

YMIRACY NASCIMENTO DE SOUZA POLAK

**A CORPOREIDADE
COMO RESGATE DO HUMANO NA
ENFERMAGEM**

FLORIANÓPOLIS

1996

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE DOUTORADO EM FILOSOFIA DE ENFERMAGEM

*A CORPOREIDADE
COMO RESGATE DO HUMANO NA
ENFERMAGEM*

YMIRACY NASCIMENTO DE SOUZA POLAK

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação da
Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do
título de Doutor em Filosofia de Enfermagem.

Florianópolis

1996

YMIRACY NASCIMENTO DE SOUZA POLAK

***A CORPOREIDADE
COMO RESGATE DO HUMANO NA
ENFERMAGEM***

Orientadora:

Prof^a Dr^a MERCEDES TRENTINI

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PROGRAMA DE DOUTORADO EM FILOSOFIA DE ENFERMAGEM

A CORPOREIDADE COMO RESGATE DO HUMANO NA ENFERMAGEM

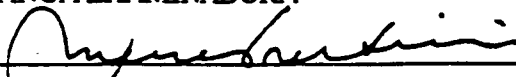
YMIRACY NASCIMENTO DE SOUZA POLAK

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de

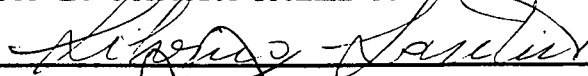
Doutor em Filosofia de Enfermagem

e aprovada em sua forma final em 25 de outubro de 1996, atendendo às normas da legislação vigente do Curso de Pós Graduação em Enfermagem - Programa de Doutorado em Filosofia de Enfermagem da Universidade de Santa Catarina.

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Mercedes Trentini Presidente/Orientadora.



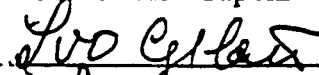
Prof. Dr. Silvino Santin - Membro.




Prof. Dr. Carlos R. Antunes dos Santos - Membro.



Prof.^a Dra Sandra Caponi - Membro.



Prof. Dr. Ivo Gelain - Membro.



Prof.^a Dr.^a Lygia Paim Müller Dias - Membro Suplente

APOIO FINANCEIRO

**Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior
(CAPES)**

Dedico

Ao Pedro Ivo, corpo vivente, que durante vinte anos, silenciosamente e com toda a ternura me ajudou na descoberta do mundo sensível, da importância do encontro, do olhar, do dito e do não dito. Julgo que foi você, amor meu, o responsável pela minha descoberta da beleza do corpo e da minha autodescoberta.

Aos meus filhos Ivinho, Toninho e Aninha, presenças amigas e solidárias, que abriram mão do seu espaço e acompanharam-me nesta jornada, acreditando e respeitando sempre as minhas escolhas e as minhas ausências. Com vocês aprendi o significado do compartilhar e da importância do humano na construção do mundo melhor.

Ao José, meu pai "in memoriam", à Antonia, minha mãe, pelo carinho, pelo apoio e pelo incentivo: com vocês aprendi o porquê da luta e da importância de perseguir os meus sonhos.

Aos meus dez irmãos, pela companhia, pela amizade e pela cumplicidade que nos mantêm unidos nesta maravilha de mundo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer à você meu **Deus**, pela vida e por ter permitido que eu chegasse até aqui e concretizasse mais um sonho.

Prof. Dr.ª Mercedes Trentini, corpo sábio, presença amiga, segura, obrigada por ensinar-me a ver e a valorizar aquilo que “está aí”, obrigada pelo respeito às minhas idéias e por deixar-me seguir a minha caminhada, estando sempre por perto, sempre a aliviar e a cicatrizar as “escoriações”, que não foram pequenas; obrigada pelo convívio, pelos ensinamentos e acima de tudo pela amizade construída ao longo destes três anos.

Prof. Dr. Silvino Santin, obrigada pela simplicidade e segurança com que abriu o seu mundo, partilhou o seu saber; ajudou-me a elucidar dúvidas e a esbarrar em outras tantas. Com você, caro mestre, aprendi o valor da escuta, a recuar ante a tempestade, a valorizar o outro e a compreender mais do que explicar; obrigada, caro mestre, por existir.

Prof.ª Dr.ª Lygia Paim M. Dias, viver com você implica constante aprendizagem do “como ser”, do acreditar e do deixar fluir. Cara mestra, obrigada pela ajuda, pelas mensagens nunca verbalizadas, mas sentidas. “*Vai em frente, persiste, que tudo vai dar certo*”. Obrigada, sem você o meu hoje talvez ainda fosse um **por vir**.

Prof. D., Gustavo Caponi, talvez, caro professor, tenha esquecido que esta caminhada teve o seu início na sua disciplina. Hoje, posso responder com segurança, à questão: Pode o corpo ser objeto da explicação e da compreensão? Obrigada pelo desafio.

Prof.ª Dr.ª Ana L. M. de Rezende, foi com você que se deu a descoberta do pensamento de Merleau-Ponty; foi com você que aprendi a cultivar e valorizar as pequenas coisas, os detalhes, a minha micro-situação como consciência encarnada lançada ao mundo. Obrigada por tudo e pelo sorriso largo que está sempre no seu rosto.

Prof.ª Dr.ª Maguida Stefanelli, mestra da comunicação, sempre por perto e em silêncio. Obrigada pela serenidade, pela disponibilidade e pela ajuda.

Prof. Virgílio Josué Balestro, obrigada pela acolhida, pela abertura e pela empatia para com as minhas idéias, demonstradas na revisão do meu estudo. A sua pessoa recorda-me a *melopéia*, a *fanopéia* e a *logopéia* dos gregos, isto é, a harmonia, a clareza e a logicidade do estilo.

Colega e amiga Maria de Lourdes R. Centa, companheira de longos anos, ombro amigo e irmão; sem você a jornada teria sido mais árdua e difícil. Obrigada por compartilhar comigo os momentos alegres e tristes do curso e por ajudar-me a prosseguir a caminhada.

Marlene Montes, foi bom ter você por perto a energizar-me e a tranquilizar-me; obrigada pela parceria e pela presença amistosa.

O meu reconhecimento aos integrantes do *Grupo de Estudo Multiprofissional em Saúde do Adulto - GEMSA*, com vocês vivenciei o compartilhar de ansiedades e o sabor prazeroso das nossas realizações.

Ao *Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná* por ter investido no meu processo de qualificação e acreditado na minha proposta, e a todas as pessoas que direta ou indiretamente fizeram parte desta caminhada.

Ao *REPENSUL*, pela oportunidade.

Aos *Professores e Funcionários da Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina*, pelo exemplo de compromisso e responsabilidade.

“Veio sobre mim a mão do Senhor; ele me levou pelo Espírito e me deixou no meio de um vale cheio de ossos, e me fez sentar ao redor deles; eram mui numerosos e estavam sequíssimos.

Então me perguntou Filho do homem, acaso poderão reviver estes ossos? Respondi: Senhor Deus, tu o sabes.

Disse-me ele: Profetiza a estes ossos, e dize-lhes: ossos secos, ouvi a palavra do Senhor.

Assim diz o Senhor a estes ossos: porei tendões sobre vós, farei crescer carne sobre vós, sobre vós estenderei pele, e porei em vós o espírito, e vivereis. E sabereis que eu sou o Senhor

Então profetizei segundo me fora ordenado; enquanto o fazia, houve um ruído, um barulho de ossos que batiam contra ossos e se juntavam, cada osso ao seu osso.

Olhei, e eis que havia tendões sobre eles, e cresceram as carnes e se estendeu a pele sobre eles; mas não havia neles o espírito.

Então ele me disse: profetiza ao espírito, profetiza, ó filho do homem, e dize-lhe: assim diz o Senhor Deus: Vem dos quatro ventos, ó espírito, e assopra sobre estes mortos, para que vivam.

Profetizei como ele me ordenara e o espírito entrou neles e viveram e se puseram de pé, um exército sobremodo numeroso”...

(Ezequiel, 37, 1-9)

RESUMO

POLAK, Ymiracy N. de Souza. **A corporeidade como resgate do humano na Enfermagem.** Florianópolis, 1996. 135p. Tese Doutorado em Enfermagem) Rede de Pós-Graduação em Enfermagem. REPENSUL. Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. **Orientadora:** Mercedes Trentini. Pro^a Dr^a em Enfermagem.

Este é um estudo teórico de iluminação fenomenológico-hermenêutica, que tem como objetivos apresentar uma reflexão sobre a minha compreensão dos significados do corpo, no mundo da enfermagem, inspirada no pensamento de Merleau-Ponty e oferecer subsídios que possibilitem nova percepção de enfermagem e de cuidar. O caminho percorrido em direção ao tema busca a ruptura com dicotomias e polarizações que permeiam as questões epistemológicas e metodológicas; penso ter conseguido isto mediante as aproximações e as articulações necessárias à compreensão do fenômeno. Perceber o espaço do corpo implica entrar no universo do ser que se mostra; compreender o constructo *corporeidade* implica habitá-lo, percebê-lo nas suas várias perspectivas. Para tanto, apresento a descrição e a interpretação dos significados do corpo, visualizado diacronicamente, com ênfase para o cenário da saúde, especialmente da enfermagem à luz do pensamento de Merleau-Ponty. A interpretação possibilitou a compreensão da *corporeidade* na enfermagem e das várias formas de vivenciar o corpo neste cenário: *o corpo ritualizado*, *o corpo mecanizado* e *o corpo sexuado*; e a definir *enfermagem* e *cuidado*. O corpo é percebido como ser de desejo, de necessidade, de prazer, que ultrapassa, transcende e incorpora ciclos; é *expressão, fala, linguagem e percepção*; é a nossa inscrição no mundo, ponto de partida para toda e qualquer abordagem sobre o homem. O cliente e a enfermeira, enquanto corporeidades, são percebidos na união do ser e da ação, no compartilhar do saber e no expressar de valores e afetividades. O processo hermenêutico mostra o agir do enfermeiro como *corporeidade*; no seu atuar assistemático, interativo, comprometido com o mundo e com o outro, considerando os aspectos políticos, filosóficos e educativos na construção do conhecimento, cerne do cuidado. Corporeidade é vista como modo de ser do homem, é a essência expressa pelo corpo *visto-vidente, sentido e que sente, que toca e é tocado* no processo de coexistência. *Corporeidade* é mais que a materialidade do corpo; é o contido em toda a dimensão humana; é o resgate do corpo, o deixar fluir; é viver, escutar, existir, é a história de cada corpo vivente.

ABSTRACT

POLAK, Ymiracy. N. de Souza. **Corporeity as a re-apprehension of humaneness in nursing.** Florianópolis: Federal University of Santa Catarina, Nursing Department, 1996. Thesis presented to the post graduation Course in Nursing of UFSC, in order to obtain the title of Doctor. *Adviser.* : Mercedes Trentini. Doctor in Nursing.

This is a theoretical, illuminating phenomenologico-hermeneutical consideration whose goal is to present a new comprehension of body signification in nursing, chiefly in accordance with and inspired by French philosopher Merleau-Ponty. The author intends to offer subsidies for a new perception of nursing services. The author's way represents a clear rupture with dichotomy or polarization that pervade epistemological and methodological questions by the means of a new approach and articulation bound to a new understanding of *this problem*. *The instance of perceiving the space of the body implies an entrance into the universe of the being which is showing itself; the apprehension of corporeality building implies inhabiting it, perceiving it in various perspectives.* In this purpose the author displays a description and an interpretation of body signification visualized diachronically, emphasizing health scenario, specially nurses services, and author's interpretation of Merleau-Ponty's philosophical thought and, last not least, author's experience in nursing care practices. This interpretation makes possible a *corporeality* apprehension in nursing, i. e. the various forms of a living body, *ritualized body mechanized body and sexualized body*, with a constructed definition of nursing and the nursing care. Body is perceived as a desire being, a necessity being, a pleasure being, which goes beyond and transcends and incorporates cycles, because body is expression, body speaks, body perceives and is perceived; it is our inscription in the world, departure point to all man's approach. The client and the nurse, as corporealities, are comprehended as union of being and action in a partaking of knowledge and in the expression of values and affections. Hermeneutical process demonstrates nurse acting, as corporeality, is a non systematic, interactive, compromised duty with the world and with the other. In such an acting there are philosophical, political and educational aspects about the building of professional knowledge, core and base of nursing. *Corporeality* is man's mood of being, the expressed essence of *visus-videns body of sensitivus-sentiscens body and tactus-tangens body* visualized in a coexistence process. *Corporeality* is thus more than bodily materiality; it is the whole content of human dimension; it is the ransom of the body: a let flowing, a let living, a let existing of each living body and the story of all men.

SUMÁRIO

Resumo	ix
Abstract	x
CAPÍTULO I O INICIAR DA CAMINHADA	1
MINHA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL	9
OBJETIVOS	24
CAPÍTULO II CONSTRUÇÃO DO CAMINHO METODOLÓGICO	26
CAPÍTULO III OS SIGNIFICADOS DO CORPO	33
HISTÓRIA DO CORPO	33
O CORPO FALANTE NO MUNDO DA SAÚDE	47
O CORPO FALA	61
CAPÍTULO IV O CORPO PRESENTE NAS SITUAÇÕES	
DE ENFERMAGEM	63
CAPÍTULO V A ENFERMEIRA COMO CORPOREIDADE	87
CAPÍTULO VI A CORPOREIDADE COMO BASE DO PROCESSO DE	
CUIDAR	95
CAPÍTULO VII FOI ASSIM A CAMINHADA	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124

CAPÍTULO I

O INICIAR DA CAMINHADA

As modificações que ocorrem no universo, direta ou indiretamente, influenciam o pensar, o sentir e o fazer humano, quer na dimensão pessoal, quer na profissional, levando-nos à busca de respostas para os nossos anseios, para as nossas insatisfações, em vista do viver no mundo e com o mundo de forma saudável; por que não feliz?

Como mulher, filha, irmã, mãe, esposa e enfermeira, acredito que as respostas para os nossos anseios e para as nossas inquietações estão na confluência dos vários pólos, representados pelas questões econômicas, políticas e sociais que determinam o nosso viver, enquanto *ser finito*, lançado em mundo *finito*, com projetos às vezes *infinitos*.

Esse paradoxo humano faz que o homem se sinta, às vezes, como semideus e, ao mesmo tempo, um ser frágil, susceptível às mudanças ocorridas no macrossistema; apesar de parecerem distantes e desconhecidas para a maioria dos homens, afetam-nos, modificando o nosso viver diário, o nosso cotidiano.

Entre as mudanças mais expressivas deste século, cumpre destacar a crise moral e ética que invade o mundo, a falência do socialismo real, as metamorfoses, por vezes subitâneas e inumanas, do capitalismo, a deterioração do sistema de saúde e, no momento atual, a globalização.

No cenário assistencial da saúde, essas mudanças também se fazem presentes. Vive-se nesse cenário verdadeira crise, inefável desconhecimento e

perturbadora insensibilidade; menosprezam-se os direitos dos usuários, registra-se um misto de insegurança e de medo, relacionado com o futuro que nos espera.

A insensibilidade humana, no setor saúde, é denunciada diariamente pela mídia, com a apresentação de faces sofridas, cansadas, que aguardam em fila a distribuição de fichas, que lhes assegurem o problemático atendimento. O mais grave é que assistimos a essa demonstração de horrores de forma passiva e, quem sabe, com endosso desse sistema cruel.

A indiferença com a dor do outro pode ainda ser constatada pela concepção de saúde, de doença e de corpo, presentes no setor saúde. Ainda se registra, com forte intensidade, a concepção de saúde e doença como antagônicas, como algo que pode ser mensurado. A doença é considerada como aquilo que afeta o equilíbrio ou o funcionamento do corpo, passível de ser explicada somente pelas ciências naturais; passa a ser objeto do conhecimento médico. A medicina, na compreensão de Péquignot (1953), é o encontro da tecnologia com o corpo.

O corpo, no pensamento racionalista, é visto apenas como *körper*, ou seja, como objeto, totalidade físico-orgânica, presença natural, situada no mundo pelo espaço-tempo biológico (Vaz, 1991). Nessa condição, é visto como máquina, cujas peças podem ser recuperadas ou repostas, conforme o desgaste apresentado. É o corpo objeto de diagnósticos, de prognósticos e terapêuticas médicas, que tem o seu vivido, os seus medos, as suas angústias pouco ou nunca considerados pelo modelo vigente de saúde (Laplatine, 1986). Tal corrente desconhece o *Leib*, ou seja, o corpo próprio, corpo vivente, totalidade intencional, na qual

“começa a estruturar-se o espaço-tempo propriamente humano, que tem no corpo próprio, no corpo vivente o pólo

imediate da estruturação para o sujeito, ou o lugar em que se articulam o espaço-tempo do mundo e o espaço-tempo do sujeito: psicológico, social e “ (Vaz, 1991. p. 176).

Neste final de século, há sinais de possível mudança, pois o homem começa a voltar-se para a natureza, o que pode ser observado pelo advento dos movimentos ecológicos; pela preocupação do resgate do sensível, do subjetivo, do ético e do estético, como alternativa ao conhecimento objetivo, ao raciocínio analítico, que levou o homem a pensar conforme os cânones da técnica e a esquecer o como tratar a sua própria espécie.

Este momento também é vivido na enfermagem, quando se questiona o poder da racionalidade sobre o nosso fazer, sobre o que é falso ou verdadeiro, sobre as questões sociopolíticas que alteram a realidade, o viver humano e, conseqüentemente, o nosso fazer. Essas inquietações, contudo, não afetam apenas a enfermagem, mas todas as disciplinas voltadas para o homem.

Essas inquietações foram também observadas em Marx (1982) ao estudar as questões sociais, ao denunciar a exploração do homem trabalhador pelo sistema econômico; Nietzsche (1978) também denunciou as forças que impedem o homem de assumir a sua condição humana. As correntes existencialistas retomaram esse discurso no qual a existência humana é o tema central. O existencialismo nos leva a refletir sobre o que somos, como nos relacionamos com o outro e com o mundo, e sobre o nosso poder decisório e preconiza o retorno do homem à natureza, à valorização do belo, dos sentimentos, a sentir necessidade e saudade de si próprio, do outro e de um mundo mais humano.

No meu cotidiano profissional, convivo com as minhas inquietações e com os meus questionamentos, em busca sempre de algo que torne mais suave o compartilhar com o cliente as suas perdas, a sua dor, os seus medos e as suas ansiedades, sentimentos que se fazem presentes em todas as faces, independentemente de idade, de sexo e classe social. Essas realidades se fazem presentes no corpo, no corpo vivente, ou seja no corpo na sua totalidade, no corpo *intenção, expressão, percepção*, no corpo *sensação*, no corpo sede dos sonhos, das paixões e do imaginário (Merleau-Ponty, 1971;1984). Esse dado me leva a crer que o sofrimento é o sentimento que realmente permite a visão do homem como ser universal, que não pode ser desconsiderado, muito menos subestimado.

Paralelamente às minhas inquietações, observo, no dia-a-dia, uma recriminação silenciosa da clientela relacionada com o distanciamento dos profissionais da saúde dos corpos viventes, quando hospitalizados, quando em ambulatorios ou em outros cenários nas instituições de saúde. Esse distanciamento é legitimado pelas liturgias da cura, pela cultura do poder, que mantêm engessados os corpos dos usuários do sistema de saúde, com cerceio das suas decisões e dos seus desejos.

Observei na minha trajetória profissional que fenômenos semelhantes, vivenciados pelas pessoas que procuram os serviços de saúde, se modificam em cada uma, pois cada uma responde de forma peculiar, conforme a sua singularidade; no entanto são tratados segundo o manual existente. Por exemplo, esquecemo-nos de que a cólica renal do sr. Pedro difere da cólica do sr. José e, mesmo assim, insistimos em cuidar deles consoante prescrições padronizadas, desconsiderando a singularidade de cada um. Essa vivência levou-me a valorizar os conteúdos

peçoais; motivou-me a tentar compreender o significado do que é estar necessitando de cuidados; fez-me compreender o sentido pelo outro, que compartilha comigo as situações de enfermagem. Nesse processo de busca, aprendi que a articulação, a fusão das pequenas coisas, de diferentes eventos, mesmo que discretos, desencadeiam mudanças e novo direcionamento, novo rumo e rota de percurso.

A percepção desse quadro reforçou a necessidade, há muito sentida por mim, no desenvolvimento das minhas práticas de cuidado, de que deveria centrar as minhas ações nas exigências do cliente e não apenas na sua doença e paralelamente, envidar esforços no sentido de resgatar o humano *pari-pasu* com o uso agressivo da tecnologia; esta, por si, já não responde às questões do homem. Em virtude desta percepção nesse estudo, a corporeidade será um dos eixos, que permeará todo o processo de cuidar, pois o corpo é o ponto de partida fundamental para qualquer reflexão sobre o homem.

Corporeidade é o modo de ser do homem; é a essência expressa pelo corpo, *visto-vidente, sensível*, e por isso, “*senti-sentant*”, isto é, que sente e é sentido, é também *tocado-tocante*, visto no processo de coexistência, num recruzamento, num quiasma (Merleau-Ponty, 1984; 1969).

“A carne é um elemento do ser, temos não um corpo e sim uma carne que sofre quando ferida, e mãos que apalpam (...); o corpo envolve uma filosofia da carne como visibilidade do invisível (...) este universo carnal que se estende do mundo silencioso ao mundo da cultura. (Merleau-Ponty, 1973 p.133-200; 1984, p.177-178)

Conseqüentemente, é necessário o corpo, é necessária a carne, pois até a divindade, com o seu infinito poder, houve por bem encarnar-se para ser vista e sentida pelos homens. Devo ressaltar que a nossa compreensão de corporeidade é de grande importância, é vital para todos aqueles que estejam envolvidos com a existência humana, e não apenas para a enfermeira. A concepção de corpo vivente é relevante para o homem; portanto faz-se necessário ampliar a nossa visão, para incluir as necessidades éticas, estéticas, de solitude, de encontro, de compreensão, de construção, de superação e de autoconhecimento, entre muitas outras que se acham latentes e que, a qualquer momento, poderão ser despertadas

Para o desenvolvimento das ações de enfermagem, norteadas pela concepção de homem enquanto corporeidade, é necessário romper com o pensamento racionalista, com as dicotomias corpo-mente, corpo-espírito, e ver o corpo como corporeidade, como o ponto de partida de toda e qualquer reflexão sobre o homem.

Por isso é necessário romper com todas as amarras que nos mantêm presos ao discurso analítico que fraciona, mutila, divide o pensar, e impede sentir a beleza da existência, de ser solidário com o outro, que compartilha comigo a dimensão prática assistencial de enfermagem. É necessário ousar, na busca de respostas, sobre o que somos, a que nos propomos, e como nos propomos fazer o que planejamos nesta dimensão chamada vida. É mister a ruptura com o modelo antropológico tradicional, que dicotomiza o homem; cumpre voltarmos para uma antropologia do corpo e perceber o homem na sua totalidade. Essa percepção implica a adoção de outra abordagem, de novo discurso na enfermagem, que considere a fenomenologia da corporeidade.

Os conceitos de corpo e de corpo vivente permitem que a enfermeira tome consciência da sua historicidade, das suas relações com o outro e com o mundo, possibilitando-lhe perceber e compreender que o sentido da própria existência não pode ser apreendido ou desvendado sem mediação, e que esta se oferece à nossa compreensão e interpretação através do corpo. Essa apreensão exige que o pensar e o agir que se fundam na certeza de que todo o viver e todo o sentir resultam do percebido, do compreendido, pois o real está carregado de ideologias, e que as ações passadas estão contidas na estrutura presente do corpo.

No encontro enfermeira-cliente, é necessário atentar não apenas para a existência de cada um, para o que acontece no momento presente, no agora, mas transcendê-lo; é necessário *sair de si*, projetar-se em direção ao outro com segurança, com a clara consciência do que se deseja alcançar.

Movida por essas concepções, sinto ser necessário ultrapassar o portal que separa essa concepção da concepção racionalista, que norteia todo o fazer no cenário da saúde, e convidar ao leitor que me acompanhe durante a minha caminhada, que será iluminada pela fenomenologia e pela hermenêutica. É como corpo vivente, consciência encarnada e presença intencional que o conduzo durante esta jornada, na interpretação de tudo o que for visto por nós, quando assumo o papel de intérprete, de facilitadora do processo de compreensão do vivido, durante esta trajetória.

