

# LAVANDO O CIDADÃO

## Banho, limpeza e cidadania no cuidado em saúde mental



Washing the citizen: Washing, cleanliness and citizenship in mental health care

Jeannette Pols<sup>1</sup>

### Resumo

A participação na comunidade e a cidadania para os pacientes são ideais comuns que inspiram melhorias na assistência à saúde mental. Mas o que se entende por cidadania? Aqui é feita uma análise das práticas de banho, na enfermagem psiquiátrica, em instituições de saúde mental de longa permanência. São descritos quatro repertórios de banho, cada um orientado para uma noção específica de cidadania. No primeiro repertório, o banho faz parte da privacidade individual; o paciente é “representado” como um indivíduo cuja autenticidade deve ser respeitada, a fim de equipá-lo para a participação na comunidade. No segundo repertório, tomar banho é uma habilidade básica; o paciente deve aprender a cuidar de seu corpo para se tornar um cidadão independente. No terceiro repertório, o banho é uma condição prévia para a cidadania; os pacientes devem ser ajudados a desenvolver seus potenciais para que possam encontrar seu caminho na comunidade. No quarto repertório, tomar banho é uma oportunidade, entre outras, para desenvolver relações sociais; o alcance e a qualidade dessas relações definem um cidadão. Esta análise abre, não a pergunta do se, mas sobre que tipo de cidadania deve ser promovida.

### Palavras-chave

psiquiatria; cidadania; participação; cuidado; banho.

### Abstract

Participation in the community and citizenship for patients are common ideals that inspire improvements in mental health care. But what is meant by citizenship? Here an analysis is made of washing practices in psychiatric nursing in long-term mental health institutions. Four repertoires of washing are described, each oriented towards a specific notion of citizenship. In the first repertoire, washing is part of individual privacy; the patient is “enacted” as an individual whose authenticity should be respected in order to equip him or her for participation in the community. In the second repertoire, washing is a basic skill; the patient must learn to take care of her body in order to become an independent citizen. In the third repertoire washing is a precondition to citizenship; patients are to be helped to develop their potentials so that they can find their way in the community. In the fourth repertoire, washing is one opportunity among others to develop social relations; the extent and quality of these relations define a citizen. This analysis opens up not the question if, but which type of citizenship should be promoted.

### Keywords

psychiatry; citizenship; participation; care; washing.

---

<sup>1</sup> Department of General Practice Clinical Methods and Public Health, Amsterdam Medical Center/University of Amsterdam.



## Introdução<sup>28</sup>

**D**esde os anos 1960, os ideais que inspiraram as práticas de atenção à saúde mental nos Países Baixos centraram-se em noções de cidadania, no sentido de que pessoas com transtornos mentais crônicos devem ter garantidos os mesmos direitos e oportunidades que outros cidadãos. Os pacientes têm sido retirados dos hospitais psiquiátricos para que possam participar da comunidade. Programas de reabilitação têm sido desenvolvidos para apoiar pessoas com doenças psiquiátricas crônicas, fortalecer sua autonomia, encontrar lugares para viver na comunidade, além de encontrar empregos para essas pessoas fora de uma “instituição total” (OMS 1996; Anthony et al. 1982, 1990; Watts, Bennett 1983). A questão que este artigo levanta é sobre quem seria este cidadão. Que tipo de cidadania é almejada para pacientes em cuidados de saúde mental? Analisarei essa questão estudando as práticas do banho na enfermagem psiquiátrica.

### Banho e cidadania?

À primeira vista, os ideais de cidadania parecem não ter relação com atividades triviais como o banho. Podemos observar uma mudança na curta história da enfermagem psiquiátrica dos Países Baixos, no que diz respeito à acentuação dos ideais de cidadania, em vez daqueles sobre a limpeza. A limpeza e o banho de pacientes faziam parte da boa enfermagem psiquiátrica na virada do século XX. Pessoas adoecidas mentalmente eram hospitalizadas, recebiam terapias e, como qualquer paciente de hospital, eram colocadas na cama para melhorarem. Naquela época, a psiquiatria tentava se firmar como um ramo legítimo da medicina, significada por enfermarias hospitalares limpas e pela higiene adequada (Boschma 1997; 2003).

---

<sup>2</sup> Este texto é uma tradução do artigo “Washing the citizen: washing, cleanliness and citizenship in mental health care”, publicado em 2006, na revista *Culture, Medicine and Psychiatry* (v. 30, p. 77-104). O texto consiste em uma versão do capítulo 3 da tese de doutorado da autora (Pols, 2004). Tradutora: Luiza Gomes Luz Rosa; Revisoras: Luísa Menuci Muccillo e Ana Carolina Lessa Dantas.

<sup>3</sup> Capítulo 3 da tese de doutorado da autora (2004), publicado como artigo em 2006 na revista *Culture, Medicine and Psychiatry*.

Este é o tipo de psiquiatria hospitalar que se tornou alvo de críticas e reformas nos Países Baixos. Os cuidados nos hospitais foram considerados repressivos e, geralmente, de baixa qualidade enquanto serviam ao propósito de vigilância em vez de tratamento (Boschma 1997; 2003). Com a chegada de novos ideais - primeiro, a humanização do atendimento hospitalar e, mais tarde, a luta pelo cuidado comunitário e pela cidadania - o banho e a limpeza tornaram-se temas antiquados na enfermagem psiquiátrica (Dankers; Van Der Linden 1996; Tonkens 1999). Mais ainda, a atenção ao banho para alcançar a limpeza tornou-se um símbolo para o tipo errado de enfermagem psiquiátrica, voltado para a cura dos pacientes e não para o apoio aos cidadãos.

Mas será que o banho e a limpeza podem ser facilmente separados da cidadania? Textos clássicos em antropologia cultural e sociologia têm chamado a atenção para como as práticas de banho estão incorporadas em formas específicas de ordem social. Mary Douglas (1966) descreve os "rituais de limpeza" como formas de moldar positivamente as sociedades e apresentar personalidades. A sujeira é a "matéria fora do lugar" que não se encaixa nas categorias usadas pelas pessoas para pensar sobre sua sociedade (ver também Barrett 1998; Devisch 1985; Thompson 1985; Constantinides 1985). Para as sociedades ocidentais, Norbert Elias (1976) argumenta que nos tempos modernos as pessoas se tornaram cada vez mais reservadas em assuntos relativos aos corpos, suas excreções, a exibição e a relação com outros corpos. Como argumenta o autor, as novas interdependências das pessoas ocidentais resultaram em práticas modernas de etiqueta, incluindo a privatização de questões corporais como tomar banho. Além das interações públicas civilizadas, essas interações privadas criaram um novo espaço privado (ver também: De Swaan 1988: 139-40; Vigarello 1988; Gastelaars 1994; Twigg 2000).

Assim, mesmo que o banho ocidental seja uma atividade que ocorre a portas fechadas, é também uma articulação de uma ordem social específica. Na teoria política, a cidadania é conceituada como as relações entre os cidadãos e o Estado. As relações entre esfera privada e pública são complicadas pela emergência do mercado, pois esse é visto ou como uma nova forma de esfera pública e como uma forma de organização dos cidadãos (Nauta 1992), ou como uma esfera privada na qual os indivíduos devem ser livres para agirem sem a interferência do Estado. A globalização e a pluralidade complicam ainda mais as

distinções entre as esferas pública e privada (Van Gunsteren 1991; 1992).

Neste artigo, vou esboçar as “teorias” de cidadania tal como elas encontram expressão na prática cotidiana das instituições de saúde mental nos Países Baixos, sem definir de antemão o que é um cidadão. Contudo, uma coisa é clara: a cidadania está ligada à participação na comunidade. A forma que essa participação assume, bem como qual comunidade é considerada relevante, varia de acordo com as diferentes práticas de cuidado. Assim, as distinções entre público e privado e o lugar ocupado pelas esferas pública ou privada são buscados **dentro** dessas práticas, não em livros de filosofia ou documentos de política. Isto pode resultar em novas e surpreendentes concepções de cidadania, nas quais o banho tem um lugar específico mais ou menos valorizado. Quais são estas práticas de banho, quem dá banho e quem são estes cidadãos?

### Contexto e métodos

Estudei cuidados de enfermagem e práticas de banho nas alas de longa permanência de dois hospitais psiquiátricos e em cinco lares, localizados nos Países Baixos, que fornecem moradia para pacientes psiquiátricos crônicos idosos. Tanto nos hospitais psiquiátricos quanto nos lares, observei como as enfermeiras psiquiátricas realizam o "bom cuidado" (Pols et al. 1998; Pols et al. 2001). Nos hospitais psiquiátricos, meu objetivo era descrever os ideais gerais de reabilitação, observando as enfermeiras psiquiátricas no trabalho. Como os ideais de reabilitação ganham substância quando viver fora do hospital não é uma opção? Nos lares residenciais, o conceito de "reabilitação" não foi utilizado, embora tenham sido trabalhados ideais de desenvolvimento da cidadania e da participação comunitária (Chiu et al. 1999). Pacientes idosos mudaram-se do hospital para lares que deveriam ser mais "comunitários", menos estigmatizantes, melhor equipados para deficiências físicas e mais próximos da família e de outras relações.

Minha análise da cidadania foi inspirada pelo trabalho de Boltanski e Thévenot, que perguntaram às "pessoas comuns" como justificavam suas ações (Boltanski, Thévenot 1991). Em vez de apenas estudar justificativas, no entanto, concentrei-me nas performances (Mol 1998) ou "encenações" (Mol 2002), observando as ações das enfermeiras psiquiátricas e discutindo-as

com elas em entrevistas posteriores. Em suas ações, enfermeiras e pacientes podem ser vistos trazendo à existência diferentes mundos sociais (Garfinkel 1967). Explicitar esses mundos possibilitou a reflexão sobre rotinas e sensibilidades nos cuidados que eram tidos como certos pelas enfermeiras e também orientados para diferentes concepções de cidadania. Irei descrever quatro repertórios de banho da enfermagem psiquiátrica, cada um contendo um ideal diferente sobre cidadania. Um repertório é a reunião de ações específicas, ideais e conhecimento, formando "modos de ordenação" (Law 1994). Uma atividade aparentemente neutra, como o banho, recebe seu significado específico, valor e forma de prática através de sua relação com um ideal de cidadania. O objeto do banho, o lugar dos transtornos mentais e os problemas específicos encontrados diferem para cada repertório.

