

## A CRÍTICA E A SENSIBILIDADE NO PROCESSO DE CUIDAR NA ENFERMAGEM

The criticism and the sensitivity in the  
process of taking care in nursing

La crítica y la sensibilidad en el  
proceso de cuidar en la enfermería

Enéas Rangel Teixeira

### Resumo

Ensaio teórico-filosófico sobre a subjetividade do cuidado de enfermagem, atividade que requer conhecimento acerca dos fundamentos dos conceitos existentes entre as relações de aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Os objetivos são: discutir as implicações psicoafetivas dos sujeitos envolvidos no cuidado de enfermagem; refletir acerca dos sentidos do que seja o instrumental e aquilo que é a parte expressiva/subjetiva, implicadas na e para a profissão. O método adotado é teórico-reflexivo, baseado em revisão bibliográfica e nas produções de um núcleo de pesquisas. A pretensão é refletir acerca dos significados de um cuidado sensível e daquilo que envolve corpo, subjetividade e as implicações psicoafetivas de quem cuida. Percebe-se que o enfoque no cuidado sensível requer investimento nas relações humanas e, portanto, na subjetividade no cuidado. Conclui-se que é preciso superar os resíduos de modelos mecanicistas e dualistas na saúde que agem nos pensamentos e emoções dos profissionais e nas instituições.

**Palavras-chave:** Empatia (sensibilidade). Cuidado. Enfermagem.

### Abstract

Theoretic-philosophical essay about the subjectivity of nursing care, activity that requires knowledge concerning the foundations of the existing concepts between the biological, psychological and social relations. The objectives are: to discuss the psycho-affective implications of the involved citizens in the care of nursing; to reflect about the senses of what it is the instrument and the expressive/subjective part, in the prospect of the subjectivity meanings, implied in and for the profession. The method used was theoretic-reflexive, based on bibliographical revision and the productions of a nucleus of researches. The intension is to reflect about the meanings of a sensitive care and about what involves the body, subjectivity and the psycho-affective implications of who takes care. It was realized that the approach in the sensitive care requires investment in the human relations and, therefore, in the subjectivity in the care. It was conclude that it is necessary to overcome the residues of mechanical and dualist models in the health, which act on professionals' thoughts and emotions and on the institutions.

**Keywords:** Empathy (sensitivity). Care. Nursing.

### Resumen

Ensayo teórico y filosófico sobre la subjetividad del cuidado de enfermería, actividad que requiere conocimiento acerca de los fundamentos de los conceptos existentes entre las relaciones de aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Mis objetivos son: discutir las implicaciones psicoafectivas de los sujetos envueltos en el cuidado de enfermería; reflexionar acerca de los sentidos de lo que sea el instrumental y aquello que es la parte expresiva/ subjetiva, implicadas en la y para la profesión. El método que utilizo es teórico y reflexivo, basado en revisión bibliográfica y en producciones de un núcleo de pesquisas. En este artículo, mi pretensión es la de reflexionar acerca de los significados de un cuidado sensible y de aquello que envuelve cuerpo, subjetividad y las implicaciones psicoafectivas de quien cuida. Pude percibir que el enfoque en el cuidado sensible requiere inversión en las relaciones humanas y, por consiguiente, en la subjetividad en el cuidado. Concluyo que es preciso superar los restos de modelos mecanicistas y dualistas en la salud que actúan en los pensamientos y emociones de los profesionales y en las instituciones.

**Palabras clave:** Empatia (sensibilidad). Cuidado. Enfermería.

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Neste ensaio teórico-filosófico, sobre o cuidado de enfermagem na perspectiva da subjetividade, adoto como referencial teórico principal Maturana<sup>1</sup>. O autor é um biólogo chileno que, por meio de seus estudos, funda a teoria da biologia do conhecimento ou a biologia amorosa. Maturana não opõe a emoção à razão, de vez que a emoção é intrínseca à expressividade do ser humano e o que o leva à ação. Em vista disso, o autor faz uma crítica à desvalorização da emoção em nossa cultura, que é um aspecto encontrado também em Goleman<sup>2,3,75</sup>, que tece considerações acerca de um certo analfabetismo emocional no processo de formação dos profissionais em geral.

Nessa perspectiva, é preciso refletir, constantemente, sobre as implicações psicoafetivas no processo de cuidar, pois quem cuida compartilha os cuidados e não simplesmente pratica uma ação ativamente. Enfermeiros e clientes interagem durante os cuidados num determinado contexto e isso promove um processo contínuo de criação e reprodução de sentidos, o qual denomino como uma forma de “produção de subjetividades”.

No sentido de utilizarmos outros saberes em nossa prática cotidiana de cuidar de sujeitos, é preciso buscar novas teorizações a fim de ampliar nosso campo do saber. Talvez isso seja necessário para que possamos tornar mais compreensíveis os nossos atos profissionais junto à clientela, o que permitirá, talvez, aos enfermeiros, tonificar e produzir um reencantamento na arte de cuidar. Isso porque penso nos fundamentamos em outros territórios do saber para realizar uma prática mais conseqüente e aí poder transformar a realidade de nossa prática, tal como se encontra no momento.