Enfatizo que este estudo reflete o meu vivido com o outro, a minha busca de alternativas, de outras abordagens que possibilitem a confluência do sensível, do ético, do estético, do criativo e do compartilhar associado ao tecnológico, tão presentes no nosso coletivo profissional. Ao pontuar alguns aspectos da minha

prática profissional, faço-o intencionalmente, porquanto esses momentos foram mediadores entre a minha subjetividade e a objetivização das minhas concepções, pelo que a reflexão do vivido por mim não é idealização, mas algo real, situação concreta.

O pouco conhecimento de como o homem e a sociedade vivenciam os seus corpos vivos e de como a enfermeira se percebe e percebe o outro, no seu cotidiano profissional, instigaram-me a desenvolver este estudo, norteado pela compreensão de corpo segundo Merleau-Ponty, com o fito de obter possíveis respostas para a minha interrogação: **Qual o espaço e a concepção do corpo, presente nas situações de enfermagem?** Esta busca propiciou a reflexão sobre as práticas de enfermagem, possibilitou o emergir do humano na sua complexidade, com a sua ambigüidade e limitação, contextualizadas no tempo e espaço.

Cumprido destacar que ao referir-me à Enfermeira neste estudo não significa que desconheço ou excluo as demais categorias existentes na Enfermagem. No meu imaginário e na minha utopia todos os exercentes de Enfermagem deveriam ser enfermeiras. A referência à enfermeira decorre do fato desta profissional responder por todas as ações de enfermagem; de ser a responsável pela formação de todas as categorias de Enfermagem, o que implica deter o poder de sensibilização e de difusão desta proposta no seio da Enfermagem. A ênfase na profissional enfermeira ocorre ainda por dois motivos: o primeiro é a ciência de que as ações de enfermagem são desenvolvidas predominantemente por auxiliares e por técnicos de enfermagem e não pela enfermeira, em virtude de diversos fatores que não são objetos deste estudo, mas que contribuem para com o distanciamento entre a enfermeira e o cliente; o segundo decorre do fato de que o proposto no presente

estudo é novo, e exigirá mudanças nas instituições de ensino e de serviço; exigirá novas pedagogias e novas metodologias e a formação adequada de cada segmento profissional, para que a sua operacionalização seja bem sucedida.

Pensar a corporeidade na Enfermagem é pensar o corpo no aqui e agora, é perceber que o ontem foi, mas continua sendo, enquanto o amanhã, embora *in fieri*, já projeta as suas sombras neste aqui e neste agora. O corpo é a verdadeira constatação da existência humana, ele não está no ontem, nem no amanhã, ele está no tempo vivido, introjetado pelo corpo vivente, que desenvolve, que cresce no seu mundo, no seu processo de existir (Guedes, 1995).

Espero que o presente estudo seja mais uma alternativa que possibilite compreender as práticas de enfermagem que vêm sendo desenvolvidas no contexto hospitalar, e que permita ver os rituais de cuidado como requisitos necessários à preparação para o ritual de passagem da situação de doença para a condição plena de saúde, ou para a vida com limitações, ou ainda para a passagem da vida à morte e à sua inseparável transcendência e mistério.

Destaco que o presente trabalho favorece o diálogo, propicia discussões com aqueles que comunguem ou discordem de minhas idéias, para a catálise de novas interrogações, de novos projetos e de novas descobertas.

MINHA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

As ciências humanas, sociais, políticas e da saúde movem e são movidas pelo viver humano; influenciam a nossa existência, os nossos relacionamentos que, por

sua vez, são determinados por interesses e sentimentos; estes, por vezes, conflitam, e cabe-nos superá-los equilibradamente no nosso cotidiano. Os interesses representam o poder, nem sempre explicitado, e que permeia todo o existir humano. Em virtude disto é importante que conheçamos a estrutura política e social na qual nos inserimos bem como a herança, a bagagem cultural de cada um, a história daqueles que compartilham o meu espaço profissional: o cliente, os seus familiares, e a equipe de saúde e a de enfermagem.

Considero que a história permite ao homem transcender os limites do seu tempo, situar-se no seu *aqui* e no seu *agora*, influenciando sua visão de mundo, do outro e das coisas que o circundam. A história permite perceber o homem e a sua mundanidade, para vê-los em processo dialético, para sentir que é impossível pensar o homem sem o mundo, mundo no qual ele se projeta, que o constitui e lhe dá consciência; conforme Merleau-Ponty (1971), homem e mundo são formados do mesmo estofo, do mesmo tecido

Por assumir esse pressuposto, sinto ser necessário tecer alguns comentários sobre a minha pessoa enquanto profissional, o meu vivido no mundo da enfermagem, no contexto da saúde, meio em que vivencio o contínuo processo de superação de situações conflitantes, ao desenvolver as práticas profissionais. Esse processo teve início no curso de graduação, quando, ainda estudante jovem, refutava muitas ordens e normas referentes ao cliente que me era designado, no exercício do cuidado de enfermagem, durante os estágios no hospital. Nesses momentos, sempre perguntava por que agir de tal maneira? Por que não permitiam algum conhecimento prévio do cliente e vice-versa? Como resposta, obtinha que aquilo era o certo e o prescrito pelas normas. Assim, andei por todo o curso rotulada

de irreverente e contestadora da ordem. No estágio de Administração, tive a felicidade de ter como professora e supervisora alguém que pensava no outro, que permitia ao aluno colocar-se e delinear o seu próprio pensar. Vale ressaltar que esta abertura não chegava a transgredir os regulamentos do hospital. Foi o período mais gratificante do curso. Por isso, embora um pouco tarde, gostaria de registrar a postura da Prof^a. Dr.^a Maria Hélia de Almeida, por fazer-me sentir que não estava errada, e que o caminho era por ali.

Como qualquer estudante, tinha receio do futuro; nessa época, desconhecemos a realidade que nos espera na vida profissional. A descoberta ocorreu no Hospital de Doenças Transmissíveis, onde fui plantonista. As técnicas de isolamento, a distância existente entre a equipe, a família e o cliente, a observação do cliente através do visor causavam-me mal-estar, bem como a visão dos clientes portadores de meningite, ou de tétano, presos aos leitos, com faces deformadas pelas contrações, olhares perdidos em busca de algo que, até hoje, não consigo decifrar, apavorados quando conscientes, reclamando da solidão, ou de dores que os acompanhavam no seu calvário.

As rotinas preconizavam que o contato direto deveria ser feito nos horários determinados, durante os procedimentos, para os quais tinha de me paramentar com vestes de proteção como um ser espacial. Felizmente, os meus olhos ficavam visíveis e me davam visibilidade, o que permitia o envio de mensagens de otimismo e coragem àqueles que conseguiam vê-los.

As ações de enfermagem eram desenvolvidas conforme o plano de cuidado que, por sua vez, era norteado pela prescrição médica, ou por algumas informações do cliente dadas pela família. Esse período foi vivenciado por mim em 1969, época

em que havia o “Kardex”, documento específico de enfermagem, misto de arquivo e de plano de cuidado, que continha dados importantes dos clientes e o roteiro dos cuidados diários. Os modelos de enfermagem me eram até então totalmente desconhecidos.

Dois anos depois, inscrevi-me em concurso e passei a desenvolver as minhas atividades profissionais em outro cenário, no serviço de emergência. Apesar de ser bem diferente do anterior, despertou em mim outro sentimento, o da impermanência, impermanência no sentido de ver de perto a nossa finitude, a incerteza referente ao cumprimento dos nossos projetos, dos nossos cronogramas, o que me ajudou a aprender a viver com o inesperado.

As situações de crise vivenciadas por mim e pela clientela foram o forte nessa época. Era angustiante ver corpos mutilados, deformados, sem expectativas, quando, minutos antes, estavam cheios de planos, de sonhos, de futuro promissor. Não tínhamos tempo para prepará-los, tampouco preparar aos seus *significantes* sobre a sua situação; tudo acontecia rapidamente, tudo era imprevisível; lembrava-me a canção de Toquinho “*Aquarela*,” na qual sabiamente o cantor diz :“***de repente a morte entra em nossa vida, sem pedir licença modificando-a sem nos consultar***”.

Assim, entre choro e faces sisudas, marcadas pelos dramas da vida, procurava no serviço de emergência amenizar as tragédias, minimizar as dores, imobilizar membros, fazer hemostasias e repor fluidos tão necessários à manutenção da vida.

Sentia-me um pouco mais confortável que na etapa anterior, mas o sentimento de desconforto continuava. Faltava algo no meu fazer; mesmo mais próxima dos

clientes, sentia uma lacuna. As minhas ações eram conduzidas pelo pensamento de Horta (1979), primeira pensadora brasileira que se preocupou em escrever um modelo de assistir em enfermagem. O seu pensamento revolucionou a enfermagem brasileira, uma vez que introduzia na profissão uma nova forma de pensar e documentar o cuidado, centrada nas necessidades humanas básicas.

Iniciei assim o uso de um referencial teórico na minha prática profissional. Nesse período, era maior a minha experiência como enfermeira de hospital, tinha desenvolvido mais as minhas habilidades técnicas; contudo, no que concerne aos aspectos subjetivos do cuidar, do conviver com o cliente, com a equipe e com a família, sentia que faltava muito.

A unidade de emergência em que trabalhava era unidade de ligação entre a Unidade de Terapia Intensiva e o Pronto Socorro, onde eram hospitalizados clientes graves, que necessitavam de assistência contínua. Tal unidade faz parte de um Hospital Universitário, advindo dessa condição o meu contato com acadêmicas e com docentes, fator este que acredito responsável pelo convite a mim feito para inscrever-me no concurso para a Disciplina Enfermagem Ortopédica e Traumatológica. Aceitei o desafio, fiz o concurso e até hoje, após dezenove anos, atuo nessa área.

Assim, comecei a minha vida como docente, quando já não buscava somente o aperfeiçoamento das técnicas e explicação para as nossas vivências; sentia necessidade de enveredar pelo terreno da compreensão do meu vivido, de compreender o significado da dependência do outro, o significado da dor, do estar longe do *ninho*, enfim de compreender o medo, a ansiedade dos membros da equipe, dos familiares e do cliente. Tinha e tenho a preocupação de evitar que as minhas

alunas passem por experiências iguais às minhas. Movida por esse desejo, passei a desenvolver um trabalho com enfermeiras, na esperança de compreender melhor o que ocorria comigo, a conversar mais com os clientes; mesmo assim, continuava a sentir uma lacuna e distanciamento entre a enfermagem e o cliente.

Gostaria de salientar que faço uso da palavra cliente não por considerá-la ideal, mas por considerá-la melhor que paciente. Paciente para mim significa passividade, postura questionável ao corpo vivente. A não existência de outro vocábulo evidencia o quanto o pensamento racionalista influencia a nossa cultura, deixando-nos com poucas alternativas. Acredito não ser apenas minha esta dificuldade, mas de toda a categoria de enfermagem, pois esta problemática é tema presente nas nossas discussões profissionais.

Por questões de ordem pessoal, em 1981, passei a desenvolver as minhas atividades docentes em outro cenário, na região sul do país; embora diferente da anterior, contém problemas semelhantes ou até mais acentuados, uma vez que o poder médico parece ser mais forte na região sul que na sudeste. Nessa nova realidade, o meu contato como docente com as enfermeiras de hospitais é menor do que antes, contudo existe relação pessoal maior com outras instituições e com outros profissionais de saúde, o que permite compartilhar vivências mais gratificantes.

Como enfermeira, como corpo vivente que se encontra inserto no mundo da saúde, venho refletindo sobre as práticas desenvolvidas no contexto da saúde, particularmente na enfermagem. As práticas aí desenvolvidas são norteadas por modelo que privilegia os sintomas, o órgão, a doença e não o sujeito. Tenho questionado a aceitação do modelo biologizado, baseado no modelo médico, no qual o cuidar passa a ser ação complementar. O poder desse modelo revela-se nos

currículos dos demais cursos da área de saúde, nas normatizações de procedimentos e no delineamento das políticas de saúde. Com isso, o cuidado fica circunscrito ao fazer técnico, aos procedimentos definidos por instrumental tecnológico. As ações de enfermagem desenvolvidas em tal cenário são norteadas por sintomas de doença, objetivam a solução de possíveis problemas dos clientes identificados por outros e não conforme o expresso por eles; (Castro, 1990).

Isso retrata a ideologia vigente no contexto da saúde; contudo não há lugar não ideológico, de onde se possa falar e ver o mundo, segundo Ricoeur (1977); precisamos considerar o problema mais amplo, o da integração social, em que a dominação é apenas uma dimensão, não a condição única nem essencial. O modelo médico é uma realidade; compete aos demais profissionais do setor a busca ou a construção de outros discursos e de outros espaços. Incumbe aos profissionais de saúde discutir as suas questões, as suas práticas segundo as crenças de cada grupo profissional, em vista das suas finalidades e do bem-estar maior da clientela.

Na enfermagem, é presença constante em alguns discursos a necessidade de mudança no que concerne ao desenvolvimento das suas ações. A condição de passividade, com que se concebe e se cultiva o cliente, vem sendo refutada; o cuidado visto como ação complementar, verticalizada, padronizada e mecanizada, não é mais aceito; essa modalidade de cuidado vem sendo questionada; considera-se o cuidado como ação intencional, intersubjetiva e compartilhada. Penso que as ações próprias de enfermagem devem estar voltadas para a vida nos seus momentos especiais, ou seja, na saúde, nos processos de recuperação, de cronicidade e terminalidade, ou seja, nos períodos de transição, nos rituais de passagem.

Ferraz (1988) salienta ser necessário entender que o conhecimento da doença, as técnicas de enfermagem e os equipamentos só possuem validade se possibilitarem o *estar-com-o-outro*; no entanto observa-se o distanciamento entre os profissionais de saúde e o cliente; entre este e as pessoas e os objetos que lhe são significativos.

Tive oportunidade de constatar esse distanciamento durante a minha caminhada, ao desenvolver as atividades docentes, ao supervisionar os estágios das alunas de graduação em enfermagem, nos depoimentos dos clientes. Esses depoimentos foram obtidos durante o preenchimento do histórico de enfermagem, instrumento que faz parte do meu cotidiano profissional, norteado por marco referencial, condutor das minhas ações profissionais.

Esse marco referencial era fundamentado no pensamento de Horta (1979); foi implementado em duas realidades distintas: na cidade de Niterói e em Curitiba. Durante dez anos as minhas ações de enfermagem foram orientadas pelos conceitos da teórica mencionada; mudei-o posteriormente. Depois, as minhas ações passaram a ser norteadas pelos *Sistemas de Enfermagem* propostos por Orem, teórica que introduziu, na enfermagem, o modelo do *Déficit de Autocuidado*, da *Demanda Terapêutica de Autocuidado*, da *Competência da Enfermeira para o Autocuidado* e o modelo dos *Sistemas de Enfermagem* (Orem, 1985).

Os Sistemas de Enfermagem são projetados pela enfermeira, com o fim de ajudar o outro no cumprimento das ações de autocuidado, de forma contínua e efetiva, para satisfazer as exigências e requisitos de autocuidado, presentes ou projetadas (Orem, 1985).

Para projetar sistemas e selecionar métodos de ajuda, a enfermeira emite juízos de valor, toma decisão, o que implica conhecimento, visão, imaginação, habilidades e atitudes para planejar ações para o paciente e com o paciente. Os sistemas são classificados em três tipos: *Sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio educativo*. Esses sistemas expressam quem pode ou deve executar essa ou aquela ação de cuidado (Orem, 1985).

Embora trabalhasse com esse marco referencial, tinha a sensação de que o cliente não se envolvia no planejamento do seu cuidado, mantendo-se sempre à margem do processo. Tal percepção me levou a sentir que o planejado, apesar de conhecido e discutido com o cliente, era conduzido predominantemente pelo nosso entendimento do que o cliente desejava; mobilizei-me na busca de outro referencial, de nova abordagem que permitisse superar as minhas dificuldades e possibilitasse o envolvimento, a participação do cliente no seu processo de recuperação ou de morte.

Os depoimentos abaixo discriminados reiteram a minha percepção, evidenciam o não envolvimento, a passividade, a aceitação dos clientes hospitalizados em uma unidade cirúrgica, ao serem questionados sobre o que esperavam e de que mais gostavam na enfermagem.

“Que se dediquem aos cuidados que eu preciso; gosto de tudo, tenho aqui quase tudo” (N.T.J).

“Ser bem tratado; gosto quando as alunas atendem” (M.D.J).

“Que colaborem para eu ficar bom, ir logo embora; gosto que venham só quando preciso, que façam e conversem sobre o que fazem, e que eu entenda, não é?” (C. P).

“Ah! agora tá tudo bem, mas dona, no outro hospital elas me tratavam mal, lá. Elas trabalham duro o dia todo, por isto estavam sempre zangadas. Gosto da limpeza e do atendimento de gente, mas não sei para que tanta coisa” (A. L).

“Não sei o que esperar, nem do que gosto; tudo é diferente da nossa casa. Até o modo de vocês falarem, não entendo, dona, porque tudo isto (D.T.Z).

“Se nem sei o que tenho, o que tomo, o remédio sabe? Não é o mesmo que bebia lá em casa, me dá um sono, já pedi para não tomar, mas continuo tomando; vocês é que sabem; gostaria que parassem para conversar, mas é muito trabalho, não é?”(M. S).

“Espero ajuda , bom atendimento e compreensão; tá doido de bom aqui, mas posso falar só uma coisinha, não entendo por que tenho que ficar parado, recebendo tudo e não poder ir no vizinho jogar um dedo de prosa fora”(G.P).

Por essas descrições, se pode perceber certo desconhecimento do cliente acerca do que lhe era feito e por quê. Pode-se também verificar a pouca ou nenhuma participação que eles tiveram na elaboração das prescrições de enfermagem, e questionar se tal situação deveria ocorrer, uma vez que os clientes eram cuidados pelas alunas conforme o referencial teórico específico dos *Sistemas de Enfermagem*, de Orem. Analisando as suas falas juntamente com as alunas, ficou claro que faltava

algo e havia certo distanciamento entre a clientela e o planejamento das ações de enfermagem, quer fossem ações de manutenção da vida, quer de reparação.

Apesar de todos esses depoimentos e das minhas inquietações, só em 1991 a certeza dessa busca se fez maior. Ao desenvolver um estudo que visava a conhecer a competência da enfermeira para o desenvolvimento de ações de autocuidado, apliquei um instrumento em forma de questionário a cerca de trinta enfermeiras e constatei nas suas respostas que elas não consideravam os valores, as crenças dos clientes, componentes básicos do autocuidado; planejavam a assistência segundo normas e rotinas, rígidas e impessoais.

Refletindo sobre esses resultados e sobre a minha insatisfação com os modelos adotados, descobri que a minha inquietação e as minhas angústias sempre estiveram presentes em toda a minha trajetória profissional; procurei sempre conduzir as minhas ações de forma que possibilitasse ao outro a liberdade de escolha, a tomada de decisões, o desempenho de atividades conforme os seus valores, crenças e percepções.

Essa tendência anuncia a minha simpatia com as correntes existenciais; reitera a minha crença de que o sentido da própria existência não pode ser desvendado sem mediações, e que essas se encontram onde a existência se oferece à nossa percepção e interpretação; todo o viver e todo o sentir resultam do compreendido; a realidade está carregada de ideologias; as ações passadas estão contidas na nossa estrutura atual e, nela, toda a nossa temporalidade e espacialidade.

A insatisfação com o resultado das minhas ações mobilizaram-me na busca de outro referencial que propiciasse uma abordagem específica de enfermagem, não

desconsiderando as existentes; como profissional de saúde, tenho uma prática de trabalho coletiva, o que implica a existência de outras áreas de conhecimento e de interseções.

Em 1850, similar preocupação já se fazia presente na enfermagem com Florence Nightingale, que enfatizava a importância do saber e do fazer próprio da enfermagem; da relação homem-natureza; da observação e descrição das condições do doente, bem como da necessidade da profunda compreensão daquele que compartilha comigo as situações de enfermagem (Nightingale, 1989).

Nos Estados Unidos, com Orem (1985), Levine (1973), Leininger (1977), King (1981), Orlando (1961), Roy (1976) e Neuman (1974), Patterson & Ziderard (1976) e outras, evidencia-se a preocupação com a formação e ampliação do conhecimento da enfermagem. As teorias desenvolvidas nesse período constituíram instrumentos valiosos para o *saber* e o *fazer* da enfermagem. No Brasil, o advento dessas teorias ocorre em 1970 com Horta; destacam-se também os trabalhos de Paim.(1978); Paim(1980) e de Daniel(1981).

Das teorias acima mencionadas tenho maior afinidade com Patterson & Ziderard, pois esta dirige os seus estudos por uma abordagem fenomenológico-existencial, com ênfase no pensamento heideggeriano; contudo encontro maior complementação no pensamento de Merleau-Ponty, filósofo que considera a ambigüidade do homem: vê-o como intencionalidade, como consciência encarnada, que revela a sua unidade a partir do sensível e da experiência do *ser-no-mundo*.

A opção por esse autor decorre do fato de Merleau- Ponty abordar as questões do homem a partir da sua concretude, da sua corporeidade. Ele é quem melhor explica a ambigüidade do homem, porque o capta na sua integralidade, nem

corpo nem espírito, nem corpo nem mente, mas simplesmente sendo *corpo*, corpo político, consciência encarnada e não consciência transcendental, essência etérea, ser ontológico, mas ser bruto, ser selvagem. Pensamento que amplia a idéia de ser no mundo do pensamento heideggeriano.

Durante o curso de Doutorado em Filosofia Aplicada à Enfermagem, na Universidade Federal de Santa Catarina, tive oportunidade de desenvolver estudos sobre o corpo, nos quais procurei percebê-lo nas suas várias conotações. Em tal busca de compreensão da temática, aprofundei as minhas leituras sobre a existência humana, as diversas correntes de pensamento que estudam o homem e o mundo, e as diversas concepções de corpo através dos tempos. Nesse caminhar, senti que os conhecimentos da hermenêutica e da fenomenologia eram fundamentais para o aprofundamento de tais temas.

A preocupação em estabelecer relações desses conteúdos com a enfermagem levaram-me a escrever um trabalho sobre “A relação do homem com o mundo mediatizada pelo corpo”, no qual pontuo a percepção, a linguagem, o mito e a cultura como elementos vitais do nosso estar no mundo enquanto corpo (Polak, 1993). No mesmo ano, apresentei uma reflexão sobre o corpo, na qual discorri sobre os principais conceitos relacionados com o corpo e a interrelação deles (Polak, 1993).

Vale ressaltar que, até o momento da elaboração dos trabalhos, desconhecia as obras de Merleau-Ponty, pois os nossos estudos fenomenológicos gravitavam em torno de Husserl e Heidegger.

A partir de então, procurei, na literatura existente, compreender os conceitos de corpo através dos tempos, principalmente conforme a concepção de Merleau-

Ponty; tal investigação propiciou a redefinição de corporeidade, o estabelecer de relações desse constructo com a minha prática profissional. A descoberta do pensamento de Merleau-Ponty provocou a reviravolta na minha vida discente e docente; mudei o tema da minha tese; passei a procurar um especialista no assunto que pudesse ajudar-me na elaboração deste estudo e a compreender o pensamento de Merleau-Ponty, que aliás é complexo e assistemático.

Foi assim que encontrei o Dr. Silvino Santin, professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, filósofo e estudioso de Merleau-Ponty. A partir desse momento, as coisas ficaram mais claras e ao mesmo tempo mais assustadoras, pela dimensão que o meu problema estava tomando e pelo desafio que teria de enfrentar.

Para alcançar os meus objetivos tive aulas com o referido professor sobre Corpo, Linguagem e Percepção; discutíamos estes conceitos, saneávamos as dificuldades, e emergiam outras mais, como é próprio do processo de construção do conhecimento.

Paralelamente à oferta da grade curricular do doutorado, no tocante às disciplinas (eletivas e optativas), passei a participar de debates e de seminários para o aprofundamento da temática, o que possibilitou uma reflexão sobre o homem como *consciência encarnada* e como *corporeidade*.

Assim, descobri possibilidades de respostas para as minhas interrogações no pensamento de Merleau Ponty, filósofo que introduziu a concepção de corpo perceptivo, corpo linguagem, consciência encarnada; ele vê o homem na sua historicidade, situado no mundo pelo seu corpo, com as suas duplas funções, como

“ (...) um ser de dois lados: o corpo próprio é um sensível; (...)ele é visto e vê-se, ele é tocado e toca-se e é tocante sob essa segunda relação, o corpo comporta um lado inacessível, acessível apenas ao seu titular, ele envolve uma filosofia da carne como visibilidade do invisível” (Merleau-Ponty,1984. p.200).