Os quatro repertórios de banho que separam para análise não estão restritos a uma instituição, quartos/salas, enfermeira(o) ou equipe de enfermagem. Embora alguns dos repertórios sejam dominantes em um cenário e ausentes em outro, as trocas entre os repertórios podem e são feitas com maior ou menor dificuldade. Alguns dos repertórios, no entanto, conflitam tanto entre si que as trocas não podem ser feitas e as diferenças se tornam uma questão de debate explícito na prática. Entender os repertórios estrutura as complexidades mais confusas da vida diária, articulando os padrões de valores, conhecimentos e ações que muitas vezes não estão explícitos.

### **Primeiro repertório: banho como parte da privacidade individual**

No primeiro repertório, as enfermeiras psiquiátricas tratam o banho como parte da privacidade individual. O espaço privado individual não sofrerá interferência sem o consentimento do paciente. Como e com que frequência ocorre o banho é deixado a critério dos pacientes. As enfermeiras podem, entretanto, tentar fazer uso das preferências dos pacientes para facilitar o banho. Elas podem tentar **seduzir** os pacientes à prática do banho e tornar o momento mais fácil e mais agradável. Para isso, elas podem tentar organizar os objetos de forma a obter uma resposta. O paciente prefere uma toalha de banho<sup>4</sup> ou uma

---

<sup>4</sup> NT.: No original, *Washcloth*, que é uma pequena toalhinha usada para tomar banho. Substituí a esponja, mas é lavada na máquina de lavar junto

esponja? Um bom gel de banho perfumado ou um bom e velho sabonete?

**Enfermeira psiquiátrica:** Os cuidados costumavam ser um evento em grupo, você ia ao chuveiro como grupo, por assim dizer. Em uma instituição enorme como este hospital, tudo é organizado de forma centralizada. Há sempre a mesma comida, sempre a mesma geleia e queijo. E todos têm o mesmo sabonete e xampu. Então, dissemos: "Dê-nos o dinheiro, nós mesmas resolveremos". E então os clientes perceberam: "Podemos decidir por nós mesmos o que queremos colocar em nosso pão e de que gel de banho gostamos". E eles aprenderam a lidar com um orçamento. Se você comprar presunto ou gel de banho caro, não poderá comprar outra coisa. Assim, eles aprenderam a lidar com o dinheiro. E eles gostaram muito!

Além da cidadania, outros benefícios associados às seguintes preferências pessoais são mencionados na citação: instigados pelas preferências por bons alimentos e produtos para banho, os pacientes aprendem a lidar com dinheiro e orçamentos, o que permite e assegura a possibilidade de seguir seus gostos pessoais. Saber como organizar e lidar com suas preferências e interesses pessoais é uma habilidade importante para o indivíduo particular em questões de limpeza e outros assuntos.

As preferências e gostos são assuntos individuais, mas também podem refletir normas mais gerais. O indivíduo é portador destas normas e a biografia das normas e hábitos de uma pessoa é usada para orientar o cuidado pessoal. A questão é: como um paciente tomava banho no passado?

**Diana:** Sim, o Sr. Siegel. Ele é incontrolável. Lavar e vestir é uma luta, é realmente terrível.

**Líder de equipe:** Hmm. Outros estão tendo problemas com o Sr. Siegel?

**Hazel:** Eu não tenho nenhum problema com o Sr. Siegel. Eu vou até ele pela manhã, dou-lhe cuecas limpas e o lavo. Sem problemas. Eu só o lavo.

**Diana:** Mas e esse comportamento indisciplinado?!

**Hazel:** Eu não tenho nenhum problema com ele. Eu dou uma limpada "lá embaixo", e ele também tem senso de humor, aquele velho rabugento. Eu gosto muito dele.

---

com a roupa suja. É típica no Hemisfério Norte e costuma ser vendida em um kit: toalha de banho, toalha de rosto e *washcloth*.

**Líder de equipe:** Acho que o Sr. Siegel não precisa de uma limpeza lá embaixo todos os dias. Ele não está acostumado a isso. Ele é uma pessoa que ia ao banheiro compartilhado uma vez por semana. Ele sempre fazia isso. Você não deve entrar em uma briga com ele. Não há necessidade de que ele se aborreça com o banho. Se ele se recusar, basta deixá-lo em paz. [Discussão dentro da equipe de assistentes de geriatria].

Ao se relacionar com o histórico de banho de um paciente, a atividade pode ser adaptada ao que ele está acostumado e prefere. As pessoas que se lavam uma vez por semana não são pressionadas a tomarem um banho todos os dias, mas são encorajadas a manterem seus hábitos. Os objetos e arranjos preferidos individualmente são importantes para as enfermeiras que procuram pistas para estimular o banho.

Preferencialmente, há um espaço privado individual onde os pacientes podem se lavar sozinhos. Isso, no entanto, é incomum em hospitais psiquiátricos, onde banheiros são compartilhados por pacientes que vivem no mesmo corredor. A disposição dos hospitais e a falta de espaços privados são, portanto, objeto de críticas contínuas. Mas mesmo quando não há espaços privados, as enfermeiras tentam dar a maior privacidade possível ao banho. O primeiro passo é abolir a rotina dos dias de banho duas vezes por semana. Embora alguns dos pacientes mantenham as velhas rotinas, outros usam alegremente sua nova liberdade para reduzir o número de banhos que tomam. As enfermeiras são cautelosas ao interferirem em questões de higiene pessoal. Elas se contêm e dão aos pacientes espaço para fazer de maneira privada os rituais de limpeza que outras pessoas realizam sozinhas.

O cidadão definido por este repertório de banho é um indivíduo que se diferencia de outros cidadãos, porque cada cidadão tem gostos, interesses e normas diferentes. As preferências individuais são desejos e hábitos (historicamente) contingentes. Elas são triviais na maioria das vezes: não é necessário um debate acerca da preferência de uma pessoa por gel de banho perfumado com pinho ou xampu de jasmim. Mas, por trás da preferência trivial pelo sabonete de jasmim, estão desejos mais problemáticos, como querer morrer ou recusar o tratamento recomendado pelo doutor. No entanto, em todos os casos, a noção de liberdade individual e a capacidade de perseguir os desejos e interesses próprios estão alinhados à privacidade. Não poder viver nem mesmo as preferências triviais seria, nesta

prática, uma restrição inaceitável e desnecessária da liberdade individual.

**Psicólogo:** Você pode se perguntar: por que não fizemos isso antes? É tão óbvio. Você lida com pessoas, elas podem estar um pouco doentes, mas são pessoas com gostos e desejos. Por mais doente que você esteja, você ainda pode apreciar a diferença entre, digamos, nozes e batatas fritas. Há sempre diferenças de gosto. Todos podem entender isso.

Permitir a autogovernança e permitir diferenças de normas e preferências implica uma relativa tolerância à sujeira. As possíveis vantagens de "estar limpo", se a pessoa não cuidar disso automaticamente, competem com o forte valor da liberdade individual. Em alguns casos, isso pode levar pessoas e ambientes a parecerem muito sujos para os visitantes de um mundo externo mais limpo.

Segunda-feira de manhã, duas faxineiras estão ocupadas limpando uma enorme pilha de pontas de cigarro com um pano velho. As marcas de queimadas estão em todos os objetos capazes de aguentar o contato com a bituca. As salas comuns estão vazias, exceto por cinzas, pontas de cigarro e manchas de café. O psiquiatra explica: "Estamos procurando um equilíbrio entre as normas dos clientes e a poluição. Não queremos uma ala esterilizada e limpa como em qualquer outra parte do prédio".

A linha que as enfermeiras traçam entre "sujo" e "muito sujo" é guiada pelas preferências inferidas a partir da prática dos pacientes que vivem na enfermaria. Onde a privacidade individual é um valor importante, a sujeira é muito mais aceitável do que em qualquer outro lugar. A sujeira não pode ser tratada pela autoridade profissional, mas precisa do consenso entre enfermeira e cliente. Às vezes isso leva a situações em que todos os participantes concordam que a sujeira se tornou muito suja e que algo tem que ser feito a respeito.

A enfermeira Jan diz, sorrindo maliciosamente: "Você definitivamente deixou essa passar! Lowie [um cliente que mora fora do hospital e é atendido pelas enfermeiras da ala psiquiátrica] cortou o cabelo e fez a barba. O barbeiro se recusou. "O barbeiro faz tudo por dinheiro, mas para isso não podia ser subornado", diz Jan. Ela gesticula para indicar que Lowie tinha uma crosta de uma polegada de espessura na cabeça. Debaixo da crosta havia um eczema e no meio havia piolhos. Muitos piolhos. "O clínico geral já viu de tudo, mas até ele ficou impressionado", diz Jan. Lowie está debaixo do

chuveiro, de molho, para compensar um ano sem lavar o cabelo.

Este exemplo extremo é típico de uma prática onde a privacidade individual é altamente valorizada: o cidadão deve ser deixado em paz, a menos que ele ou ela se ofereça como voluntário para um banho. Há um consenso entre paciente e cuidadora, e o paciente chegou com sua cabeça coçando para ver se algo poderia ser feito a respeito. Os limites da maioria das pessoas serão atingidos muito mais cedo, mas, do ponto de vista da privacidade individual, esta não é uma situação problemática.

Respeitar a privacidade individual significa permitir que os pacientes se sujeem, se essa for sua escolha ou forma de ser. Isto se parece com Mary Douglas de cabeça para baixo: em vez de limpeza e purificação serem a maneira criativa de criar ordem e personalidade, a sujeira se torna expressão de um eu autêntico. A sujeira se torna matéria "no lugar certo", um desejo individual aceitável. Na análise de Mary Douglas, entretanto, esta sujeira literal deixaria de ser "suja" e "poluente".

**Enfermeira psiquiátrica:** As pessoas podem ser quem são nesta ala, com todas as suas deficiências, com todos os seus comportamentos estranhos. Essa é nossa visão de reabilitação. Em princípio, as pessoas podem se comportar como loucas desde que possam lidar com isso na própria ala. As pessoas têm permissão para ficar na cama por um dia porque passam por experiências estranhas. Elas não são obrigadas a se levantar e ir à terapia. Deixamos as pessoas serem apenas pessoas, para começar. Elas já têm tão pouco para si mesmas.

A tolerância às práticas individuais de limpeza, sendo a sujeira um assunto privado, inclui a admissão de ansiedades incuráveis e medos psicóticos nesta esfera privada de preferências. Como me disse um dos meus informantes mais eloquentes, os pacientes, inclusive ele, ficam com crise de ansiedade quando o assunto é tomar banho e se despir.