Portanto, tenho como objetivos: discutir as implicações psicoafetivas dos sujeitos envolvidos no cuidado de enfermagem; refletir acerca dos significados do que seja o objetivo/instrumental dos enfermeiros e aquilo que é a parte expressiva/subjetiva, na perspectiva dos sentidos de subjetividade, implicadas na e para a profissão. Assim, para elaborar/construir o estudo, utilizo um método teórico-reflexivo, baseado em revisão bibliográfica e nas produções do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Subjetividades e Cuidados com o Corpo na Saúde da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

## O CUIDADO, A SENSIBILIDADE E A CRÍTICA

As atividades técnicas são norteadas por teorias ou por determinadas filosofias que regem as ações numa

lógica formal e profissional. Mas há de convir que existem motivações conscientes ou inconscientes que influenciam a adoção de determinadas condutas que envolvem a relação humana na instituição-saúde. Isso se aplica no que Barbier<sup>3</sup> chama de implicação psicoafetiva, que existe em todo contexto, no qual ocorre a relação de humano para humano. Em decorrência disso, a sensibilidade não pode estar dissociada da cognição e das ações técnicas e científicas. O grande desafio que encontramos na atualidade envolve o processo de conhecer no sentido que contemple o pensar, o fazer, o agir e o sentir.

Nessa linha de pensamento, entendo que a Enfermagem é técnica, científica e estética, inserida num contexto social, atravessada por subjetividades. E, como ressalta Cacavo<sup>4</sup>, *ela é - efêmera, graciosa e perene*. O estético, na percepção do autor, está em sua graciosidade, no que encanta. Já o efêmero se refere às ações automáticas, instrumentais. E o perene é o que permanece no sujeito, o que contribui para mudança de sua vida e que leva para si as ações “edificantes” de um cuidado feito com paixão, ou seja, aquilo que de fato mobiliza o sujeito e leva à sua transformação. A arte de cuidar – enfermagem nasce com esse compromisso, com o estético, com o ético e com a técnica.

Nesse leque perceptivo, a produção do conhecimento está relacionada com afetividade e com o desejo de criar algo novo dentro da rede da produção técnica e científica. Assim, existe uma proximidade entre *Logos e Eros* e não um distanciamento como fez a visão cartesiana, separando a subjetividade da produção do conhecimento. Em outras palavras, é necessário que a eficácia se desenvolva junto com afetividade<sup>5</sup>.

Nesse sentido, Shott<sup>6</sup> ressalta que, no final do século XX, a subjetividade entra como uma categoria epistêmica tão relevante quanto a objetividade e a racionalidade que serviram à produção do conhecimento na modernidade. Entendo que a sensibilidade contribui para maior compreensão da realidade, que é multifacetada e transdisciplinar, como coloca Nicolescu<sup>5</sup>.

Destarte, a sensibilidade é entendida como transformadora no sentido das pessoas perceberem a si mesmas e sua relação com o meio que a circunscreve. Portanto, o estudo da subjetividade visa uma transformação contínua de conceitos, atitudes e percepções da vida.

Nesse sentido, o redimensionamento de saberes na enfermagem, na perspectiva de um paradigma estético e ético<sup>7</sup>, instiga, a nós enfermeiros, buscarmos novos modelos de ação em saúde, de modo transdisciplinar.

Falo de redimensionamento no cuidado, pois a preocupação com a sensibilidade é algo que surge com a

própria fundação da Enfermagem com Florence Nightingale<sup>8</sup>, a qual visibiliza essa dimensão quando coloca a Enfermagem como arte, que envolve não somente a técnica, mas a sensibilidade na aplicação dessa.

Apesar de existirem movimentos de rupturas na enfermagem desde sua criação, é bom ressaltar que, historicamente, a prática de enfermagem foi norteada pela racionalidade científica moderna, que é dessubjetivada, cartesiana e se operacionalizou pelo modelo biomédico. Isso é evidente na organização da maioria das instituições de saúde, o que também é demonstrado por atitudes e pensamentos de muitos profissionais. Todavia, atualmente, o movimento de transformação para novos modelos e práticas tenha se tornado mais expressivo<sup>9</sup>.

O cuidado em sua essência é técnico-científico, estético, ético e apresenta transversalidades com outros saberes e práticas. O cuidado de enfermagem envolve a relação, o desejo, a comunicação, a saúde, a doença e a morte<sup>10</sup>.

Enfim, para entrarmos em contato com a sensibilidade e a crítica, é importante aprender como se dá o processo do conhecimento, como ressaltam Maturana e Varela<sup>11</sup>, tendo em vista que nossos pensamentos, percepções e sentimentos estão condicionados aos antigos modelos de atenção em saúde, que precisam ser transformados. Para desprender-se dos antigos modelos dualista, racionalista e unidirecional, é necessário realizar reflexões permanentes sobre o processo de ensinar/cuidar, de uma maneira a lidar com a subjetividade.