Esse autor vê o homem em processo dialético, vivendo e superando conflitos, contradições e limites; homem que acede ao mundo pelo corpo, numa relação intencional e dialética que o leva afirmar: não tenho corpo, sou corpo; corpo que percebe e é percebido e que não pode ser compreendido apenas como um objeto a mais. É a partir desse corpo que estou no mundo, me relaciono com ele e com o outro (Merleau-Ponty, 1971; 1991); mundo no qual trabalho, sofro, amo, causo ou suporto conflitos, me comprometo ou me alieno. Todas essas formas de estar no mundo fazem parte de cada um de nós e se concretizam em nós enquanto corporeidade.

Assim, iniciei o processo de veiculação do conceito de corpo de Merleau-Ponty com a minha prática profissional; este foi o conteúdo de artigo e tema de aula inaugural no curso de especialização *Enfermagem em Terapia Intensiva*, na qual expus alguns questionamentos sobre o corpo e os procedimentos invasivos a que é submetido, bem como sobre o corpo vivente da enfermeira, o seu *saber* e o seu *fazer* na especialidade (Polak, 1995). No primeiro Congresso Internacional de Filosofia em Saúde, explanei as diferentes concepções de corpo, quando fiz um paralelo entre estas e as existentes no mundo da saúde (Polak, 1994).

Adequiei o meu discurso ao pensamento de Merleau-Ponty; como enfermeira, ao cuidar do outro, sempre questioneei: se não há processo de troca nas situações de enfermagem? Quem observa e quem é observado? Quem toca e quem é tocado? Será que sou eu apenas, como enfermeira, que sinto o clima que emerge nas situações de cuidado? O processo de cuidar é encontro? Se é encontro, como se instaura a presença? Se é encontro, existe intercomplementaridade, interseção, momentos de aproximação e de distanciamento, quando ocorre o crescimento de ambos.

Ao perceber o outro como corpo vivente, e não como máquina, conforme o pensamento cartesiano, sinto-me na confluência de duas correntes de pensamento. Cumpre romper com a segunda, porquanto, como pessoa e como profissional, sinto necessidade de refletir sobre o meu pensar, o meu fazer na enfermagem, de dialogar com o outro, que compartilha o meu mundo e a minha vida. Essa reflexão só é possível pela mediação do diálogo, presente nas situações de encontro, quando se faz necessário desvelar, interpretar o vivido pela enfermeira e pelos clientes, quando se pode compreender os seus projetos, as suas expectativas relacionadas ao cuidado, à condição de ser cuidado e a de cuidador e de como ambos se percebem no sistema de saúde vigente.

OBJETIVOS

Considerando o meu vivido e a concepção de corpo de Merleau-Ponty, o presente estudo tem os seguintes objetivos:

- Apresentar uma reflexão sobre a minha compreensão dos significados do corpo no mundo da enfermagem, inspirada na concepção de corpo de Merleau-Ponty, em vista do resgate do humano na dimensão prática da enfermagem.

- Oferecer subsídios teóricos que possibilitem nova percepção de enfermagem e do cuidar, norteadas pela minha compreensão de corporeidade no pensamento de Merleau-Ponty.

CAPÍTULO II

CONSTRUÇÃO DO CAMINHO METODOLÓGICO

A elaboração deste estudo constituiu um desafio; foi necessário deixar um pouco de lado a ortodoxia metodológica e mergulhar no tempo, em busca da percepção do espaço e da compreensão dos significados do corpo, no mundo da enfermagem.

Ao optar por outra metodologia, vivi um dilema, dilema que permeou as questões epistemológicas e teórico-metodológicas, principalmente nas centradas na polarização entre subjetivismo e objetivismo, entre explicação e compreensão, entre explicação e interpretação, entre indivíduo e sociedade.

Essa situação encorajou-me na busca do caminho e a romper com as dicotomias; optei por uma trilha que possibilitou a aproximação desses pólos; considerei as mediações e as articulações que se fazem necessárias à compreensão do fenômeno em tela. Encontrei suporte em Merleau-Ponty, na sua preocupação em superar as dicotomias sujeito /objeto, fato/essência, ser/consciência. De acordo com Merleau-Ponty (1971;1984,1991), a separação sujeito/objeto é a fonte de todas as demais dicotomias que tendem a reduzir o seu oposto a uma aparência ilusória; segundo o autor; as dicotomias são faces complementares de engano comum e originário.

Outra referência e outro ponto de apoio para apresentação do vivido por mim no mundo da enfermagem foi Maffesoli, pois esse autor considera aqueles que não valorizam o vivido como **“intelectuais que se arrogavam portadores do universal e fundadores de responsabilidade coletivas”** (Maffesoli, 1989, p. 243). Continua enfaticamente salientando que.

“(...) é necessário que outros se encarreguem deste trabalho salutar; que cremos suficiente aqui enfatizar que a fecundidade, originalidade e o aspecto prospectivo de uma obra são sempre apanágios de “espíritos livres” que provocam um curto circuito nas escolas do praticismos (...); pois mesclam pensamento e paixão não hesitando em transformar essa conjunção numa verdadeira aventura (Maffesoli, 1989, p. 46)

Acredito que a descoberta do caminho percorrido decorreu da minha crença de que é impossível analisar o vivido pelas lentes da ciência, legitimada pela cultura, ou as situações de encontro presentes nas situações de enfermagem, em busca da percepção do espaço e da compreensão dos significados do corpo no mundo da enfermagem.

Apreender o significado de corporeidade pressupõe excitar o sensível, revelar as possibilidades do sensível, conforme Moreira (1995). Perceber qual é o espaço do corpo na enfermagem implica entrar no universo dos seres que se mostram; sendo assim, perceber o constructo corporeidade implica habitá-lo, compreendê-lo em várias perspectivas. Desse modo, tentei apropriar-me da concepção de corpo, no mundo da enfermagem, por meio da percepção e da interpretação, mediante o olhar;

segundo Bosi (1988), é por meio deste que se conhece e se produz conhecimento. Portanto compreender *corporeidade* implica adentrar certo mundo a um tempo simples e complexo, mundo de certa imprecisão, de certa desordem, mundo que difere do mundo racionalista, a que estamos habituados.

Movida por esse pensar, escolhi a perspectiva subjetiva na condução do presente estudo, que reflete uma subjetividade vivida com os outros atores que compartilham comigo as situações de enfermagem. Por essa perspectiva, o foco é o indivíduo enquanto sujeito singular; o fenômeno é visualizado na sua singularidade: constituem áreas de interesse tanto o que se refere “*ao sentido, isto é, aquilo que é dito, quanto a uma referência aquilo acerca de que se diz*” (Alves, p. 69, 1995).

Mediante processo descritivo e interpretativo, apresentei os significados do corpo no mundo da saúde, bem como a compreensão deste fenômeno à luz da concepção de corpo deparada em Merleau-Ponty, e do vivido por mim no mundo da saúde, especialmente na enfermagem.

Caracterizo este trabalho como v^o no mundo do sensível, do belo, no mundo de relações intersubjetivas. Ao falar do meu vivido, falo do vivido *com*: como pessoa e profissional, sou sujeito de relações, cuja existência se dá no processo de coexistência. Na descrição e na interpretação do meu vivido está implícito o *vivido com*: o vivido com o outro, partícipe do meu processo de existir, pois do contrário eu não existiria.

O presente estudo é uma reflexão hermenêutica, ou seja, um lugar de encontro, um lugar do diálogo com o mundo, lugar da vida cotidiana, das lutas, das

relações de poder, um lugar onde transcorre a nossa existência, enquanto corpos viventes, no mundo da enfermagem, que teve o hospital como principal cenário.

A reflexão hermenêutica, segundo Santos, (1989) permite mediante o diálogo a ruptura do círculo vicioso “objeto/sujeito/objeto”; amplia o campo da compreensão da comensurabilidade e, portanto, da intersubjetividade; transforma a relação mecânica “ele/coisas” numa relação “eu-tu”, “eu/nós”.

O delineamento do caminho metodológico, segundo Demo (1987), é preocupação instrumental e, por isso, constitui equívoco cuidar mais desta etapa do que das demais na construção do estudo. O importante, conforme o autor, é chegarmos ao ponto que nos propomos; como chegar lá é relevante, porém é especificamente instrumental, o que não implica considerarmos esta fase do estudo como secundária.

Japiassu (1994, p. 9-10) destaca que

“(...)uma das grandes ameaças ao desenvolvimento científico das Ciências Humanas é o metodologismo, esta tendência concebe a metodologia como uma especialidade em si, feita de um conjunto de receitas e de preceitos técnicos que cada um deve respeitar, não para conhecer o objeto, mas para ser (re)conhecido como conhecedor do objeto (...); ora considerada como uma especialidade separada, a metodologia constitui uma forma de academicismo que, dissociando o método do objeto, reduz o problema de sua construção teórica à manipulação técnica de observações empíricas, convertendo-se numa

espécie de tutor dos cientistas (...); o que se encontra em jogo não é a sofisticação técnica dos instrumentos metodológicos, mas seu requinte irrefletido destinado a preencher o vazio criado pela ausência de visão teórica (...); não podemos dissociar a construção do objeto dos instrumentos de sua construção e da sua crítica”.

No presente estudo foi usado um discurso elaborado, de interesse hermenêutico que, de acordo com Japiassu (1994), corresponde ao discurso preocupado com o “porquê”, e com o “sentido”, discurso que visa à interpretação e à comunicação do sentido que damos aos fenômenos; visa comunicar o sentido que damos aos acontecimentos; é emancipatório, porque nos liberta das idéias a que estamos familiarizados.

Durante todo o processo de elaboração do presente estudo, a preocupação com o rigor e com a seriedade das colocações e interpretações foi constante; por isso percorri um caminho construído por dois momentos: o primeiro momento foi caracterizado pela descoberta do pensamento de Merleau-Ponty, já descrito no capítulo anterior; este por sua vez levou ao segundo momento, o de decisão do caminho construído e percorrido.

Na realização deste discurso, procurei objetivar momentos da minha prática profissional, com o fito de apresentar o *processo construído, conquistado, labutado de referenciar a realidade assim como ela é, ainda que nunca viável de todo* (Demo, 1994, p. 25)). De acordo com esse autor, essa é a propedêutica do critério político, ou seja, d diálogo aberto irrestrito, de forma que a insirir o novo no contexto

tradicional da ciência; assim, se ajudam reciprocamente na consolidação dos processos de construção da saber (Demo, 1994).

Esse processo de descoberta de uma base filosófica para o estudo do corpo norteou a minha escolha de desenvolver um estudo teórico. Pesquisa teórica é aquela orientada para a construção de teorias, de quadros referenciais, de estudos voltados para a discussão da realidade, sem a preocupação imediata de intervenção nesta conforme Demo (1994). O autor salienta ainda que o papel principal do estudo teórico é discutir, é a crítica criativa e a construção de condições que possibilitem a inovação, mediante a construção do conhecimento como instrumento de intervenção competente.

De acordo com o exposto, o meu trabalho é estudo teórico, pois apresenta a reflexão do vivido, interpretado à luz do pensamento de Merleau-Ponty e da compreensão do que seja corporeidade; pode também ser visto como nova alternativa e possibilidade de mudança no *fazer da* enfermagem, e mesmo como contribuição para a descoberta do espaço do corpo e da compreensão dos significados do corpo no mundo da enfermagem.

O presente estudo teórico é de natureza compreensivista e de iluminação *fenomenológico-hermenêutica*. *Fenomenológico*, porque me permitiu perceber e descrever o vivido por mim e com os demais atores (enfermeiras e clientes nas unidades de internação), bem como expressar as minhas crenças e concepções. É *hermenêutico* pela postura interpretativa assumida durante todo o processo. A reflexão hermenêutica permitiu transformar o distante em próximo, o estranho em familiar, mediante o discurso orientado pelo desejo do diálogo com o objeto da

reflexão, para que ele “nos fale”; contribui assim com o aprofundamento da autocompreensão do nosso papel na construção do mundo da vida, no caso específico o mundo da enfermagem (Santos, 1989).

Como enfermeira e educadora, sinto que as reflexões sobre o homem, sobre o seu mundo e sobre as correlações existentes entre estes, bem como sobre os acontecimentos sociais, políticos e filosóficos ajudam na compreensão da nossa existência, da nossa realidade. Essas reflexões não são estáticas; são dinâmicas, fazem parte de nós. essa compreensão processual se fez presente como guia deste estudo, que não foi caminho amorfo, sem vida, mas dinâmico, e que faz parte das minhas emoções, do meu pensar, e passa a adquirir novos significados, uma nova rede de conexões.

CAPÍTULO III

OS SIGNIFICADOS DO CORPO

As diferentes concepções do corpo na história

É de grande importância o conhecimento das diferentes concepções do corpo através dos tempos, uma vez que estas concepções permitem ver que as questões referentes ao homem sempre oscilaram entre dois pólos: *corpo-alma*, ou *corpamente*, ou *homem-mundo*, dicotomias que se fazem presentes desde a Grécia Antiga, quando o homem descentralizou a sua atenção do universo físico para refletir e questionar a realidade que o cercava. As concepções de corpo determinam as ações de enfermagem, bem como de todo o saber e fazer na área da saúde.

Apesar de o corpo ser tema milenar, o nosso conhecimento sobre o corpo e a corporeidade é pequeno e pouco claro na nossa cultura. A concepção predominante de corpo é centrada no reducionismo cartesiano, que vê o homem como duas partes distintas: *corpo-mente*. Esse pensar está diretamente relacionado com a questão do conhecimento humano ligada ao mundo da ciência e da técnica, pensar legitimado pela cultura vigente.

A reflexão sobre o corpo vivente considera aspectos referentes à cultura, à natureza e ao sujeito, atentando para os riscos da postura reducionista; o homem não é tão somente natureza, cultura ou subjetividade. Deve, portanto, ser visto na confluência dessas três dimensões. Tal visão de totalidade permite melhor compreensão da teia que se formou em volta desse conceito ao longo dos tempos.

Refletir sobre corporeidade implica viajar no tempo, ao encontro de grandes temas filosóficos; falar de corpo e de corporeidade implica repensar o projeto antropológico construído pelos gregos, consagrado pelos teólogos medievais, confirmado pelos filósofos modernos e aceito pelos pensadores contemporâneos (Santin, 1994).

Que é *corpo* e o que é corporeidade? Segundo o dicionário etimológico, o termo corporeidade deriva da palavra latina *corporitas* (Cunha 1994). O Novo Dicionário da Língua Portuguesa define corporeidade como “*qualidade do que é corpóreo*”, e *corpóreo* como aquilo que “*é relativo ao corpo*” (Ferreira, 1985).

Para compreendermos o seu significado é imperativo que nos deixemos conduzir pelo conselho de Heidegger: ser necessário ouvir as palavras; elas falam por nós, pois são falantes e exigem a escuta. O *Ser* se mostra na palavra, e a palavra faz do homem o seu intérprete; ela fala no homem, revelando o campo do visível e do invisível, do ordinário e do extraordinário, do efêmero e do permanente. A palavra é o instrumento de expressão da linguagem, e esta, por sua vez, não se reduz ao conjunto de signos. A linguagem é aquilo que caracteriza o homem, o comportamento que se revela, que se anuncia para o mundo (Santin, 1994).

Santin (1994) salienta que, para compreender o que seja corporeidade, devemos assumir a atitude de Foucault, ao proferir a aula inaugural, quando expressou o desejo de se deixar envolver pela palavra, de ser conduzido no discurso e pelo discurso, mais do que falar. Associando o conselho de Heidegger ao desejo de Foucault, é possível retomar a teia de significações que a palavra corpo e corporeidade adquiriram através da história. O termo corporeidade contém em si o discurso, anunciado há milênios, em diferentes línguas, em diferentes culturas e sociedades. Conseqüentemente, o termo já está incorporado ao discurso falante, que precisa ser escutado, a partir do momento em que foi criado o *logos*.

Romero (1993) enfatiza que ao analisar a história do homem, pode-se detectar, no início do *Homo sapiens*, a percepção do homem como ser *uno*, entregue ao mundo; homem e mundo são uma única coisa; mesmo no pensamento mítico, não se observa a dicotomia *homem-natureza*, tudo se relaciona direta e indiretamente à concretude da vida. Na idade clássica, o corpo foi glorificado pelo Estado; ao lado desta glorificação se faz notar a dicotomia corpo alma com Sócrates e Platão. O corpo para Platão era a prisão da alma; nos séculos IV e V a.C, já pode ser vista idéia do corpo instrumento. Com Platão se instaura no pensamento filosófico uma profunda ruptura entre o mundo sensível e o mundo inteligível (Gonçalves, 1994).

Platão advogava ser sábio aquele que conseguia desligar-se do corpóreo. A encarnação era considerada por Platão como a queda da alma; a felicidade do homem residia na libertação da prisão do corpo, pois este contaminava a alma. Foi Platão que introduziu a idéia de ruptura entre o mundo sensível e o inteligível, criando assim dois mundos, o mundo finito e material, e o outro das idéias, eterno e

imutável. O corpo para Platão era o veículo da alma, contendo em si todas as paixões e prazeres que simbolizam o mal. Entre as paixões encontrava-se o medo, a audácia, a cólera e a esperança enganadora (Gonçalves, 1994; Teles 1991).

Com Aristóteles, verifica-se que a *matéria* (corpo) é vista como necessária à *forma* (alma), tanto quanto a *forma* é necessária à *matéria*. A alma era considerada por Aristóteles como o princípio cósmico, e que o homem contém em si *matéria* e *forma*, sendo a forma a força motora, o princípio do movimento. Ele via o homem como ser pensante, racional, que devia conduzir as suas ações pela razão; defendia a educação dos impulsos, afirmando ser ela importante para o desenvolvimento das virtudes, o que é prenúncio de certa preocupação com a disciplina do corpo. Já naquela época se verifica a valorização da vida contemplativa e certo descaso pelo trabalho físico, devido à relação deste com a matéria (Vasquez, 1977).

Com o cristianismo o corpo é elevado à condição especial, pois o homem passa a ser considerado a imagem e semelhança de Deus, aparentemente com direito de escolha segundo o código moral revelado por Deus (os Dez Mandamentos). Santo Agostinho foi marco nesse período; ele via o homem como mistura de duas substâncias, corpo e alma; a alma possuía poder sobre o corpo, animando-o e fazendo-o sensível, como algo interno que regula o agir humano. Com Santo Agostinho surge a idéia de interioridade, de autoconsciência (Ortega y Gasset, 1984; Santo Agostinho, 1987).

São Tomás de Aquino foi outro marco no pensamento cristão; via o homem como unidade formada por corpo e alma: o corpo presente na constituição da

pessoa; a alma como forma do corpo seria entendimento, força vital, princípio de energia e movimento (Marias, 1975).

Observa-se, nesse período, certo paradoxo referente ao corpo, que passa a ser visto como *sagrado* e como *profano*. É *sagrado*, quando diz respeito à Divindade, ao Corpo de Cristo, ao sangue de Cristo, ao Verbo encarnado, ao sangue redentor, ao ventre *sagrado* de Maria durante a gravidez, ao Cristo Ressuscitado; lembra-se ao homem que um dia o seu corpo usufruirá o mesmo privilégio de ascender aos céus com o seu corpo, no Juízo Final.

O *profano* diz respeito ao corpo paixão, ao corpo emoção, à carne, ao sangue repulsivo da menstruação, à "*poluição do parto*", ao corpo feminino considerado perigoso, devido à lembrança de Eva; ou o sêmen, enfim todas as secreções e emoções humanas eram consideradas nefastas, devendo ser disciplinadas para salvaguarda da alma, conforme Rodrigues (1975).

Na Idade Média, mais ou menos até o século X, registra-se certo retrocesso cultural e pouca valorização do corpo; esse período é conhecido como o período das Trevas, época em que o corpo era visto como algo desprezível e vil; tal concepção foi fortemente influenciada pelos dogmas religiosos. O espírito religioso considerava a disciplina como necessária à manutenção da ordem e ao cumprimento dos desígnios de Deus. O desdém pelo corpo, o desprezo pelas coisas materiais, aliado à pouca valorização da ciência, reforçavam a idéia do mundo como algo transitório, como passagem à vida celestial. Vale destacar que a Igreja, nessa época, era detentora ou, mediadora do poder econômico e político, espalhando assim por toda a parte o culto ao divino, o desejo de Deus (Romero, 1993).

Conforme pode ser visto, a concepção de corpo na Idade Média está estritamente ligada à idéia de carne, de fragilidade, ao mundo das paixões, do pecado. Em virtude dessa concepção de pecado, era comum submeter o corpo aos suplícios, à penitência dos jejuns, à tortura dos flagelos físicos, a trancafiá-lo atrás dos muros dos conventos. Havia a crença de que, para alcançar a salvação da alma, era necessário ao homem desligar-se dos bens materiais, transcender as coisas mundanas (Marias, 1975; Gonçalves, 1994).

Pode-se registrar que o corpo, no âmbito religioso, ocupa lugar de subordinação, sendo alvo de punição, de regulação. Essa subordinação do corpo ao espírito o inferioriza, pois passa a ser visto como a prisão da alma e o responsável pelas faltas cometidas.

Nos séculos XV e XVI, na Idade Moderna, ainda se fazia notar a forte influência da Idade Média; contudo, no mundo das artes, observa-se um movimento que valorizava as formas corporais, o indivíduo e a razão; passava o homem a ser visto como ser da razão, com poder para subjugar a natureza e transformar o mundo conforme os seus interesses. Tem-se, nesse período, o surgimento do empirismo, a concepção do corpo como instrumento do espírito, que deveria ser forte e hígido para cumprir o seu papel (Moreno, 1977).

No século XVI e XVII, com a corrente racionalista, que tem como principal representante Descartes, o homem passa a ser apenas *cogito*, com o que se reitera e fortalece a dicotomia entre o mundo espiritual e o material, tomando esses dois mundos irreconciliáveis. A mente para Descartes era o centro do homem, ser pensante; foi a época do predomínio da razão. Conforme o racionalismo existem no

homem a *res cogitans* e a *res extensa*, sendo o corpo o *espaço cheio*, a coisa *extensa*.

O iluminismo, no século XVIII, sente forte influência da corrente racionalista e se caracteriza pela aceitação da tradição religiosa e da autoridade. Suchodolski (1977) salienta que, durante esse período, se inicia a abertura para a compreensão do homem como sujeito, criador da sua história. É nesse século que emerge o materialismo com La Mettrie, o naturalismo com Buffon e o sensismo com Condillac (Agazzi, 1977). Essas correntes filosóficas brotaram do empirismo e tentavam explicar o conhecimento e a atividade anímica pelas sensações, concebiam o espírito como resultante da atividade cerebral, e o corpo desprovido da alma; as ações desta eram resultantes de sensações organizadas (Gonçalves, 1994; Nunes, 1991).

Rousseau constitui baliza dessa época, com a concepção de homem como ser corpóreo, com as suas paixões, com os seus sentimentos e necessidades, como ser histórico, com capacidade de escolha. Esse pensador considerava que existir era igual a sentir, pois a sensibilidade antecedia a inteligência humana. Ele considerava a sociedade fria e injusta, resultante do poder, do livre arbítrio humano. Para mudar a realidade seria necessário ao homem recuperar os sentimentos puros que possuía antes do convívio social; acentuava ser necessário ao homem superar o sentimento de independência e se tornar *ser comunitário*. Salientava ainda que seria mediante a educação que o homem poderia vivenciar esse processo (Rousseau 1979; 1988). Segundo Gonçalves (1994), o corpo para Rousseau é o componente, desde sempre integrado ao homem, origem do sentimento e pelo qual expressa a sua espiritualidade.

No século XIX, o pensamento marxista rompe com o idealismo hegeliano; vê o homem como consciência histórica inserta no corpo, explicada pelas contradições da vida material; o homem é ser que se constrói historicamente, tendo a sua inserção na práxis humana; podendo ser explicado segundo as relações determinadas pelos modos de produção e das relações sociais, que condicionam o seu modo de ser e de agir. A essência do homem para o marxismo não é abstração inerente a cada indivíduo, e só pode ser interpretada historicamente. O homem é ser essencialmente ativo, cria a sua realidade, material e social, na qual se insere, ao mesmo tempo que essa realidade age sobre ele e constitui a essência histórica (Marx, 1982; 1983).

