, ainda no contexto de construção do ser e também da constituição de si.

Da construção do indivíduo para o autor Dubar, utilizei-me do termo e definições de identidade¹¹¹. Já quanto à constituição de si pelas reflexões nietzscheanas, tentei utilizar o termo si-mesmidade¹¹², empregado em suas obras.

Identidade e si-mesmidade são semelhantes tanto para Nietzsche quanto para Dubar, pois respectivamente, falam da construção e constituição do indivíduo e entendo ambos como complementares quando penso nesta dissertação, tanto a construção quanto a constituição tem reciprocidade, e não acontecem isoladas, mas interdependentes. O ponto de diferença entre eles, no íterim de minha pesquisa, é que a identidade para Dubar (2005) discorre sobre a construção do indivíduo, considerando as experiências (fatos que ocorrem e depois "acabam") sociais, profissionais e também individuais. Já si-mesmidade, para Nietzsche (2008), é elemento componente da constituição do indivíduo e tem ênfase maior nos processos de vivência ("o processo de vida, que só termina com a morte") individual e singular na construção do sujeito: o indivíduo retirado do todo, e visto na unicidade de si. Trazendo como reflexão ainda a ideia de uma continuidade e não finalização do processo identitário, que pode ser explorado no ensejo das vivências do processo social ao singular, no contexto da vivência do adoecimento.

Ainda preciso explicitar o motivo de ter empregado nas entrelinhas de minha reflexão o termo e definições de vórtice, que enriqueceram e caracterizaram melhor minha proposta inicial e o seu desenvolvimento. Neste estudo, vejo o vórtice como os eventos constantes (que podem ser tanto experiências quanto vivências), nos quais o indivíduo se encontra envolvido. Neste vórtice encontro os elementos homem (indivíduo) ao centro, experiências (individuais, sociais e profissionais) em cada ponto do espiral e o todo complexo, a vivência. O movimento do vórtice seria a força que ativa a mudança constante, não linear, ressonante, quase imprevisível. Todos vivem seu próprio vórtice e este talvez seja o fato social mais individual que existe, pois cada um terá o seu próprio.

O vórtice no contexto de meu estudo me fez entendê-lo como convergente ao devir expresso em diversas obras de Nietzsche.

¹¹¹ DUBAR (2005) E (2009).

¹¹² NIETZSCHE (2008).

Este devir, não apenas eu como leitora de Nietzsche, mas também outros autores como Calçado (2009), Lins e Gadelha (2002), concordam que devir é o novo, a mudança, a transformação que move o vórtice e no qual ele resulta conseqüentemente; para Lins e Gadelha (2002, p. 8) o devir pode ser entendido como “uma questão de produção, marcado por uma lógica da criação, da diferença e do acontecimento”.

Este devir, que compreendo como força motriz e uma resultante, é também descrito como o elemento de prazer no processo de vida (NIETZSCHE, 2008). Este foi descrito de forma reflexiva nas narrativas como um todo e também, especialmente, quando descrevo o seguimento contínuo da história do indivíduo, justamente por ter compreendido o devir como este seguimento, e é presente nas narrativas e vivências das enfermeiras professoras, que têm por experiência o adoecimento.

O devir, descrito por Lins e Gadelha (2002), faz o movimento de criação, construção, constituição, sendo também o próprio movimento. Lins e Gadelha (2002) falam do devir que emite o som mesmo na obscuridade e no caos, e lembro que o som só pode ser produzido pelo movimento e vitalidade. Isto reverbera, deveras, na vontade de potência descrita nas obras de Nietzsche, e pode ser sentida em narrativas descritas, quando se percebe o sentimento impulsionante, a vitalidade e força propulsora criativa que existe ainda com o adoecimento.

Giacóia Júnior (2001, p.31) em “A Genealogia da Moral” faz entender a vontade de potência como advinda dos instintos tão somente humanos que fazem o processo de “interiorização”: “os instintos, sob grande energia repressiva, voltam para dentro: isso é o que se chama interiorização do homem: assim se desenvolve o que mais tarde denominar-se-á alma”. Esta interiorização do homem, em algumas de suas obras, pode ser entendida como não ser alheio ou ignorante de si. Para Nietzsche (2011), a vontade de potência é a energia para a conservação de si mesmo, e, principalmente, para torna-se o que é. A vontade de potência, no sofrimento, na dor, no amor *fati*, é entendida, nas entrelinhas das reflexões de Nietzsche (2011) e do meu trabalho, como a própria vida (que também é a vivência), pulsante e ressonante, do indivíduo que vive, constrói e se constitui em todos os eventos que lhe serão oportunizados como experiência.