Nesse contexto, Plastino<sup>12</sup> faz uma crítica à forma de conhecer do paradigma moderno quando diz que, nessa perspectiva, *conhecer significa reduzir o complexo à simplicidade de suas determinações, dividindo e classificando para poder estabelecer relações sistemáticas entre o que foi separado*<sup>12:47</sup>. Realmente, essa maneira de perceber o cotidiano instiga-nos a voltar para nós mesmos, como sujeitos, percebendo nossos corpos, nossa maneira de pensar e sentir, de modo a refletirmos sobre esse processo de apreensão do conhecimento.

Ora, posso exemplificar isso pela seguinte situação: um professor critica o modelo biomédico, mas suas percepções e ações estão estritamente vinculadas a esse modelo. Isso quer dizer que ele aprendeu a conhecer a saúde e suas intervenções dessa maneira, e muitas das vezes age de modo inconsciente, automatizado pelas características do atual paradigma, e não percebe o alcance do seu posicionamento, apesar de vislumbrar-se com as inovações. Entretanto, muitas vezes, essa contradição entre o pensar e o agir gera conflitos emocionais que podem levar ao movimento e à conseqüente transformação do sujeito e das relações existentes.

A representação do enfermeiro de cabeceira, como um dos emblemas da enfermagem, ainda é muito expressiva em nosso meio, na qual é representada pela figura da enfermeira, ao lado do leito, atendendo ao cliente à mercê das ações profissionais, com atitude passiva. Essa representação do enfermeiro de cabeceira ainda se configura como um modelo clínico na formação do enfermeiro<sup>13</sup>. Vale ressaltar que a palavra clínica vem do grego *kliné*, que significa o que se refere ao leito ou se procede ao lado do leito.

Apesar desse imaginário ainda permanecer como um resíduo de um modelo biomédico, ele nos faz pensar que a clínica pode ser interpretada sob dois aspectos: um, no sentido de legitimar o modelo de atenção médica e o outro, de ser um espaço de avaliação, de ações terapêuticas da enfermagem e de transformação voltada para a qualidade de vida do cliente como cidadão em seu contexto social. Este segundo aspecto precisa ser mais bem trabalhado na assistência e no ensino de enfermagem, de modo a valorizar a relação do enfermeiro com o cliente e grupo.

A crítica que se faz a esse modelo clínico é quando ele baseia-se exclusivamente no modelo médico alopático, subsidiado na noção de saúde como ausência de doença e no tecnicismo desvinculado das implicações psicoafetivas e da subjetividade no cuidado. É importante deslocar-se dessa posição de dependência da doença para a qualidade de vida, que advém da relação dos sujeitos humanos e da distribuição dos bens materiais na sociedade.

Vale ressaltar que a natureza do saber e prática do cuidado gera deslocamento do modelo biomédico quando enfoca a importância do meio ambiente, da relação, da sensibilidade e da promoção da saúde. E pressupostos preconizados por Nightingale<sup>8</sup> já no século XIX, estão sendo resgatados atualmente numa nova perspectiva, que contribui para gerar rupturas com os modelos do patriarcado e nortear as instituições de saúde.

Diante disso, Capra<sup>14:150</sup> ressalta a importância da ação terapêutica das enfermeiras que possuem um conhecimento mais amplo do cliente em detrimento da medicina dos órgãos. Todavia, devido à hegemonia do saber biomédico e dos padrões patriarcais, o trabalho de uma enfermagem comprometida com a inovação do processo de cuidar ético, estético e técnico, ainda não seja suficientemente valorizado.

Entretanto, o processo de transformação social e cultural faz mudar a percepção dos sujeitos do mundo, de modo que o cuidado toma uma tônica de potencialidade na vida contemporânea. Nessa perspectiva, Boff<sup>15</sup> trata o cuidado como potência de transformação: *Que o cuidado aflore em todos os âmbitos, que penetre na atmosfera humana e que prevaleça em todas as relações!*

*O cuidado salvará a vida, fará justiça ao empobrecido e resgatará a Terra como pátria e matéria de todos.*

Apesar de existir um movimento sociocultural, que traz em si diferentes percepções de entendimento do sujeito humano em suas dimensões social, ecológica e cósmica, muitas idéias e comportamentos estereotipados ainda se fazem presentes na formação e assistência de enfermagem, mais acentuadamente no campo clínico. Desse modo, é pertinente o processo de reflexão contínua do saber e fazer, de modo a permitir o deslocamento de modelos condicionantes, que no caso é o biomédico e tecnicista, que impregnam intensamente as ações na saúde.

Evidentemente, os saberes e práticas são permeados e impulsionados pelo sistema produtivo capitalista, que exclui a vida pelo que ela é de fato. É oportuno entender que a área de conhecimento e da prática médico-cirúrgica reúne as tecnologias de ponta, os investimentos dos grupos médicos privados, o grande interesse do mercantilismo da saúde. Tal aspecto denota que as práticas médicas e de cuidados dessa área são norteadas por subjetividades capitalistas, com ênfase na produção, que visam o lucro e o controle dos sujeitos.

Isso é evidenciado por Illich<sup>16</sup> e Landmann<sup>17</sup> quando afirmam do investimento de grupos médicos em determinadas áreas como hemodiálise, cirurgias cardíacas e etc., e que muitas vezes, o modismo sobre determinados procedimentos, como no caso das "pontes de safena" (revascularização do miocárdio) como valor terapêutico eficaz, carece de maiores estudos científicos.