A Fenomenologia e o existencialismo surgem em oposição ao pensamento de Descartes, ao positivismo, ao psicologismo; contudo, entre os fenomenólogos, é com Merleau-Ponty que se abre nova discussão, que se dá novo direcionamento à compreensão do homem. Percebe-se no seu pensamento o novo significado do mundo das sensações, a ruptura total com o cartesianismo, uma melhor explicação da totalidade *corpo-alma* e a compreensão do que seja corporeidade. Vê o homem na sua integridade, nem corpo nem espírito, nem sujeito, nem objeto. O homem para Merleau-Ponty é ambigüidade, é corpo e é espírito, é sujeito e objeto, interioridade e exterioridade, natureza e cultura. A sua visão de corpo leva em consideração dados provenientes da biologia, da neuropsiquiatria e da história, passando o corpo a expressar a existência total da pessoa (Gonçalves, 1994; Merleau-Ponty, 1971).

Merleau-Ponty (1971) define o corpo como espaço expressivo, conjunto de significações vividas, não objeto entre os demais; é sensível a tudo, ressoa para todos os sons, vibra com todas as cores, dando às palavras e aos gestos uma

significação especial. Enfatiza que não temos corpo, mas somos corpo; ele é o nosso meio geral de ter *mundo*. O acesso do corpo ao *mundo* se dá graças à percepção, o que se dá pelo olhar, pelos ouvidos, pelo toque, pelo olfato, por tudo o que nos relaciona com o mundo; é na consciência perceptiva que a relação homem-mundo tem sentido. O corpo, segundo o filósofo francês, difere dos demais objetos que o circundam, pois é capaz de ver, de sofrer, de pensar, de expressar e de usar a linguagem para comunicar-se com o outro e com o mundo, de estar com eles e não apenas ao lado deles (Merleau-Ponty 1971; 1984).

O corpo é a dialética do vivente e do seu meio biológico, do sujeito e do seu grupo; é conjunto de caminhos já traçados, de poderes já constituídos; é o solo dialético adquirido, e a alma é o sentido que então se estabelece (Merleau-Ponty, 1971; 1984) .

O corpo foi e é visto de várias formas através dos tempos e em cada sociedade, consoante as exigências culturais, como objeto de diferentes cuidados e controles. O corpo de cada indivíduo contém em si tudo aquilo que encerra o seu grupo, as suas representações, a sua história, as suas crenças e sentimentos que, por sua vez, expressam a sua origem social.

Verifica-se que a cultura dá sentido ao mundo e ao corpo vivido; cria contornos, estabelece limites. Ao obter a sua identidade e manter o seu domínio, ela age sobre o corpo, impondo-lhe normas, punições e recompensas, para que possa viver no social (Rodrigues, 1975). Essas regras, muitas vezes, violentam o corpo, principalmente no processo educativo, quando se modela o corpo conforme os interesses vigentes, fato este reiterado na seguinte fala: ***“tenho inscrito no meu***

corpo a cosmologia da própria sociedade'.(Da Matta citado por Medina 1987, p.65). Tal comportamento tem sentido no social, que determina normas de proceder quanto ao corpo, desde a sua concepção até a morte.

O corpo não pode ser analisado dissociadamente da cultura; esta determina os atributos que devem figurar nele, tanto do ponto de vista moral quanto intelectual. Além de dar atributos, a cultura cria e seleciona valores; indica quais devem ser exaltados ou reprimidos, determinando como proceder. Para averiguarmos esse fato, basta atentarmos para o nosso corpo, para o nosso agir, para detectarmos o quanto a família, a religião, a profissão intervêm no nosso viver, no nosso estar no mundo(Rodrigues, 1975).

O corpo é sistema simbólico, para o qual a cultura serve de moldura: envolve-o, secciona-o, adjectiva-o; determina as diferenças que constituirão o sentido do corpo no mundo, no contexto social no qual se insere. As relações homem-mundo obedecem ao ritmo sintonizado da cultura, ritmo introjetado no corpo que, por sua vez, o projeta sobre o mundo para ser apreendido por outros corpos e representado nas suas mentes.

Devo enfatizar, ainda, a concepção de corpo como substância material ,totalidade físico-química; como organismo totalidade biológica; e o corpo vivente, totalidade intencional, conforme Vaz (1991). Como corpo vivente, ele é assumido na auto-expressão do sujeito, enquanto, nas duas primeiras conotações, é simplesmente corpo biológico, corpo animal, que é superado pelo homem na qualidade de corpo vivente.

A corporeidade pode ser compreendida, segundo Santin (1990), por três atitudes diacrônicas, a saber: *atitude ontológica*, *epistemológica* e *fenomenológica*. A *atitude ontológica* define corporeidade como natureza ou essência de ser corpóreo. A *atitude epistemológica* resulta da filosofia clássica grega e da filosofia antiga; pretende assegurar um conhecimento, partindo da situação concreta do corpo enquanto organismo vivo. Pode-se concluir, nessa concepção, que corporeidade é processo franco e contínuo de organização, de mutação, conforme a dinâmica evolucionista. A terceira atitude é a *fenomenológica*, que não visa a garantir as teses ontológicas, tampouco a construir uma epistemologia e, sim, a descrever as imagens diacrônicas da corporeidade.

O importante não é definir a corporeidade ou definir o que seja corpo, mas apreender as diferentes corporeidades que inspiram e determinam o tratamento do corpo humano, aceitas pelas diversas culturas, em diferentes épocas. É necessário compreender o corpo com todo o seu simbolismo, para que a enfermagem possa não apenas explicá-lo, mas compreendê-lo. O meu corpo é a minha janela para o mundo, através da qual vejo e interajo com o mundo; ele é, também, objeto do mundo, que tece os fios intencionais com ele e que me revela como percebo e sou percebido (Merleau-Ponty, 1971; 1975).

O corpo deve ser assumido como corporeidade, como forma de manifestação gestual, que expressa o discurso e, conseqüentemente, a comunicação humana. Pela linguagem o corpo se abre para nova forma de ser; torna-se corporeidade pelo outro que o percebe; passa a exigir a presença do outro: é a linguagem que efetiva tal apreensão em todo o seu simbolismo. Isso me leva a inferir que não se pode

compreender o gesto do outro, a não ser pela comunicação existente entre mim e ele, e esta se baseia nos significados comuns, presentes no vivido de cada um; evidencia-se, assim, que é na corporeidade que se compreende o outro e se percebem as coisas. Os meus significados e os significados do outro, que também é corpo, estão contidos na fenomenologia do meu corpo; ele é o centro do mundo, no qual me insiro em contínuo processo de troca de informações.

Retomando a questão cultural, destaco que todas as explicações dadas durante estes séculos testemunham mudanças da concepção sobre os papéis da mente e do corpo. Tais mudanças são consideradas como sinais de reorientações culturais amplas, bem como da interpretação de situações específicas.

Porter (1992) enfatiza a importância de pontuarmos as várias concepções de corpo; destaca a questão do policiamento do corpo, presente desde os primórdios, principalmente com o cristianismo, que vê o corpo como símbolo do excesso; por isso é alvo da disciplina, do controle do Estado, da família, da religião e da educação.

Foucault (1987; 1992) denuncia a exploração do corpo em nome da disciplina, nas rotinas das fábricas, no atendimento médico, nos espetáculos militares, afirmando que essa exploração se faz desde a infância com o treinamento esfínteriano feito pela família e pela escola; passa o controle, posteriormente, para o interior das fábricas, dos quartéis, das escolas e alhures. Enfatiza, ainda, que o Estado investe na disciplina para obter a subserviência e a docilidade dos cidadãos por meio de seus corpos.

Foucault (1992) registra a docilidade dos corpos, nos quais estão tatuados o poder do Estado. Esse corpo disciplinado, modelado, submisso e controlado técnica

e politicamente, foi objeto de denúncia e objeto de estudos; na atualidade vemos corpos que recebem com naturalidade a disciplina, os controles do seu tempo, do seu espaço e do seu movimento, por acreditarem que é o melhor para eles. (Moreira, 1995; Loyola, 1987),

A ciência médica é vista por Foucault (1992) como conexão fundamental do saber, entre a disciplina dos corpos individuais, efetuada pelos profissionais de saúde, e a regulação das populações. Essa sociedade disciplinada compreende o controle das pessoas pela medicalização dos corpos, que ficam simultaneamente sob a ótica do Estado, da religião e da família.

No final do século XVIII, início do século XIX, na Idade Contemporânea, o corpo supliciado e esquartejado deixa de existir; contudo não se extinguem as punições e o domínio sobre o corpo. Foucault (1987) enfatiza que o corpo deixa de ser alvo de suplícios para ser colocado em sistema de coação, de privação e de confinamento, acarretando ao homem perda de bens ou de direitos; traz em si aspectos punitivos como redução alimentar, privação sexual, exploração física e outras. As privações, as punições atuais, conforme o autor, não afetam apenas o corpo mas a vida. Os métodos punitivos evidenciam a política, os processos de poder e as relações deste com o corpo mediante a disciplina

A disciplina, como anatomia da política do detalhe, se preocupa com as questões referentes à distribuição dos indivíduos no espaço, o que é fácil de ser observado nas instituições hospitalares com a divisão dos clientes em enfermarias, em leitos, em alas, conforme o diagnóstico e o seguro de saúde, a prescrição de procedimentos com aprazamentos rígidos e indiscutíveis, como horário de

higienização, de visitas: posturas, gestos, comportamentos, nada escapa à política do detalhe conhecida no hospital como rotina ou normas de serviço.

De acordo com Foucault (1987), a disciplina é resultante do trabalho sobre o corpo, de calculada manipulação dos seus gestos e comportamentos; dissocia-se o poder do corpo, transformando-o em aptidão, em capacidade que se busca ampliar; inverte-se, por sua vez, a energia, a força, a potência e com elas se monta certa relação de sujeição. O autor destaca que, assim como a exploração econômica separa a força de trabalho do seu produto, a disciplina cria o elo coercitivo entre a aptidão aumentada e a dominação acentuada.

A corporeidade é vivida no encontro intencional enfermeira-cliente, pois ela é condição humana, modo de ser. A corporeidade nos faz refutar a idéia de corpo passivo, de corpo físico-químico, a visão da doença como algo apenas inerente ao campo das ciências naturais, abolir a condução de prática norteada somente por sinais, por sintomas, por padrões e normas. Faz-nos refletir sobre a necessidade de humanizar o nosso mundo, o nosso fazer; a espiritualização começa no corpo vivente, na sua história. A corporeidade caracteriza o humano na existência; não significa apenas o relacionamento com o outro, que é também corpo vivente, mas também com o mundo, ou seja, *eu—mundo* e *eu-outro*, ou melhor, *o ser com o outro e com mundo*.

Verifica-se que a extensão do corpo do enfermeiro se estende ao mundo, representado pelo contexto em que desenvolve as suas práticas ou relacionado com este, e invade o outro como também é invadido por ele (mundo da enfermeira e do cliente). Tal corpo é palco dos interesses sociopolíticos e ideológicos, que

determinam todo o saber e todo o fazer na saúde. Assim, faz-se necessário diferenciar e descrever a corporeidade presente nas situações de enfermagem no seu processo e na sua manifestação. Sinto necessidade de enfatizar que, com o conceito de carne, de corporeidade ou corpo, não nego nem reduzo as dimensões do homem, mas antes proponho uma alternativa de cuidá-lo na sua totalidade.

O corpo falante no mundo da saúde

Apreender o significado do corpo no mundo da saúde implica estabelecer relações entre os pólos do sujeito, da natureza e da cultura, visto que o homem é fruto destes três pólos; sofre influência do mundo dos valores, das crenças, do mundo político, do mundo socio-econômico e cultural. A apreensão dos significados do corpo no mundo da saúde exige uma viagem no tempo, para entendermos a história do homem e, com esta, as interpretações pertinentes ao corpo. A compreensão dos conceitos saúde e doença, do *sagrado* e do *profano* são de vital importância para a compreensão dos significados do corpo na saúde.

Observa-se em todas as sociedades a idéia da doença ligada a algum deus que pune, relacionada ao pecado, à ação de algum anjo exterminador, ou à ação de demônios, ou à necessidade para a nossa purificação espiritual e cumprimento “karmático” (Berlingüer, 1988). Tal visão denota a saúde como algo sagrado, e a doença como algo sujo, pecaminoso, que afeta o corpo na sua purificação; e isso fez-se presente, em trabalho realizado por Polak (1995), com a população adulta de uma cidade da região sul no qual as pessoas descreveram a doença como:

“Um castigo de Deus, algo ruim que só nos prejudica.”(J.R)

“É necessária para crescermos espiritualmente” (M. K.)

“É a vontade de Deus “.(W N..)

“É algo que está escrito, você tem que passar; é Ele quem sabe e determina o quanto mereço sofrer”.(Z. T)

Essas percepções reiteram a visão do hospital e das instituições de saúde como locais de purificação, onde o corpo se restabelece; é o templo sagrado da saúde, no qual os profissionais de saúde são sacerdotes, ou sacerdotisas, filhos de Asclépio, o deus da cura, irmãos de *Panakéia*, (“panacéia”), deusa das plantas e das ervas, dos derivados da terra, ou de *Hygieia*, deusa que zela pela manutenção da saúde, deusa da sabedoria, a apregoar que as pessoas saudáveis eram aquelas que viviam sabiamente (Capra, 1982).

A saúde e a doença não estão presentes de forma igual em todas as culturas, entre os corpos vivos e as classes sociais (Helman, 1994). Observa-se que alguns corpos contêm em si, desde o nascimento, uma como enciclopédia viva de doenças, que reclama estudo não apenas do ponto de vista do “*páthos*”, ou seja do sofrimento, da patologia, como também deve ser considerado o ponto de vista histórico e social (Capra,1982; Berlinguer, 1988).

Saliento que a compreensão da doença depende da ótica do observador: os familiares, o corpo doente, os seus amigos, cada um percebe a doença de diferente forma. O mesmo ocorre em relação à finalidade da sua avaliação, para admissão em novo emprego, para aposentadoria por invalidez ou por simples controle. No fenômeno doença existem três componentes que são interligados.

“(...) o fato objetivo, corporal, facilmente observado; o maior ou menor conhecimento do mal; uma idéia e uma medida, derivadas dos conhecimentos dos prejuízos e dos interesses da época” (Berlingüer, 1988, p. 20).

Vê-se que é difícil assegurar quando o corpo está sadio ou doente, pois há toda uma rede de conexões que perpassam o processo avaliativo da doença. Pode-se observar a relação do corpo com a doença em quatro fases distintas: a primeira corresponde à divinização da doença; a segunda à observação das relações existentes entre a doença e a natureza; a terceira à realização de exames anatomopatológicos e laboratoriais; e a quarta, aos procedimentos preventivos e aos diagnósticos, geralmente associados com a alta tecnologia (Berlingüer, 1988).

Verifica-se que a preocupação com a compreensão do corpo doente e da doença se faz presente desde o homem primitivo. As doenças eram vistas como resultantes da ausência de algum princípio vital; em outros momentos, como coisa nefasta, resultante de algo impuro e perverso (Berlinguer, 1988). Nos dias atuais, é vista como resultante de processos autodestrutivos, de estilos de vida insalubres, de agentes externos ao organismo, como tristeza, dependência e dos sentimentos oriundos deles mesmos (Polak, 1995).

Alameão, na Grécia Antiga, no século VI a.C, lançava mão de elementos da natureza para discursar sobre alterações vividas pelo corpo, explicando-as como desarmonia entre as forças naturais: úmido-seco, quente-frio, amargo-doce.. Hipócrates, conforme Berlinguer (1998, p. 12) aprofundou a questão, afirmando o seguinte:

“(...) o estudo das doenças deve estar relacionado com tudo o que existe de comum e individual na natureza humana: na doença, no doente, na dieta e em quem a prescreve ... ; nos costumes de um povo, nos fenômenos celestiais, nas profissões, na idade de cada um, no silêncio e nas falas (Berlinguer, 1988, p 12).

O bom funcionamento do corpo está associado à natureza como se pode verificar na teoria hipocrática, que considerava o corpo composto por quatro líquidos ou humores: a bile amarela, a bile preta, o sangue e a fleuma. Havia doença quando existia alteração no nível humoral (Helman, 1994). Segundo Helman (1994), a teoria humoral é aceita na América Latina como a teoria das doenças “quentes e frias”; o frio e o quente são termos usados simbolicamente; correspondem ao poder contido na alimentação, nas ervas e nos remédios, e não se referem à temperatura do corpo. A menstruação, nessa cultura, é considerada doença “quente;” algumas frutas são proibidas para as mulheres nesse estado, porque são frias e podem coagular o sangue menstrual. O excesso de fleuma está associado às doenças frias; o excesso de bile amarela é responsável pelo temperamento colérico, enquanto a bile preta, pela melancolia.

Para a concepção de saúde como resultante do equilíbrio harmônico entre os dois elementos cósmicos *yang* - quente, seco e masculino, e o *yin* -considerado como escuro, úmido e feminino, a doença é resultante do desequilíbrio entre esses dois princípios (Helman, 1994; Capra, 1982).

Essas concepções ressaltam o corpo-natureza; estão presentes também nas terminologias, usadas no contexto da saúde, com referência às descrições das dietas, da temperatura, do tipo de dor e das eliminações, como: *frio, quente; úmido,*

seco, viscoso, fresco, queimação, ardente e outras. Os aspectos naturais estão relacionados com o meio ambiente, principalmente os aspectos que se reportam às condições climáticas, tais como frio, calor, chuva e seca, sem excluir a influência dos astros sobre o corpo, que podem acarretar doenças (Boltanski, 1989).

Apesar de estarmos tão distantes do período hipocrático, as suas colocações são aceitas nos dias atuais, devido à pertinência delas. No século XVII, houve grande progresso no conhecimento do que seja saudável ou doente. É que o corpo, em todas as sociedades, foi e é considerado como tabernáculo. Os avanços tecnológicos no ramo das ciências biológicas se sucederam: a criação da anatomia patológica com Giambattista, que demonstrou a correspondência entre os sintomas e as lesões dos órgãos; o advento da fisiopatologia com Claude Bernard, que mostrou não depender o conjunto das funções fisiológicas apenas das leis físicas ou químicas, mas das suas próprias leis; no final do século XIX, o aperfeiçoamento dos instrumentos de diagnóstico auxiliou na explicação dos mecanismos de transmissão e nas medidas preventivas de certas doenças. No século XX, retoma-se o conceito de “meio interno” com o conceito de homeostasia, que corrobora a concepção da necessidade de equilíbrio dos mecanismos reguladores do equilíbrio fisiológico diante dos agentes modificadores (Berlinguer, 1988).

Na atualidade, verifica-se a tendência em simplificar a relação entre o normal e o patológico e, ainda, a utopia no que se refere à crença de que todas as doenças podem ser conhecidas mediante a tecnologia de ponta e tratadas pela farmacodinâmica. Este pensar desconsidera a complexa rede que permeia a existência humana, e que afeta o processo de ser saudável e nos mostra a

aderência, a interrelação existente entre saúde e doença, para reiterar que saúde e doença fazem parte do mesmo processo (Capra, 1982).

Como componentes dessa rede, podem-se enumerar as questões referentes à educação, ao contexto do trabalho e da família, a alimentação, o desamor, a solidão, as condições ambientais e o estilo de vida. Essas questões exigem um novo olhar, novas metodologias e pedagogias, que preconizam, por sua vez, novas terapias, e novo olhar para o corpo adoecido.

A observação da doença no corpo é ponto de ligação da história desse sofrer e dessa dor com o olhar do outro corpo, que a está percebendo; não pode ser sentida apenas do ponto vista biológico; essa visão é resultante do pensamento cartesiano, que dicotomiza e reduz o corpo a mero objeto, submisso à mente e aos ditames do espírito.

As práticas primitivas de cuidar do corpo doente tornaram-se conhecidas por meio dos papiros, nas paredes das grutas, em gravações das ruínas, dos aquedutos, nos livros religiosos, políticos e nos tratados médicos (Paixão, 1993). De acordo com a autora, os livros sagrados continham descrições de doenças, de técnicas cirúrgicas e de drogas medicamentosas. O manuscrito de Imhotep, segundo Paixão, (1993) é um dos mais antigos e o primeiro a tecer comentários acerca do controle do cérebro sobre o organismo.

O budismo na Índia ajudou no fomento das práticas médicas, introduzindo os ensinamentos de solidariedade e bondade com o corpo doente. Na sociedade indiana, desenvolveu-se o conhecimento músculo-esquelético e a concepção do coração como o centro da vida. O corpo doente era tratado com banhos e sangrias,

com dietas e plantas medicinais. A religião determinava todos os procedimentos voltados para a purificação e recuperação do corpo.

Na antigüidade, a preocupação com o confinamento dos corpos adoecidos teve grande aceitação na Índia; nesse país, a construção de hospitais conheceu notável incremento. Os aspectos de promoção e prevenção da saúde eram muito considerados entre os indianos, o que é constatado pela presença de músicos e contadores de histórias para o lazer dos doentes; as recomendações de banho ao levantar-se, da limpeza dos dentes, dos olhos, o uso de roupas limpas e a adoração dos deuses se faziam presentes nos livros sagrados (Paixão, 1993).

No Antigo Testamento, há registros da preocupação do povo hebreu com cuidados profiláticos e com a cura dos males que afligiam o corpo, principalmente a lepra, para a qual se recomendava drástico isolamento. Moisés foi considerado grande sanitarista por transmitir ao seu povo não apenas ensinamentos religiosos, mas também profiláticos, em particular os referentes às doenças de pele.

O Código de Hamurabi, na Babilônia, o livro médico do Imperador chinês Kwang-Ti, dentre outros registros antigos, abordam o uso das plantas medicinais, de aplicações frias nos traumatismos músculo-esqueléticos, o uso do ferro para anemias e do ópio para alívio das dores (Paixão, 1993).

A concepção antiga do corpo, como objeto, algo nocivo, veículo e instrumento da alma, do qual esta precisa libertar-se, coteja com a concepção da doença-castigo, produto da "ira" ou "alerta" dos deuses, por causa de determinado comportamento. A doença é considerada como punição, motivo de confinamento do corpo, mesmo contra a sua vontade, como ocorre com corpos portadores de doenças psiquiátricas,

de doenças infectocontagiosas; algumas estigmatizam o corpo que habitam, como o câncer, a síndrome de imunodeficiência; esse estigma é criado no social e pelo social.

O pensamento racionalista compreende as alterações de saúde como decorrentes de alterações anatomofisiológicas, que podem ser demonstradas objetivamente, mensuradas e devidamente explicadas. É modelo centrado na doença e não no corpo doente, que considera pouco expressivos os aspectos relacionados com as crenças e com a condição sócio-econômica no diagnóstico e tratamento das doenças. O corpo vivente, nesse contexto, desaparece, dando lugar apenas às alterações físicas; reduz-se o corpo à matéria orgânica, explicada pelos parâmetros fisiológicos.

A dicotomia corpo-mente e corpo-espírito, reiterada pelo pensamento racionalista, determina como é visto e tratado o corpo na modernidade e na idade contemporânea no contexto da saúde: o corpo é tomado como máquina que deve ser revisada, ter as suas peças trocadas, para que se restaure o bom funcionamento, ou o retorno eficaz ao mundo de produção e consumo. É visão mecanicista, regida pela ciência e pela tecnologia cruenta, invasiva que, muitas vezes, em nome da recuperação do corpo doente, se arroga haver resgatado o corpo do amplexo da religião e jogá-lo nos braços da ciência, em prol da tecnologia, causa-lhe prejuízo certo na clave do ético e do especificamente humano.

O cuidado da mente, dissociado do corpo, também merece registro. A mente humana passa com Freud a ser objeto de estudo; o corpo, nessa concepção, é secundário e considerado como o guardião da mente; ela, por sua vez, é

considerada superior ao corpo. Há a visão do corpo passivo, do corpo objeto, que deve ser domesticado, para que possa ser útil e obediente ao sistema.

O corpo é reduzido a campo de energia na forma de desejo, movido por impulsos, por necessidades e instintos. O pensamento freudiano reitera o dualismo cartesiano na filosofia contemporânea (Schilder, 1994).