Julgo a potência de uma vontade segundo o grau de resistência, de dor, de tortura que ela suporta para convertê-las em seu favor; não censuro à existência seu caráter mau e doloroso, mas espero que esse caráter se tornará um dia mais mau e mais doloroso ainda (NIETZSCHE, 2011; p. 475).

A vontade de potência, vista pelos prismas das narrativas me deu subsídio para compreender que o adoecimento na vida de profissionais do cuidado e que ensinam sobre o cuidado, se fez talvez, necessário para a desconstrução de um mundo de conceitos e para a descoberta do devir e desta vontade de potência que era exercitada para outrem e não para o si mesmo.

Neste íterim de descobertas, percebo a construção do indivíduo para Dubar e a constituição para Nietzsche revelando uma subjetividade no conceito de doença, adoecimento e ser ou estar doente, bem como os sentimentos envolvidos.

Visualizei nesta reflexão a semelhança e a diferença singular entre os indivíduos e como vivenciam a experiência do adoecimento: do adoecimento como evento comum, ao afastamento transitório, afastamento permanente, o retorno e recuperação da doença, bem como o não afastamento e continuidade com a doença. Estas características vistas levam a refletir o que é o encarar a doença durante o evento, e como ocorre o sentimento de potência ou negação da doença, bem como, das sensações de fraqueza ou força que podem emergir para o que vivencia o adoecer.

As reflexões de Canguilhem (2009) sobre o adoecimento, nas condições emblemáticas de “O normal e patológico”, envolvem estudos e conceitos normativos e prescritivos que classificam o indivíduo doente, segundo a repercussão social de sua condição e classificação, logo, o indivíduo é substituído por termos e pela própria bioestatística genérica, de normas e médias, sendo o normal definido tipologicamente como “ideal”, não considerando as variações e oscilações biológicas no mesmo indivíduo; determinando uma forma de valoração para o vivente.

Ainda Canguilhem (2009) diz que nossa imagem do mundo é sempre um quadro de valores, a valoração do vivente nos contextos de normatização de ser, concordando com os pensamentos de Dubar (2005), ao afirmar a referência do indivíduo pelas formas identitárias, em especial a profissional, esta referência pode

ser entendida também como valor individual e social que é conferido pela profissão, e foi evidenciado nesta pesquisa.

Outro ponto importante a ser destacado é a visão de doença para este autor, sendo doença o não aceitar a ruptura de uma condição habitual à outra (CANGUILHEM, 2009).

Considerando ainda esta reflexão, percebi nas participantes a expectativa de cura voltada ao processo biológico e restauração funcional, ou seja, o voltar à normalidade.

Na discussão por Canguilhem (2009), as condições, normal e patológica, que rotulam o indivíduo são tão intimamente ligadas, que se torna difícil separá-las, uma condição recíproca e simultânea, na qual a condição patológica, no sentido de desequilíbrio e adoecimento, é mais comum que a condição saudável como normal. Dentro de uma pluralidade de sentidos e experiências, não haveria distinção de doente e doença, normal e patológico, mundo construído e corpo. Não existe, portanto, a referência do que se deve ser, assim como não existiria a ruptura, mas continuidade fluída de um estado para o outro em uma mesma vida (CANGUILHEM, 2009).

Retorno ao que foi descrito por Canguilhem (2009) e Nietzsche (2008), que concordam que a condição de normalidade, o indivíduo é referência de si mesmo, e a vida é uma "polaridade" de fato, uma atividade normativa, normatizada pelo si-mesmo, sendo que, as normas são instituídas por quem está vivendo. Concordando que existem na vida o estado de saúde e o estado de doença, sendo um estado comum em uma mesma vida, sendo esta sua polaridade. As normas biológicas são partes da mesma vida sendo uma patológica e outra saudável, mas ambas são normas da mesma natureza, e a vida se faz e se cria no movimento entre os opostos.

Acredito também, que seja pertinente dizer, deste modo, que os textos de Nietzsche e Dubar não se caracterizam e não compartilham opiniões, mas ambos seguem uma bela expressão elíptica que parece ser uma marca dos textos, os textos vivos de suas reflexões encaixam na multiplicidade do estudo, com escritas que transpiram reflexões, nos diversos cenários que perfizeram o estudo: tanto no amor quanto na dor; dando subsídios para vislumbrar os achados sobre a dor, o

sofrimento, e a própria construção e constituição diferencial e não linear do processo vivencial e histórico das enfermeiras professoras que doaram suas narrativas para enriquecer e contribuir tornando exequível o que me propus.

Nesta pesquisa, encontrei como elemento novo “a dor” como fator de sofrimento que constitui a notícia de estar adoecido, e que este sofrimento é também ligado aos aspectos sociais envolvidos.