Pergunto a Gilbert se ele tem uma ideia da razão pela qual ninguém gosta de tomar banho nesta ala. Ele me responde: "Tomar banho muda seu corpo. Sua pele e seus poros. Você tem que se despir, e isso é desagradável. Estes são medos. Para mim, eu não me dispo quando vou dormir. Bem, eu tiro minha camisa, mas não o resto. E tomo um banho uma vez por semana, o que é mais do que suficiente. Você se lava, troca de roupa, isso é o suficiente".

Uma senhora tinha medo que seus cabelos e pele caíssem se ela tomasse um banho. Outra pessoa associou os chuveiros

com câmaras de tortura, por isso, sabiamente, os evitou. As enfermeiras aceitam isto e consideram estes argumentos legítimos. Elas não tentam mudar o eu autêntico através de treinamento, aprendizagem, terapia ou interações com o mundo exterior, **a menos que seja** a própria pessoa a tomar esta decisão. O desenvolvimento pessoal também é um assunto privado, assim como os sintomas psiquiátricos incuráveis que se tornam parte dos hábitos e particularidades características da pessoa, como estar sujo.

As enfermeiras experimentam problemas de privacidade quando não há consenso com o paciente. Embora elas não se abstenham de interferir, quando o fazem não é para mudar o eu autêntico, mas para colocar limites às formas conflitantes de autenticidade.

A enfermeira William diz que não suportava mais a aparência de Bill, todo sujo e com crostas no rosto [ele tem um problema de pele]. Eles haviam tentado a "responsabilidade pessoal" e a insistência gentil, até mesmo com a proibição de entrar na sala comum neste estado sujo, por tempo suficiente, mas sem nenhum resultado. William mandou Bill sair da cama, arrastou-o para debaixo do chuveiro e esfregou todas as crostas. "Mais forte!". Bill pedia. Ele ficou no chuveiro por quase duas horas. William colocou lençóis limpos na cama e descobriu cerca de trinta caixas de suco de maçã vazias atrás dela. Agora Bill está na sala comum, sua cabeça está vermelha como um carro de bombeiros. Martha diz que há pomadas para isso.

Como a não-interferência é valorizada e a interferência é suspeita, quando pacientes como Bill não se lavam, raramente fica claro o ponto em que se deve fazer algo. No exemplo citado, ocorre uma negociação sobre a privacidade individual: Bill pode continuar com seu comportamento, mas ele não pode perturbar os outros entrando na sala comum. Isto permite que Bill seja livre e mantém a não-interferência das enfermeiras na privacidade de Bill. Assim, a privacidade individual restringe seriamente as possibilidades de assertividade profissional nas questões da limpeza.

Quando as enfermeiras interferem sem o convite dos clientes, elas às vezes justificam isto em função da intolerância dos outros. Outras pessoas limitam a autoexpressão. Assim como o indivíduo é uma pessoa privada, outras pessoas são igualmente indivíduos privados com interesses e normas diferentes, às vezes contraditórios. Ao invocar direitos (negativos), isto é, o direito de não ser perturbado a menos que seja feito mal a outros, as

enfermeiras também legitimam sua interferência em termos legais.

**Enfermeira psiquiátrica:** Bem, você sabe, você está autorizado a fazer isso de acordo com a lei. Usamos a seguinte frase com muita frequência e de forma muito criativa: "causar inconveniência aos pacientes, companheiros de quarto ou outros". Depois, pegamos a pessoa pela orelha e fazemos com que isso seja feito. Temos alguns desses aqui. Gerald, por exemplo. Sim, ele parece agradável por fora, mas quando você o banha, você vê que a frente é amarela e a parte de trás é marrom. E uma mudança de roupa se torna muito necessária.

Colocada dessa forma, a relação do indivíduo com os outros (pacientes, enfermeiras, família) é de oposição. Outras pessoas restringem a liberdade da pessoa que vive a sua autenticidade. É difícil pensar em estar limpo como algo valioso para uma pessoa que não o faz automaticamente ou pede ajuda explicitamente. Ao mesmo tempo, as relações com os outros não são vistas como valiosas para o indivíduo (ver também Atkinson 1998). As enfermeiras constroem relações entre os indivíduos em função de interesses conflitantes.

### **Um banho particular para o indivíduo autêntico: o cidadão privado**

O que essa prática de banho diz sobre cidadania? Para se tornar um cidadão nesta prática de cuidados é necessária uma esfera privada individual. Nesta esfera individual privada, os "átomos" da vida pública podem ser desenvolvidos: os indivíduos autênticos. A autenticidade na esfera privada individual pode ser vivida sem que outros interfiram nela. O indivíduo autêntico tem uma forma de autonomia específica, que está relacionada à autogovernança e à liberdade. A esfera privada individual é necessária para permitir que os indivíduos participem de uma comunidade de cidadãos que cuidam de seus próprios interesses e defendem suas formas autênticas de ser. As qualidades e preferências individuais precisam ser desenvolvidas pelo indivíduo para que ele possa estar equipado para participar de uma comunidade onde outros indivíduos são igualmente autônomos, seguem seus próprios objetivos, cuidam de si mesmos e expressam o modo de vida que preferem. Todos possuem o direito de ser um indivíduo particular, mas são necessárias competências específicas. A autenticidade para estes pacientes precisa ser desenvolvida, através das condições

materiais e responsabilidades individuais. Desta forma, o paciente é paradoxalmente visto como já sendo um cidadão e também se tornando um cidadão.

A partir disso, parece que a mente de uma pessoa é mais privada e individual do que o corpo. O cidadão é livre para pensar e decidir o que ele ou ela quiser, seja em público ou em um espaço individual privado. Mas o corpo apresenta uma parte mais ambígua da esfera privada. Por um lado, o corpo é privado, porque as pessoas possuem a liberdade de expressar sua autenticidade fazendo o uso que quiserem dela. Mas, por outro lado, as práticas de cuidado mostram claramente que existe um limite além do qual as enfermeiras interferem. Nesse ponto, o corpo é atraído para uma esfera social de indivíduos com interesses concorrentes, ou de cuidadores com sentimentos incômodos sobre algo que está errado. Estar sujo como uma forma de viver autenticamente seu corpo resulta em corpos sujos tornando-se uma questão de escrutínio público. O hospital se torna um lugar social ou público, embora não completamente: a interferência das enfermeiras, por mais justificada que pareça em uma instância específica, ainda é vista como uma transgressão da fronteira privada que protege a liberdade individual.

Assim, respeitar a privacidade dos indivíduos como forma de preparação para a cidadania faz com que seja muito difícil para as cuidadoras interferirem quando os pacientes se sujam por qualquer razão. As enfermeiras psiquiátricas têm que conter o *feeling* de que "isto está indo longe demais" ou as racionalizações para impedir algo. Este desejo inarticulado de interferir tem que, de alguma forma, anular os princípios maiores de liberdade e responsabilidade pessoal. (Não) tomar banho traz uma tensão à tona entre o que pode ser visto como atributos individuais privados que não interessam aos outros (como a cor da pele ou do cabelo) e os interesses individuais que afetam (ou prejudicam) os outros.

### **Segundo repertório: tomar banho é uma competência básica**

No segundo repertório, o banho é realizado como uma habilidade básica. Como tal, o banho não é deixado às preferências pessoais. As competências de lavar-se são habilidades gerais que devem ser aprendidas ou treinadas. As enfermeiras muitas vezes fazem uma analogia com os músculos e as células cerebrais. Você tem que exercitá-las ou elas encolherão

e se deteriorarão: "use ou perca". Armados com estas metáforas atléticas sobre o funcionamento corporal, as enfermeiras não tomam o trabalho do banho das mãos dos pacientes. O truque é, na medida do possível, induzir os pacientes a realizarem os atos por si mesmos. Isto pode ajudar na **reaprendizagem** de uma habilidade que se perdeu, por exemplo, por causa da hospitalização. Um paciente que nunca precisou se lavar pode não ser mais capaz de fazê-lo. Banhar-se você mesmo também serve ao propósito de **manter as habilidades intactas**, treinadas e apuradas.

A enfermeira Rose ajudou a Sra. Brisbane a sair da cama, de camisola, para a cadeira de rodas e a levou até o banheiro. Rose liga as torneiras, coloca uma toalha na frente da Sra. Brisbane e diz: "Coloque sua mão nela. Ok, agora molhe. Agora vá em frente e lave seu rosto". "Não", diz a Sra. Brisbane. "Vamos lá, é bom se você puder fazer isso por você mesma!", Rose diz. "Não", diz a Sra. Brisbane. Mas ela começa a lavar o rosto de qualquer maneira. E eu vejo que ela é perfeitamente capaz de fazer isso. "Suas orelhas também!", Rose grita do outro quarto, onde ela está arrumando a cama. "Sim", diz a Sra. Brisbane, mas vejo que ela não está fazendo isso. Rose volta para o banheiro. "Agora a parte superior de seu corpo, com sabão. Coloque um pouco de sabão no pano, muito bem". A Sra. Brisbane mexe no sabão e, com um movimento eficiente, Rose coloca sabão no pano. A Sra. Brisbane começa a lavar o peito enquanto Rose dá instruções. "Suas axilas também!". A Sra. Brisbane lava as axilas. "E sob seus seios". A Sra. Brisbane levanta obedientemente o seio esquerdo e lava a pele por baixo. "Muito bem", diz Rose, "Agora o outro seio. Caso contrário, você terá uma erupção cutânea, você já tem um pouco". Rose a ajuda. Agora a Sra. Brisbane está pronta e coloca a toalha de rosto na sua frente. Rose enxagua o pano e diz: "Ponha a mão novamente. Só para tirar o sabão. Você está indo muito bem". E o ritual se repete.

Embora haja dúvidas de que a Sra. Brisbane algum dia se lave sem ajuda, os atos que ela pratica servem ao propósito de a manter em forma e de manter intactas algumas de suas habilidades motoras básicas. As enfermeiras e os assistentes de geriatria explicaram que esta forma de lavar uma pessoa é muito mais difícil do que simplesmente assumir o controle do banho. E o resultado é frequentemente menos satisfatório para eles em termos de limpeza. A cuidadora e a paciente realizam o ato juntos. A enfermeira dá sugestões verbais e age como uma "prótese" ao executar as partes que a paciente não pode fazer, ajudando a paciente no que ela pode fazer.