O corpo, no setor saúde, é cuidado conforme o modelo médico; é alvo de interesse da religião, da família e do Estado; foco de atenção e de crenças que regulam o seu comportamento e a sua forma de existir no mundo. Isso é o expresso por Helman (p. 30, 1994)

“(...).é no contexto sociocultural que aprendemos a diferenciar, a classificar o corpo ‘jovem ou idoso’, o corpo saudável ou doente, e a perceber que o nosso corpo é dividido pela cultura em partes “públicas” e outras “privadas” , a perceber que temos um “corpo individual” e outro “social”, disciplinado pelo Estado, ou seja, pelo “corpo político,”

que determina como vestir-se e alimentar-se e como comportar-se em face das questões de saúde e doença.

Verifica-se ainda outro olhar, que vê o corpo “interno” e o “externo”, compartimentalizado em dois invólucros, um externo e outro interno; o externo é o protetor das partes nobres e vitais, sujeito às condições insalubres do ambiente físico e aos traumas externos. A estrutura interna contém em si certa magia, certo mistério; é alvo das dissecações, das punções e das interpretações dos componentes da

equipe de saúde, mediante a interpretação dos sintomas, dos exames bioquímicos e especializados como a ressonância magnética e a tomografia (Helman, 1994).

O corpo, por outra, é vítima de “mau olhado, de bruxarias, que são responsáveis por alterações de saúde, o que justifica a presença do feiticeiro e da benzedeira, mesmo na sociedade atual. Eles possuem o poder de manipular e modificar as ocorrências naturais e sobrenaturais (Helman, 1994).

As práticas de saúde são desenvolvidas em vários cenários, mas neste estudo a ênfase maior foi dada ao hospital, em virtude de ser ele a principal estrutura científica de saúde, no modelo vigente. O hospital possui a sua própria cultura, na qual os clientes formam comunidades transitórias de sofrimento, de solidariedade, de exclusão e isolamento..

Ressalte-se que, no contexto hospitalar, se convive com corpos portadores de algumas enfermidades e afecções até iatrogênicas, corpos que expressam em si os dilemas dos controles sociais, a regulação institucional das suas corporeidades.

O hospital é instituição de vigilância e inspeção, exigência da sociedade que não deseja cuidar, manipular secreções, conviver com odores e dores dos corpos dos seus familiares; delega esta responsabilidade a outros, que detêm saber e poder sobre a doença legitimados pela cultura (Foucault, 1987).

No cenário hospitalar, os procedimentos, os rituais presentes no processo de trabalho, na esfera assistencial, não são neutros, como não são os atos humanos; eles contêm em si questões morais, políticas e sociais do momento. Mesmo as terapias preventivas, como a prescrição de exercícios, de dietas ricas em fibras, em vitaminas e isentas de lípidos, não visam apenas à longevidade, à saúde, mas ao

corpo produtivo e à estabilidade do corpo político. Todas as práticas institucionalizadas são vetores do poder, tecnologias do poder sobre o corpo o que é chamado por Foucault (1987) de *tecnologia da alma*, da qual médicos, enfermeiras e nutricionista constituem instrumentos.

Esse corpo doente e desarmonizado se submete aos ritos, como foco e motivo da existência dos rituais. Na medicina da modernidade, o corpo é visto e tratado aos pedaços, para justificar a necessidade das especializações; é o lugar para onde convergem todas as forças do poder, e o local de aplicação de todos os procedimentos tecnológicos. O corpo é percebido como mercadoria, alvo do interesse da indústria de equipamentos, farmacêutica, funerária e outras.

Os procedimentos cruentos do hospital fazem parte do ritual litúrgico da recuperação; o corpo é submetido a trações, os ossos fixados com pinos, as vísceras, os músculos, os tendões suturados com fios de diferentes tipos de absorção. O corpo é privado de alimentos e de água, privado do paladar, nutrido por vias artificiais, com nutrientes oriundos da alta tecnologia, que promovem crescimento e desenvolvimento. Vê-se o corpo submetido a observações, a mensurações, em vista do controle das suas funções, da correção de distúrbios que possam dificultar o processo de recuperação; corpo vestido ou desnudo, mobilizado, massageado, oxigenado, com orifícios lubrificados; corpo sujeito às regras do poder e do saber aceitas pela maioria sem contestação e, muitas vezes, vítimas de desmandos (Foucault, 1987).

Observa-se a luta silenciosa contra a política de saúde injusta, cujos programas são feitos para beneficiar os que os financiam, o que é facilmente

constatado pelo alto preço dos procedimentos e das unidades sofisticadas de internação; faltam leitos e equipamentos para os corpos menos privilegiados economicamente; há os baixos salários e a alienação dos profissionais de saúde, que desconhecem o quanto vale a sua força de trabalho e desenvolvem mecanicamente as suas ações profissionais.

Os clientes, no contexto da saúde, são classificados segundo a hierarquia de doenças, conforme o código existente na tabela dos seguros de saúde, que surgem, neste século, com poder imensurável; o cliente além de pagar regularmente as suas mensalidades, quando apresenta alguma alteração na sua saúde ou necessita de procedimento, tem de passar por duas avaliações, a do médico e a do auditor do seguro, que também é médico. Assim, vive-se no império dos controles, da impessoalidade e das avaliações, que sacrificam cada vez mais o corpo do usuário do sistema de saúde, em nome do bem-estar do sistema de saúde.

O cliente no contexto hospitalar é visto como ser passivo; tendo sua identidade diluída ou pouco considerada, de conformidade com o seu seguro social, passa a ser conhecido por um número, como o paciente da ala azul, ou o paciente do seguro tal; ou passa a ser conhecido, segundo o diagnóstico, como o canceroso, o gotoso, o comatoso.

Essa classificação faz parte da disciplina e do controle, que são constituintes da política do detalhe, presente na instituição hospitalar (Foucault, 1992). Essa política é expressa por toda uma teia coercitiva, existente no contexto da enfermagem, por meio das questões referentes à frequência, à assiduidade, à forma como se desenvolvem as ações de saúde e de enfermagem. Além disso, há o

controle da postura adotada pela equipe ao relacionar-se entre os seus pares, com o cliente e com os familiares, postura reforçada pelas vestimentas e pela terminologia.

São observadas as reprovações sutis, como as relacionadas à forma de vestir, de sentar, à forma como os profissionais se aproximam do cliente ou da equipe. Há exigência de aparência saudável, alegre, desconsiderando-se que os componentes da equipe de saúde são sujeitos e não máquinas programadas; não que o mau humor e agressividade sejam justificáveis, mas pela convicção de que o seu humor varia como o dos demais corpos viventes.

A questão do poder e da disciplina nos leva a perceber o quanto o corpo se submete às regras do saber científico e tecnológico, condicionando-se a obedecer a esse tipo de saber e de fazer. A obediência é expressa quando o cliente se entrega, aparentemente com simplicidade, aos procedimentos cruentos ou incruentos e aceita o que lhe é imposto, e se adapta aos modelos oficializados, por considerá-los verdadeiros

Devo enfatizar que é em nome dessas *verdades*, que a enfermagem, possuidora de saber e de poder, presta cuidados aos corpos viventes, que se submetem a tratamentos, dentro de um cenário frio e totalmente diferente do seu ambiente anterior, ambiente onde a luz, os cheiros, as cores, as faces que o cercam, são totalmente estranhos. Para reiterar todo esse clima angustiante, até a linguagem difere e o faz sentir-se cada vez mais estranho; no entanto, ironicamente, aceita com aparente resignação a nova situação, pois é isto que a sociedade lhe oferece, e o sistema reitera que é bom.

Ao desenvolver os procedimentos técnicos, ao prestar cuidados conforme a concepção vigente, a enfermeira impede a sua criatividade, cerceia inconscientemente o desejo de o cliente participar no cuidado, não o considera enquanto corporeidade; leva à insatisfação, tão frequente na enfermagem quanto no seu saber fazer.

Ao se pensar a questão da corporeidade, deve-se atentar para todos os aspectos que envolvem o cliente durante a hospitalização, iniciando por ele mesmo, pelos móveis existentes nas enfermarias, ou nos apartamentos hospitalares, no número dado ao cliente ao ser hospitalizado, na retirada dos seus pertences, no leito que lhe é destinado, no direito de escolha que lhe é agressivamente negado. O cliente perde todo o controle sobre os seus atos, como também do uso do seu tempo. A hospitalização acarreta também a perda da privacidade; o seu convívio passa a ser com pessoas estranhas; vê-se afastado dos seus *significantes*; submete-se às regras da instituição, que dizem visar unicamente ao seu bem-estar. Os controles, as ações disciplinadoras controlam, diferenciam, homogeneizam, excluem e normatizam (Foucault, 1994; 1992).

Sublinhe-se que, no contexto da saúde, tanto o corpo da enfermeira como o do cliente e o da equipe de saúde estão sujeitos à política do poder, que cerceia subliminarmente o seu agir, o seu pensar, e os leva a aceitar, sem refletir e sem criticar, tudo o que o social ou a cultura lhes impõem, fazendo crescer, juntamente com a docilidade, a utilidade do corpo enfermeira e do corpo cliente (Foucault, 1987).

O fazer da enfermagem, nesse modelo, é fazer justaposto; não há consciência por parte de toda a equipe de enfermagem da teia de poder que permeia todas as

dimensões das suas práticas, o que interfere no seu planeamento e na qualidade da assistência prestada. O poder político leva a enfermagem ao desenvolvimento de ações para o outro e não com o outro e a distanciar-se dele; não lhe permite perceber ou escutar as suas reais necessidades; a enfermeira obriga-se a prescrever conforme as determinações médicas, a desenvolver ações complementares e fracionadas.

A concepção de corpo, vigente no âmbito da saúde, como foi visto, reitera a dicotomia corpo-mente ou corpo-alma; leva ao agir norteado apenas pela ciência e pela tecnologia; não valoriza o corpo nem os profissionais de saúde, enquanto corpos viventes, com a sua história, com os seus direitos de participação e de escolha; não considera o humano nas suas relações com o outro, com o mundo e consigo próprio

O corpo fala

Vimos as diversas concepções do corpo, consoante a minha interpretação do vivido no mundo da saúde, da minha interpretação e compreensão dos discursos de filósofos, de antropólogos e historiadores¹. Sinto necessidade, como corpo vivente, no cenário da saúde e no meu *mundo-vida*, de falar e expressar-me tal como me percebo enquanto corpo vivente e, assim, prosseguiremos a nossa reflexão.

Para tanto faço uso da linguagem poética, paradiscursar sobre o corpo vivente que sou. Quem sou eu?

¹ Helman, 1994; Merleau-Ponty, 1971; Porter, 1992; Santin, 1900; 1994.
A corporeidade como Resgate do Humano na Enfermagem

QUEM SOU EU ?

*EU sou aquele que no início era único e depois subdividiu-se,
cujas partes são dependentes, interligadas e coexistem harmonicamente.
Sou aquele que desde os primórdios precisou competir para sobreviver;
nasci, desenvolvi-me, cresci, somando.*

*Sou visto por alguns como feixe de músculos, de ossos, de tendões;
para outros sou como bomba, máquina responsável pelo transporte,
pela seleção, pela assimilação e excreção de substâncias.*

*Por alguns sou visto como depositário de tudo o que é sagrado no homem;
por outros, como algo pecaminoso, objeto da luxúria desenfreada e do excesso;
por isso sou punido, merecedor de pena porque sou fraco.
Já sabes quem sou ?*

*Sou tudo isso que pensam de mim e mais... muito mais....
Nasci, desenvolvi-me, cresci, envelheci, através dos tempos, sendo visto de várias formas.
No entanto eu lhe digo: sou forte e sou fraco, vivo a ambigüidade das escolhas.
Fui lançado no mundo e recebido com todos os rituais de chegada,
nasci em dia determinado, em determinado lugar, em determinada classe social.
Assim, comecei o meu processo histórico e a sentir as pressões culturais
que determinam o meu comportamento, o meu pensar, o meu sentir e o meu agir.
Ao tomar ciência desse poder, iniciei o meu processo político,
de articulação e de negociação.
Agora podes dizer quem sou?*

*Sou o sacrário do bem e do mal, do profano e do sagrado.
Aquele que tem o poder de compartilhar e dividir, de acariciar e aconchegar,
de criar e produzir, de reproduzir e proteger, de cuidar e nutrir, de destruir e matar,
Sou aquele que percebe, pensa, expressa, fala, ouve, escuta, intui;
que contém em si o tempo.
que vive o significado do primeiro baile, do primeiro amor, da primeira ruga,
do primeiro cabelo branco; da primeira perda, da morte de um ente querido.
Ah!... sou tantas coisas.*

*Sou sensível à beleza do mundo, ao sorriso da criança, à dor do moribundo,
ao nascer da flor e à beleza da gota de orvalho,
sou aquele que dança e pula, que nada
e se movimenta em direção a ti e ao mundo.
Sou aquele que dá a vida e ama e odeia, e se encontra e desencontra-se.
Sou homem, mulher, criança, velho; sou pai, sou mãe, filha, irmão, amiga, ou inimigo.
Sabes agora quem sou?*

*Sou você, sou eu, somos nós.
Sou consciência encarnada, corpo, corpo vivente,
que vibra para todas as coisas, para todas as cores,
para todos os sons, que vibra com a vida e para a vida.*

(Polak, 1994)

CAPÍTULO IV

O CORPO PRESENTE NAS SITUAÇÕES DE ENFERMAGEM

Revedo atentamente certos recortes do percebido por mim nas situações de enfermagem, delimito algumas formas de como o corpo é vivenciado neste cenário às quais imprimo os nexos de suas aproximações com as situações refletidas e vividas por mim no encontro com o outro, a requerer cuidado no âmbito da saúde. Esta percepção corresponde a algumas das categorias indicadas por Santin, (1990) que caracterizam certas dimensões da corporeidade: *o corpo ritualizado, o corpo mecanizado, o corpo sexuado*; a seguir, serão apresentadas.

O corpo ritualizado

Os rituais são uma forma de celebração, de renovação e de manutenção de seus mundos. Eles ocorrem em vários locais, em diversas configurações. O ritual reafirma os valores, os princípios, o modo como o grupo e a sociedade devem agir em face de determinadas circunstâncias, servindo para criar uma visão coletiva de mundo (Helman, 1994). O processo de ritualização se faz presente desde os primórdios da humanidade; como centro dos rituais se elege o corpo. No rito considera-se a realização de uma atividade notória, que se expressa por meios particulares, ou oficializados e institucionalizados.

O corpo, vivencia os rituais em toda a sua existência. Esse processo, por sua vez, é influenciado pelos determinantes culturais e pela visão de mundo de cada um. Os ritos são o conjunto de atos e práticas desenvolvidos da mesma forma em determinados momentos. Eles contêm em si todo um simbolismo, corporificam e eternizam os mitos (Junqueira, 1985).

Os símbolos possuem significados especiais, conforme a modalidade e o local onde são empregados . Os rituais contêm em si todo o simbolismo. Existem três tipos de rituais, conforme Helman, (1994) a saber: os rituais do ciclo cósmico ou calêndricos, os rituais de transição social e os de infortúnio. Os rituais cósmicos dizem respeito às mudanças de estação e às festividades, enquanto os de transição caracterizam as passagens de uma condição de vida para outra, que implicam mudanças, como a passagem da infância para a adolescência, da condição de nulípara para primípara e outras. Os rituais de infortúnio são os realizados em épocas de crises inesperadas ou infortúnios, tais como acidentes ou problemas graves de saúde. Existem duas funções para esse tipo de ritual: uma manifesta, a solução de problemas específicos; e a segunda, caracterizada como função latente, isto é, recuperação de relacionamentos tumultuados com o mundo social ou com o sobrenatural

De acordo com Helman (1994), o ritual possui dimensões sociais, psicológicas e simbólicas que se expressam por comportamentos repetitivos, que não possuem apenas efeito técnico e imediato.

Para Turner (1974), possuem duas finalidades, uma criativa e outra expressiva. A finalidade expressiva retrata os valores simbólicos do grupo cultural, só compreendidos no contexto desse grupo. A criativa é expressa no processo de criação e recriação do ritual.

Tanto a finalidade expressiva quanto a criativa se fazem presentes durante toda a hospitalização ou tratamento; são desenvolvidas com todo o simbolismo, do ambiente físico ao psicológico. O meio hospitalar difere de qualquer outro local, e facilmente se reconhece em qualquer sociedade. Esse contexto é temido por todos, porquanto representa o lugar de segregação dos corpos, lugar de doentes, lugar de sofrimento e de morte. Contribuindo com essa imagem, temos a luz, os odores, a arquitetura, a decoração, os gestos, os sons, as roupas e a linguagem que o transformam em templo de purificação, em lugar onde se efetivam as liturgias do cuidar e do curar.

Os ritos de transição social, apontados por Helman (1994), são ritos de passagem, presentes no processo de recuperação ou de terminalidade, como no nascimento ou em outras etapas que caracterizam mudanças do ciclo vital humano. Segundo Genep (1977), existem três fases nos ritos de passagem: a *separação*, a *transição* e a *incorporação*.

A fase de separação é vivenciada pelo cliente no momento da admissão e da hospitalização, quando é privado de suas pertencas; passa, por certo período de tempo, a conviver confinado em apartamento ou no leito de enfermaria, com direito a pequeno armário com material de higiene; é reconhecido por um número ou pelo

diagnóstico médico. Dependendo da sua condição, permite-se-lhe televisão e visitas diárias.

Na fase de transição, o cliente, conforme Genep (1977), vive situação de temporalidade; perde a noção das coisas que ocorrem fora dos muros hospitalares, exceto os seus sentimentos e suas lembranças; é o período em que tenta apreender o dito e o não dito pelos profissionais de saúde, bem como familiarizar-se com a terminologia e cenário do qual passou a fazer parte, mas que lhe é totalmente estranho.

A terceira fase é a incorporação; corresponde à sua reintrodução no contexto social, quando obtém alta, e volta a assumir o seu antigo papel, ou novo papel, como no caso dos pacientes que passam a apresentar alguma limitação. Esse período geralmente é festivo, dado que o cliente sai com vida e para a vida, quando irá participar de outros rituais.

Acrescento mais uma fase às de Genep, que deve ser a terceira, porque antecede a fase de incorporação ao contexto social; corresponde ao período de assimilação e "anabolismo" das orientações recebidas, que preparam o cliente para o retorno ao trabalho, aos seus afetos.

A enfermeira tem papel de destaque nas três fases acima mencionadas; ela é a sacerdotisa, filha de *Hygiéia*, deusa da saúde. É ela que recebe o cliente, o corpo sofrido, que busca o templo (hospital, unidade de saúde), lugar sagrado, para purificar-se da doença, aliviar os seus sofrimentos e renovar forças, para poder partilhar das graças divinas, ao recuperar a saúde (Capra, 1982).

Toda a ritualização exige preparação que capacita e legitima quem a executa. O ritual de cuidados exige uma série de requisitos: o cliente, o cuidador, ou seja, neste estudo, a enfermeira, indumentárias, equipamentos, o contexto hospitalar: (unidades de internação, salas de cirurgia, de curativos, a equipe de saúde, etc.), com instrumentais, luz e odores peculiares. O ritual se faz necessário para que a ação seja eficaz. Os ritos se expressam mediante o corpo cuidado e o cuidador, por gestos e ações, que evidenciam o que é feito, e como é feito. Eles são determinados pelos valores de cada época e de cada lugar.

Refletindo sobre as liturgias presentes nas práticas de enfermagem, percebemos que elas constituem o processo de socialização dos ritos, das normas e das rotinas das quais são componentes. Na realização de um curativo, pode-se observar que este possui não apenas a finalidade de curar a lesão, como também inclui a definição de papéis e relações de poder. Ao desenvolver a técnica, a enfermeira demonstra saber ritualizado, em gestos de segurança e de tranquilidade; além de demonstrar que é a autoridade que convence, inspira respeito e confiança. O curativo deixa de ser algo que qualquer pessoa faz, em qualquer tempo, em qualquer lugar e de qualquer maneira.

Nesse momento, há o encontro dos corpos; tocam-se e são tocados; percebem-se e são percebidos; sentem-se e são sentidos. As vestes fazem parte do ritual: o uniforme, a expressão facial, a habilidade motora no manejo do instrumental, bem como a higienização das mãos, antes e depois do curativo, combinam com o silêncio, com as falas e as pausas; criam certo mistério no fazer da enfermagem, como para isolar a nefasta contaminação pelo ar, em virtude da nudez da lesão.

A comunicação das condições da lesão para o cliente, como para a família é feita de forma ritualística, o que é percebido pelos tons de voz, pelos gestos e pela expressão facial da enfermeira; contudo atenção especial merece o destinatário de toda essa liturgia; o cliente participa do ritual, expondo parte do seu corpo que vai ser tratada, e responde às questões que lhe são formuladas. Caso o encontro seja efetivo entre ele e a enfermeira, ele faz perguntas e narra seus sentimentos. Durante o procedimento, ele assume a postura prescrita, a de receptor do cuidado, encontra-se em determinado decúbito; ele contém o medo, a ansiedade e, muitas vezes, a dor; aceita tudo, por entender ser esse o procedimento necessário ao seu processo de cura. O ritual encerra ambiente de cumplicidade tácita; o jogo de energias constitui o ritual e o campo do cuidado e da cura.

A enfermagem, como prática social, institucionalizada, possui os seus próprios valores, que permeiam o seu fazer e o seu saber; evidenciam todo o simbolismo e a percepção do poder da enfermeira no processo ritualístico. Segundo Loyola (1987 p 18-19)

“ (...) ao executar as atividades, a enfermeira reproduz o saber médico (...) e age como força repressora, em nome dele, se constituindo, mesmo Inconscientemente, na própria Instituição, exercendo o poder real de toda a engrenagem”.

Os ritos de cuidado são constituintes culturais do grupo profissional, logo apreendidos na interação social, compartilhados com o outro, no dinamismo das suas existências. Os ritos de cuidado são ações preñes de significados, que

acompanham a enfermagem desde os seus primórdios, e demarcam o seu existir como profissão.

Tais ritos possibilitam a definição de papéis, a expressão das condições de saúde ou de doença, presentes no contexto hospitalar, bem como a expressão de todo o significado e simbolismo presentes nas práticas de enfermagem, desenvolvidas nesse contexto, seja no procedimento de admissão do cliente na instituição hospitalar, seja durante o processo de cuidar e de curar, seja no procedimento de saída do cliente da instituição, em caso de alta hospitalar; seja na ajuda do cliente no processo de morrer ou, após a morte, durante o preparo do corpo.

Ressalte-se que também existe ritual durante o conforto de familiares ou amigos daquele que morre. Há os enfrentamentos vitais, nos quais a enfermeira atua como mediadora entre o cliente, os seus familiares e a equipe de saúde, ajudando-os e preparando-os na passagem da situação de doença para a situação de saúde, ou para uma vida com limitações, ou ainda para passar da condição do viver para o morrer (Boemer, 1986).

Esses ritos, originados no homem muito antes do advento da ciência e da tecnologia, como entendemos na atualidade, estão hoje estreitamente vinculados ao fato de nos submetermos às regras do saber científico e tecnológico; condicionamo-nos a aceitar a ordem correspondente a esse tipo de saber e de ação. O cliente se entrega com simplicidade e confiança, exatamente porque aceita todo o ritual de cuidado, porque se agarra ao discurso reelaborado pelos profissionais de saúde e considerado verdadeiro. É em nome desse comportamento ritualístico que a

enfermeira, possuidora de saber e de poder, atua junto os corpos que se encontram sob os seus cuidados.

Tudo se passa dentro de cenário frio e totalmente diferente do ambiente anterior, do lar, das situações familiares dos clientes; o avesso disso é o palco onde se dá o ritual de cuidado: ambiente, luz, cheiros, cores, faces que cercam os clientes lhe são totalmente estranhos; surgem como a quase única solução para os seus males. Atribui-se o poder de cura a esse cumprimento do ritual; o cliente tem o seu corpo envolvido nessa ritualística de tal sorte que, durante o tempo de tratamento, o seu corpo não é seu, está entregue às mãos dos outros, que detêm o saber das práticas ritualísticas e que prometem a cura e o alívio dos desconfortos pelo cuidado.

Ritos Vivenciados

*Corpo vivente,
corpo morada e morador.
Já viveu várias etapas,
várias passagens,
várias transições e incorporações;
continuará o processo,
até fechar o ciclo,
até o ritual final.
Em cada ciclo,
tive ganhos e perdas,
encontros e desencontros,
sorrisos e abraços,
como também lágrimas.
Senti as mãos vazias e trêmulas;
os meus braços em busca de outros braços*

e o gosto de frases nunca balbuciadas.

*Fazem parte do ciclo
os meus sonhos infantis e púberes
e os meus sonhos de adolescente.*

Hoje, vivo os rituais da maioridade

com saudades do corpo amigo

que me nutriu, me fez crescer.

