

Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais

Thinking about care in the dialectic relationship among social subjects

Pensando el cuidado en la relación dialectica entre sujetos sociales

Edméia de Almeida Cardoso Coelho

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EEUSP. Professora Adjunto I do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba.

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EEUSP. Professora Titular do Departamento de Enfermagem de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Artigo extraído da Tese de Doutorado: Coelho EAC. Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.

RESUMO

Ensaio que busca oferecer subsídios teóricos para a compreensão do cuidado em saúde, valorizando-se a interação entre as dimensões constitutivas de sujeitos coletivos. Faz-se o resgate da construção histórica do cuidado, discutindo sua medicalização e influência desta na formação e nas práticas profissionais. Enfatiza-se a contribuição de estudos da atualidade na redefinição do cuidar com ênfase na indissociabilidade entre as dimensões expressiva e instrumental. Finaliza-se apontando a necessidade de construção de um projeto político para o cuidado em saúde, em que o aumento da oferta de serviços e da resolubilidade das ações técnicas seja acompanhado da escuta sensível de necessidades, valorizando singularidades e a formação de sujeitos crítico-reflexivos capazes de mobilização para buscar a transformação da realidade em que vivem.

Descritores: Cuidados de enfermagem; Enfermagem; Saúde pública.

ABSTRACT

The objective of this essay is to offer theoretical data to the understanding of care, oriented by an ethic in which interaction among the constitutive dimensions of the social subjects is put into effect. A review of the historical construction of care and its medication appraising and its influence in the training and in professional practices is done. It emphasizes current meaning of care and the need for building a healthcare political project that should not only respond to the available services increasing and to technical actions solution but also, sensitively listen to the needs by taking into account singularities and the formation of critical-reflexive subjects able to promote changes and modify the reality in which they live in.

Descriptors: Nursing care; Nursing; Public health.

RESUMEN

Este ensayo busca ofrecer subsídios teóricos para la comprensión de los cuidados, orientados por una ética en la cual se realice la interacción entre las dimensiones constitutivas de sujetos colectivos. Se hace un rescate de la construcción histórica de los cuidados y de su medicalización valorando las influencias de ésta en la formación y en las prácticas profesionales. También se enfatiza los sentidos del cuidar en la actualidad y la necesidad de la construcción de un proyecto político para los cuidados en lo que se refiere a la salud que resulte no solamente en un aumento de la oferta de servicios y de la solución de acciones técnicas, pero también en la escucha sensible de las necesidades, valorando peculiaridades y la formación de sujetos crítico-reflexivos que sean capaces de movilización en la búsqueda de la transformación de la realidad en que viven.

Descriptorios: Atención de enfermería; Enfermería; Salud pública.

Coelho EAC, Fonseca RMGS. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. Rev Bras Enferm 2005 mar-abr; 58(2):214-7.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O modelo biomédico, que sustenta as formações profissionais em saúde, orientado pela racionalidade clínica e seus padrões de normalidade, tem reduzido seres humanos a corpos biológicos, descontextualizados socioculturalmente. Sob este paradigma, a atenção é dirigida a sujeitos individuais em suas unidades morfológicas, impedindo a síntese entre o individual e o coletivo.

Nessa perspectiva, os sujeitos sociais são desconsiderados em sua multidimensionalidade, restringindo-se o espaço do cuidado. Ampliá-lo, requer a compreensão, por parte daqueles que exercitam o saber-fazer em saúde, de que a responsabilidade de cuidar do outro implica em valorizar singularidades e particularidades na relação com a totalidade.

Buscamos, neste texto, fornecer subsídios teóricos para a compreensão do cuidado, orientadas por uma ética em que o cuidar se efetive na interação entre as dimensões constitutivas de sujeitos

coletivos, fortalecendo as relações objetivas e subjetivas no processo da existência humana.