Dubar (2009) aponta como motivo para este desarranjo social, ou sofrimento, o que chama de ruptura, cisão de uma condição antiga para nova condição. Esta condição pode ser referida também no paradoxo da profissão levantado por mim, na qual a enfermeira professora, que cuida e ensina sobre o cuidado, vivencia agora a condição de receber cuidados. A ruptura de ser quem cuida, para ser quem recebe cuidados, sendo este também um fator gerador de sofrimento.

Para Nietzsche (2008), o sofrimento possui um espaço nobre, cheio de significados e sentidos e que assinala na experiência a vida assumida em todas as suas situações: alegria e sofrimento, saúde e doença.

A dor que foi mencionada pelas participantes desta pesquisa deve-se mais ao fator da ruptura e da perda da autoreferência com a impossibilidade de exercer o trabalho. A dor nesta pesquisa foi conjecturada inicialmente como fator biofisiológico, e foi descrito pelas participantes como algo, além disso, como a dor social, a dor individual, não somente pelo agravo instalado no corpo, mas por aquilo que se privou por ele, pela mudança gerada por ele.

A dor não teve caráter de negação, mas de transvaloração de valores (Nietzsche, 2006). A dor não foi definida como sentimento nem bom nem mal, mas para algo não classificável, em que não há uma forma métrica para isso, uma medida para avaliações, ou mesmo uma forma comum no que concerne ao viver a dor, é simplesmente diferente mesmo nas instâncias social e individual.

Neste trabalho, construído como uma obra musical ou mesmo uma construção civil, em que se utilizam elementos díspares para alcançar harmonia e estabilidade, alcei-me de opostos, por acreditar que nesta disparidade encontraria o sentido da vivência do adoecimento, do sofrimento e da dor por profissionais da saúde e também do ensino. Assim, nesta condição de diferenças e multiplicidade orgânica, tentei criar o meu vórtice de reflexão sobre o adoecimento, entendi por

esta pesquisa, que a vida se faz e se cria nos eventos opostos, e é criada a cada instante, tendo saúde e doença como comum sim em uma mesma vida; e esta vida, mesmo com a doença, consegue a criação, a força.

Esta pesquisa, como dito a princípio, pode atender aos que buscam a quebra de paradigmas entre as epistemes da saúde e educação; com isso, percebo que o estudo identificou a construção da identidade profissional, realçando o ponto de segregação entre as áreas e sua total convergência, entendendo que a docência e a enfermagem, na realidade deste estudo, fazem a formação de um sujeito com uma dupla identidade profissional. Identificou-se ainda, que a docência na vida das participantes não foi uma escolha, mas uma situação que aconteceu com o crescimento profissional na enfermagem, e que a prática da docência em si, segundo os relatos, não estava diretamente relacionada aos processos de adoecimento das entrevistadas.

Certamente este estudo, também proporcionou refletir sobre a saúde a partir de outra perspectiva, uma perspectiva além de minha formação. Pude entender a saúde e doença não apenas pela noção bio-sócio-funcional, mas em uma ênfase pelo prisma do que se chama “**VIDA**”, mesmo nas situações adversas de um estado de adoecimento.

Também contribuiu para uma visão “para além” do corpo biológico adoecido, entendendo o acontecimento da doença como um evento natural e humano, em seu processo social e singular, considerando como o indivíduo se relacionou e como foi o adoecimento, movimento que nos permitiu visualizar muitas perspectivas de adoecimento, não sendo o foco a causa em si, conforme visto na análise sugerida no capítulo inicial. Este estudo contribui também, para o processo de desmistificação da hegemonia dada aos profissionais de saúde; e contribui através das reflexões em diversas perspectivas, a alcançar uma compreensão do adoecer para além dos paradigmas biomédicos das ciências da saúde, compreendendo o ser humano e seu adoecer em toda sua complexidade.

A partir deste, compreendi também, que o adoecimento é o destino unívoco de todos, entendo que a situação da doença também representa vida, e essa nova situação também é saúde, e perseguindo esta ideia como persegui, pude suscitar uma reflexão que possa gerar outra forma de pensar sobre saúde, doença, valores,

identidade, vivência e experiência, que se reúnem num esforço de conservar-se a si mesmo, de tornar-se o que é.