Onde o objetivo é aprender e manter habilidades, o “diagnóstico funcional” torna-se importante na enfermagem psiquiátrica: o que uma pessoa pode fazer, o que ela não pode fazer, o que ela pode aprender? A avaliação e o planejamento são ferramentas no cuidado de enfermagem com uma perspectiva de competências básicas. Os planos de cuidados tornam-se adereços necessários, e é organizada uma afinada troca de informações na equipe de enfermagem. Todos os membros da equipe devem saber o que um paciente pode e não pode fazer, onde a assistência é necessária e qual o objetivo do treinamento. Toda enfermeira deve abordar a pessoa da mesma forma, principalmente porque a formação nem sempre é fácil, como mostrarei a seguir.

Os objetivos do treinamento são escritos em planos de cuidados e as enfermeiras escrevem relatórios sobre o progresso feito e os problemas encontrados. O treinamento de habilidades implica em melhorias; avaliações podem e devem ser feitas. Não surpreendentemente isto traz um elemento de otimismo no atendimento a pessoas com deficiências graves, pois uma nova forma de progresso é definida: os sintomas não somem, mas é praticado o desenvolvimento de habilidades. O corpo se torna ativo na luta pela independência.

Este tipo de cuidado está associado à reabilitação. Supõe-se que o indivíduo gostaria de ser independente para poder viver na comunidade. Lavar-se contribui para este ideal de viver com o mínimo de dependência de profissionais: se você aprender a fazer por si mesmo o que puder, você será menos dependente de profissionais de apoio. Por outro lado, a imagem da aptidão física e do aprendizado faz com que as habilidades básicas também sejam utilizadas em formulações médicas de tratamento. O treinamento de habilidades pode ser visto como um objetivo terapêutico que, uma vez alcançado, implica em um retorno a uma vida civil normal.

Posicionar o ato de lavar-se como objetivo terapêutico básico e como fonte de liberdade confere às enfermeiras a autoridade para obrigar os indivíduos a fazê-lo. Esta autoridade não é vista como problemática, porque está implícito que a pessoa também quer ser independente: ou você **tem** as habilidades e gostaria de usá-las, ou você não tem as habilidades e ficaria feliz em aprendê-las. A passividade deve ser evitada do ponto de vista da formação de habilidades básicas, pois isso causaria a deterioração das competências.

Mas, por que as habilidades do banho são consideradas habilidades **básicas**? Isto porque, exceto em caso de sérias deficiências físicas, o banho é uma habilidade que todos possuem e que deve ser praticada antes de qualquer outra atividade ser tentada ou aprendida. Ter um diagnóstico de, digamos, esquizofrenia não prejudica as habilidades do banho (embora possa ser considerada uma motivação prejudicial para a prática, veja abaixo). Esta desconexão das habilidades físicas da doença mental proporciona uma abertura para transformar o paciente em um cidadão ativo e autônomo. Como a habilidade é básica, todos **devem** lavar-se a si mesmos. Com base nisto, outras habilidades e atividades podem ser construídas.

**Assistente de geriatria:** Tenho a sensação de que eles, bem... [busca a palavra certa] sentiram mais **grandiosidade**. Eles decidem por si mesmos quando vão tomar banho. Para alguns deles todo o ritual matinal mudou. Primeiro, eles foram tomar o café da manhã com o curativo e depois foram para seus quartos para tomar um banho. Em vez de: 7h30, chamem todos e se lavem imediatamente. Algumas pessoas possuem um território muito maior; elas se interessam por coisas diferentes. Eles começaram a se envolver em arrumar a mesa.

Considerar o banho como uma habilidade básica está intimamente ligado às teorias da normatização hospitalar. Tirar atividades e responsabilidades das mãos das pessoas as tornará passivas e fará com que as habilidades desapareçam. Também está relacionado à ideia de que as pessoas hospitalizadas e socialmente excluídas devem aprender habilidades para se locomover na comunidade. Fazer chamadas telefônicas, organizar orçamentos e preencher formulários são habilidades importantes para o futuro cidadão. Mas lavar-se é a habilidade mais **básica**; ela vem antes do preenchimento de formulários. Fica embaixo na pirâmide da autogestão e é praticada também nos cuidados onde o treinamento não é importante. Como diz a assistente de geriatria, mudar a rotina da cuidadora também mudou a rotina do cliente. A nova assertividade dos clientes em outras áreas sustenta a ideia do banho como uma habilidade básica a partir da qual outras atividades podem ser desenvolvidas.

Portanto, do ponto de vista profissional, torna-se imperativo praticar ou aprender competências. Isto pode levar a disputas com pacientes que resistem a tomarem banho sozinhos.

**Enfermeira de geriatria:** A maioria dos residentes são casos psiquiátricos. Isto requer uma abordagem específica. Veja, a Sra. Alberts, ela pode ajudar a si mesma. Ela pode se lavar, ela

pode andar. No entanto, ela **nunca** dirá que pode. "Eu não posso fazer nada", é o que ela continua dizendo. E se você ceder a isto, você tira toda a independência dela. É uma luta, uma e outra vez, todas as manhãs, para que ela faça isso sozinha. Só para se vestir e caminhar até a sala de estar. Assim, apesar do fato de não ter que trabalhar muito com esta mulher para ajudá-la, ela toma grande parte da sua manhã de trabalho, ao ter que supervisioná-la.

A enfermeira de geriatria discute com a Sra. Alberts para que ela não perca suas habilidades de se lavar e se vestir. Embora a Sra. Alberts negue ser capaz de fazê-lo sozinha, sua declaração não é creditada, porque a enfermeira não vê nenhuma deficiência física. As objeções da Sra. Alberts são vistas como uma consequência de seu problema psiquiátrico, não como uma deficiência "real" (física). O distúrbio psiquiátrico não é visto como um motivo válido para deixar a responsabilidade pelos cuidados pessoais de uma pessoa para outras. Isto enquadra a pessoa com doença mental como irracional e imprevisível, ou mesmo como sabotadora ou manipuladora do cuidado.

Sandra [assistente de geriatria] me diz que ela substituiu a outra ala com clientes menos perturbados. Ela acha que é uma gigante diferença. "Você poderia pensar: esta é a ala psiquiátrica, então, às vezes, você tem que trabalhar mais. Mas não é essa a questão. É claro que as pessoas aqui precisam de mais cuidados físicos, mas também não é essa a questão. O trabalho se torna árduo quando alguém não **coopera**. Quando você diz: "Ponha sua mão nesta manga", ela não o faz. Veja a Sra. Best. Ela é uma pessoa pequena, mas não coopera de forma alguma. Então, às vezes, você a ajuda com um bom banho, a veste e diz: "Vamos, vou acompanhá-la até a sala de estar". E ela se recusa e diz: "Eu não posso andar". Então, eu penso: "Ok, vou deixá-la sozinha no quarto por um minuto, vou buscá-la mais tarde". E quando você volta, ela está cagando nas calças. Ela faz isso, eu já lhe disse antes. Então você tem que colocá-la debaixo do chuveiro de novo".

Ver a recusa de praticar habilidades básicas como a sabotagem é uma consequência da forma específica na qual habilidades e aprendizados definem a autonomia e normalidade de uma pessoa nesta prática de cuidados. A autonomia é encontrada nas atividades que permitem decisões ou liberdade posteriores. Ser cidadão é agir de forma independente. Recusar-se a fazer isso não é uma posição séria em um repertório de habilidades básicas. A Sra. Best está tratando seu corpo não como uma futura cidadã, mas como uma pessoa com algum distúrbio.

### **Um banho habilidoso para o corpo independente: o cidadão independente**

Onde tomar banho é uma habilidade básica, lavar-se é uma competência explícita a ser aprendida pelo aspirante a cidadão, que deve ser independente para viver entre outros cidadãos independentes. A autonomia é característica desse cidadão, mas antes da liberdade e da escolha vem o “fazer”. Ser autônomo é fazer as coisas por conta própria o máximo possível. Se você pode fazer isso, você pode organizar sua vida como quiser. Corpos capacitados proporcionam as condições para escolhas livres.

Tomar banho não é opcional: todo mundo tem que fazer isso. A atividade corporal é importante para uma pessoa hábil que se esforça pela independência. Presume-se que o paciente quer se tornar um cidadão independente. A cidadania envolve a liberdade da mente, mas não das ações corporais, porque a liberdade da mente é obtida através de habilidades corporais especificamente treinadas. A pessoa independente pode funcionar na comunidade por ser autossustentável. As profissionais, como enfermeiras psiquiátricas, fornecem apoio temporário; através de um treinamento bem-sucedido, elas têm que se fazer supérfluas. Desta forma, elas tentam equipar o cidadão com as competências necessárias. As enfermeiras não se definem elas próprias como parte de uma esfera pública, mas como provedoras de "terapias" (programas de treinamento) que permitem que os pacientes se tornem competentes para sair do hospital e para voltar para a comunidade "lá fora".

A "deficiência psiquiátrica" não perturba a habilidade em si. Os problemas psiquiátricos podem prejudicar a cooperação com objetivos que ninguém em perfeita consciência questionaria. As pessoas com uma doença mental são capazes de tomar banho e devem ser pressionadas a fazê-lo, assim como todas as outras pessoas. Estar sujo não é uma opção. É a relutância em se lavar que tem que ser superada. Opor-se a um cenário de habilidades básicas seria uma objeção à cidadania e uma escolha pela condição de paciente. Isso deixa aos pacientes poucas possibilidades de proporem formas alternativas de se tornar cidadãos. Suas deficiências psiquiátricas não são o objeto do cuidado, mas ainda assim eles são tratados como pacientes a fim de se tornarem cidadãos qualificados.

### **Terceiro repertório: o banho é uma pré-condição**

Este repertório de banho é complicado, porque não se trata de lavar. Mesmo que "não se trate de lavar", ele estabelece certas condições para o banho. Nesse repertório lavar-se e vestir-se são condições prévias para fazer coisas que realmente importam na vida. É preciso simplesmente lavar-se e vestir-se para poder ir ao trabalho, para circular na comunidade, para usar serviços, para estudar ou para restabelecer os contatos com a família. Estes são objetivos para enfermeiras profissionais, para ajudar uma pessoa a desenvolver o projeto de sua vida. Muito em consonância com a mudança histórica mencionada na introdução, o banho não é visto como uma atividade profissional da enfermagem destinada a desenvolver a cidadania.