2. RESGATANDO A HISTÓRIA DO CUIDADO*

O cuidado existe desde que há vida humana e, como atos de humanidade, é por meio dele que a vida se mantém. Durante milhares de anos, não esteve associado a nenhum ofício ou profissão e sua história se constrói sob duas orientações que coexistem, complementam-se e se geram mutuamente: cuidar para garantir a vida e cuidar para recuar a morte.

No transcorrer dos tempos, o cuidado se organizou, do nascimento à morte, em torno de dois pólos: "*O corpo*, lugar de expressão da vida individual e coletiva, templo da *anima, sopro de vida*; e tudo o que contribui para o abastecer, para o restaurar; *o alimento*"⁽¹⁾.

Há uma intrínseca relação entre mulheres e cuidado. As mulheres parecem ter adquirido um comportamento diferenciado dos homens, mas assemelhado entre elas, nas diferentes épocas, devido à maternidade. Quase que de forma universal, entre os diversos clãs, tribos e civilizações, ao longo da história, os cuidados com o parto ficavam a cargo das mulheres. À semelhança dos animais, a mulher lambia sua cria, nutria e protegia. Entre as práticas de higienizar e de alimentar, foram introduzidos comportamentos de tocar, cheirar e gestos rudimentares de afago⁽²⁾.

O cuidado cria laços pelas mãos que tocam o corpo, o embelezam com óleos, loções, perfumes e, num jogo relacional, contribuem para o despertar e o modelar do corpo sexuado; pelo tato, o cuidar conforta, acalma, pacifica, relaxa, mobiliza vida e estimula mensagens comportamentais; para além das mãos, o peito da mulher é lugar de conforto e alimento; pelo olfato, cria-se uma relação com a natureza e identificam-se certas doenças e processos fisiológicos. Por ser considerado expressão de fecundidade, o corpo das mulheres comunica cuidado pelo prolongamento do seu próprio corpo e pelas experiências nele vividas. Elas cuidam do recém-nascido e do seu desenvolvimento, de outras mulheres na puberdade, gestação e parto, de adultos, idosos e moribundos, estando, assim, presentes em todo o ciclo vital dos seres humanos.

Na defesa pela vida, cuidar também faz recuar a morte. Por muitos anos, a precariedade das condições da existência humana fazia a morte ser onipresente e aterradora, criando-se os primeiros discursos sobre o mal e o medo. A orientação metafísica surgiu discernindo entre o bem e o mal e designando forças benéficas e forças maléficas presentes no universo desconhecido e ameaçador. Entre coisas proibidas e permitidas, o cuidado organizou-se, gerando rituais confiados primeiro ao *shaman* e depois ao padre. "*Guardião das tradições*, de tudo o que contribui para manter a vida, o padre tem, ao mesmo tempo, o encargo de ser o mediador entre as forças benéficas e as maléficas, quer dizer que é designado *para interpretar e decidir o que é bom ou o que é mau*"⁽¹⁾.

Quando a Igreja católica apropriou-se do poder de discernir entre o bem e o mal, desprezou as práticas tradicionais de cuidado, rompendo a unidade corpo e espírito em relação com o universo. Começava a se afirmar uma concepção de cuidado que dava supremacia ao espírito e considerava o corpo fonte de impureza, fornicação e malefício, nascendo um saber inspirado na doutrina dos padres e clérigos. Iniciava-se, então, uma medicina que não ousava contradizer as doutrinas eclesásticas e, por muito tempo, os homens da Igreja foram os seus alunos.

A humanidade teve, então, seu destino confiado ao clero, até que, com o nascimento da clínica, os médicos assumiram o lugar de especialistas. A relação do bem e do mal com as forças do universo foi modificada e coube aos médicos identificar e extirpar o mal de que o

doente era portador. O doente não era o foco das atividades hospitalares, mas sim o pobre, cuja condição requeria assistência e exclusão do convívio social. Mais susceptível a doenças, tornava-se perigoso pela possibilidade de transmiti-las a outros, misturando-se a este, os loucos, os devassos, as prostitutas, entre outros. O doente era assistido material e espiritualmente pelo pessoal religioso ou leigo que, além do espírito caritativo, buscava, pelo cuidado a pobres e enfermos, a salvação da alma⁽³⁾.