REFERÊNCIAS

- ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. Tradução Laureano Pelegrin. - - Bauru, SP: EDUSC, 2001.
- AGOSTINHO. **Confissões**. Trad. J.Oliveira e A.Ambrósio de Pina.Vozes, Petrópolis, RJ, 1990.
- ALBERTI, Verena. **Indivíduo e biografia na história oral**. Rio de Janeiro: CPDOC, 2000. [5]f. Disponível em: http://cpdoc.fgv.br/producao_intelectual/arq/1525.pdf
- ALBERTI, Verena. **Manual de História Oral**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- ALBERTI, Verena. **Tratamento das entrevistas de história oral no CPDOC**. Rio de Janeiro: CPDOC, 2005. 11f.
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à Epidemiologia**. 4º ed. Revisada e Ampliada. Editora Guanabara Koogan, RJ, 2006.
- ALMEIDA PUNTEL, M.. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. s/ed.São Paulo: cortez, 1986.
- ALMEIDA, Maria Isabel de. **Resenha Bibliográfica Vida de Professores**. Revista Faculdade de Educação, São Paulo, v.22, n.2, p.234-238, jul./dez 1996.
- ANASTASIOU, L. das G.C.; ALVES, L.P. – **Processos de ensinagem na universidade**. 6ª edição, Ed. Univille, 2006.
- AURANI, K. **As origens da relação entre o conceito de entropia e de probabilidade de estado**. *Enseñanza de las Ciencias*, Número Extra VIII Congreso Internacional sobre Investigación en Didáctica de las Ciencias, Barcelona, pp. 1607-1611, 2009. Disponível em: <http://ensciencias.uab.es/congreso09/numeroextra/art-1607-1611.pdf>
- BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena de Souza da Silva. **Docência em saúde: temas e experiências** / Nildo Alves Batista, Sylvia Helena Souza da Silva Batista (orgs.). – São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2004.
- BATTAGLIN, P. LEANDRO, José. A., MICHALISZYN, M. S. **Saúde coletiva: um campo em construção**. – Curitiba: IBPEX, 2006.
- BERGER, P.L.; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade**. 34.ed. Editora Vozes, RJ, 2012.
- BONITA, R.. **Epidemiologia básica** / R. Bonita, R. Beaglehole, T. Kjellström; [tradução e revisão científica Juraci A. Cesar]. - 2.ed. - São Paulo, Santos. 2010.

BRANDÃO, Zaia. **Os jogos de escalas na sociologia da educação**. Educ. Spc., Campinas, vol.29, n.103, p. 607-620, maio/ago, 2008. Disponível em: <<<http://www.cedes.unicamp.br> >> <http://www.scielo.br/pdf/es/v29n103/15.pdf>

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Base Legal do SUS, art. 196 ao 200. O Capítulo da Saúde. Art. 196. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL, Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Regulamenta o exercício profissional de enfermagem e outras providências**. Publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 26.06.86.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I**/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/biblioteca/dir_ed_sau.pdf> Acesso em 29 de Fevereiro de 2012.

BRASIL. **Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece diretrizes e bases da educação nacional**. In: *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 dez. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm> Acesso em: 01 de Fevereiro de 2012.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3/2001**. Diário Oficial da União, Brasília, 09 de Novembro de 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. **Regulamento Exercício Profissional de Enfermagem**. Disponível em: <http://www.dji.com.br/decretos/1987-094406/1987-094406-.htm>

BRASIL. **Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, 10 de out. de 1996. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>>.

BUB MBC, MEDRANO C, SILVA CD, WINK S, LISS PE, SANTOS EKA. **A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 152-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea18.pdf>

CALÇADO, Thiago. **Doença: sofrimento e vida nas filosofias de Friedrich Nietzsche e Blaise Pascal**. Dissertação de Mestrado Programa de Pós-Graduação em Filosofia da UNESP, Campus de Marília, Marília, SP: 2009. Disponível em: http://www.marilia.unesp.br/Home/PosGraduacao/Filosofia/Dissertacoes/calçado_t_me_mar.pdf

CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6ªed. revista. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Editora Forense Universitária: Rio de Janeiro, 2009.

CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. 25. Ed. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. 3 ed. – São Paulo: Hucitec, 2010.

CERQUEIRA, Hugo E. A. da Gama. **A Mão Invisível de Júpiter e o Método Newtoniano de Smith**. *Estud. econ.*, São Paulo, 36(4): 667-697, out-dez 2006.

CHECCHIA, Sérgio L. et al. **Tratamento da capsulite adesiva do ombro pelo bloqueio do nervo supra-escapular, associado ao uso de corticóide**. *Rev Bras Ortop - Vol. 29, Nº 9 – Setembro, 1994*. Disponível em: <http://www.ombro.med.br/wp-content/uploads/2009/10/005.pdf>

COFEN/CORENs, **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 1993.

CORREA, A.D.; SIQUEIRA-BATISTA, R. and QUINTAS, L.E.M.. **Similia Similibus Curentur: notação histórica da medicina homeopática**. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 1997, vol.43, n.4, pp. 347-351. ISSN 0104-4230. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v43n4/2026.pdf>

DAHLKE, Rüdiger. **A doença como símbolo: pequena enciclopédia de psicossomática –sintomas, significados, tratamentos e remissão**. Trad. Saulo Krieger. Editora Cultrix: São Paulo, 1996.

DELEUZE, Gilles. **Nietzsche e a Filosofia**. 1. ed. brasileira: tradução de Ruth Joffily Dias e Edmundo Fernandes Dias. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1976.