Determinados profissionais vinculados ao modelo biomédico curativista tendem a justificar suas ações pela crença na ciência e nos procedimentos técnicos e científicos desvinculados dos aspectos subjetivos que envolvem as micro e macropolíticas no nível do tratamento em saúde.

Mas esse campo do tratamento e reabilitação ainda é caracterizado pelo tecnicismo, pela tensão do poder médico, pela medicina dos órgãos; indicando, portanto, que os outros níveis de saúde não foram eficientes, de modo que não foi evitada a hospitalização do usuário. O espaço hospitalar que lida e mantém de modo estrito a vida do sujeito é, também, o lugar do sofrimento corporal e da morte. Nesse sentido, Pitta<sup>18</sup>, através de um estudo de caso com trabalhadores do hospital, realiza uma associação entre o sofrimento psíquico e o processo de trabalho no hospital.

Existe um desafio no avanço da arte de cuidar nessa pós-modernidade, que engloba um saber crítico e sensível que instrumentaliza a prática através das tecnologias, as

quais não são restritas a objetos e máquinas, mas englobam o valor da vida, a sociedade e a ecologia.

Ser sensível possibilita ampliar o leque perceptivo e não se restringir a formas convencionais de usar os sentidos, como fez a modernidade, priorizando a visão que influenciou acentuadamente o campo da saúde. Além do mais, as percepções auditivas, proprioceptivas e a intuição precisam ser reconsideradas na arte de cuidar. Em razão disso, o sensível precisa ser trabalhado nos saberes e práticas de modo a redimensionar o cuidado.

Posso exemplificar esse enfoque na visão, quando se pensa nos exames complementares no campo clínico, os quais foram utilizados para ampliar essa dimensão do olhar, ou seja, da extensão da luz. Assim, o microscópio amplia percepção visual, permite ver além e ir ao esteio do diagnóstico clínico, a base histopatológica, determinante das ações clínicas<sup>19</sup>. Mas o olhar, apesar de atrair, ele pode manter a distância do contato humano. Os outros sentidos, como o ouvir e o tato, foram pouco desenvolvidos no campo da saúde por influência de um modelo de saúde centrado na doença e numa visão mecânica do corpo.

Nesse sentido, atualmente existe uma preocupação teórica e prática em considerar a subjetividade – sensibilidade junto com a objetividade, a qual repercute no modelo de atenção em saúde. Desse modo, Barroso<sup>20</sup> ressalta que é preciso que a enfermagem do futuro alie o sentimento e a reflexão à tecnologia: *Urge construir a enfermagem da pós-modernidade. Essa enfermagem que será a mediadora entre a máquina e o coração; entre a ética como conjunto de normas e a ética como enfoque existencial. Urge construir a transdisciplinaridade*<sup>20:20</sup>.

Considero que a dimensão sensível e crítica procura trazer à tona os outros sentidos no cuidado. Isso fica evidenciado nas novas perspectivas de cuidar/ensinar que trazem a importância do toque, do contato humano, da conversação e a inserção dos outros sentidos, bem como *o efeito das bonitas peças artísticas, da variedade de objetos e, especialmente, do esplendor das cores, sobre a doença*<sup>8:67</sup>.

Entendo que dois aspectos organizam o saber/fazer do cuidado – um, que envolve a dimensão objetiva das ações instrumentais, e o outro, a subjetiva, referente à vivência, ao relacionamento e às expressões afetivas no cuidado, que na prática interpenetram-se.

Nessa perspectiva, Maturana<sup>21</sup> contribui para um novo entendimento para o campo clínico, quando fala de uma objetividade entre parênteses e uma sem parênteses. *De*

fato, ao colocar a objetividade entre parênteses, nos damos conta de que o real está especificado por uma operação de distinção e que existem tantos domínios de realidade como tipos de operação de distinção. Como resultado, os fatos objetivos desaparecem e nos encontramos livres da necessidade de pretender que temos um acesso privilegiado a uma realidade objetiva que podemos usar para validar nossas afirmações<sup>21:153</sup>.

Segundo uma observação da objetividade sem parênteses, percebem-se os sinais captados pelos sentidos, segundo as quatro técnicas semiológicas: inspeção, palpação, percussão e ausculta, mas não que não fazem uma relação efetiva com o aspecto subjetivo do cliente (sentimentos, história de vida, representações, valores) de modo a perceber o corpo dessubjetivado, desvinculado da vivência e do contexto social. Nesse sentido, a linguagem do sujeito só tem valor como subsídio para elucidar o diagnóstico pautado no modelo da doença, ou seja, nessa perspectiva a subjetividade é desconsiderada.<sup>22</sup> Essa visão ainda norteia os saberes e práticas de muitas instituições de saúde no Brasil.