2.1 A Medicalização dos Cuidados

Ainda em meados do século XVII, o hospital era "uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece"⁽³⁾. Da formação do médico, estava excluída a experiência hospitalar. Deste modo, a sua participação na cura dava-se por uma intervenção na crise, considerada o momento de confronto entre a natureza sadia do indivíduo e o mal que o atacava. Cabia ao médico intervir no processo de forma particularizada, procurando a vitória da saúde e da natureza sobre a doença.

A independência entre hospital e medicina existiu até meados do século XVIII, mas só quando o corpo sofredor passou a ser digno de atenção, os cuidados perdem seu caráter de agrado, de prazer, de relaxamento, de satisfação e, por isso mesmo, a sua função de desenvolver e conservar a vida. É preciso haver uma degradação física ou social, alteração, perda da integridade, para que os cuidados se tornem necessários⁽¹⁾.

Os cuidados nascidos das descobertas empíricas passaram a ser substituídos pelos cuidados científicos ou médicos e seu campo restringiu-se com o tempo. "O objeto dos cuidados torna-se isolado, parcelizado, fissurado, separa-se das dimensões sociais e colectivas "[...] *cuidar torna-se tratar a doença*"⁽¹⁾. Para implementar sua prática, os especialistas precisavam de mão-de-obra para as inúmeras tarefas que assegurassem a investigação e o tratamento das doenças.

O processo de institucionalização da saúde se deu articulado à formação da sociedade capitalista, portanto, atendendo a interesses político-ideológicos que transformaram o cuidar pela preservação da vida em cuidar para a recuperação de corpos produtivos. A cura das doenças era o alvo e visava repor a força de trabalho incapacitada pelas enfermidades. O desenvolvimento da ciência e da tecnologia, ao longo de todo o século XX, fez com que o afago, o aperto de mão, oferecendo apoio e suporte, ou mesmo o olhar carinhoso e amigo, fossem substituídos pela máquina, que passou a realizar o cuidado. O(A) cuidador(a), por sua vez, voltou-se para o controle e manejo da máquina, esquecendo, por vezes, o ser humano a ela conectado⁽²⁾.

Na atualidade, busca-se resgatar os sentidos do cuidar, defendendo-se um cuidar pensado, sentido e exercido de forma contextualizada, que integra o singular, o particular e o estrutural, sedimentados na valorização das condições objetivas e subjetivas de quem é cuidado e de quem cuida.

3. RESGATANDO OS SENTIDOS DO CUIDAR

O Programa Integrado de Pesquisa Cuidando & Confortando (PIP C & C), que inclui o Projeto Cuidar/Cuidado, sob a coordenação de Vera Regina Waldow, reúne enfermeiras pesquisadoras dos três estados da região Sul brasileira e tem contribuído para o conhecimento teórico-conceitual de cuidar/cuidado e de confortar/conforto.

Entre outros princípios teóricos que fundamentam seus estudos, Waldow⁽²⁾ embasa-se em Leininger, ao considerar que "as pessoas desenvolvem comportamentos de cuidar e a forma como os expressam está ligada a padrões culturais [...] o conhecimento de hábitos, padrões e comportamentos de cuidar auxiliam na forma como se desenvolverá o processo de cuidar".

Na definição das dimensões do cuidar, tendo como suporte os estudos de Watson, a autora⁽²⁾ considera ser o cuidar efetivado segundo

* O resgate histórico do cuidado presente neste texto tem como base os trabalhos de Marie-Françoise Collière (1989), enfermeira da Universidade de Paris VII, especializada em História das Civilizações e perita da OMS para estudos dos cuidados de Enfermagem.

dois aspectos: expressivo e instrumental. As atividades instrumentais dizem respeito ao atendimento de necessidades físicas, e as atividades expressivas relacionam-se ao aspecto psicossocial. Essas dimensões são indissociáveis, estando a expressividade “[...] ligada às formas de demonstrar afeto, de estar presente por inteiro e de valorizar o outro”⁽⁴⁾ e a instrumentalidade, ao fazer com habilidade e conhecimento, ao fazer com qualidade e competência, ao saber fazer^(4,5).