Em um projeto de vida, estar limpo e bem vestido não é considerado uma coisa importante em si mesma, mas é tomado como pressuposto. Seria melhor se a pessoa cuidasse dessas questões ela mesma, assim como todos os outros. Se surgirem problemas e uma pessoa não puder fazer isso, pode-se providenciar ajuda, por exemplo, contratando profissionais especializados em lavar pessoas. É visto como um problema prático que precisa de uma solução pragmática. Se uma pessoa parece um pouco diferente, isso não é de grande importância quando comparado aos desafios que a esperam no mundo real. Mas o mal odor ou a sujeira também não ajudam. Não se questiona se o banho deve ou não ser feito, mas sim quem deve cuidar dele.

Desta forma, a atividade do banho é mais uma questão de organização do que de técnicas específicas. Contratar as assistentes de geriatria das residências é uma forma de fazer isso. Nos hospitais psiquiátricos, há equipes mistas de assistentes de geriatria e enfermeiras psiquiátricas nas enfermarias para idosos. Entretanto, não havia profissionais para dar banho nas enfermarias com pessoas mais jovens nos hospitais psiquiátricos que estudei. As enfermeiras psiquiátricas tinham que ajudar, caso fosse necessário.

O cuidado, onde o ato de tomar banho é uma condição prévia, visa à cidadania através da "auto-realização": enfermeiras psiquiátricas ajudam o paciente a desenvolver e classificar suas prioridades e o ajudam a desenvolver o projeto de suas vidas. Isto é ressonante na psicologia humanista (Rogers 1961; Maslow

1970). A auto-realização é uma forma específica de reabilitação em enfermagem psiquiátrica. O foco está no crescimento pessoal, não nos sintomas ou na patologia. Os pacientes podem discutir a patologia com o psiquiatra se quiserem colocá-la na agenda. O desenvolvimento de um projeto de vida é a tarefa principal das enfermeiras, é como uma forma de transformar os pacientes em clientes e cidadãos.

**Enfermeira psiquiátrica, chefe de equipe:** Eles des-pacientizam, se você entende o que quero dizer. Desordens ou desvios específicos existem, mas você não precisa agir sobre eles. Você só tem que cuidar para que ninguém se incomode com isso, especialmente a pessoa que sofre, para que ele possa se dar bem com eles de uma maneira agradável. E se você estiver treinando pessoas e quiser conhecê-las, os registros de pacientes não são as primeiras coisas que você precisa.

Para o cidadão autorrealizador, é importante explorar objetivos e projetos individuais para o futuro, um projeto que cumpra a promessa da realização do potencial pessoal e leve ao desenvolvimento de um lugar respeitável na comunidade. As pessoas que buscam seus objetivos e pontos fortes pessoais são benéficas para a sociedade como um todo. As habilidades também podem ser treinadas, mas de uma maneira bastante diferente do que é uma habilidade básica. Embora seja obrigatório exercer as habilidades básicas, não há necessidade de ter habilidades específicas para a autorrealização. As habilidades a serem desenvolvidas têm que ser significativas para o projeto de vida de uma pessoa.

**Enfermeira psiquiátrica, chefe de equipe:** Bem, sim, nós tentamos deixar que as pessoas mantenham sua independência o máximo possível. E isso é diferente de querer pessoas que funcionem da maneira mais independente possível. Nesse caso, você ensinará as pessoas a fazer truques. Todo mundo lava a louça; cada um limpa seu próprio quarto e assim por diante. Enquanto aqui, olhamos para a pessoa e perguntamos: "Faz sentido para ela, a pessoa se beneficia disso, pode lidar com isso e as coisas ficam confusas se ela não o fizer?". Tem que ser uma melhoria para a vida de alguém.

A autonomia no cuidado da autorrealização é uma questão de desenvolver e escolher em vez de fazer as coisas por conta própria (habilidades básicas) ou ser livre para decidir sobre a vida privada individual (privacidade). A questão de quais habilidades devem ser aprendidas é deixada a critério do indivíduo. As enfermeiras não pressionam o indivíduo a aprender ou a praticar habilidades específicas, como seria feito em uma

prática de cuidados voltada para habilidades básicas. E elas não deixam que os indivíduos decidam em particular sobre seus objetivos, mas se envolvem ativamente para ajudá-los na articulação dessas decisões e na realização de seus projetos individuais.

Os clientes, entretanto, não costumam ser explícitos sobre o que percebem como significativo para seu projeto de vida. Após anos de hospitalização, eles aprenderam a guardar seus sonhos e histórias para si mesmos e perderam a noção de que existem opções fora do hospital. Decifrar dicas e procurar pistas faz parte do trabalho de uma enfermeira que apoia os indivíduos na descoberta do que valorizam e no auxílio do desenvolvimento de suas vidas.

Quando as assistentes de geriatria são contratadas para apoiar os pacientes no banho, a separação da mente e do corpo por uma divisão de trabalho entre os profissionais torna-se problemática. As enfermeiras psiquiátricas criticam a forma rotineira e incisiva com que as assistentes de geriatria dão banho em seus clientes (Pols 2006). A pré-condição e os projetos de vida acabam se tornando mais substancialmente conectados: o cuidado com as pré-condições não pode assumir qualquer forma. Apesar da divisão do trabalho, o banho rotineiro e sistemático parece entrar em contradição com a ideia de autodesenvolvimento e de estabelecimento de prioridades. O banho rotineiro pode ser uma forma de tratamento adequado para os pacientes que sofrem de demência e incontinência, mas é inaceitável para enfermeiras psiquiátricas que estão tentando encorajar seus pacientes a desenvolver seus próprios potenciais. Neste ponto, uma solução pode ser a incumbência do banho e do ato de vestir aos profissionais que se preocupam com a autorrealização. Desta forma, eles adaptam o banho a sua própria prática e concepções do bom cuidado: tomar banho tem que se tornar parte de um projeto de vida.

Quando isso ocorre, enfermeiras psiquiátricas tentam estimular o desenvolvimento de um projeto de vida, fazendo com que os pacientes escolham e considerem até mesmo pequenas coisas que são importantes para eles. Parece inconsistente ajudar os pacientes a irem ao centro comunitário local, mas não é inconsistente dar-lhes a oportunidade de escolher suas próprias roupas e decidir sobre seu próprio horário de banho. Também pode ser o caso de um paciente ter razões específicas para se abster de tomar banho. Esta estratégia inclui tomar banho e se

vestir no projeto da pessoa; assim, estas atividades recuperam importância.

Se o banho for recolocado na agenda das enfermeiras psiquiátricas, a autorrealização parece, no entanto, acabar transformando-se em outra coisa. Para as enfermeiras que consideram o banho uma pré-condição, os objetivos associados ao lavar-se e ao vestir-se normalmente não são vistos como muito desafiadores. Elas permanecem, de certa forma, como “questões de pré-condição” que devem vir antes do desenvolvimento da cidadania.

**Enfermeira psiquiátrica:** Eu me candidatei a este projeto [uma ala psiquiátrica em um lar residencial] com a ideia de que iríamos treinar pessoas para viverem de forma independente no lar residencial, longe desta ala. Ou mesmo fora do lar residencial! Esse era o meu principal motivo para vir aqui. Para aquelas pessoas que continuariam a viver aqui, pensei nelas como um bônus. Mas na verdade, eles constituem a maioria. E leva muito tempo para ajudá-los a tomar banho e a se vestir. Portanto, ainda não tenho certeza se continuarei a trabalhar aqui ou se seguirei para outro projeto.

O treinamento que a enfermeira esperava estabelecia metas relacionadas à vida comunitária: viver por conta própria, escolher um lugar para viver e falar sobre o que é necessário para a vida doméstica. Não se trata de coisas tão mundanas como o banho.

### **Um banho pré-condicional para os desenvolvedores de projetos de vida: o cidadão autorrealizador**

O cidadão que considera o banho uma condição prévia é aquele que se envolve na vida comunitária desenvolvendo seus potenciais pessoais. Desenvolvendo seus pontos fortes, eles podem se tornar participantes, por exemplo, conseguindo um emprego, viajando ou estabelecendo contatos. As enfermeiras ajudam os pacientes a perceberem que podem ter objetivos, ajudam a decidir quais deles perseguir e os ajudam a alcançar esses objetivos para se tornarem cidadãos.

Mais uma vez, a autonomia é importante para aquele que deseja ser cidadão. Neste repertório, ela está relacionada à escolha de quais potenciais (por mais enterrados ou achatados pela hospitalização) devem se desenvolver. Desenvolver pontos fortes, habilidades e possibilidades ajuda uma pessoa a entrar de

forma satisfatória na comunidade. As enfermeiras psiquiátricas assumem uma abordagem ativa no atendimento, mas devido à sua missão (desenvolver o projeto de vida do cliente), elas não têm autoridade para decidir quais objetivos são dignos de serem perseguidos. Estes são, afinal de contas, assuntos pessoais.

A agenda das enfermeiras psiquiátricas torna o cuidado com a higiene menos atraente para elas, com relação aos objetivos publicamente mais instigantes que se relacionam com a vida comunitária. Assumir tarefas do banho significa que os ideais de autorrealização são trazidos de fora para dentro da casa ou trazidos do topo da pirâmide de necessidades para sua base. Isto não parece funcionar facilmente: uma diferença qualitativa entre a pré-condição (incluindo o banho e a medicação) e a autorrealização persiste. As pessoas que têm problemas com o banho não parecem ser pessoas que estão a ponto de participar da sociedade. Lidar com o banho parece implicar dar um passo atrás no processo de ajudar os clientes a se tornarem cidadãos, para vê-los como pacientes novamente. Elas permanecem no hospital ou no lar residencial e não se desenvolvem em direção à vida comunitária. Aparentemente, o banho é uma condição prévia.

#### **Quarto repertório: o banho é uma atividade relacional**

Neste repertório de banhos, as relações são desenvolvidas propositalmente como meta de cuidado. É claro que os outros repertórios de banho também são sobre organização das relações, mas isto não é percebido como o objetivo da prática de cuidado. Estabelecer uma relação entre cuidadora e paciente é um objetivo central aqui e também é um meio para outros fins: sem boas relações, tudo para. Porque o centro é a relação, e não uma (forma de) atividade específica, o banho se torna uma atividade como qualquer outra. Não é uma habilidade básica, nem uma condição prévia para "fins superiores". Há diferentes objetivos ou atividades e tomar banho é uma delas. Isto também implica que não é de interesse primário que o paciente tome banho ele mesmo, quer seja ou não capaz de fazê-lo.