Todavia, a objetividade entre parênteses permite perceber os aspectos, que existem entrelinhas desses sinais e sintomas corporais, associados com a vivência do sujeito em seu contexto social. Assim sendo, o sintoma corporal pode expressar um estado de tensão emocional, devido à hospitalização e receio do cliente perder o emprego e seus entes queridos. Isso fica evidenciado durante o exame físico e precisa ser incluído como elemento de avaliação no cuidado. É preciso mudar o modelo de atenção, contemplando a subjetividade e a objetividade, bem como os aspectos transdisciplinares que envolvem a instituição saúde e a sociedade. É no corpo psicossomático que observamos o resultante das tensões sociais que o indivíduo transforma em saúde ou doença.

A racionalidade científica moderna, dessubjetivada, dualista divide a percepção do cliente em duas abordagens - objetiva e subjetiva, de modo que essa distinção tem um efeito na metodologia do cuidado, norteando as ações do enfermeiro. É perfeitamente compreensível a necessidade de organizar e planejar as intervenções nesse sentido, dentro de determinadas condições. Todavia, o contexto histórico-social tem evidenciado que as dimensões subjetiva, psicológica e espiritual foram pouco valorizadas na prática.

Watson<sup>23</sup> categoriza as atividades de enfermagem em dois aspectos: instrumental e expressivo. O cuidado instrumental engloba as intervenções objetivas e prescritivas sobre o corpo, tais como medicação, curativos, higiene, entre outros aspectos técnicos. Enquanto que o cuidado expressivo refere-se ao aspecto psicossocial, relacionamento, sensibilidade, apoio emocional.

Considero que, quando se valoriza a dimensão expressiva como veículo da subjetividade de igual importância ao componente instrumental, cria-se um dispositivo para trabalhar com a sensibilidade e conseqüentes vivências dos sujeitos envolvidos no cuidado de enfermagem. Isso também facilita a promoção da saúde pois, em muitas situações, a percepção e intervenção apropriada no sofrimento psíquico, na vida subjetiva do sujeito, família e grupo podem impedir que um agravo maior à saúde se instale. Mas, na realidade, o expressivo e o instrumental se interpenetram e se associam com o terceiro elemento da transdisciplinaridade do cotidiano<sup>5</sup>.

Dessa forma, entendo que na perspectiva da objetividade entre parênteses pode-se pensar tanto a dimensão subjetiva quanto a objetiva. Isso quer dizer que toda base objetiva dos sinais e sintomas remete a uma subjetividade que permeia o indivíduo, o profissional e a instituição de saúde. Pode-se ilustrar isso quando determinados procedimentos são usados de modo aparentemente legalista para controlar e mesmo punir o cliente<sup>24</sup>. Isso fica evidenciado na história da psiquiatria, nos procedimentos e planejamento das ações verticalizadas, de cunho autoritário na saúde.

Entendo que a subjetividade não se limita a uma psicologia do íntimo, mas inclui as formas e manejos dos cuidados instrumentais, as relações humanas, as condições do ambiente e as instituições. Enfim, todo um cenário que circunscreve as condições do cuidado. É oportuno lembrar que, na perspectiva da subjetividade, o objetivo e o subjetivo fazem parte de uma mesma totalidade<sup>25</sup>.

Desejo deixar claro que não almejo um caos de conceitos e ações na enfermagem, pelo contrário, o conceito de transdisciplinaridade respeita as disciplinas, mas aponta que existe o entre, o através e a possibilidade de romper muros. *A visão transdisciplinar propõe-nos a consideração de uma realidade multidimensional, estruturada em múltiplos níveis, substituindo a realidade unidimensional, como um único nível do pensamento clássico*<sup>5:55</sup>. Fechar os olhos para essa mudança no campo social e cultural impediria, a meu ver, o nosso crescimento como disciplina que lida com a vida, nessa teia complexa.<sup>26</sup>

Nesse sentido, Henderson<sup>27</sup> endossa que não existe fórmula para explicar o comportamento humano e que deveria existir a sensibilidade em entender o sujeito dentro do seu contexto cultural e social. Para que o enfermeiro possa perceber o outro de modo mais próximo, é necessário perceber a comunicação verbal e não-verbal, bem como ajudar a pessoa a expressar seus sentimentos<sup>27:22</sup>.

O instrumental pode expressar subjetividades, pois muitos clientes usam esse discurso instrumental como alibi para serem atendidos pelos profissionais de saúde e, conseqüentemente, para poderem expressar o mal-estar psicológico gerado pela tensão do cotidiano. Isso é exemplificado quando o sujeito fala do nervoso para expressar problemas psíquicos, oriundos das contradições sociais.<sup>28</sup> Percebo que as questões subjetivas dos clientes podem favorecer ou impedir as ações instrumentais.

Tenho percebido que determinadas pessoas apresentam grandes dificuldades em realizar avaliação e intervenção de enfermagem que se referem à esfera emocional, perceptivas, cognitivas, ecológicas e relacionais. Portanto, isso acontece visto que a manutenção do modelo biomédico é legitimada pelos agentes do cuidado e pela própria instituição, que apesar de existirem grupos interessados em criar rupturas, o ambiente e os sujeitos humanos envolvidos com o instituído mantêm essa situação.