Pesquisadores têm buscado em trabalhos de campo os significados para o cuidar/cuidado, percebendo que o cuidar está vinculado a realidades e são estas que devem embasá-lo. Assim, o cuidar pode ser definido como comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer. O cuidado é resultante do processo de cuidar⁽²⁾.

A forma como ocorre o cuidar entre cuidador e ser cuidado define o processo de cuidar. Este “[...] envolve crescimento e ocorre independentemente da cura. É intencional e seus objetivos são vários, dependendo do momento, da situação e da experiência. Por ser um processo, não há preocupação com um fim”⁽²⁾.

O processo de cuidar vem sendo adjetivado como “cuidado humano” e consiste em uma forma de viver, de ser, de se expressar. É uma postura ética e estética frente ao mundo. É um compromisso com o estar no mundo e contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, da dignidade humana e da nossa espiritualidade; é contribuir na construção da história, do conhecimento, da vida⁽²⁾.

“Na ausência de alguma enfermidade e no cotidiano dos seres humanos, o cuidado humano também é imprescindível, tanto como uma forma de viver como de se relacionar”⁽²⁾. Na enfermagem, o cuidar tem como finalidade, “prioritariamente aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer [...]”⁽²⁾.

À postura ética, subjaz um conhecimento produzido culturalmente, entendido como um componente do conhecimento moral. Envolve julgamentos éticos constantes e, freqüentemente, implica em confrontar valores, normas, interesses ou princípios [...] o conhecimento ético não descreve ou prescreve a decisão a ser tomada; ao contrário, ele provê insight sobre as possíveis escolhas a serem feitas e o seu porquê⁽⁶⁾.

Há também a dimensão estética do cuidar, que se refere “aos sentidos e valores que fundamentam a ação num contexto inter-relacional, de modo que haja coerência e harmonia entre o sentir, o pensar (conhecer/saber) e o fazer”⁽²⁾.

O verdadeiro sentido da arte e da ciência do cuidado é “a conjugação do conhecimento, das habilidades manuais, da intuição, da experiência e da expressão”⁽²⁾. Nesta perspectiva, nas situações de doença, o cuidado auxilia no processo de cura, acelerando-o, fazendo-o menos traumático e, mesmo no silêncio, é interativo e promove crescimento. Em qualquer situação, o cuidado envolve presença solidária e ajuda nos momentos difíceis, constituindo-se em experiência significativa para os envolvidos no processo.

Nessa perspectiva, o cuidado não implica necessariamente em reciprocidade. Esta é condicionada ao contexto e às condições particulares de quem é cuidado, seja indivíduo, família ou comunidade, podendo estar presentes receptividade ou resistência. Não sendo constituído de atividades estanques, é no processo de cuidar e na avaliação de suas respostas que os profissionais podem repensar suas

atitudes frente ao compromisso ético e estético do cuidar e perceber a qualidade da interação estabelecida.

4 . AMPLIANDO OS HORIZONTES DO CUIDAR

Na concretização do cuidar, não bastam envolvimento afetivo e boas intenções, pois “equipes bem intencionadas, mas que não conseguem perceber e fixar em suas mentes o que está acontecendo com seus clientes, protegem-se psicologicamente do sofrimento do outro, estão mais preocupadas consigo mesma e assim, a instituição se defende da dor que circula em torno dela”⁽⁷⁾. Por isso, não basta instruir teoricamente os profissionais sobre o cuidar; este precisa ser sentido, pois é um modo de ser, é “mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”⁽⁸⁾.