**Enfermeira psiquiátrica:** Para a maioria das pessoas que vivem aqui, é importante construir sua independência e autogestão, começando com a AVD [Atividades da Vida Diária, como lavar-se e vestir-se]. Mas tudo bem, nós ajudamos a Sra. Smith. Esta é uma escolha que fizemos. Nós a ajudamos com a AVD porque fisicamente ela está em má forma. Ela tem problemas

cardíacos e pulmonares e recebe oxigênio regularmente. Então, você pode dizer: "Você mesma tem que fazer isso", mas depois ela fica de cama pelo resto do dia. Ela se sentava em seu quarto, olhando fixamente para a televisão. Ela estava simplesmente exausta demais para fazer qualquer outra coisa. E olhe para ela agora: ela quase não fica em seu quarto.

No início, a Sra. Smith achou estranho ser auxiliada no banho, pois ainda era capaz de fazer isso sozinha. Mas, aqui, o banho não é uma habilidade básica, nem é uma atividade exclusivamente individual. Embora possa ser visto como uma condição prévia, não o é, porque a Sra. Smith tem a opção de se lavar ou de ter mais contatos, e as enfermeiras a ajudam no banho sem questionar se esta deve ou não ser sua tarefa. Não há hierarquia entre as atividades. A pessoa que dá banho pode mudar: pode ser a cuidadora ou o próprio paciente, o que for mais conveniente, agradável ou eficaz. O *eu-deve-fazer-você-mesmo* não é tão importante quanto o *você-poderia-fazer-você-mesmo*. Auxiliar uma pessoa no banho pode ser uma forma de fazer as coisas em conjunto; também pode ser que o banho de uma pessoa também sirva como forma de prazer.

A imagem do paciente/cidadão não é tanto uma imagem de um indivíduo; trata-se, antes, de "viver junto" com os outros. O eu proposto é um eu social: para existir, ele deve se relacionar com os outros. As relações tornam o cidadão mais ou menos integrado. As enfermeiras ajudam a desenvolver a rede social dos pacientes como uma forma de torná-los parte de uma comunidade, que não é "lá fora", mas "aqui mesmo". Família, amigos, até mesmo "amizades arranjadas" com voluntários, centros comunitários etc. são considerados mais importantes para a cidadania do que tentar melhorar ou mudar os pacientes através de programas terapêuticos que atuam diretamente no nível individual (treinamento de habilidades, tomada de decisões por você mesmo). As enfermeiras ajudam seus clientes no estabelecimento de relações estáveis com os seus familiares.

A própria enfermeira, no entanto, é um membro importante da rede: ela forma uma primeira ligação para a cidadania ou para uma vida na comunidade. Mais do que tentar mudar seus clientes, as enfermeiras vivem com eles. Estar lá para festas de aniversário e outras festividades faz parte de seu trabalho, assim como a assistência no banho pode fazer.

Que tipos de relações fazem um cidadão, então? As negociações são muito importantes nesta forma de cuidado. Não existem posições fixadas com uma pessoa impondo normas a

outra. Ao contrário, há o dar e receber, que é influenciado por humores e mudanças ao longo do tempo. Não há uma estratégia clara que funcione sempre no trato com outras pessoas.

**Enfermeira psiquiátrica:** Acho que estas coisas não são planejáveis. Em um dia você pode dizer: "Ei, Ben, vamos lá, hora do seu banho!" E eu penso: "Legal, posso falar com ele de uma maneira informal". Em outro dia penso: "Ben, hoje não vou pedir". Não há um padrão que sempre funcione bem. Em outro momento eu provavelmente diria: "Ben, você pode fazer isso sozinho". Ou ele diria: "Não quero fazer". Eu acho que é muito difícil estabelecer regras sobre como fazer estas coisas.

As mudanças de posições tornam difícil prescrever regras gerais de comportamento. A relação deve acomodar diferentes humores e incertezas. Uma enfermeira deve ser flexível e capaz de se adaptar a novas situações. A melhor aposta para alguma estabilidade é estabelecer uma relação com o paciente; depois disso, ela tem que reagir quando chegar a hora certa. Qualquer técnica é permitida, desde que não seja usada coerção. A violência não faz parte das relações entre os cidadãos. Nenhuma autoridade profissional poderia substituir as negociações; nem o paciente dita o que tem que ser feito. O resultado da flexibilização pode ser a existência de alguns pacientes que ficariam um pouco mais sujeitos do que se tomassem banhos rotineiramente. Também pode significar que os pacientes que se recusam obstinadamente se tornam muito mais sujeitos do que o desejado pelas enfermeiras.

**Enfermeira psiquiátrica:** O Sr. Jones mora aqui há quatro anos sem tomar banho.

**Entrevistadora:** Sério? E ele não cheira mal?

**Enfermeira psiquiátrica:** É claro que ele cheira mal. Mas há uma diferença; algumas pessoas não atraem sujeira, por assim dizer. Veja o Jensen: se ele puder, também vai escapar do banho, mas ele não parece sujo. Mas pessoas como Ger e Frank: coloque-os debaixo do chuveiro e depois de meia hora você aconselharia que se lavassem outra vez. Eles parecem atrair sujeira, e suas camisas penduradas nas calças não parecem tão elegantes. Outros se vestem tão bem que camuflam o que quer que seja que você encontrasse, caso olhasse ou cheirasse por baixo. Mas com o Sr. Jones levou quatro anos. Psicose em expansão. Eles o levaram uma vez para debaixo do chuveiro e ele realmente pensou: Eu vou para as câmaras de gás. Nunca vou esquecer isso, foi tão intenso, a maneira como ele gritou. Meu Deus, foi um grito de partir o coração. Então, você se pergunta: Você deveria fazer isso? Na ala de crise, eles teriam pegado a pessoa muito mais cedo. Mas

não é o nosso jeito. Tentamos negociar, ser flexíveis e conversar. Isso tem seus limites, é claro. Mas eu sempre acho fascinante: estas pessoas estão muito doentes e perturbadas. Mas você pode estabelecer uma forma de relação; você pode se comunicar de certas maneiras. Você pode compreendê-las e descobrir que sempre existe algum lugar para trabalhar. Mas você tem que ser paciente, se esforçar muito e ficar feliz com as pequenas mudanças.

O cuidado relacional também significa que os pacientes podem se recusar a tomar banho em um determinado momento. Porque estabelecer e manter relações é o objetivo, porém, a enfermeira é muito mais assertiva do que poderia ser se enxergasse o banho como uma atividade privada. Ela não é impedida por seus próprios escrúpulos, mas pela resistência de um paciente, ou pela impossibilidade de estabelecer uma relação através da qual ela possa assegurar a um paciente que os chuveiros não são câmaras de gás. Sua contribuição na relação é legítima: opiniões podem ser dadas, sugestões podem ser feitas. A cuidadora só tem que ser inteligente o suficiente para fazer as coisas à sua maneira, ou conhecer bem o paciente para ver o que ela vai responder. As mesmas condições obviamente se aplicam ao paciente, que também não tem a palavra final. O essencial é ser sensível às contingências e particularidades trazidas a cada novo dia.

A cidadania parece começar com as relações pessoais. O ideal é que haja um "dar e receber" entre os cidadãos e, conseqüentemente, entre enfermeiras e pacientes. Cada um traz consigo suas diferenças específicas, personalidades e mudanças de humor. Para estabelecer relações, essas diferenças são apreciadas e colocadas em prática. A abordagem de uma equipe que é coordenada e voltada para práticas que enfatizam o desenvolvimento de habilidades básicas seria considerada uma má enfermagem por aqui. E tomar banho, como qualquer outra atividade, pode ajudar a estabelecer a relação.

**Enfermeira psiquiátrica:** Eu gosto de fazer isso [dar banho e vestir os clientes] com as pessoas. É uma forma muito mais relaxada de fazer contato; você tem um objetivo muito claro. E o resto só vem com isso. É uma forma simples de comunicação, muito informal. Porque, veja, se você fala com alguém, você não tem a mesma conversa no dia seguinte. Depois de um tempo você **conhece** Jeannie, se você entende o que quero dizer. Com dominós também, você joga esse jogo por vários dias. Essas pessoas não são capazes de fazer contatos ou de se manter ocupadas. [...] Assim, quando você chega um dia e não

está muito motivado, ou não há muito o que discutir com um certo paciente, você ainda tem este cuidado com o lavar e o vestir. E, enquanto você faz isso, é possível que aconteça algo que aprofunde a comunicação ou que possibilite que você faça algo mais pela pessoa.

Como mostra esta enfermeira, a comunicação nem sempre é mais fácil "falando". Pelo contrário, ela percebe muitas vezes a comunicação verbal como difícil. O banho cria uma situação alternativa para a comunicação. Há uma tarefa clara em mãos, e "o resto vem com ela". A situação não é determinada apenas pela conversa.

A ideia de cidadania desenvolvida aqui não traz consigo muitas prescrições. Não existe uma hierarquia pré-estabelecida de objetivos dignos ou menos dignos: os objetivos estão sujeitos a mudanças e devem funcionar para apoiar as relações com os outros. Com a revalorização do banho, outros tipos de comunicação "não heróica" também são mais valorizados.

**Enfermeira psiquiátrica:** Você deve simplesmente ver que você trabalha com pessoas – é disso que se trata. É uma profissão terrivelmente estúpida, ser enfermeira. O que importa é se você consegue ter empatia por outras pessoas. Para aprender isso, você vai para a escola por quatro anos, entende o que eu quero dizer? Não quero minimizar a profissão, mas quero colocá-la em perspectiva. Porque se trata de investir nas pessoas, e conseguir algo em troca. E não importa se é dar banho, lidar com vozes [alucinações] ou mudar de lugar. Se pudermos resolver isso juntos, podemos realmente fazer muita coisa. Então, você pode animar os loucos mais loucos.

Esta informante questiona o profissionalismo do cuidado relacional. Elementos de amizade entram na relação a partir da atitude ativa adotada pela cuidadora que faz comentários e dá conselhos não solicitados por um senso de compromisso ou preocupação. Mas há também elementos de profissionalismo: a relação profissional garante a continuidade da "animação dos malucos"; falar sobre problemas psiquiátricos faz parte do trabalho e isso, assim como ajudar uma pessoa a se lavar, pode ser mais difícil de fazer para um amigo ou vizinho, até mesmo em relações mais íntimas, por exemplo, entre pai e filho adulto (ver também Borgesijs 1988; Borgesijs et al. 1988).