DELEUZE, G. **Diferença e repetição**. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

DESLANES, S.F.; GOMES, R. e MINAYO, M.C de S.. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25ªed. Revista e atualizada. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

DETHLEFSEN, Thorwald e DAHLKE, Rüdiger. **A doença como caminho**. Editora Pensamento - Cultrix LTDA: São Paulo, 1983.

DUBAR, Claude. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais** / Claude Dubar; tradução Andréa Stahel M. da Silva. – São Paulo: Martins Fontes, 2005.

DUBAR, Claude. **A crise das identidades: a interpretação de uma mutação**/ Claude Dubar; tradução de Mary Amazonas Leite de Barros. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.

DUBET, François. **Sociologia da experiência**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

DUTRA, Elza. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. Estudos de Psicologia, 2002, 7(2), 371-378.

ERNST Behler. **Derrida - Nietzsche, Nietzsche - Derrida**. trad. Ciro Marcondes Filho. Munique, Paderborn, Viena, Zurique: Schönlingh, 1988..

FERNANDEZ, J.C.A et al. **Promoção da Saúde: elemento instituinte?** Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.1, p.153-164, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/14.pdf>

FERNANDES, I.M.R. **Os medos dos enfermeiros em situação de doença própria**. Revista de Enfermagem Referência, III Série - n.º 3 - Mar. 2011, pp.57-65. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n3/v3n3a06.pdf>

FERREIRA, Marieta de Moraes; ABREU, Alzira Alves de, et al. **Entrevistas: abordagens e usos da história oral**/ Coordenadora: Maria de Moraes Ferreira, Alzira Alves de Abreu et al. -Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getulio Vargas, 1994.

FERREIRA, M. S.. **Reforma Educacional e Identidade Profissional: o Centro de Treinamento do Magistério de Cuiabá no processo de profissionalização docente em Mato Grosso nos anos 1960**. In: VIII Seminário Nacional de Estudos e Pesquisas, 2009, Campinas(SP). Anais do VIII Seminário Nacional de Estudos e Pesquisas. Campinas: FE/UNICAMP /HISTEDBR, 2009. v.1. p.01-15. Disponível em: www.histedbr.fae.unicamp.br/acer_histedbr/seminario/seminario8/_files/jEvdYVod.doc

FERREIRA, M..M; AMADO, J. **Usos e abusos da história oral**. – 4. Ed. – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

FIGUEIREDO, N. M. A., TONINI, T. **SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**. – São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007.

FILHO, Julio de Mello. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992.

FREITAS, Marcelo Bessa de. **Resenha Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. In: Maria Cecília Minayo e Ary Carvalho de Miranda. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002, 344pp. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2003, vol.8, n.4, pp. 1086-1088. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n4/a29v8n4.pdf>

FREITAS, R. **Nietzsche e o Ser** – Hedeigger. Material digital, 2007.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Editora Civilização Brasileira S.A e Paz e Terra Limitada, Rio de Janeiro, 1997.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1963.

FOUCAULT, Michel, 1926-1984. **O nascimento da clínica**/ Michel Foucault; tradução Roberto Machado. – 6.ed. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

GAMBETTA, D. **Can we trust trust? In: Trust: making and breaking cooperative relations**. New York: Basil Blackwell, 1988. cap. 12, p. 213-235. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.24.5695&rep=rep1&type=pdf>.

GEORGE, J. **Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional**. 4ed. Artmed: Porto Alegre, 2000.

GEOVANINI, Telma et al. **História da enfermagem –versões e interpretações**. 2ªed. RJ: Revinter, 2002

GIACÓIA JÚNIOR, Oswaldo. **Para a genealogia da moral/Nietzsche**. – (Série Reencontro Filosofia) adaptação de Oswaldo Giacóia Júnior. – São Paulo: Scipione, 2001.

GODOY, Moacir Fernandes de. **Teoria do Caos Aplicada à Medicina** / Moacir Fernandes de Godoy. São José do Rio Preto, 2003.

GÓMEZ, Carlos Minayo; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Enfoque Ecosistêmico de Saúde: Uma Estratégia Transdisciplinar**. INTERFACEHS – Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente - v.1, n.1, Art 1, ago 2006. Disponível em: http://www.interfacehs.sp.senac.br/br/artigos.asp?ed=1&cod_artigo=11

GONZALEZ, S.T.; DOMINGUEZ, J.F.P. **El trabajador universitario: entre el malestar y la lucha**. In: **Saúde e Trabalho: Articulação Imprescindível**. REVISTA EDUCAÇÃO E SOCIEDADE Vol. 30 n. 107 Maio./Ago. 2009