Contudo, se a relação de cuidado é descontextualizada da realidade macro estrutural, o investimento emocional do prazer de se dar e de acolher o outro não caminhará para a construção de um novo paradigma. Profissionais que exercitam o saber-fazer em saúde são pessoas concretas, que trazem para a prática perspectivas de trabalho orientadas por pontos de vista de classe, de gênero, de geração, entre outros e pela visão de mundo resultante. Nesse campo, convivem discursos médicos, religiosos, morais, econômicos e culturais que nem sempre operam em torno da mesma verdade, havendo múltiplas razões que explicam o social, a saúde, a doença, as práticas e os saberes que se produzem em torno delas. Elas não constituem verdades fixas e acabadas; são antes, efeitos de verdade geradas pelas relações de poder que estão na base de seu engendramento⁽⁹⁾.

Os indivíduos, famílias ou comunidades, sujeitos da atenção em saúde, precisam ter acesso a instrumentos que potencializem subjetividades, favorecendo seu empoderamento, o que é alcançado de forma cooperativa, relacional. Este é um processo “no qual os indivíduos ampliam o controle sobre suas vidas no contexto da participação em grupos, visando à transformação das realidades social e política em que vivem”⁽¹⁰⁾. Quanto à ação junto a trabalhadores, a intervenção para o empoderamento visa “aumentar o espaço para o exercício do poder tanto individual como coletivo, entendendo-se individual e coletivo não como pólos opostos mas, numa relação dinâmica que se estabelece entre eles”⁽¹⁰⁾.

Essa concepção abriga referenciais de saber que rompem com a defesa da neutralidade científica e valorizam, no processo de cuidar, a realidade concreta em que se inserem os grupos populacionais, em articulação com os micro e macropoderes. Sendo assim, o cuidar deve se concretizar por ações articuladas ao contexto sóciopolítico, tendo os cuidadores a responsabilidade de construir coletivamente instrumentos que favoreçam a formação de sujeitos crítico-reflexivos capazes de mobilização para buscar a transformação da realidade em que vivem.

Nessa perspectiva, cabe aos profissionais de saúde mobilizar-se pela construção de um projeto político que qualifique o cuidado, transcendendo a sua dimensão instrumental, o que se viabiliza quando, além do aumento da oferta de serviços e da resolubilidade de ações técnicas, exercita-se a escuta sensível de necessidades, praticando-se um acolhimento que valorize singularidades articuladas à totalidade. Isso possibilita aos usuários sua vinculação aos serviços de saúde sem a referência do modelo médico-doença, abrindo caminhos para sua construção como sujeitos autônomos num processo de empoderamento recíproco entre quem cuida e quem é cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Collière MF. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa (PT): Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1989.
2. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzatto; 1998.
3. Foucault M. Microfísica do poder. Tradução de Roberto Machado. 13ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 1998.
4. Silva AL. O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, organizadoras. Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre (RS): Artmed. 1998. p.195-241.
5. Silva AL. Cuidado como momento de encontro e troca. In: Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1998 set 20-25 Salvador (BA), Brasil. Salvador (BA): ABEn-BA, 1998. p.74 -9.
6. Waldow VR. Examinando o conhecimento na enfermagem. In: Lopes MJM, Meyer DE; Waldow VR, organizadoras. Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre (RS): Artmed; 1998. p. 53-85.
7. Renik O. Do divã para a sociedade. Folha de São Paulo, São Paulo 2000 out 22; Caderno Mais!:13-5.
8. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.
9. Meyer DE. Espaços de sombra e luz: reflexões em torno da dimensão educativa da enfermagem. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, organizadoras. Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre (RS): Artmed; 1998. p. 27-42.
10. Fonseca RMGS. Gênero, saúde e enfermagem: uma abordagem epistemológica [tese de cátedra]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, USP; 1998.

Data do recebimento: 06/10/2004

Data da aprovação: 06/06/2005