### **Um banho relacional para o bem comum: o cidadão relacional**

Quando o banho é uma atividade relacional, ser cidadão é estar conectado a outras pessoas. Não é de importância central ser autônomo; em vez disso, o cidadão tem que estabelecer e manter relações com outras pessoas. Amizades e relações pessoais são formas de entrar na comunidade. Viver em uma instituição não implica automaticamente uma posição marginal. Não há divisão espacial pré-estabelecida entre o que está dentro ou fora da comunidade. A falta de boas relações marginaliza um indivíduo e é aqui que as enfermeiras psiquiátricas iniciam seu trabalho. Eles começam a tornar a relação de cuidado mais pessoal e mais equilibrada. A enfermeira se torna parte da rede social.

Não existe um eu autônomo a ser definido, sendo separado dos outros; o eu é variável e inconsistente. Isto vale tanto para as enfermeiras quanto para os pacientes. A flexibilidade e a improvisação tornam-se qualidades importantes para os cidadãos. Eles podem ser ativos, mas têm seu humor próprio, estilos e inconsistências que devem ser levados em conta. O banho, assim como outros assuntos, é enquadrado a partir desta perspectiva. Não há hierarquia de atividades, nem é dada preferência a assuntos do corpo ou da mente. Estes terão de ser tratados no dia-a-dia.

Estabelecer uma convivência conveniente como o objetivo desta prática de cuidados significa minimizar as reivindicações profissionais da enfermagem psiquiátrica. O cuidado é imprevisível; não é fácil prescrever “métodos” ou regras de ação. A cuidadora e o paciente terão que resolver isso juntos. Ao invés de um **cidadão** claramente delineado, esta prática de banho nos apresenta uma forma de negociar ou de **praticar a** cidadania.

### **Discussão: civilizando o banho**

O estabelecimento de ideais de cidadania na enfermagem psiquiátrica visa alcançar a (re)integração de pessoas com transtornos mentais na vida comunitária. A condição de paciente deve ser trocada por, ou pelo menos complementada com, a cidadania. Como resultado desta mudança de paradigma na atenção à saúde mental, o banho tornou-se tácito, pois deixou de fazer parte do "bom cuidado da saúde mental". Embora tácito, ele nunca deixou de fazer parte do cuidado diário. As práticas de

banho e a promoção da cidadania se fundiram de formas complexas, resultando nos diferentes repertórios de banhos.

Mas não apenas o banho se torna tácito. Os diferentes ideais de cidadania também não são discutidos. A análise da cidadania através de práticas de banho coloca questões sobre quais normas, condições (corporais), competências e barreiras existem para ser ou para se tornar um cidadão. É claro que não seria justo analisar a cidadania apenas com base nas práticas de banho, pois algumas práticas de cuidados que visam a cidadania dos pacientes não pretendem resolver os problemas de limpeza. Algumas noções de cidadania parecem ser tacitamente deslocadas quando se apegam ao banho. Mas, apesar dessas ressalvas, pontos específicos sobre cidadania podem ser feitos.

### **Lavando o cidadão**

Certas características notáveis da cidadania podem ser explicitadas examinando os quatro repertórios de banho descritos. É notável que nos primeiros três repertórios de banho, mas não no quarto, os ideais de cidadania compartilham como característica o fato de que estruturam as relações sociais para o desenvolvimento de diferentes formas de **autonomia** para o paciente. Tornar-se um cidadão autônomo é cultivar interesses individuais (cidadão particular), tornar-se independente (cidadão independente) ou desenvolver os próprios potenciais (cidadão autorrealizador). A vida comunitária consiste em indivíduos autônomos que vivem entre outros indivíduos autônomos e entre os serviços e bens que eles utilizam. Estes indivíduos podem competir mais ou menos uns com os outros, mas são os átomos da vida social. O "*bourgeois*" com interesses, competências e projetos específicos é promovido ao invés do "*citoyen*" que tem responsabilidades pelo bem comum (Nauta 1992).

Mas relacionar cidadania e autonomia leva a alguns problemas no que diz respeito ao objetivo político de participação comunitária desses pacientes. Um primeiro problema é a socialidade dos cidadãos autônomos. Não está claro como os indivíduos autônomos podem se relacionar uns com os outros, além de não se atrapalharem entre si. O cidadão privado tem que ser protegido dos outros; o cidadão independente tem que cuidar de seus próprios assuntos independentemente do que os outros façam. É mais sutil com os cidadãos autorrealizadores, pois eles podem desenvolver relações como parte de seu projeto de vida,

assumindo o banho como uma natureza pré-condicional e conscientemente importante para com os outros. No entanto, nos três casos, o primeiro a ser reforçado e desenvolvido é a individualidade e as competências individuais específicas para que o indivíduo possa se tornar sociável mais tarde. A "participação na comunidade" parece implicar a adição de novos indivíduos que são ensinados a se comportarem, deixando a comunidade "lá fora" para funcionar como antes. As práticas de cuidado direcionadas à cidadania autônoma parecem promover condições e competências para que o indivíduo sobreviva fora do hospital ou do lar. Os novos cidadãos não fazem conexões ou argumentam por mudanças que facilitem a sua acomodação na comunidade, mas têm que se adaptar às suas condições.

Um segundo problema com o conceito de cidadania autônoma é que o hospital ou o lar não parecem ser o lugar para praticar a cidadania em relação a outros cidadãos. Não há muitos cidadãos "reais" ao redor (com exceção dos lares residenciais, onde vivem os "idosos normais", com familiares que moram por perto). Os pacientes são vistos ambigualmente como cidadãos ou futuros cidadãos (eles estão sendo ensinados a serem cidadãos). As competências individuais devem ser aprendidas em hospitais ou lares residenciais pelos "excluídos" e devem ser praticadas "lá fora", para que os "excluídos" possam ser "incluídos" na comunidade. A cidadania autônoma localiza os serviços psiquiátricos fora da comunidade.

Nesta divisão espacial entre estar dentro ou fora da comunidade, com serviços psiquiátricos fora, as enfermeiras têm uma postura notável em relação à sua própria cidadania autônoma. Parece que elas estão ali para promover a cidadania de seus pacientes, sem agir como cidadãos autônomos. Em vez de defender seus próprios interesses ou cuidar de si mesmas, elas são profissionais que ajudam os outros a se tornarem cidadãos. Ao fazer isso, elas defendem sua própria cidadania para apoiar os pacientes, o que não faz parte da definição da cidadania, mas faz parte de seu profissionalismo (a menos que eles vejam a enfermagem como auto-realização). Sua cidadania, como a dos pacientes, parece começar fora das portas do hospital.

Um terceiro problema é que as três noções de cidadania autônoma tentam criar cidadãos **iguais** aos outros cidadãos em seus direitos, obrigações e competências. Se alguém se comporta de uma forma não convencional, por exemplo, não tomando banho, isto se torna difícil de lidar em termos de cidadania autônoma. Como ficou claro na análise, a percepção do banho

como uma atividade privada, como uma habilidade básica ou como uma pré-condição esbarra em problemas quando os pacientes sujam o ambiente, não querem se lavar ou têm problemas com o banho. A ausência de cidadania autônoma torna estes problemas difíceis de lidar para as enfermeiras. O banho deixa de ser um assunto privado, desafiando o desejo de ser independente, ou se torna uma questão central em vez de uma pré-condição.

Por esse motivo, os transtornos psiquiátricos também são marginais para as noções de cidadania autônoma (ver também Estroff 1995). Os transtornos psiquiátricos podem organizar ou categorizar "pacientes" como um grupo. Para o cidadão autônomo, estas deficiências são particularidades privadas, deixam intocadas as habilidades e a independência ou são irrelevantes para a autorrealização. Elas não são relevantes para a definição da cidadania autônoma, que é sobre as igualdades (e normalidades) dos cidadãos, em vez de sobre suas diferenças. Com a entrada do cidadão, o paciente parece desaparecer. Problemas para os pacientes são privatizados ou delegados a outros profissionais no repertório de pré-condição. No repertório onde o banho é uma habilidade básica, é ainda mais complicado: embora os sintomas psiquiátricos não sejam vistos como disruptivos para as habilidades em si, o desenvolvimento de habilidades é abordado de forma terapêutica.

Assim, usar a autonomia como um conceito para definir a cidadania leva a certos problemas ao pensar na participação destes pacientes na comunidade. A vida comunitária exige mudanças para os "recém-chegados", mas não os apoia realizando adaptações para os seus padrões; as divisões espaciais entre público e privado coloca os profissionais, os pacientes e os cuidados em saúde mental conceitualmente fora da esfera pública; e fica difícil de pensar nas diferenças entre cidadãos ou de lidar com elas, porque a cidadania autônoma enfatiza igualdade com os outros cidadãos, e isso torna diferenças – ainda que totalmente malsucedidas – como privadas ou irrelevantes.

Estes problemas são inescapáveis? A noção de cidadania relacional parece evitá-los. A cidadania relacional é desenvolvida através da formação de relações construtivas e úteis com os outros através da negociação ou da acomodação mútua. Ela implica uma forma de sociabilidade na qual os cidadãos reconhecem sua dependência dos outros. Desta forma, não são apenas os **pacientes** que devem ser ou se tornar cidadãos, mas também as enfermeiras. Ao fazer parte da rede de seus pacientes, elas

colocam em cena a cidadania que enunciam. Tanto as enfermeiras quanto os pacientes formam a cidadania através de suas relações, não obstante as diferenças como o profissionalismo, a paciência ou a hospitalização.