GUANAES, Carla and JAPUR, Marisa. **Construcionismo social e metapsicologia: um diálogo sobre o conceito de self.** *Psic.: Teor. e Pesq.* [online]. 2003, vol.19, n.2, pp. 135-143. ISSN 0102-3772. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v19n2/a05v19n2.pdf>

GUIMARÃES, Manoel Luiz Salgado. **Resenhas Micro-história: reconstruindo o campo de possibilidades.** *Topoi*, Rio de Janeiro, nº1, pp.217-223, 2000. Disponível em: http://www.revistatopoi.org/numeros_anteriores/Topoi01/01_resenha01.pdf

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. **Fisiologia humana e mecanismos das doenças.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo.** Petrópolis: Vozes (Coleção pensamento humano), 1988.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença.** Trad. Claudia Buchweitz e Pedro M. Garcez. – 4.ed. – Porto Alegre: Artmed, 2003.

IGNATTI, Carmencitta. **Sofrimento psíquico de enfermeiros – um olhar mitológico.** *Revista Científica Integrada – Unaerp Campus Guarujá – Ano 1 – Edição 1 – Março/2012.*

JUNG, Carl Gustav. **O Eu e o inconsciente.** 15ª edição, volume VII/2 das Obras Completas. Petrópolis: Vozes, 2001.

LAKATOS, E.M., MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LAKATOS, E.M; MARCONI, M. **Fundamentos de metodologia científica.** 5ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LANDINI. 299. *Rev. Teoria e Prática da Educação*, v.11, n.3, p.298-308, set./dez. 2008.

LANG, Alice Beatriz da Silva Gordo et al. **História oral e pesquisa sociológica: a experiência do CERU/** Alice Beatriz da Silva Gordo Lang et al. São Paulo: Humanitas, 1998.

LANG, Alice Beatriz da Silva Gordo In: **Trabalhando com História Oral: reflexões sobre procedimentos de pesquisa.** *Cadernos CERU / Centro de Estudos Rurais e Urbanos – n.1 (mar. 1968) – São Paulo: CERU/USP, n.11, 2000.*

LAVILLE, Claudine Blanchard. **Os professores – entre o prazer e o sofrimento.** Trad. Maria Stela Gonçalves e Adail Sobral. Edições Loyola: SP, 2005.

LEAL, Ondina Fache. **Corpo e significado – ensaios de antropologia social.** – 2.ed. – Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2001.

LELOUP, Jean-Yves. **O corpo e seus símbolos: uma antropologia essencial.** Org. Lise Mary Alves de Lima. 19 ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

LINS, Daniel; GADELHA, Sylvio (orgs.). **NIETZSCHE E DELEUZE: que pode o corpo.** - Rio de Janeiro: Redume Dumará: Fortaleza, CE: Secretaria da Cultura e Desporto, 2002.

MENDES, Maria Luiza Maciel. **Condições de trabalho e saúde docente.** Eixo Temático II – Saúde e Trabalho Docente. VI SEMINÁRIO DA REDESTRADO - Regulação Educacional e Trabalho Docente 06 e 07 de novembro de 2006 – UERJ - Rio de Janeiro – RJ. Disponível em:
http://www.fae.ufmg.br/estrado/cd_viseminario/trabalhos/eixo_tematico_2/condicoes_trab_saude_docente.pdf

MEINERZ, Andréia. **Concepção de experiência em Walter Benjamin.** Pós Graduação em Filosofia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em:
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15305/000677160.pdf?sequence=1>

MERLEAU-PONTY, Maurice, 1908-1961. **Fenomenologia da percepção/** Maurice Merleau-Ponty; 2.ed. - São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo *et al.* **O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos.** *Psicol. Soc.* [online]. 2003, vol.15, n.1, pp. 117-136. ISSN 1807-0310.

MINAYO, M.C. **Desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. SP, Hucitec- Abrasco, 1994.

MIRANDA, ELBA. **Origens da Enfermagem.** IN: História da Enfermagem. PAIXÃO, Waleska. 5 ed. Julio César Livraria, RJ, 1978.

MONTEIRO, Silas Borges. **Antologia de textos de Nietzsche sobre vivências.** Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Mato Grosso, 2009. (Mimeo).

MOROSINI, Marília Costa. **Professor do ensino superior: identidade, docência e formação/** Org. Marília Costa Morosini. – 2ªed. ampl. – Brasília, Plano Editora, 2001.

MURTA, Genilda Ferreira. **Saberes e práticas: guia para o ensino e aprendizado de enfermagem/** Org. Genilda Ferreira Murta. – 4.ed. rev. e ampl. – São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2008.

NIETZSCHE. F. **A gaia ciência.** Trad. de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

NAKAMURA, Eunice; MARTIN, Denise e SANTOS, J. F. Q. **Antropologia para enfermagem.** – Barueri, SP – Manole, 2009.