Com o crescer, vieram outros medos e outros sonhos:

o medo de perder e o medo de não ser. (Polak, 1996)

O corpo mecanizado

O corpo é obra de arte, é a sede na qual se articulam todos os significados, é o lugar de encontro das nossas experiências; contudo é visto por alguns como máquina corpórea, instrumento de uso, que possui dono e proprietário; tem as suas relações consigo próprio, com o outro e com o mundo, determinadas e reguladas pelas normas sociais.

O corpo-máquina divide-se em partes, é corpo dicotomizado, visto como dissociado da alma, como corpo-espírito ou corpo-mente, que possibilita a visão da doença como mecanismo biológico; a saúde compreende-se como o oposto, como ausência de doença.

No mundo ocidental, predomina a visão do corpo máquina, do corpo como guardião da alma. Essa visão é fruto do pensamento racionalista. O corpo, em tal corrente de pensamento, é visto como máquina formada por carne e ossos,

composta por válvulas e sifões, por membranas e filtros: explicam-no as teorias termopneumáticas, sistêmicas ou cibernéticas, que passam a considerá-lo, como nos livros de anatomia e de fisiologia.

Recebendo influência direta dessa corrente de pensamento, a medicina vê o corpo de diversas formas: como rede de irrigação, responsável pelo transporte de sangue e linfa, conforme é entendido pela *angiologia*; por sua vez, a *cardiologia* o vê como bomba propulsora, que estimula as paredes do sistema de irrigação para o transporte do sangue, nas trocas gasosas, enquanto a *neurologia* o concebe como máquina, que responde aos estímulos internos e externos, feixe de fios representados pelo sistema nervoso, máquina que armazena, codifica e descodifica informações, sendo o cérebro considerado como um computador. A *urologia* o vê como bomba excretora, filtro que seleciona as substâncias, excretando as que lhe são nocivas e absorvendo o que é importante para a sua manutenção; considera-o a *ortopedia* um como feixe de músculos, de tendões, de ligamentos e ossos, aparelho locomotor e protetor dos órgãos considerados nobre: cérebro, coração, medula, pulmões, rins; e assim sucessivamente.

Dado que a enfermagem desenvolve as suas práticas no contexto da saúde orientada pelo modelo médico, tem dificuldade em perceber o corpo de forma diferente da preconizada pelo modelo vigente neste cenário, ou seja, pelo pensamento racionalista, que fragmenta e reduz o homem; contudo observa-se a tendência de repensar essa situação, visto que muitos trabalhos estão sendo desenvolvidos, no esforço de resgatar o humano e o belo que se perderam no mundo da tecnologia; nesse tentame de resgate podem-se destacar Boemer (1986),

Ferraz (1989)), Castro(1990). As ciências da saúde recebem grande influência do modelo médico, tem as suas práticas influenciadas por ele. Não se vê o corpo de forma diferente, o que pode ser detectado no planejamento de ações voltadas para o atendimento das necessidades biológicas, psicológicas e espirituais ou, conforme Horta (1979), psicobiológicas, psicoespirituais, psicossociais, embora, mesmo nessa linguagem, o homem continue visualizado de forma fragmentada e dicotomizada.

Tal compartimentação e especificismo refletem a influência das ciências naturais no modelo médico, modelo classificatório, com subdivisões em espécies, em gênero; possuidor de tipologia própria, transforma o homem em máquina. Esse modelo é influenciado pelas ciências naturais, em que o especificismo e o essencialismo são os determinantes. De acordo com Santin (1994), o homem máquina de Lametrie reitera essa visão.

Assim predomina, no cenário da saúde, o pensamento racionalista, a concepção de corpo objeto, foco do conhecimento técnico-científico, explicado por diversas teorias, que levam o corpo a ser entendido como organismo vivo com a sua estrutura predeterminada pelo código genético.

Esse modelo, presente no setor saúde, está fundamentado na doença, nas suas tipificações, nas divisões em gênero, em espécie e subespécies. Tal visão relaciona doença com “danos orgânicos; passam, segundo ela, todos os sintomas a ser acompanhados por uma lesão. A doença, no modelo médico ocidental, é considerada algo que invade. É a medicina das especificidades, das entradas e saídas de substâncias no corpo e, por sua vez, as terapias são voltadas para a reposição do que saiu, ou para remoção ou extração do que entrou (Laplatine, 1991).

De acordo com Boltanski (1989), a percepção da doença, a busca de recursos médicos, toda a constelação de atos e representações presentes nas práticas de saúde, estão fortemente relacionadas com o uso do corpo, cujas determinações se reportam, por um lado, ao sistema de produção e, por outro, à medicina: esta, do ponto de vista ideológico, possui controle expressivo, quase absoluto do corpo.

Ainda se visualiza a saúde e a doença dissociadas do subjetivo. Os corpos, nos leitos das enfermarias, sentados nas salas de espera, são quase sempre vistos na terceira pessoa. Esse comportamento é reforçado pela inexistência, na nossa língua, de termo que ajude a diferenciar doença no ponto de vista do cliente da doença na concepção médica. Essa situação dificulta uma denominação coerente dos sujeitos que buscam ajuda, nos serviços de saúde, é também responsável pela concepção de corpo passivo e submisso, objeto das ações de enfermagem e de outros profissionais; os corpos passam a ser conhecidos como *pacientes* ou, em versão um pouco melhorada, não ideal, como *clientes*.

O corpo mecanizado, objeto das práticas de cuidado, considera-se assim na compreensão do sistema de saúde vigente; é visto conforme o discurso da alteridade médica; passa a saúde a ser considerada forma fracionada, como um mau funcionamento dos órgãos ou como ausência de doença, objeto de observação e de mensuração, nunca como experiência subjetiva, como *problema existencial*.

A observação desse corpo é descrita de forma objetiva, fria, por profissionais que se mantêm à distância, como se fossem estranhos à cena, meros espectadores. Verificam-se, na prática, registros da equipe de saúde que desconsideram a percepção de quem está sentindo o desconforto, a dor, no caso o cliente, bem como a percepção do próprio profissional que está nessa situação, durante um turno de

trabalho, conforme pode ser constatado no seguinte registro: *Informa ter dormido bem; não apresentou queixa, apesar dos vômitos ocorridos no período (N.W).*

Esse registro foi feito por profissional de saúde sobre cliente que se encontrava, há oito horas, em postoperatório de cirurgia de emergência, (osteossíntese de fêmur direito, devido a acidente automobilístico). Ao visitá-lo, chamou-me atenção a postura retraída, o olhar distante; ao tocá-lo, senti a sua pele fria. Perguntei o que estava ocorrendo e se desejava conversar sobre o assunto. Como resposta, obtive tímido sorriso e o pedido de coberta, pois estava com frio. Providenciei a coberta; perguntei se precisava de mais alguma coisa; ia retirar-me do quarto, quando ele começou a falar dos seus medos, de não poder trabalhar logo, de os seus filhos pequenos passarem privação, dado que a sua esposa era doente e não podia arcar com as despesas da casa.

Ao registrar apenas o desconforto físico do cliente, o profissional reiterou a minha percepção de que os sentimentos, os receios do cliente, bem como a forma como ele estava vivendo aquela situação, não foram valorizados; permaneceram no anonimato, no mundo das coisas impessoais. O profissional que efetuou o registro fê-lo como mera rotina, desprovida de vida.

A atenção voltada para o órgão doente e para a patologia contribui com a visão do hospital como oficina na qual o corpo tem suas peças afinadas, ajustadas, removidas e ou substituídas. Essa postura possibilita a percepção da equipe de saúde como composta por mecânicos, responsáveis pela reposição, pela revisão e manutenção de toda a engrenagem.

A concepção dicotomizada do corpo é facilmente observada no homem moderno. Faz-se presente nas diversas classes sociais; é responsável pela

concepção vigente no setor saúde, na qual o cliente é considerado máquina, instrumento de trabalho, fonte de produção, feixe de músculos e de articulações a, serviço da produção, e cujas peças necessitam ser reparadas ou repostas. Muitas vezes, em caso de óbito as suas peças num rasgo emocional, são doadas para transplantes. A venda de partes do corpo transforma também o doador em mero objeto frio; impõe-se-lhe confuso anonimato, ainda que com vago reconhecimento protocolar, o que mecaniza o ato de *comércio oneroso* da vida, em que pese a sua dramática transcendência.

É nesse modelo cartesiano, fragmentário, mecanicista, prevalente no setor saúde, que a enfermeira, enquanto corpo, desenvolve as suas práticas, quando o seu corpo é, muitas vezes, considerado como instrumento no processo de trabalho; cumpre e faz cumprir normas que conflitam, não raro, com as suas crenças; cumpre jornadas duplas ou triplas de trabalho, em função dos baixos salários.

O corpo mecanizado é corpo instrumento, que serve a outros sem se servir, com lamentável desinteresse pelo humano. Nessas condições, o importante é a meta, o material que vai ser produzido ou ser atingido; não importa o risco, o desgaste do corpo; o que interessa é o resultado. Essa concepção se averigua no desempenho de tarefas árduas, que exaurem o corpo, corpo que é objeto do seu dono, com o mero valor do uso que se faça dele. Os adeptos e representantes dessa visão, a mais comum no trabalho em saúde, vêem o corpo como máquina com diferentes finalidades; a relação e o diálogo do indivíduo com o seu próprio corpo ficam seriamente comprometidos.

Paradoxal em enfermagem é que o cuidador do corpo por ofício, ou seja, aquele que cuida do corpo, por inerência do ofício, relega o seu próprio corpo, em

função do corpo do outro, relação na qual o objeto quer criar o sujeito: o não corpo cuida de corpo. Assim se instaura o conflito no sujeito cuidador, por negar-se no seu corpo e dar vida ao corpo do cliente. Rasgos de abnegação ou respostas de lutas para a transformação é o que lhe resta, ou conformar-se com a visão de corpo mecanizado; ainda assim, por certo, encontraremos enfermeiras que se têm saído bem no atual processo de trabalho em saúde.

O corpo mecanizado é receptor de ordens, seguidor de normas prescritas pelo seu dono, ou pelo grupo social no qual se insere. O indivíduo com essa concepção tem dificuldade em identificar as sensações discretas do corpo: ou seja em ouvir, em interpretar, em valorizar as suas mensagens. Mostra certo desconhecimento, certa dificuldade em expressar o que lhe é prazeroso ou não. Percebe-se ainda o agir robotizado, direcionado por resultados e não por sentimentos e ideais de transformação da promoção humana.

A compreensão de corpo máquina se observa em todas as camadas sociais, mais intensamente nas camadas populares, devido ao maior envolvimento delas com atividades físicas extenuantes. Sabe-se que o trabalho braçal acarreta maior desgaste físico, maior cansaço, menor reflexão sobre si e, conseqüentemente, menor conhecimento das suas finalidades. Boltanski (1989) salienta que o grau de instrução do grupo constitui o melhor indicador de como esse grupo faz uso do seu corpo. Se as pessoas têm intensa carga de trabalho e com desgaste por atividade física, darão pouca atenção ao corpo, manterão com este relação menos consciente. Segundo o autor, o esforço físico intensivo dificulta a seleção, a identificação das sensações, a auscultação das mensagens do corpo.

Na concepção de corpo mecanizado, pode-se inscrever o corpo utensílio, ou seja, o corpo instrumento, que se encontra a serviço da instituição, o corpo objeto de uso pessoal, usado e percebido como estando à disposição de causas superiores, com objetivos que menosprezam o risco e o desgaste, já que interessa só o resultado. Nessa percepção, pode-se apontar o corpo submetido a cirurgias plásticas, a regimes rígidos, a tratamentos rejuvenescedores, em nome de ideal beleza, legitimada pela cultura vigente. O corpo do atleta também está inscrito nessa modalidade de corpo mecânico, o que é fácil de ser verificado pelos treinamentos exaustivos a que são submetidos para adquirirem tal ou qual desempenho recordista.

Quanto maior o desenvolvimento da atividade intelectual e mais alto o lugar ocupado pelo corpo na hierarquia social, maior será a atenção dada ao corpo; a escuta deste é mais consciente, bem como a relação com ele. Conseqüentemente, o grupo mais intelectual tem percepção mais aprimorada e melhor reconhecimento das sensações expressas pelo corpo (Boltanski, 1989).

Compreender o corpo, conforme Boltanski (1989), leva a sentir que o conflito em enfermagem é maior do que se tem pensado, já que nós, enfermeiras, fazemos parte do sistema que tem por base a atividade intelectual, privamos de posição social idêntica à dos demais profissionais de nível superior; portanto escutamos os sons em detalhe do nosso corpo, mas atuamos num sistema de saúde de condições adversas a essa escuta; lidamos com pressões sociais que forçam o não reconhecimento das sensações e expressões do nosso corpo. É nesse ponto que ocorre um dos maiores estrangulamentos, verdadeiro nó no tecido social. Visando a desmanchar este nó é que a profissão se vem organizando. Este trabalho faz parte de tal esforço, acredito

ser o seu propósito: *desmecanizar* o corpo, eis com certeza, este é o magno desafio da enfermagem.

CORPO UTENSÍLIO

*Este corpo é meu;
ele me faz sentir o fluxo e o borbulhar da vida.
Com ele atinjo o melhor desempenho.
Mostro-me e seduzo.
Não importa o preço, o que importa é a meta:
ser belo e produtivo,
mesmo à custa de dores, de provações as mais diversas.*

*Depois de algum tempo, sinto
as minhas válvulas sujas,
a minha pele rugosa e manchada,
as minhas dobradiças rangentes;
será falta de limpeza, de óleo ou de algum lubrificante?*

*Ando cansado, com batimentos estranhos.
Ah! . que se passa com as minhas entranhas?
A quem preciso chamar?
o encanador, o mecânico...? (Polak, 1996)*

O corpo sexuado

O discurso sobre a sexualidade possui eco especial no sistema humano. O questionamento sobre o papel e o significado social do sexo são evidências da nova concepção de homem.

Temos ciência de que os grupos sociais e a cultura produzem e fabricam corpos; inscrevem neles a sua pertença; não constitui exceção a questão de *gênero*, que é produzida também no social e pelo social; pode ser facilmente identificada nos discursos que privilegiam este ou aquele sexo.

Leroi-Gourhan (1983) denuncia: desde a época paleolítica, há separação sexual e, com ela, a divisão de tarefas ocorre. No período paleolítico, havia relação de intercomplementaridade entre os sexos, o que perdurou até o período neolítico. A mulher teve papel dominante durante séculos; contudo, segundo alguns antropólogos, isto só ocorreu na mitologia. A mulher começa a perder o poder também na mitologia, quando Osíris, deus egípcio, revela aos homens o poder das plantas alimentícias e têxteis, a arte da agricultura e da irrigação, poder que pertencia à sua esposa, deusa Íris (Capra, 1982; Leroi-Gourhan, 1982; Moscovici, 1972;)

Através dos tempos, pode-se observar a alternância de poder entre os dois sexos; passa o corpo sexuado a ser objeto de interesse de vários profissionais, porque o gênero pode ser compreendido como o resultado da associação de elementos complexos como o psicológico, o social, o genético e o somático; mais que a associação desses elementos, o sexo decorre da forma como cada um se sente e se percebe.

Necessário registrar na enfermagem a questão do corpo sexuado, a questão do gênero, pois esta, além de biológica, é construída no contexto sociocultural. Na enfermagem, essa questão é de grande importância, pois sendo profissão feminina, talvez explique a sua subordinação, a sua pouca valorização social, a sua pouca participação política nos níveis decisórios, bem como a percepção de ser profissão complementar. Sintetizando, devo enfatizar que toda a problemática referente à questão mulher repercute na profissão, o que é reiterado também por Lima (1993).

Ressalto que sexualidade precisa ser considerada não apenas do ponto de vista biológico, mas a forma como a sexualidade é vivida. A enfermagem, profissão exercida na sua maioria por mulheres², sofre certa influência do poder masculino, ao reproduzir a submissão resultante do poder paternalista existente nos seus lares. Esse poder é representado, na instituição hospitalar, pela figura do médico, que detém não apenas a função de reprimir, de controlar, porquanto, se assim fosse, ele seria frágil; mas ele é forte, possui reflexos positivos no nível do desejo e também no nível do saber (Foucault, 1992).

A questão do gênero acarreta certa dificuldade para a profissão, principalmente do ponto de vista econômico e político. Atualmente a profissão é exercida por pessoas dos dois sexos; observa-se a tendência de predominar o gênero masculino, na designação do profissional apesar de o maior contingente ser feminino, tendência que nega ou neutraliza, de certa forma, o gênero feminino; traz distorção nas comunicações e, nas posturas, que tendem a privilegiar um gênero em detrimento do outro. Esclareço que, no meu entendimento, o sexo é traço inerente ao corpo, assim como a cor da pele e dos olhos, ao passo que a questão do gênero feminino e masculino é questão cultural. Logo a neutralização do gênero feminino na

²Vale ressaltar que o contingente feminino está sendo cada vez maior nas profissões universitárias, o que com certeza irá modificar o contexto do mercado de trabalho e possivelmente mudanças referentes ao gênero.

profissão é algo que deve ser estudado, visto que contém em si o germe da sociedade patriarcal e forte influência cultural.

Sexualidade é a forma de ser no mundo; não pode ser reduzida ao simples traço anatômico; não pode ser considerada isoladamente, mas no global da nossa existência.

Se a questão do gênero é relacionada com o corpo, também o é com as profissões; as profissões são sexuadas. A profissão de enfermagem está ligada à história das mulheres que prestam cuidados, bem como à sua evolução diacrônica, isto é, à história das práticas de cuidado, vividas e reproduzidas pelas mulheres, atualmente chamadas enfermeiras. Nessa trajetória, convém destacar o papel da herança cultural da mulher que ajuda, e o prescrito pelas mulheres conventuais, ou seja, da mulher consagrada e, atualmente, pela enfermeira(Collière, 1989).

A identificação das mulheres com a enfermagem decorre do fato de que sempre foi pelas curandeiras ou pelas parteiras que as práticas de cuidado se efetivaram. Além do mais, é a mulher que dá à luz, que amamenta, que toma conta, que cuida e mantém a vida. Assim, os cuidados se desenvolvem entre dois pólos: o *nascer* e a *morte*. Pelos seus corpos elas concebem a vida, mantêm-se em contato com a natureza, cuidam de recém natos, ajudam-nos a se tornarem adultos e assistem-nos no processo de morrer. A enfermeira e a mulher assumem o papel de sacerdotisas nos rituais de passagem da vida para a morte.

Graças aos chás e às ervas, as mulheres detinham o poder de proteger da morte, como também de proteger dos mortos (Badinter, 1986). A figura feminina, segundo a autora, representava a humanidade e o humano no mundo primitivo. Essa representação decorria da crença de que a mulher assegura a renovação, a

continuidade da espécie; contudo, continua Badinter (1986), se o humano encarnava melhor as formas femininas, pode-se supor que ao poder de criar estivesse o de regenerar, de dar vida aos mortos.

Compreender a questão da enfermagem como profissão, e todo o simbolismo que orientou, durante milênios, as práticas das mulheres, segundo Collière(1989,p. 49)

“(...) é compreender que cuidar é harmonizar as forças geradoras de vida, que têm o corpo como lugar de encontro e de expressão. É compreender que os cuidados são dispensados pelo corpo da enfermeira ao corpo vivido do cliente, e que eles se comunicam pelos seus corpos. É compreender que os cuidados são fontes de desejo e de prazer, que pacificam, aliviam, minimizam o sofrimento”.

É compreender que a imagem de calma e de alívio é necessária no ritual de cuidado e representa a mulher cuidadora. É compreender que o trabalho da enfermagem é o cuidado, que se comunica pela enfermeira, enquanto corpo, ao outro corpo, no caso o cliente.

A condição de ser a enfermagem profissão exercida predominantemente por mulheres nos faz conviver com situações resistentes, difíceis de ser transformadas, dentre as quais destacarei algumas que considero importantes: a questão da remuneração, a participação política e em reuniões científicas e políticas, fora do horário sistemático de trabalho. Deve-se ressaltar também a questão do vestuário, de como se deve portar, falar, anotar, sentar, em que se denota a questão da sexualidade, da valorização das vivências e do coexistir, já que a enfermeira recebe formação espartana, asséptica, reproduzida no contexto das suas práticas. Cobrar

honorários vai de encontro à sua formação; como mulher, foi-lhe ensinado ser meiga, servir por altruísmo, sentimento ainda enraizado no seu corpo pela cultura, apesar dos avanços registrados no âmbito da saúde.

A questão do gênero também interfere no que concerne ao poder político da enfermeira; leva-a a não participar ativamente das decisões inerentes ao seu fazer, ao seu saber, a retrair-se na participação nas decisões centrais.

A participação pouco relevante se faz notar na elaboração das políticas de saúde e na aprovação das que regulamentam o exercício profissional em nível central, na arena do poder masculino. A enfermeira deve atentar que exercer o poder implica ter capacidade política de articulação, saber o que quer e o que deve ser feito; ter ciência de que o seu espaço de trabalho é coletivo, regulado pela rede de poder visível e difícil de ser comprovada; existe sempre um que obedece e outro que se faz obedecer, aquele que manda e aquele que obedece (Foucault, 1987). A capacidade de mando está diretamente relacionada ao conhecimento da sua finalidade no contexto de trabalho, do respeito à territorialidade de cada profissional com quem mantém relações de trabalho. A importância desse relacionamento amistoso com o outro é a garantia do coexistir harmônico e do sucesso das terapias no âmbito da saúde.

Outro aspecto que merece destaque, por não ser observado em outras profissões da saúde, é o constrangimento que a moral propõe que ora seja mulher que dispense cuidados, desenvolva certos procedimentos, ora seja o homem. Para ilustrar essa situação, apresento algo já vivenciado por mim, enquanto docente nas salas de pré-parto, quando a parturiente demonstrava desagrado em ser atendida por acadêmicos de enfermagem, (do sexo masculino); ocorria o mesmo quando era

necessário fazer cateterismo ou tricotomia em cliente do sexo masculino por acadêmica de enfermagem, quando o constrangimento de ambos era visível. Esse fato é vivenciado também nas enfermarias, quando escalam auxiliares de enfermagem do sexo feminino para o preparo de procedimentos pré-operatórios em clientes do sexo masculino, e funcionários do sexo masculino para o preparo pré-operatório de clientes do sexo feminino. Talvez, no plano inconsciente, a questão da segregação dos gêneros seja dado concreto na enfermagem; haja vista que essa diferença se mostra quando se trata de cuidados que se processam na intimidade de algumas partes do corpo, em particular em cuidados diretos que impliquem exposição da genitália.

À guisa de registro, gostaria de salientar que não vejo a situação acima descrita ao cuidar de clientes homossexuais, não sei por quê; talvez essa condição seja considerada com naturalidade pela enfermagem, ou por ser essa clientela indiferente ao problema, não se preocupando com quem irá cuidar deles.

No atinente a essa exposição e relacionamento, achei oportuno apelar para o enfoque poemático que se lê na página seguinte.

NEM UM NEM OUTRO

Nasci João;

morri Maria;

confundi a todos, menos ao meu coração.

Nasci Maria e morri João;

fui feliz com a minha opção.

Nasci Maria, morri Maria;

senti a doce sensação de ser mulher.

Nasci João, morri João;

curti, segundo a segundo, a minha situação.

Não sou Maria, nem João;

busco encontrar-me, definir a minha condição;

mas é preciso ser um ou outro?

Isto não é questão de poder?

O que importa é a minha função,

pois somos partes do mesmo lado;

às vezes um pouco Maria, às vezes um pouco João.

O que sou é fruto

das minhas sensações e percepções,

das minhas ações e das minhas determinações. (Polak,1996)

CAPÍTULO V

ENFERMEIRA COMO CORPOREIDADE

Na nossa caminhada, se pode verificar as diversas concepções de corpo: corpo tabernáculo, guardião da alma e da mente; corpo secundário, disciplinado e disciplinador, torturado e torturador. Foi possível perceber o corpo nas suas diversas dimensões: corpo sensação, expressão e fala; corpo criativo e inovador; corpo simbólico, prenhe de significado.

Esse corpo nos leva a sentir a necessidade da escuta, de pararmos para ouvir as suas mensagens; leva-nos a compreender os nossos sentidos, uma vez que eles se intercomunicam, se expressam de todas as formas mediante o corpo; leva-nos a sentir a necessidade de olhos que vêem e ouvidos que escutam. O corpo pode ser resumido como lugar onde ***"tudo permanece...; do fazer ver e da fala e onde tudo se mostra"***(Merleau-Ponty, 1971. p. 208;1984; 207).