O enfoque no cuidado sensível vem demonstrar a importância de estudos da subjetividade no cuidado, de modo a gerar espaços para lidar com os sentidos e a sensibilidade no cuidado com o corpo. Dessa maneira, é preciso entender a arte de cuidar como uma *ciência sensível* que conjuga *ação, técnica e emoção*, como afirmam Figueiredo e Carvalho<sup>29</sup>. Com efeito, esses conceitos e ações merecem reflexões e maiores estudos na vida contemporânea.

Este enfoque resgata os saberes das ciências humanas, que não são suficientemente ainda operacionalizados na prática do cuidado institucionalizado. Junto a esses aspectos, trago para este trabalho a necessidade de olharmos o corpo humano numa outra perspectiva, além do modelo mecanicista, *calcado* no cadáver. É preciso ver o corpo vivo, que deseja e que pulsa. Na minha concepção, o biológico não é excluído, mas compreendido numa perspectiva psicossomática e relacional.

Em síntese, a concepção biológica que adoto como referencial descola-se da visão cartesiana do modelo biomédico newtoniano/cartesiano<sup>14</sup> para uma perspectiva de processo, no qual o sujeito é ao mesmo tempo biológico, psicológico e social. O cuidado instrumental, por mais objetivo que seja, interfere com o emocional do sujeito, com as suas percepções e sentimentos.

Para falar do sensível, do humano, é necessário entrar em contato com esse corpo, com seus afetos e reações biológicas. Mas acredito que seja importante também nos conhecermos e aprendermos a lidar com nossos sentimentos e expressões corporais. O corpo é o esteio do cuidado, a "tela do artista", o lugar dos fenômenos do

cuidado. Existem, portanto, interações de corpos, o corpo do cliente e o corpo da enfermeira<sup>29</sup>.

O corpo não é mais mecânico como na medicina dos órgãos, é um corpo que sofre metamorfose, que deseja, que interage de modo dinâmico com o social. Conseqüentemente, a técnica não é apenas técnica quando entra num processo interativo com o outro. Nesse sentido, o cuidado com o corpo (real, simbólico e imaginário que se interceptam - por um processo caosmótico) descola-se do esteio realista positivista, da nosografia biomédica e da lógica do necessário para o campo do gosto, do sensível e do ético. Enfim, é o panorama estético, por meio de sua linguagem artística e verbal, num processo grupal.

O filósofo da imanência, Espinosa<sup>30</sup>, trata o corpo como uma grande potencialidade vital de transformação. É pela via corporal que se afeta e é afetado, que se transforma e produz movimento. Mas é preciso levar as paixões ao processo ativo das afecções, como já dizia Spinoza<sup>30</sup> no século XVII. *Um corpo é poder, é potência, um corpo é a síntese bioética dos afetos, às vezes bioética, é a etologia das passagens e transições de forças, é a mudança nas durações*<sup>31:36</sup>.

O sensível tem no corpo a potência política e ética de transformação. Sendo assim, é importante cuidar para que o "organismo" humano tenha potência de agir, não meramente no sentido de uma fisiologia mecânica, mas no subjetivo e político. Isso se torna possível quando quem cuida também passa por esse processo de transformação de vida e de constante reflexão de seus conceitos e habilidades.

É vital cuidar, para levar à expansão do agir, lidando com os afetos que emanam desse corpo desejante e não no corpo da medicina dos órgãos que tem como protótipo, o corpo oriundo da morte - a inércia. Para o sujeito ter qualidade de vida, ele precisa deixar o fluxo de vida agir. Isto se aproxima, numa certa perspectiva, do princípio nightingaleano de se colocar a pessoa *nas melhores condições possíveis, a fim de que a natureza possa agir sobre ele*<sup>8:146</sup>. Se criamos sistemas educativos e de cuidados que não bloqueiam os aspectos naturais do fluxo da vida biofísica, estaremos contribuindo para construção de uma sociedade mais humana, honesta e sensível.

Compete ao enfermeiro favorecer essas ações transformadoras no sujeito, para mudar seu estilo de vida e sua percepção em prol da qualidade de vida, que emana do desejo. Ora, esse processo de mudança procede-se pela interação que ocorre pela conversação e pela dialogicidade com o sujeito. Nesta situação, é adequado identificar qual o desejo e anseio do cliente/grupo a fim de favorecer um processo de mudança por meio de ações

participativas diretas e indiretas sobre o corpo. O corpo é a potência de vida, de expansão de criação e mutante por sinal. Nós enfermeiros precisamos trabalhar com essa potencialidade de vida e nos subtraímos de sermos meros controladores dos corpos, das potências afetivas e da captura do desejo.

O corpo é pensado como energético e emocional. A saúde, tanto física quanto mental, deriva de um processo interativo desse corpo, que é uma expressão da mente, que por sua vez é corporal, pois é por meio das transformações e mutações corporais que o psiquismo se organiza. Se a percepção do corpo se modifica, também se modifica a maneira de lidar com esse corpo, bem como a organização da instituição para trabalhar com essa nova perspectiva.