NIETZSCHE, F. **Ecce Homo**. Tradução. MORÃO, Artur. S/Ed. Covilhã, 2008.

NIETZSCHE, Friedrich. **Crepúsculo dos ídolos: ou como filosofar com o martelo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

NIETZSCHE, F. **A origem da tragédia: proveniente do espírito da música**. Trad. Erwin Theodor. Editora Cupolo 1948, 2006.

NIETZSCHE, Friedrich. **Ecce Homo**. Tradução de Artur Morão. Covilhã, Universidade da Beira Interior, 2008.

NIETZSCHE, Friedrich. **Aurora. Reflexões sobre os preconceitos morais**. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Cia. das Letras, 2004.

NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm, 1844-1900. **Vontade de potência** /Friedrich Wilhelm Nietzsche; tradução, prefácio e notas de Mário Ferreira dos Santos. – Petrópolis, Rj: Vozes, 2011.

NIETZSCHE, Friedrich. **Aurora**. Tradução Antonio Carlos Braga. Coleção Grandes Obras do Pensamento Universal, nº66. Editora Escala – São Paulo, 2008.

NÓVOA, Antônio (Org.). **Vidas de Professores**. Coleção Ciências da Educação. Porto, Portugal: Porto Editora, 1992.

OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y. **A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença**. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000.

OLIVEIRA, Dalila Andrade; ASSUNÇÃO, Ada Ávila. **Saúde e trabalho docente: articulação imprescindível**. *Educ. Soc.*, Campinas, vol 30, n. 107, p. 343-348, maio/ago. 2009. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>

OLIVEIRA, Lisângela Cristina de. **Vigilância Sanitária – Epidemiologia**. UNINTER – Grupo Educacional. Curitiba, 2012.

ORLANDI, Eni. P. **A questão do assujeitamento: um caso de determinação histórica**. Revista Eletrônica de Jornalismo Científico Com Ciência. Julho – 2007. Disponível em:
<http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=26&id=296>
Acesso em 20 de Abril de 2012.

PASCHOALINO, Jussara Bueno de Queiroz. **Síndrome de Burnout: uma realidade na Escola Pública?** In: *Olho Mágico/ Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina* - Revista da Área de Formação e Desenvolvimento de Profissionais de Saúde-v. 12 n.2-Londrina: CCS/UEL/Rede UNIDA, 2005.

PASCHOALINO, Jussara Bueno de Queiroz. **Trabalho docente numa perspectiva de mal-estar**. VI Seminário da Redestrado - Regulação Educacional e

Trabalho Docente 06 e 07 de novembro de 2006 – UERJ - Rio de Janeiro-RJ. Disponível em:
http://www.fae.ufmg.br/estrado/cd_viseminario/trabalhos/eixo_tematico_2/trabalho_docente_numa.pdf

PERON, C.; FERREIRA, M. S. **Adoecimento docente: elementos para uma interpretação da situação do docente do ensino superior em Mato Grosso.** I Encontro de História da Educação do Centro Oeste – fontes, pesquisa e escrita da história da educação, Universidade Federal de Mato Grosso, 2011.

PIMENTA, Selma Garrido; ANASTASIOU, Léa das Graças. **Docência no ensino superior.** – São Paulo: Cortez, 2002.

PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique Novaes (orgs.) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica.** – Rio de Janeiro: CEPESC/IMS – UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p. 197.

PINHEL e KURCGANT. **Reflexões sobre competência docente no ensino de enfermagem.** Rev Esc Enferm USP, 2007; 41(4):711-6. Pág 714. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/23.pdf>

PINHO, Lícia Maria de Oliveira; BARBOSA, Maria Alves. **A morte e o morrer no cotidiano de docentes de enfermagem.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 abr/jun; 16(2):243-8. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a17.pdf>

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTER, Roy. **A história ilustrada da medicina.** Trad. Geraldo Magela Gomes da Cruz e Sinara Mônica Leite. Livraria e Editora Revinter, 2001.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne. **Fundamentos de Enfermagem.** 6ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

PORTO, C.C. **Exame clínico: bases para a prática médica.** 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

REVEL, Jacques (org.). **Jogo de escalas: a experiência da microanálise.** 1 ed. Tradução Dora Rocha. Rio de Janeiro - Fundação Getúlio Vargas Editora, 1998.

REVEL, Jacques (org.). **Micro-história e macro-história: o que as variações de escala ajudam a pensar em um mundo globalizado.** Tradução Anne-Marie Milon de Oliveira, Rev. Téc. José G. Gondra. Revista Brasileira de Educação, v.15, n.45, set/dez, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v15n45/03.pdf>

RODRIGUES, Malvina Thaís Pacheco and MENDES SOBRINHO, José Augusto de Carvalho. **Enfermeiro professor: um diálogo com a formação pedagógica.** Rev.

bras. enferm. [online]. 2007, vol.60, n.4, pp. 456-459. ISSN 0034-7167. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a19.pdf>>

SANTANA, Lílian Rose Aguiar Nascimento Garcia de. **Quando engenheiros tornam-se professores** / Lílian Rose Aguiar Nascimento Garcia de Santana. Cuiabá: UFMT / IE, 2008.