Esse corpo é corpo sensação e expressão. O sentir é expresso de várias maneiras no nosso corpo: pela respiração, pelas contrações musculares, pelas modificações de temperatura e coloração, por determinadas posturas e gestos.

Ao expressar-se, o corpo é comunicação, é discurso. Na fala, nos gestos ou mesmo no silêncio, ele possibilita que o inteligível e o sensível se fundam e produzam o sentido. O corpo cria e dá sentido a si, aos objetos que o circundam

deslocando-se no mundo por movimentos irrepetíveis, porquanto cada situação é única e singular.

Com essa visão de corpo sensação, de corpo expressão, os corpos dos exercentes de enfermagem têm como foco de suas ações o corpo vivente, ou seja, o sujeito deflagrador das suas práticas assistenciais. Essa concepção de corpo exige a compreensão do corpo na sua totalidade, a percepção da teia de relações existente entre este corpo e o mundo, para que possa apreendê-lo, na sua espaciotemporalidade, como corpo lançado ao mundo.

O mundo da saúde é delimitado pelos corpos viventes, que constituem o foco das ações específicas de enfermagem. Esses corpos contracenam com outros corpos; nas instituições de saúde nas quais a enfermeira desenvolve as suas práticas e tece os fios intencionais, que a unem ao outro e ao mundo, em processo contínuo de renovação; as práticas representam o seu fazer e expressam as ações de enfermagem

Para o desenvolvimento das ações instrumentais, a enfermeira, além da sua capacidade intelectual, utiliza a sua habilidade cinéscica, a força das suas mãos e dos seus braços, movimenta-se no tempo e no espaço em direção ao outro. No desenvolvimento das ações de enfermagem, a enfermeira deixa que o corpo fale, que se expresse verbalmente, gestualmente e corporalmente, para que componha, na expressão, a harmonia das relações interpessoais, no seu processo de trabalho.

No desenvolver as ações de enfermagem, o corpo falante e pensante se faz presente pela percepção, pela expressão, pela linguagem, mediante a intercorporeidade. Nesse encontro, a enfermeira não desenvolve nenhuma ação

isolada, por isso que cada ação contém em si um pouco do outro, e o seu pensar se faz presente no desenvolvimento das suas práticas.

Tais reflexões me levam a afirmar e a endossar o expresso por Merleau-Ponty (1971), o homem é realidade que se expõe a diferentes percepções, em inúmeras possibilidades expressivas, instauradas pela dinâmica da corporeidade; o homem é autoconstrução corporal. A corporeidade é vital na existência humana; portanto o homem precisa ser corpo, para o desempenho de todas as funções e papéis, e não apenas ter corpo. Essa importância pode ser vista na Bíblia, onde está escrito que o *Verbo se fez carne*, evidenciando que o Cristo precisou ser carne para tornar-se humano e ser visto. Na ressurreição, ele toma novamente a forma humana, para mostrar aos seus discípulos que estava vivo e retomava o seu lugar junto ao Pai, agora não apenas espírito, mas como corporeidade. Interpreto esta passagem bíblica como aquela que melhor percebe o homem totalidade, ou seja, nem só corpo, nem só espírito, mas o todo, a corporeidade.

A enfermagem é exercida por corpos vivos que cuidam de outros corpos, também vivos; o seu fazer profissional é constituído na corporeidade e pela corporeidade, na expressiva direção do encontro com o outro e com o mundo. É nesse projetar-se, nesse sair de si em direção ao outro, é nesse encontro de vidas que se expressa a intercorporeidade. É nesse contexto que nos sentimos corpo, nos tornamos significativos para nós e para os outros: quando cada um se torna visível ao outro, sentido e compreendido pelo outro, quando o gesto e a palavra ampliam o mundo de significações, passa a existir o mundo humano.

As práticas de cuidado contêm em si o saber da enfermagem e todos os rituais necessários ao processo de recuperação, de cuidar ou de morrer, que são guardados pelas sacerdotisas, no caso as enfermeiras, pelos quais elas zelam. Esses ritos são pouco compreendidos pela academia e pela sociedade; no entanto contribuem inegavelmente para a restituição de energias e forças, para acalmar as dores e mitigar os desconfortos; servem de bálsamo para as limitações, as dependências, oriundas da doença.

A corporeidade evidencia a possibilidade de sermos corpo; refere-se à apropriação, de maneira indefinida, de atos descontínuos, de núcleos significativos que superam e transmudam a forma natural do corpo, o que só é possível mediante a linguagem. É pelo poder da linguagem que o corpo cliente e o corpo dos demais exercentes de enfermagem se abre para nova maneira de ser, e se faz corporeidade pelo outro que o percebe.

É o corpo expressão e sensação que possibilita que a enfermeira tome consciência do seu poder ou da sua submissão, descubra a sua capacidade de decisão, a sua autonomia, mediante o diálogo existencial contínuo, no qual o corpo falante obrigatoriamente está envolvido. A capacidade de decisão e de criatividade da enfermeira, enquanto corpo, depende não apenas da sua competência técnico-científica, mas também da sua postura humanística e política; essa postura lhe proporciona lugar seguro, crítico e aberto, em face do cliente e dos outros profissionais que compartilham o cenário no qual desenvolve o seu saber fazer.

Merleau-Ponty (1971; 1984) reitera a importância da compreensão do corpo, ao afirmar que não posso pensar ser sem o meu corpo. A experiência de ser corpo

nos revela um modo de ser ambíguo, desde que ele não é só coisa, nem só consciência, mas as duas coisas interligadas, juntas. É esse paradoxo que possibilita a união corpo/mundo. Corpo e mundo são formados do mesmo tecido; é na textura do mundo que o corpo se apresenta; por meio dele me exponho ao mundo e ao outro, me liberto da solidão do pensamento, que não seria mais que o pensamento do pensamento. O meu corpo, continua o autor, pelas solicitações dos meus sentimentos, possibilita que me lance ao espaço; ensina-me, pelo seu envelhecimento, o que seja o tempo e, pela morte, é também o meu corpo que, me arroja à eternidade.

Desta forma pode-se inferir que o comportamento da enfermeira e do cliente, nas situações de enfermagem, não é corporal nem espiritual; é fenômeno humano na sua totalidade. Efetivamente se trata de duas experiências distintas, cada uma com o seu objetivo, embora compartilhem espaciotemporalmente a mesma experiência.

Para falar da corporeidade na enfermagem, cumpre refletir sobre a enfermeira, enquanto corpo vivente e trabalhador; percebê-la no contexto da saúde, onde desenvolve o seu fazer à luz das suas relações consigo, com o outro e com o mundo. Ali a enfermeira desenvolve os rituais de cuidados e cura, compartilha deles, os mantém e zela pelas tradições e valores da profissão.

Na qualidade de corpo vivente e como profissional do setor saúde, a enfermeira vivencia relações conflituosas, difíceis, que exigem que reaprenda a ver, a sentir, a ouvir, para que possa vencer os desafios na recriação da realidade. Essa postura aberta e inacabada nos mostra a enfermeira como *ser-aí*, ou seja, presença intencional, encarnada em corpo, que tem como principal finalidade ajudar o outro,

facilitar o seu processo de vida, de recuperação e manutenção da saúde ou auxiliá-lo no drama da terminalidade, para lograr morte digna e humana.

Ao assumir-se como corpo vivente, a enfermeira percebe na sua carne, toda a realidade social da sua dimensão prática; é ser de relações com capacidade para dizer sim ou não com respeito, e possuir o conhecimento das políticas que interferem no seu pensar e no seu saber fazer. A percepção é o acesso do corpo ao mundo e ao saber. Assim, ao perceber os efeitos que a cultura política exerce na esfera das suas ações, tem condições de organizar-se, de colocar-se em defesa dos seus interesses, com superação dos conflitos e busca de alternativas que modifiquem a sua realidade, conforme Merleau-Ponty (1971).

A percepção nos possibilita entrar em contato com o outro, abre o caminho para as coisas; pelo corpo nos relacionamos com o outro. Em decorrência disto, o corpo surge como manifestação exterior de ser no mundo, na dialética **da reflexão / irreflexão, do singular/universal, da finitude/ transcendência**. A percepção faz sentir que aquilo que o homem é constitui a base da situação de que ele se apropria, transforma e ultrapassa (Merleau-Ponty, 1971).

A consciência da sua corporeidade leva a enfermeira à nova forma de pensar, de sentir e agir em relação ao outro corpo. Esse novo pensar é um pensar voltado para o agir compartilhado, que exige o *sair de si* em direção ao outro, de forma que o vivenciado pela enfermeira e pelo cliente venha à superfície e se faça conhecido. Esse encontro de vivências possibilitará a aproximação que resulta no crescimento de ambos. Nesse encontro de culturas, nesse relacionamento, é que emerge a intercorporeidade, quando há a superação do *em si*, ou do *para si*.

Com essa concepção, a enfermeira, passa a ser a rearmonizadora de corpos, a jardineira preocupada com a recuperação e promoção da vida, com a manutenção de corpos saudáveis. Pensar a corporeidade implica o novo direcionamento, exige estudos voltados para a vida e qualidade de vida e para o autoconhecimento; exige que se aprenda a ouvir, a ler as mensagens corporais e verbais, a ver o homem em totalidade, como corpo dinâmico em contínua construção, corpo fonte e resultado de longo processo de elaboração social.

A concepção de corporeidade possibilita novo espaço para a enfermagem no mundo da saúde, o de manter o equilíbrio do conjunto, mediante o desenvolvimento de ações que favoreçam a convergência de todas as prescrições para a terapêutica da totalidade. A corporeidade assim vista constituirá a baliza e o marco, contra o ceticismo do modelo vigente, como vitória contra o modelo centrado na doença e não no corpo que está desafinado, em desarmonia; questiona-se o modelo vigente, que refuta todo e qualquer discurso que não seja norteado pelo pensamento racional e técnico.

Durante a caminhada consegui repensar que a hospitalização traz em si sentimentos amargos e tristes para o cliente; por certo a hospitalização constitui rito de passagem da situação de desarmonia para a de harmonia, para a situação de saúde, ou para uma vida com limitações, ou mesmo para a morte; a partir da compreensão do conceito de corporeidade, novos questionamentos surgirão: como agir para que o ambiente frio, o rigor da assepsia, das normas e das rotinas cedam espaço para o fazer compartilhado? Como conseguir que o período de hospitalização seja realmente de aprendizagem centrada numa etapa específica do processo de

vida, na qual os rituais de cuidado, que também são rituais de passagem, constituem-se momentos preparatórios para outros momentos da nossa existência? Se os rituais de cuidado são preparatórios, os nossos compromissos e as nossas questões passariam a ser outras. Para que o cliente possa ser visto em todos os seus matizes, é necessário novo olhar e, conseqüentemente, outro modo de desenvolver o processo de formação dos que trabalham na arte de cuidar.

Esses questionamentos e reflexões levam-me a acreditar que o conceito de corporeidade possibilitará o relacionamento ético e humano entre enfermeira e cliente, entre enfermeira e equipe de saúde, entre enfermeira e equipe de enfermagem, entre enfermeira e familiares.

CAPÍTULO VI

A CORPOREIDADE COMO BASE DO PROCESSO DE CUIDAR

As formas de cuidar vigentes levam-nos a questionar se, como enfermeira e docente, insatisfeita do meu fazer, devo ou não propiciar aos meus alunos a nova compreensão da enfermagem, a nova compreensão ética e estética da realidade. O novo modo de compreensão implica nova forma de cuidar, nova concepção do que seja o outro, no desenvolvimento de prática não mais justaposta, mas interativa, com pleno respeito à forma de ser do outro, aos seus valores, aos seus conhecimentos.

A concepção da enfermeira como corporeidade leva-me a sentir que as situações de enfermagem têm momentos singulares: o corpo que cuida e o corpo cuidado conscientemente constroem juntos a trajetória; os conhecimentos, os valores e as crenças de ambos deixam de ser únicos; há a troca, o socializar-se, em vista da superação do momento específico do cliente, para a aquisição de conhecimentos que ajudam o cliente a manter-se saudável, conforme a sua condição de vida, ou a viver dignamente a sua terminalidade.

Na construção desse processo, a enfermeira deve sair de si e projetar-se em direção ao outro, em face da elaboração e seleção das ações de enfermagem, do

resgate do humano, do ético, do moral e da enfermagem arte, enfim o que ficou aprisionado e fragmentado pela racionalidade.

Ao compartilharem os seus saberes e os seus mundos, enfermeira e cliente desenvolvem uma prática dinâmica e intencional que envolve três grandes momentos: a *percepção*, a *construção do novo conhecimento* e a *elaboração e expressão das ações* de enfermagem, cujo produto final é o cuidado síntese de todo esse processo. Tais momentos, por sua vez, constituem o processo de aprendizagem que ajuda o cliente e a enfermeira a enfrentar os rituais de passagem em suas vidas.

Esses rituais, na dimensão prática, podem ser caracterizados de duas formas. O primeiro ritual de passagem corresponde à transposição da condição saudável de vida para outra, marcada pelos sofrimentos e preocupações, por tristezas e indisposições, por dependências e restrições físicas ou sociais, pelo desamor ou pelas drogas, pela insônia ou pela fome, enfim pela falta de condições para dar continuidade aos nossos projetos. O segundo ritual, o de transição se faz presente, quando o corpo doente, o corpo desafinado, evolui dessa condição para a condição de harmonia, em sintonia consigo, com o outro e com o mundo, ou seja para a condição plena de vida; pode ainda evoluir para a condição limitante de vida, ou dessa condição de desarmonia para a morte. Todas essas situações exigem preparo, construção ou reconstrução dos saberes da enfermeira e do cliente, de forma que atendam à especificidade de cada momento do viver humano.

Esse processo é vivido pela enfermeira e pelo cliente quando, como corporeidades, vivenciam os conflitos e as dicotomias freqüentes do cotidiano. Na

maioria das vezes, esses conflitos são diferentes para cada um dos sujeitos; daí a importância de que eles se conheçam, estabeleçam relações, criem e compartilhem um clima afetivo, ético e humano, necessário ao desenvolvimento das ações de enfermagem.

A crença de que o homem não tem corpo mas é corpo em totalidade, leva-me a afirmar que o homem não é só cultura, nem só sujeito, nem só natureza: é corporeidade; a corporeidade contém em si essas três dimensões. A enfermeira e o cliente devem ser vistos como corporeidades, conseqüentemente na união do *ser e da ação*, no compartilhar da realidade concreta, nas práticas desenvolvidas no contexto hospitalar, nas unidades de saúde, nas fábricas, na comunidade ou nas salas de aula. É nesse fazer que a enfermeira e o cliente selecionam conteúdos, mostram os seus valores e expressam a sua afetividade; nesta relação, enfermeira e cliente compartilham o cerne do conhecimento da enfermagem, mediado pela realidade social; é aí que se inicia o diálogo entre enfermeira e cliente, entre enfermeira e família, entre enfermeira e instituição, em face do mundo e da vida de cada um.

No mundo da enfermagem, no contexto da saúde, desenvolvo as ações específicas de enfermagem; essas ações dependem da minha concepção do que seja enfermagem e da minha função social; a resposta do que fazer como enfermeira, como corpo vivente, é inerente à minha concepção do que seja enfermagem, enfermeira e do que seja cuidar.

Enfermagem é uma disciplina³ é o saber, o fazer, o pensar, o sentir comprometidos com a promoção da vida; é o processo contínuo de percepção, de

reconstituição, de construção, de reconstrução e de rearmonização de corpos. Enfermagem é presença, suporte; é ajuda, proteção, nutrição; é empatia que se concretiza no encontro de vidas, de corporeidades.

Reconstituir, segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (Ferreira, 1985) significa constituir novamente, restaurar as forças; enquanto **Reconstruir** corresponde ao ato ou efeito de reorganizar, construir novamente. **Rearmonizar** para mim pressupõe restabelecer a harmonia, colocar em sintonia a enfermeira ou o outro com a sua realidade sociocultural. Nesse processo de reconstrução, de reconstituição e de rearmonização, vivenciamos e desenvolvemos a nossa prática profissional, na busca de novo equilíbrio; compartilhamos com o outro o processo de crescimento, de tomada de decisões, para a recuperação da pessoa, para minimizar ou eliminar dores, tensões e desconfortos.

Nesse processo, associamos o saber acadêmico da enfermeira com o conhecimento do senso comum ou do bom senso da enfermeira e do cliente, na elaboração das ações de enfermagem. *Reconstituir, reconstruir e rearmonizar* o cliente, como corpo vivente, pressupõe busca e ajuda para superar o momento especial da sua existência, no escopo de sintonizar-se com a sua realidade, para conhecer a sua situação atual de saúde, os recursos necessários para trilhar conscientemente o seu caminho de recuperação, para manter-se saudável, conforme as suas condições, ou a vivenciar o seu término com dignidade.

O processo vivido nas situações de enfermagem é encontro de vidas; encontro cultural, quando os valores, às vezes, conflitam; o respeito e a garantia do espaço de cada um são prementes, cada qual deve ver o outro na sua peculiaridade;

quando a percepção e o olhar tornam visível o que era invisível, permitem o descobrir e o redescobrir constante. A minha definição de enfermagem reflete-se no poema que a seguir apresento.

ENFERMAGEM

***É saber, fazer, sentir e pensar
comprometidos com a vida.
É processo contínuo de reconstituição, de reconstrução
de rearmonização de corpos.
Corpos que sorriem e choram,
corpos que gritam, falam, se caem,
clamando por ajuda e suporte ou por simples presença.***

***Corpos que reivindicam espaço,
direito de existir, de expressar e participar.
Corpos que clamam por atenção e respeito.
Corpos sedentos de saber e conforto.
É neste cenário, enfermagem, que emerges,
como corporeidade,
na catálise das forças necessárias a ti e ao outro.
É neste encontro de vidas que tomas forma,
te fazes presença no corpo dos teus exercentes,
protegendo, aglutinando,
somando e compartilhando. (Polak, 1995)***

Essa enfermagem, concebida por mim, está voltada para o autodesenvolvimento e para o heterodesenvolvimento, mediante o desenvolvimento da consciência da sua realidade. É necessário saber quem sou e conhecer o outro,

para ajudá-lo na reconstituição das suas forças, na construção e reconstrução e na elaboração de estratégias que assegurem os seus direitos à saúde, uma vez que saúde e educação constituem direitos essenciais da cidadania e não meros instrumentos utilizados por alguns, com finalidades diversas e pouco claras.

A enfermagem, como corporeidade, permite à enfermeira agir conforme as exigências do outro e as exigências do momento, a respeitar os seus limites e fazer uso da linguagem verbal ou não verbal; a enfermeira, nessa concepção, é presença que protege, nutre, aconchega e compartilha

Visando a melhor compreensão, apresento aqui uma cena observada por mim, em final tarde, em unidade de terapia intensiva, quando foi comunicado aos pais a morte cerebral do filho de doze anos de idade, vítima, no dia anterior, de traumatismo cranioencefálico grave. Cabisbaixos, os pais adentraram a unidade, espelhando no rosto tristeza indescritível, expressando no corpo a dor de todo o mundo; assim se aproximaram, lentamente, do filho. Apoiados um no outro, em atitude profunda de silêncio, despediam-se do filho; passavam a refletir sobre a pesada decisão de autorizarem o desligamento dos aparelhos e a possibilidade de doação dos órgãos, quando surge a enfermeira que estava cuidando da criança. Ela lhes dirige o sorriso terno e olhar tranqüilo; permanece ao lado da mãe, calada ao lado do leito. Após a decisão dos pais de concordar com o desligamento dos aparelhos, eles se retiram, e ela os acompanha à sala de espera; aí os outros familiares os aguardavam. Retornando a seguir ao leito da criança e, pensativamente, cumpre o indicado pela equipe, decidido e aceito pelos pais quanto ao desligamento dos aparelhos. Após isso, toca na face da criança, chama a equipe de enfermagem para os rituais de

preparo; em seguida identifica o corpo, cobre-o suavemente com lençol, deixando o rosto descoberto. Com a ajuda da equipe, coloca-o sobre a maca; depois convida os pais para mais uma despedida; acompanha-os até a ante-sala em silêncio, retorna depois para junto do corpo, para cumprir os rituais éticos e legais.

A enfermeira foi suporte, presença amistosa concretizada na pessoa da profissional; ao permanecer junto aos familiares, silenciosamente disse: estou aqui, contem comigo, posso ouvi-los, acompanhá-los, compartilhar com vocês este momento especial da sua existência.

Nesse compartilhar se verifica que as ações de enfermagem não podem ser reduzidas ao automatismo da técnica, nem serem norteadas por sinais e sintomas; elas não se encerram no contexto hospitalar, ou entre quatro paredes; resultam do conhecimento construído pela díade enfermeira-cliente, enfermeira/equipe de saúde, enfermeira/equipe de enfermagem e enfermeira/familiares que possui núcleo de saber que possui vida e perpassa o social.

O conhecimento é a chave do processo de cuidar; cuidar é ação intencional, voltada para situação específica, contextualizada no tempo e espaço; situação única, que não pode ser transferida para outrem, sem processo prévio de análise e de crítica. Esse processo é histórico, representa a práxis e o vivido no cotidiano da enfermagem.

A percepção não é apenas fenômeno entre os outros, senão fenômeno fundamental, que tem como preocupação a relação existente entre a consciência e o mundo; pela percepção posso apreender as questões referentes às sensações, ao

conhecimentos das coisas, ao espaço, ao tempo e à liberdade, mediante a qual tenho acesso ao outro e ao mundo (Merleau-Ponty, 1971; 1984).

A percepção concebida por Merleau-Ponty difere da percepção do pensamento clássico, que vê percepção como algo resultante da inteligibilidade. A concepção de Merleau-Ponty de percepção também difere da existente na psicologia clássica; para esta o organismo é encarado como receptor de estímulos exteriores, transformados sempre conforme o referencial. Na percepção do autor, já não há alternativa entre o *em-si* e o *para-si*, mas assistimos ao paradoxo do *em-si para-nós*.

De certa forma, tudo o que existe é percepção: não há idéia que já não tenha sido precedida pela percepção, que se faz presente no meu corpo, que oferece solo ao pensamento, no qual este se enraíza:

“toda percepção de uma coisa, de uma forma ou de uma grandeza como sendo real toda a constância perceptiva, reenvia às posições de um mundo e de um sistema de experiência ao qual meu corpo e os fenômenos estão rigorosamente ligados” (Merleau-Ponty, 1971, p, 275).

Perceber comporta tornar algo presente com a ajuda do corpo; é estratégia de primordial importância na avaliação das situações; ela nos permite conhecer e orientar as nossas ações. Para perceber se faz necessário mergulhar no pensamento do outro, buscar a relação originária da compreensão.

A percepção possibilita a apreensão e interpretação das coisas; é de grande relevância para a equipe de enfermagem, porquanto, a partir do que ela percebe no outro, poderá iniciar o processo de cuidar, no qual a linguagem é vital; o corpo é expressão e fala; as palavras são a indumentária do pensamento; pensamento e

língua ocorrem simultaneamente; devemos atentar não apenas para as palavras, mas também para as lacunas existentes entre elas, atentar para o não dito, tanto quanto para o que foi verbalizado (Santin, 1995).

A percepção é dinâmica, como tudo o que possui vida; por isso exige que seja documentada; ela é ato contínuo do sujeito com o seu mundo; permite-lhe ver o invisível aos olhos. O que me leva a afirmar ser necessário nos colocar naquilo que percebemos; aqui jaz a importância de não olhar simplesmente, mas de sentir o que é feito pela enfermeira enquanto corporeidade; daí a importância de termos olhos que vejam, ouvidos que escutem, de termos sensações e de nos deixar envolver, intencionalmente, pela imensidão do mundo. A percepção me permite ver o invisível no visível, correlacionar o olhar que escuta, o *olhar atento* ao olhar que fala; é o movimento de equilíbrio entre a palavra e o mundo, que a mim se mostra.

Para perceber o significado do discurso do corpo doente é preciso o olhar qualitativo, a hermenêutica que interprete todo o conteúdo das suas descrições, as lacunas, o silêncio que preenche as fases de latência, de calma presentes entre os estados de cronicidade e os de agudização. É necessário compreender que não é o patológico que funciona em relação à vida ou contra a natureza, mas o corpo "doente" em relação à sua doença.