Nesse contexto, Reich<sup>32</sup> trata da energia orgânica, que flui no corpo no sentido da cabeça aos pés e, quando esse fluxo é bloqueado, gera doenças pelo processo de encorajamento muscular, tissular e visceral.

Essas reflexões vêm nos mostrar outra concepção desse corpo, que faz pensar nossas ações técnicas e científicas, bem como as relações que temos com nosso corpo e os afetos que emanam desse corpo energético. Nesse sentido, as doenças orgânicas têm uma base emocional, pois a emoção não é um fator, mas a dimensão que mobiliza a ação do organismo vivo, que, no humano, envolve a complexidade da linguagem em suas dimensões conscientes e inconscientes.

Precisamos entender que o corpo de que cuidamos é biológico e pulsional, vinculado ao cultural pela linguagem verbal e não-verbal, um corpo estável com maleabilidade adaptativa diante das variações do meio. Nesse sentido, a produção da saúde ou da doença ocorre no meio social, sendo, portanto relacional. É o que ressalta Maturana<sup>21:153-5</sup> nos seguintes dizeres. *De acordo com tudo isto, a saúde e a doença não são entidades absolutas ou qualidades constitutivas dos indivíduos, senão formas de coexistência socialmente definidas como desejáveis ou indesejáveis, e que como tais não são independentes das condições sociais que as trazem à tona.*

A base do bem-estar está relacionada com a vida emocional e muitas enfermidades são produzidas por transtornos afetivos, pois existem relações entre os sistemas endócrino, imunológico e o sistema límbico, o qual controla as emoções. Emoção, corpo e mente são componentes de um mesmo processo da vida humana e que estão envolvidos no cuidado com o corpo. Enfim, quando se cuida da pessoa e não de sua doença se faz Enfermagem.<sup>8</sup>

Não é a pessoa que tem direito sobre o corpo, o corpo é intrínseco à pessoa. Conforme ênfase, o substrato da

vida é o corpo, que atualmente tem como respaldo uma biologia, reflexiva, que integra o individual com o social, o emocional com o racional e que o fundamento da convivência social está na relação amorosa.

O sujeito tem desejo de vida, de expansão, de pulsar energético, de uma interação constante com o outro e com a ecologia. O desejo é, portanto, uma imanência que vem do corpo, uma positividade de transformação<sup>10</sup>. Entendo que o desejo de vida pode ser bloqueado por forças instituídas e internalizadas, que geram padrões de comportamentos estereotipados, em série, produzindo as psicose e as doenças psicossomáticas, entre outros agravos à saúde.

Nesse sentido, o olho não é simplesmente um olho – existe uma ligação do olho com o corpo todo, numa verdadeira integração psicossomática. Nossa postura corporal, gestos, palavras, técnicas têm um efeito nesse corpo regido pelo sujeito do desejo. Baseado nesses princípios, torna-se necessário repensar nossas ações e conceitos a fim de que as intervenções contribuam de fato para melhoria da qualidade de vida e libertação do sujeito.

O encantamento está no lidar com o valor da vida desejante em conjunto com os saberes e habilidades técnicas. Entendo que não faz muito sentido valorizar um saber bancário e um enfoque mecanicista do cuidado, desvinculado da subjetividade.

Muitas vezes, os conceitos teóricos distanciam-nos do que se chama, de fato, de humano. Como diz Deleuze e Guattari<sup>33</sup>, precisamos nos libertar dos conceitos que impedem novas reinvenções e termos liberdade para criar novos conceitos.

Carvalho<sup>34:671-2</sup> define a Enfermagem como uma prática ou arte viva que envolve a dimensão social, o processo de cuidar e a subjetividade, a qual engloba a sensibilidade, as emoções e a espiritualidade. Nesse sentido, afirmo que se faz necessário que o enfermeiro desenvolva sua competência técnica e científica, coadjuvante da criticidade e da sensibilidade, no processo de construção do conhecimento do cuidado em enfermagem<sup>35</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sensível está contido no componente arte do cuidado, que está no corpo de quem cuida e de quem é cuidado. Portanto, além dos aspectos técnicos, científicos e éticos, existe a implicação psicoafetiva de quem cuida e de quem é cuidado.

A perspectiva da subjetividade que defendo não é uma subjetividade intrínseca somente ao indivíduo, mas que

está no mundo, na sociedade, na mídia, nas práticas de saúde e no próprio cotidiano. Desse modo, não se trata de uma subjetividade intrínseca ao interior do sujeito e desvinculada do campo social.

Enfim, enfatizo que o cuidado sensível é relevante para o ensino e para a assistência. Para que esse cuidado ocorra de fato, é desejável um processo de transformação em nossas mentalidades e ações. Como pessoas, nossa mundividência/mundivisão/cosmovisão amplia à proporção que conhecemos o mundo, as outras pessoas e as coisas, e adquirimos experiências nesse processo de cuidar de sujeitos e grupos. Essa abordagem mobiliza os sentidos, o reencantamento pela vida e crença das potencialidades do sujeito humano, tão necessário nos dias atuais, atravessado pela lógica de mercado e pela alienação produzida pelo processo de globalização e pela banalização da vida.