O conceito de cidadania relacional não implica igualdade ou exclusão de desvios. Os problemas psiquiátricos são tão suscetíveis à negociação e à acomodação quanto os problemas associados ao banho ou às questões sobre a candidatura a uma vaga no centro comunitário. Multiplicar as diferenças implode a "igualdade". Não apenas as preferências podem diferir de uma pessoa para outra; elas também podem diferir na mesma pessoa, de um dia para o outro. As divisões não se fazem entre o louco e o são, o privado e o público, o paciente e o cidadão, o autônomo e o dependente, o limpo e o sujo, mas entre **situações** com características específicas. As metáforas espaciais das esferas privada e pública não se aplicam aos cidadãos relacionais. Cidadãos relacionais se movem através do **tempo** em conexões diferentes e mutáveis de um lugar para outro, dentro e fora do hospital e até mesmo para o banheiro. Ao fazer isso, os cidadãos estabelecem novas normas coletivamente. A "normalidade" nas relações entre cidadãos não se refere às normas que são dadas (como a autonomia); as normas têm que ser cumpridas, atualizadas e restabelecidas para cada situação (Winance 2001; 2002). Na interação, não só os pacientes mudam para se tornarem cidadãos, mas também os "outros" cidadãos participam na definição de novas normas. Todos são responsáveis pelas relações civis, não se trata apenas de adquirir as mesmas competências e habilidades. Pode-se reagir a um comportamento estranho de uma forma ainda mais estranha ou tentar acomodá-lo e, assim, "torná-lo normal". A fim de acolher os recém-chegados ao mercado de trabalho, pode-se tentar treiná-los para se tornarem "funcionários normais" ou realizar a adaptação das exigências competitivas da situação de trabalho. A noção de cidadania relacional implica em oportunidades de ação política bilateral e na crítica reflexão sobre o que é o bem comum, aproximando-se do ideal do "*citoyen*" que tem responsabilidade pelos outros. Pode-se argumentar que o conceito de cidadania relacional também vincula a cidadania à "boa vida" ou a "ser humano" (Foucault 1985, 1986; Withuis 1990).

Os conceitos de cidadania autônoma inferidos das práticas de banho trazem à tona tensões para as quais a noção de cidadania relacional oferece soluções. A prática da cidadania relacional cria relações e situações que permitem que os

diferentes grupos participem em termos mutuamente aceitáveis. No entanto, as noções relacionais de cuidado e cidadania têm dificuldade em sobreviver ao foco real na profissionalização e no planejamento na enfermagem psiquiátrica dos Países Baixos. A autonomia do paciente é a palavra-chave na atualidade, a despeito de suas limitações específicas para conceituar a participação comunitária para grupos marginais.

**Agradecimentos:** A pesquisa para este artigo foi apoiada pelo Conselho Holandês de Pesquisa (Dutch Research Council - NWO, número 210-11-208). Agradeço à equipe do hospital e aos clientes por sua cooperação. Meus agradecimentos às pessoas que contribuíram para este artigo com comentários sobre os primeiros rascunhos: Dorine Bauduin, Marja Depla, Dixi Henriksen, Hans Harbers, Kor Grit, Hans Kroon, Jacomine de Lange, Inge Mans, Ingunn Moser, Jan Pols, Baukje Prins, Estrid Sörensen, Rita Struhkamp, Herma van der Wal, Wubbien Wesselink e Dick Willems. Agradeço especialmente a Annemarie Mol pelas discussões sobre complexidades e por sua paciência em ajudar a transformar isto em um artigo legível. Sou grata a John Law e Vicky Singleton pelos debates filosóficos sobre "o banho".

### Referências

- ANTHONY, William; COHEN, Mikal; FARKAS, Marianne. 1982. "A Psychiatric Rehabilitation Treatment Program: Can I Recognize One If See One?". *Community Mental Health Journal* 18(2), p.83-95.
- ANTHONY, William; COHEN, Mikal; FARKAS, Marianne. 1990. *Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Boston University.
- ATKINSON, Dorothy. 1998. "Living in Residential Care". In: *Ann Brechin, Jan Walmsley, Jeanne Katz y Sheila Peace (eds) Care Matters: Concepts, Practice and Research in Health and Social Care*, p. 13-25. London: Sage Publications.
- BARRET, Robert. 1998. "The 'Schizophrenic' and the Liminal Persona in Modern Society". *Culture, Medicine and Psychiatry* 22(4), p.465-494.
- BOLTANSKI, Luc; THÉVONT, Laurent. 1998. *Des Justifications: Les Économies de la Grandeur*. Paris: Editions Gallimard.

- BORGESIUUS, Els. 1988 "Tussen Therapie en 'Gewoon Doen'. Het Werk van Psychiatrisch Verpleegkundigen". *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 42(25), p. 808-810.
- BORGESIUUS, Els; DE LANGE, Jacomine; MEURS, Pauline. 1988. *Verpleegkundigen Zonder Uniform. Over de Pluriformiteit van het Beroep van Psychiatrisch Verpleegkundigen*. Lochem: De Tijdstroom.
- BOSCHMA, Geertje. 1997. *Creating Nursing Care for the Mentally Ill. Mental Health Nursing in Dutch Asylums 1890-1920*. Ph.D. dissertation, Nursing University of Pennsylvania.
- BOSCHMA, Geertje. 2003. *The Rise of Mental Health Nursing: A History of Psychiatric Care in Dutch Asylums 1890-1920*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- CHIU, Edward O. STRUBETSKAYA, O.; WILLIAMS, M. 1999. "Psychosocial Rehabilitation of the Elderly with Mental Disorder: A Neglected Area in the Psychiatry of Old Age". *Current Opinion in Psychiatry* 12(4), p. 445-493.
- CONSTANTINIDES, Pamela. 1985. "Women Heal Women: Spirit Possession and Sexual Segregation in a Muslim Society". *Social Science and Medicine* 21(6), p. 685-692.
- DANKERS, Joost; VAN DER LINDEN, Joost. 1996. *Van Regenten en Patienten. De Geschiedenis van de Willem Arntsz Stichting: Huis en Hove, Van der Hoeven Kliniek en Dennendal*. Amsterdam: Boom.
- DE SWANN, Abram; DEVISCH, Renaat. 1985. "Polluting and Healing among the Northern Yaka of Zaire". *Social Science and Medicine* 21(6), p. 693-700.
- DOUGLAS, Mary. 1966. *Purity and Danger: An Analysis of the Concepts of Pollution and Taboo*. London: Routledge and Kegan Paul.
- ELIAS, Norbert. 1976. *Über den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und Psychogenetische Untersuchungen. Vol 1: Wandlungen des Verhaltens in den weltlichen Obersichten des Abendlandes. Vol 2: Wandlungen der Gesellschaft. Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation*. Baden-Baden: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- ESTROFF, Sue. 1995. "Brokenhearted Lifetimes: Ethnography, Subjectivity, and Psychosocial Rehabilitation". *International Journal of Mental Health Care* 24(1), p.82-92.

- FOUCAULT, Michel. 1985. *The History of Sexuality Vol. II: The Use of Pleasure*. New York: Pantheon.
- FOUCAULT, Michel. 1986. *The History of Sexuality Vol. III: The Care of the Self*. New York: Pantheon.
- GARFINKEL, Harold. 1967. *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- GASTELAARS, Marja. 1994. "Publiek Private Aangelegenheden. Een Essay over de Wc". *Kennis and Methode* 18(1), p.69-89.
- GUNSTEREN, Herman. 1991. "The Ethical Context of Bureaucracy and Performance Analysis". In: F. Kaufmann (ed) *The Public Sector-Challenge for Coordination and Learning*, p. 309-325. Berlin: De Gruyter.
- GUNSTEREN, Herman. 1992. "Eigentijds Burgerschap". In: Herman Gunsteren *WRR-publicatie vervaardigd onder leiding. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid*. S-Gravenhage: SDU uitgeverij.
- LAW, John. 1994. *Organising Modernity*. Oxford: Blackwell Publishers.
- MASLOW, Abraham. 1970. *Motivation and Personality*. 2nd edn. New York: Harper and Row.
- MOL, Annemarie .1998. "Missing Links, Making Links: The Performance of Some Atheroscleroses". In: Marc Berg and Mol Annemarie (eds) *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques and Bodies*, p.144-165. Durham: Duke University Press.
- MOL, Annemarie .2002. *The Body Multiple: An Ontology of Medical Practice*. Durham: Duke University Press.
- NAUTA, Lolle W. 1992. "Changing Conceptions of Citizenship". *Praxis International* 12(1), p. 21-34.
- POLS, Jeannette. 2006a. "Accounting and Washing: Good Care in Long-term Psychiatry". *Science, Technology and Human Values*, Forthcoming.
- POLS, Jeannette. 2006b. "Washing the citizen: Washing, cleanliness and citizenship in mental health care". *Culture, Medicine & Psychiatry* 30 (1), pp. 77-104.
- POLS, Jeannette; DEPLA, Marja; DE LANGE, Jacomine. 1998. *Gewoon oud en Chronisch. Mogelijkheden en Beperkingen in de zorg voor Ouderen met een Psychiatrische*

- Achtergrond in het Verzorgingshuis*. Utr echt: Trimbos-instituut.
- POLS, Jeannette; DEPLA, Marja; MICHON, Harry; KROON, Hans. 2001. *Rehabilitatie als Praktijk. Een Etnografisch Onderzoek in Twee Psychiatrische Ziekenhuizen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- ROGERS, Carl R. 1961. *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. London: Constable and Co.
- SWAAN, Abram. 1988. *In Care of the State*. Cambridge: Polity Press.
- THOMPSON, Catherine. 1985. "Perceptions of Female Power in a Hindu Village". *Social Science and Medicine* 21(6), p.701-711.
- TONKENS, Evelien. 1999. *Het zelfontplooiingsregime. De actualiteit van Dennendal en de Jaren 60*. Amsterdam: Bert Bakker.
- TWIGG, Julia. 2000. *Bathing: The Body and Community Care*. London: Routledge.
- VIGARELLO, George. 1988. *Concepts of Cleanliness: Changing Attitudes in France since the Middle Ages*. New York: Cambridge University Press/Paris: Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- WATTS, F; BENNETT, Douglas. 1983. *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. Chichester: John Wiley and Sons.
- WINANCE, Myriam. 2001. *The 'se et Prothe 'se. Le Processus d'Habilitation comme Fabrication de la Personne. L'Association Française contre les Myopathies Face au Handi cap*. Ph.D. dissertation, Department of Socio-Economie de l'Innovation, ENSMP, CSI.
- WINANCE, Myriam. 2002. "The Making of the Person through the Process of 'Habilitation.' The French Muscular Dystrophy Association against Disabilities". *Paper presented at the conference of the European Association for the Study of Science and Technology*, York, August 2.
- WITHUIS, Jolande. 1990. *Opoffering en heroiek. De mentale wereld van een Communistische vrouwenorganisatie in naoorlogs Nederland 1946-1976*. Meppel/Amsterdam: Boom.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1996. *Psychosocial Rehabilitation. A Consensus Statement*. Geneva: WHO/MNH/MND 96 (2).