SANTOS , Halysson F. Dias. **Gênese e memória do estruturalismo como paradigma de interpretação no discurso das ciências humanas no século XX.** Fólio Revista de Letras, N.1, V.1, 122- 138, 2009. Edições Uesb. Disponível em: <http://periodicos.uesb.br/index.php/folio/article/view/10/22>

SAVIANE, Dermerval. **Educação: do senso comum à consciência filosófica.** 11ª Edição. Coleção Educação Contemporânea, Editora Autores Associados, 1996.

SAVIANE, Dermeval. **Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos.** Revista Brasileira de Educação v. 12 n. 34 jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v12n34/a12v1234.pdf>

SAYÃO, Sandro Cozza. **O sentido do humano e os quatro pilares da educação da Unesco: questões para se pensar sobre o ensino de filosofia.** Congresso Internacional de Filosofia: debate de ideias e cidadania. VIII Simpósio Sul-Brasileiro sobre o Ensino de Filosofia: Filosofia, formação docente e cidadania. Caxias do Sul, RS: 2008. Disponível em: http://www.ucs.br/ucs/tplCongressoFilosofia/extensao/agenda/eventos/cd_60/comunicacoes_cientificas/apresentacao/formacao_etico/sandro.pdf

SILVA, Denise Guerreiro Vieira da; TRENTINI, Mercedes. **Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, artigo de revisão, 10(3); 423-32, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13352.pdf>

SILVA, Sandra. **Os enfermeiros e o dia mundial da dor.** Ordem dos Enfermeiros – Imprensa Regional Artigos Publicados Secção Açores. Julho, 2008. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoeres/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeirosEODiaMundialdaDor.aspx> Acesso em 10 de Maio de 2012.

SILVEIRA, Fernando Lang da. **Três episódios de descoberta científica: da caricatura empirista a uma outra história.** Cad. Bras. Ens. Fís., v. 23, n. 1: p. 26-52, abr. 2006. Disponível em: <http://www.fsc.ufsc.br/cbef/port/23-1/artpdf/a2.pdf>

SOUZA, M. F. **A Doença como representação da dor.** Cuiabá, MT, 2012.

TORTORA G.J.; GRABOWSKI S.R. **Corpo Humano- Fundamentos de anatomia e Fisiologia.** 6ª Edição- Artmed: SP, 2006.

TRINDADE, Maria Beatriz Rocha; CAMPOS, Maria Christina Siqueira de Souza (orgs.). **História, memória e imagens nas migrações: abordagens metodológicas.** 1 ed. Celta Editora: Protugal, 2005.

UENO, Cristina Sayuri. **Um estudo sobre a saúde do professor a partir da perspectiva da sociologia sensível de Michel Maffesoli** / Cristina Sayuri Ueno – 2006. Disponível em:

http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bar/33004030079P2/2006/ueno_cs_me_arafcl.pdf

VALCAPPELLI E GASPARETTO. **Metafísica da Saúde – Sistema Nervoso**. Editora Centro de Estudos Vida & Consciência, SP. Vol. 4, Coleção Metafísica da Saúde, 2008.

VÍCTORA, Ceres Gomes et al. **Pesquisa Qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**/ Ceres Gomes Víctora, Daniela Riva Knauth e Maria de Nazareth Agra Hassen. – Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WALTER, Benjamin. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura. Obras Escolhidas**.3 ed. Vol 1. Trad. Sérgio Paulo Rouanet. Editora Brasiliense, 1987.

WAUTIER, A. M. **Para uma sociologia da experiência. Uma leitura contemporânea: François Dubet**. Sociologias, Porto Alegre, ano 5, nº 9,p.174-214, jan/jun 2003; p. 203 e 204.

WELLER, Wivian; PFAFF, Nicolle (orgs). **Metodologias da pesquisa qualitativa em Educação**. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

YANCEY, Philip; BRAND, Paul. **A dívida da dor: por que sentimos dor e o que podemos fazer a respeito** / Yancey Philip, Paul Brand; Traduzido por Neyd Siqueira. - São Paulo: Mundo Cristão, 2005.

ⁱ O “eu” pode ter várias interpretações, conforme a episteme, no dicionário comum é apenas um pronome de tratamento, na psicologia pode ser o centro da personalidade e da persona; o comum é que todos se referem a uma pessoa a quem se designa a vivência e o potencial de ser.