## Referências

1. Maturana HR. Cognição, ciência e vida cotidiana. Belo Horizonte(MG): Ed. UFMG; 2001.
2. Goleman D. Inteligência emocional. 15ªed. Rio de Janeiro (RJ): Objetiva; 1995.
3. Barbier R. Pesquisa-ação na instituição educativa Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar; 1996.
4. Cacavo PV. A arte da enfermagem efêmera, perene e graciosa [tese de doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 2000.
5. Nicolescu B. O manifesto transdisciplinar. 2ªed. São Paulo: Triom; 2001.
6. Shott R. Eros e os processos cognitivos: uma crítica da objetividade em filosofia. Rio de Janeiro (RJ): Rosa dos Tempos; 1996.
7. Guatarri F. Caosmose: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro (RJ): Ed. 34; 1993.
8. Nightingale F. Notas sobre enfermagem. São Paulo(SP): Cortez; 1989.
9. George JB, organizadora. Teorias de enfermagem. Os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre(RS): Artes Médicas; 1993.
10. Teixeira ER, Figueiredo NMA. O desejo e a necessidade no cuidado com o corpo: uma perspectiva estética na prática de enfermagem. Niterói(RJ): EdUFF; 2001.
11. Maturana HR, Varela, FJ. A árvore do conhecimento as bases biológicas da compreensão humana. São Paulo(SP): Palas Athena; 2001.
12. Plastino CA. Sentido e complexidade. In: Bezerra JB, Plastino CA, organizadores. Corpo afeto linguagem - a questão do sentido hoje. Rio de Janeiro(RJ): Rios Ambiciosos; 2001.
13. Teixeira ER. Encantos e desencantos na arte de cuidar/ ensinar. [tese de professor titular]. Niterói (RJ): Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF; 2002.
14. Capra F. O ponto de mutação. A ciência a sociedade e a cultura emergente. São Paulo(SP): Cultrix; 1982.
15. Boff L. Saber cuidar. Ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis( RJ): Vozes; 1999.
16. Ilich I. A expropriação da saúde – Nêmesis da Medicina. 2ª ed. Rio de Janeiro(RJ): Nova Fronteira; 1975.
17. Landmann J. Medicina não é saúde. As verdadeiras causas da doença e da morte. 2ª ed. Rio de Janeiro(RJ) Nova Fronteira; 1983. 327p.
18. Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. 3ªed. São Paulo(SP): HUCITEC; 1994.
19. Foucault M. O nascimento da clínica. 4ªed. Rio de Janeiro(RJ): Forense; 1994.
20. Barroso MGT. Enfermagem e ética projeção para o ano 2000. Texto & Contexto Enferm 1995 jul /dez; 4(2): 18-22
21. Maturana HR. Da biologia à psicologia. 3ªed. Porto Alegre(RS): Artes Médicas; 1998.
22. Teixeira ER. A subjetividade na enfermagem: o discurso do sujeito no cuidado. Rev Bras Enferm 2000 abr /jun; 53(2): 233-39.
23. Watson JA. An alternative health care model for nursing and research. Kansas City(USA), American: Clinical and Scientific Sessions; 1979.
24. Foucault M. Vigiar e punir. História das violências nas prisões. Petrópolis(RJ): Vozes; 1989.
25. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 3ªed. São Paulo(SP):HUCITEC; 1992. p.73.

26. Morin E. O método 5: humanidade da humanidade. Porto Alegre(RS): Sulina; 2002.
27. Henderson V. Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem. 2ªed. Brasília: ABEn; 1989.
28. Duarte L.F. Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas. 2ª ed Rio de Janeiro(RJ): Zahar; 1986.
29. Figueiredo NMA, Carvalho V. O corpo da enfermeira como instrumento do cuidado. Rio de Janeiro(RJ): Revinter; 1999.
30. Espinosa B. Pensamentos metafísicos, Tratado de correção do intelecto, Ética, Tratado político, Correspondência. 2ª ed. São Paulo(SP): Abril Cultural; 1979.
31. Itagiba IC. A ética de Spinoza. In: Rios AR, organizador. Bioética no Brasil. Rio de Janeiro(RJ): Espaço e Tempo; 1999.
32. Reich W. A revolução sexual. 8ª ed. Rio de Janeiro(RJ): Guanabara; 1988.
33. Deleuze G, Guattari F. O que é filosofia. Rio de Janeiro(RJ): Ed. 34; 1992. 288p.
34. Carvalho V. Enfermagem Fundamental: predicativos e implicações. Rev Latino-Am Enfermagem 2003 set /out; 11(5): 664-71.
35. Carvalho V, Figueiredo NMA, Leite JL, Moreira MC. Questões epistemológicas da construção do conhecimento na enfermagem – do ensino à prática de cuidar. Esc Anna Nery Rev Enferm 2003 ago; 7 (2): 156-166.

## **Sobre o Autor**

---

### **Enéas Rangel Teixeira**

Enfermeiro, psicólogo, doutor em enfermagem. Professor titular do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica da EEAAC- UFF. E-mail : eneaspsi@hotmail.com.

Recebido em 03/10/2003  
Reapresentado em 30/08/2004  
Aprovado em 10/11/2004