Reitero a importância da percepção como o nosso instrumento de acesso ao mundo, de importância primordial nas situações de enfermagem, por permitir à enfermagem conhecer o cliente e orientá-lo durante o processo de cuidar. A percepção depende de quem percebe e de vários fatores como do momento, do que se deseja perceber e do tempo que se dedica a perscrutar o objeto de interesse.

O corpo é expressão, é faia, é linguagem. A linguagem, traço distintivo do ser humano, possibilita ao corpo a capacidade de tornar-se social, de estabelecer relações e de assumir diferentes papéis. A compreensão da linguagem é essencial para compreender a realidade. Resulta desse pressuposto a relevância da linguagem corporal no presente estudo; a expressividade humana é capaz de objetivar-se, ou seja, de manifestar-se nas suas ações; depois de realizadas, passam a fazer parte do mundo comum. A linguagem estabelece momentos e lugares na minha realidade de vida, integrando-os e superando-os; tal processo de integração e de superação ocorre na minha spatiotemporalidade social.

A linguagem me permite, enquanto corpo, a sincronização do meu pensar e a atualização de qualquer coisa, em qualquer momento; com o poder de transcender e de integrar, ela constrói todo o simbolismo, presente nos rituais de cuidado no meu viver social; permite-me ainda dialogar com o outro, com o meu presente, de falar do passado e projetar-me no futuro.

O projetar para o outro e para o mundo pelo meu corpo se dá pela linguagem; ocorre nos processos interativos, nas situações de encontro, em que a fala e discurso da enfermeira e do cliente iniciam o processo de relacionamento interpessoal e de comunicação

A linguagem é toda a comunicação verbal e não verbal. A linguagem é única. O meu comportamento depende das minhas informações, dos meus conhecimentos, das minhas crenças e das minhas percepções (Merleau-Ponty, 1971).

De acordo com Stefanelli (1993), tudo o que emana da enfermeira, tudo o que ela expressa e faz é comunicação. Acrescento à fala da autora que tudo o que

emana, que é expresso pelo corpo do cliente, é também comunicação; o corpo é linguagem, expressão e fala; é o local em que inscreve o simbólico, e dele emanam todos os significados. Ele é realmente paradoxal.

Comunicação é entendida por Stefanelli (1993) como compreensão, como o compartilhar de informações. Enfatiza que esse processo só ocorre no campo intencional, no qual as pessoas se percebem, partilham idéias e significados.

Considero a comunicação muito mais abrangente que a informação; a comunicação resulta de algo abstraído, assimilado, compreendido, interpretado por mim; logo conterà muito de mim. Nesse ato de aproximação, de comunicação, de expressão está todo o meu mundo de valorações, expresso por mim enquanto corporeidade. A comunicação humana é cuidado, pois a enfermeira ao comunicar-se, descentraliza-se, projeta-se em direção ao outro, sai de si para melhor compreendê-lo, para dar-lhe espaço e fazê-lo presente. Para tanto assume postura *compreensiva e empática*, abstendo-se da emissão de juízos. Além da compreensão empática, aceita, incondicionalmente, o cliente com a sua forma de ser, como corporeidade.

Coloco em pauta não mais no plano especulativo, mas no plano do vivido, a realidade concreta da enfermagem, para o delineamento de estratégias que possibilitem a concepção de cuidado. Acredito no cuidado que não se reduz aos automatismos da prática, nem a procedimentos técnicos, ele perpassa o social, não contempla apenas os aspectos biologizados e patológicos, senão todo o processo interativo, concretizado nas situações de enfermagem.

Esse processo exige percepção de ambas as partes, da enfermeira e do cliente; importa perceber as exigências do outro, para que este agir conjunto seja significativo; cumpre conhecer o outro, as suas experiências, a sua história; perceber o quanto o cliente conhece da sua situação; ajudá-lo a relacionar a sua história, o conhecimento do seu momento atual de saúde. Ao agir assim, a profissional enfermeira auxilia o cliente a tomar consciência das suas exigências e a priorizá-las, articulando-as com o conhecimento necessário no momento.

Muitas vezes, o planejamento é feito para o cliente e, no entanto, este não se mostra empenhado em cumpri-lo, com óbvia divergência entre o planejado e o aceito ou o conhecido pelo cliente. Isso leva a questionar se houve real preocupação em conhecer, em estabelecer relações, isto é, em conhecer as necessidades epistemológicas do sujeito.

Ao adotar esta postura, a enfermeira apresenta-se como ser autêntico, evita representações, deixa-se conhecer. Isso exige autoconhecimento, capacidade de abertura, de desprendimento e disponibilidade, porque cuidar é estar disponível. A questão *respeito* deve dar o tom nesse processo. Respeitar é aceitar, considerar, valorizar a postura, o modo de ser do outro. É dizer sim ou não, conforme o momento; é demonstrar interesse pelos sentimentos e opiniões. E tudo isso, pergunto, não é cuidar?

Concebo cuidar resultante do processo de construção do conhecimento, como momento dinâmico, espaciotemporal; é um movimento bilateral, é o sair de si, o retirar o outro do seu *em si*. Cuidar se dá em situação de encontro. É o projetar-se

em direção ao outro e ao mundo, com respeito e competência, com sensibilidade e solidariedade.

Traduzo isto no poema que segue.

CUIDAR

Cuidar é

paixão, desejo, prazer.

Cuidar, cuidado

é verbo, é substantivo.

Cuidar é ação que exige qualidade,

disponibilidade, empatia

exige um corpo.

Exige um eu, um tu , exige um nós.

Exige percepção

e comunicação,

desprendimento e abertura;

exige encontro.

Cuidar é construção, reconstrução e reconstituição.

Cuidar é pensar, é preocupação.

Cuidar é movimento.

É o projetar-se para o outro e para o mundo;

é o descobrir contínuo de significados.

Cuidar!

É compreender a magia contida

no toque, no olhar e no sorriso, na fala e no silêncio;

em suma, é compreender o que seja existir. Polak, 1995).

O desenvolvimento das ações de cuidado, norteado pela corporeidade, exige percepção, exige que a enfermeira e o cliente se mobilizem, possibilitando que elementos correlatos referentes ao conhecimento proposto se manifestem; quanto maior a mobilização, maior será a necessidade de conhecer e maior será também o número de relações afetivas.

É necessária a mobilização de todos os recursos afetivos e cognitivos para perceber, sentir e interpretar a situação específica do cliente, para concretizar o novo conhecimento, expresso pelo resultado final das ações de enfermagem, que têm como finalidade ajudar no desenvolvimento da consciência crítica, necessária ao comprometimento do cliente no processo de reconstrução ou de reconstituição e rearmonização.

A enfermeira, enquanto corporeidade, desenvolve as suas ações conforme a realidade em que se insere; cumpre a sua função social e a sua razão de ser; a sua presença se justifica no sistema, uma vez que desempenha o papel esperado. Esse papel exige questionamentos freqüentes sobre o que fazer para harmonizar corpos, enquanto exerce o seu múnus profissional.

Este trabalho questiona as práticas tradicionais observadas, norteadas por programas, por projetos gerais, que são forçados a se adequarem a todos, sem reflexão e crítica prévia, quando então a enfermeira não passa de mero executor de ordens médicas, sem sequer poder contar com o que lhe assegura a lei.

Na compreensão do processo de construção das ações de enfermagem é importante que sejam considerados os aspectos filosóficos, os educativos e o

processo de cuidar propriamente dito. As ações de enfermagem visam a desenvolver no outro as suas possibilidades; ajudam-no a enfrentar o seu processo de recuperação, ou a viver com limitações, ou a morrer dignamente (Orem, 1985; Horta, 1979; e Henderson, 1955).

Advém dessa situação a aproximação entre o presente estudo e o de algumas pensadoras da enfermagem, principalmente aquelas que norteiam os seus estudos segundo as relações interpessoais e o autocuidado. Como King (1981), Travelbee (1969) e Orem (1985); esta última, apesar de ser caracterizada como pertencente à escola das necessidades humanas, tem como preocupação central a autodeterminação do cliente.

A ação de cuidar resulta de ação pedagógica; em virtude da sua especificidade, exige que muitas pessoas se voltem para determinado objeto do conhecimento; no entanto para que o objeto de conhecimento da enfermeira seja também para o cliente e família, é necessário que eles estejam mobilizados, atentos e intencionalmente voltados para os seus objetivos. Esse objeto deve ter significado para o sujeito, mesmo que mínimo, no momento da sua apresentação, de forma que seja sensibilizado. Para tanto, a enfermeira deve ser criativa, colocar a temática de forma clara, interligar o conhecimento e o vivido pelo cliente; é necessário que proponha novas formas de aproximação e convivência.

A participação do cliente, enquanto sujeito do conhecimento, é relevante; contudo a sua participação não deve estar restrita àquele momento de crise que precisa ser superado, ou seja, à mera recuperação temporária da sua condição de

higidez; importa levá-lo à assimilação do conhecimento, para que viva em harmonia, para que enfrente com segurança os desafios inerentes ao seu processo de vida.

A importância da percepção nessa proposta reside no fato de que ela possibilita a compreensão de não sermos máquinas programadas para esta ou àquela atividade, e por nos mostrar que o homem não é apenas razão. O homem é razão, é espírito, é afeto, é estética; é ser ético, moral, ser de relações, ser gregário, encarnado em corpo vivente, é corporeidade.

Enfatizo que o agir norteado pelas exigências do outro não significa agir descoordenado, dirigido pelos caprichos individualistas do cliente ou da enfermeira. A enfermeira tem consciência de que inicia o processo a partir do cliente, mas não permanece nesta dimensão; é preciso atentar que ele é o ponto de partida e de chegada, o que exige um caminhar de reformulações contínuas.

Dessa forma, a enfermeira, como corporeidade, não se vê, nem é vista, nem vê o cliente como algo empírico, cujos dados registrou no seu dossiê, em conclusões precisas, mas como construção inacabada, como síntese derivada de inúmeras relações sociais. Esse ser não se enquadra em nenhuma moldura; tampouco pode ser alvo de recortes ou cortes, para ser melhor estudado ou cuidado. É preciso atentar que o cliente está nas situações de enfermagem por inteiro, concretamente, chamando por ajuda, com necessidades, com interesses, com as suas significações, com a sua história; encontra-se aí totalmente diferente dos manuais de rotina, que explicitam apenas o objetivado, com mínima consideração pelos aspectos subjetivos.

A participação da enfermeira, durante o processo de sensibilização e de percepção do cliente, visa não apenas à obtenção das informações, senão também a

que se faça presença, durante todo o processo com competência para provocar, para desafiar, para despertar o desejo ou interesse do cliente. Para tanto, precisa organizar o contexto do cuidado, processo de organização permeado pelo desejo de contribuir no desenvolvimento do outro; deve atuar sobre o contexto e sobre o conhecimento conjuntamente com o cliente, foco de sua proposta.

A enfermeira é mediadora no processo de cuidar junto ao cliente e à instituição. Como mediadora, a enfermeira está imbuída da responsabilidade de sensibilizar o cliente, para participar do seu processo de recuperação e da organização do contexto. Incumbe-se-lhe, ademais, uma atitude compreensiva e empática, que estabeleça vínculos que visem à construção ou reconstrução do conhecimento necessário, para a elaboração e implementação das ações de enfermagem.

O conhecimento é a vertente da qual emerge o cuidado; contempla tanto a esfera da natureza quanto da cultura, quando o sujeito se encontra face a face comigo, nas situações de enfermagem. Ao considerá-lo como parceiro, a enfermeira evita os reducionismos, a fragmentação dos corpos, que a procuram em busca de ajuda para a sua rearmonização. Esse agir é agir consciente, intencional; constitui a práxis construída conjuntamente com o outro. É um fazer histórico, socialmente construído no cotidiano da enfermagem.

A enfermeira, na construção do *conhecimento*, eixo das ações de enfermagem, está atenta para identificar as contradições entre o proposto e as representações do cliente; assume postura ativa e estimuladora. Esse momento

constitui, de fato, o momento de ligação e de desenvolvimento; é o momento do *vir a ser* graças ao seu conhecimento.

Ao sensibilizar o cliente, a enfermeira retira-o da passividade; lança-o em direção ao novo; coloca-o em movimento, em busca de resposta para as suas questões. Existem várias formas de sensibilização: questionamentos diretos, jogos, filmes, conversas com outros clientes. Todos os recursos e estratégias de ação constituem desafios e motivos para o cliente, em vista da superação do seu momento atual.

Como pode ser visto na construção do cuidado, é imprescindível a compreensão da realidade: compreender os verdadeiros motivos da condição presente, ver além da aparência e perscrutar a essência do fenômeno observado. Para tanto, é necessário que a enfermagem possua domínio da sua área de atuação e conheça devidamente a sua finalidade e as suas limitações. A enfermagem deve envidar esforços no sentido de não fomentar ações que resultem em continuísmo, em dependência; isso não ajudará o cliente a crescer. É necessário entender que ele deve seguir pensando por si mesmo sempre que possível. Cumpra-se estabeleçam relações enfermeira/cliente, pois segundo Vasconcelos (1994), conhecer é estabelecer relações.

Na realidade, as ações de enfermagem iniciam no momento em que a enfermeira intencionalmente se dirige ao cliente que procura ajuda. A concretização do cuidado contém em si todos os momentos que didaticamente a antecederam. Esse momento se caracteriza como colóquio singular do cliente e da enfermeira;

vivem uma situação comum, mas não recíproca. Considero que existe acordo tácito entre o corpo que cuida e aquele que é *cuidado*.

As ações decorrentes desse processo se caracterizam como reorganização da abordagem efetuada pela enfermeira no primeiro contato com o cliente, quando este era provocado pela *pergunta: o que tem você? ou por que procurou o serviço?* Passa, depois, a, ser : *que o incomoda? Como posso ajudá-lo e quanto posso? Que você quer fazer para ajudar-se?* Nesse momento haverá redistribuição entre os sintomas, que significam, e a doença, que é o significado, entre a descrição e o descrito, entre a situação presente e o produto final, expresso pelas ações de enfermagem.

Faz-se necessário apresentar o porquê desta ou daquela ação, para termos consciência dos motivos que nos levam a agir segundo certo modelo, de expormos os critérios que direcionam as nossas ações, os livros de fisiopatologia, os manuais, o modelo vigente no setor saúde, ou as necessidades existenciais do cliente.

Ao perceber o cliente como corporeidade, a enfermeira permitirá que as coisas que o cercam, e ao seu mundo, silenciosamente se façam presentes à sua percepção, para obter-se uma reorganização profunda dos seus conhecimentos, do conhecimento do outro e talvez do delineamento de novo discurso, de novo olhar para os corpos que necessitam de atendimento em saúde e dos cuidados de enfermagem. Percebe-se que o conhecimento da enfermeira só tem significado se lhe permite compreender o que o cliente deseja, como ele apreende e precisa ser cuidado.

Vejo a enfermagem, enquanto corporeidade, como facilitadora de relacionamentos, que oferece ao cliente subsídios para tomada de decisões, para a criação do novo, de vida digna, ética, comprometida com a realidade social, mediante o desenvolvimento das ações de enfermagem. É neste questionar, neste inquirir, nesta tentativa de desvelar o outro e o seu mundo, que se encontra o cerne das suas ações.

A última etapa do processo de cuidar é o momento no qual o resultado das ações de enfermagem é expresso e se materializa, quando pode ser sentido e percebido o seu resultado pelo grau de satisfação que se registra no cliente, nos seus familiares e na equipe de enfermagem. Nessa etapa, espera-se que o cliente apresente respostas para os seus problemas, que compreenda os níveis de relações existentes entre o novo saber e a sua realidade. Que as ações elaboradas conforme a concepção de corporeidade, presente, neste estudo, possam ser transferidas para outras situações, após a competente análise crítica.

CAPÍTULO VII

FOI ASSIM A CAMINHADA...

Toda a busca é processual; não foi diferente a ultrapassagem do portal do tempo em busca da compreensão dos significados de corpo, no mundo da enfermagem. Esse processo foi exaustivo, vivido segundo a segundo. Foi assim, refletindo, discutindo, conversando, lendo e lendo muito, relendo muitas vezes, assistindo a filmes, que cumpri mais um ciclo, mais uma etapa, da minha viagem no tempo, em busca da compreensão do corpo e da corporeidade. Nesse viajar, aprendi que o corpo é o ponto de partida para todo e qualquer discurso referente ao homem, que o corpo não é fonte complementar das nossas práticas, senão o núcleo irradiante, principal e único.

Aprendi que, sem reflexão, a filosofia do corpo, o fazer e o saber da enfermagem estão incompletos. Aprendi também que o corpo é ser de desejos, de necessidades e de prazeres, que ultrapassa, transcende e incorpora ciclos, um após outro.

Como corpo, superando mais um ciclo, sinto necessidade de registrar o meu receio de que, no afã de compreender, de interpretar os discursos existentes sobre o corpo, tenha reduzido a riqueza e o simbolismo que emanam do corpo vivente, pela

palavra escrita, pois apreendi o fenômeno corpo na minha perspectiva, descrevendo-o como tal, o que não impede o leitor, neste exato momento, de fazer outra leitura dos discursos aqui registrados, bem como do meu discurso.

Nesse processo de busca, passei a compreender:

- ser importante ver o corpo na sua historicidade, com as suas crenças, com os seus valores, com a sua cultura;
- que a cultura permeia toda a rede de conexões do existir humano;
- que é com o corpo, pela percepção, que temos acesso ao outro e ao mundo;
- o paradoxo do corpo, os seus sentimentos, as suas aspirações e as suas ambigüidades, o paradoxo humano de ser finito com desejos infinitos;
- que as práticas de enfermagem só podem ser construídas nas situações de encontro, quando emerge a intercorporeidade, quando a percepção e a linguagem são vitais.

Entre momentos de alegria e desânimo, de percepções e sensações, que compreendi será mediante a dimensão da intercorporeidade, com atitude empática, que poderá emergir o novo pensar, o processo de cuidar iluminado pelo pensar fenomenológico-hermenêutico. Este processo será norteado pela concepção de cada um, pois se cuida conforme a nossa concepção de mundo e a compreensão das nossas finalidades; aí se encontram as questões referentes a quem cuida, como cuida e por que cuida, porquanto são fundamentais. A viabilização desse cuidar só se torna possível mediante o saber, que nos ajuda a compreender todas as redes de conexões existentes entre mim e o outro, entre mim, o outro e o mundo; que

compreende as fronteiras existentes entre o *Homo sapiens* e o *Homo aestheticus*, para que transitemos harmonicamente entre eles.

Foi assim que descobri a importância da busca de equilíbrio entre as ciências naturais e as ciências humanas como vital para superarmos os ditames da razão, a barreira existente entre humanistas e racionalistas, entre o modelo médico, o conhecimento objetivo e o conhecimento subjetivo, entre a intuição e a percepção, entre a academia e o senso comum.

Essa descoberta foi relevante para conhecer os conflitos existentes entre o mundo da razão e o mundo do sentir; para desvelar as possíveis aproximações, e as possibilidades de coexistência pacífica entre a explicação e a compreensão, e a certeza de ser impossível o conhecer dissociado do perceber e do compreender.

Foi assim que descobri, no mundo da enfermagem, o meu mundo profissional: há lugar para Apolo e para Dionísio, para a enfermagem arte e para a enfermagem ciência, para a razão e para o sensível, para o ético e o estético, sem radicalização e exclusão.

Acredito que a corporeidade possibilita à enfermagem o viver sem conflito com as diversas correntes de pensamento, pois ela sempre transitou no terreno da dialética, entre dois pólos que, apesar de distintos, se interpenetram, se complementam: o pólo da vida e o pólo da morte.

O corpo vivente possui a sabedoria dos simples, a sensibilidade de selecionar o que lhe é benéfico, em fazer escolhas, em separar o que lhe interessa. Tal capacidade lhe é inata. É esta sensibilidade que move, que torna possível o projetar-

se do corpo da enfermeira em direção ao outro, na busca deste outro, com o desejo de dar-lhe rosto, de resgatar a sua identidade, perdida na racionalidade

Foi assim que aprendi que compreender a corporeidade pressupõe reaprender a viver nas nossas escolhas: a capacidade de sentir, de pensar, de criar, de participar e de coexistir harmonicamente consigo, com o outro e com o mundo. Compreender o conceito de corporeidade é reaprender a sentir, a sorrir, a dizer não, a não ter respostas prontas; é ter disponibilidade, flexibilidade e abertura para o outro e para o mundo. É aprender a pensar não apenas a partir dos resultados, mas também dos nossos sentimentos, dos nossos desejos, das nossas idéias; é assumir a nossa condição humana com base na liberdade e nas nossas necessidades específicas.

A enfermeira, enquanto corporeidade, desenvolve o fazer reflexivo, crítico e empático; propicia ao outro *tomar-se* e *vir a ser*, mostra ao outro as suas potencialidades de forma que o torne consciente do que é, dos seus direitos e das suas responsabilidades. Este agir exige questionamentos, debate contínuo, o que é salutar, uma vez que o debate filosófico do cuidar busca romper com o conhecimento institucionalizado, tende para a antropologia não fechada em torno do homem, da existência e da ação.

Descobri nesta caminhada as liturgias do cuidado e, entre estas, a importância da liturgia do toque, que é cultural, que resgata a idéia da proximidade, da tribo, do clã; o resgate do calor humano, do prazer de sentir o contato, a presença, de sentir os cheiros, o resgate do tempo, das ervas, do chá, do paleolítico, do período da complementaridade. Os caminhos por mim percorridos levaram-me aos mitos, a

perceber os vínculos existentes entre o corpo enfermeira, que sou, e a divindade, os vínculos que mantêm o corpo que oscila e hesita entre o sagrado e o profano.

Como enfermeira e mulher, senti e sinto na carne a segregação relacionada com o meu corpo feminino e a minha condição de mulher. Este corpo é visto como pecaminoso, como o corpo de Eva, responsável pela perda da humanidade que, paradoxalmente, foi salva por outro corpo, também feminino, o de Maria, o que serve como placebo para a idéia de corpo nefasto, de corpo perigoso e pecaminoso, que permeia, subliminarmente, todas as culturas no tocante à mulher.

Foi assim que andei, que aprendi, partilhei momentos solitários, dialoguei comigo, juntei os fios de uma teia milenar que, depois de tecida, possibilitou a minha percepção e compreensão do que seja corporeidade e que agora, no final do ciclo, será apresentada.

Para mim, *corporeidade* é mais que a materialidade do corpo, mais que o somatório das suas partes; é o contido em todas as dimensões humanas; não é algo objetivo, pronto e acabado, mas tramitação contínua de redefinições, porquanto é resgate do corpo: é deixar fluir, falar, viver, escutar, permitir ao corpo ser o ator principal, vê-lo na sua dimensão realmente humana. Corporeidade é o existir, é a minha, a sua, a nossa história.

Para a compreensão dessa história, urge a reorganização, a inserção de novos significados ao fazer e ao saber da enfermagem, o que será possível com a introdução, nas nossas práticas, do pensamento contemporâneo de Merleau- Ponty, da sua visão de mundo, de homem e das relações deste com o mundo e com o outro

mediante o corpo. A compreensão da corporeidade é fundamental para uma abordagem mais humana na enfermagem.

O desenvolvimento da capacidade de percepção e de sentir deve ser iniciado na graduação, quando cumpre enfatizar para a enfermeira a importância de compreender as possibilidades do corpo, de aprender a se colocar nas situações, a ver, a perceber, a sentir no visto, no percebido e não apenas constatar, registrar, reproduzir, cumprir e fazer cumprir ordens.

Foi assim que refleti sobre a importância da escola, quanto a ensinar a valorizar o processo do autoconhecimento, a compreender que só é possível perceber o outro segundo a sua vivência e a sua experiência. A percepção nos mostra o mundo não como ele é pensado, senão como ele é vivido; a nossa realidade é conjunto de metáforas.

Em face do exposto, torna-se imprescindível salientar a importância da abordagem do corpo nos conteúdos curriculares, para repensar as metodologias existentes nos cursos de enfermagem.

Sublinho que as proposições aqui apresentadas não são definitivas, prontas e acabadas; que elas são frutos do meu processo histórico, no qual a minha vida foi, é e será vivida, em contínua construção e reconstrução da minha identidade, nos embates comigo mesma, com o mundo e com o outro. Este movimento e este dinamismo não são inerentes apenas a mim, a você; estão presentes em todos nós, no mundo e nas nossas relações; por isso os nossos projetos são sempre inacabados, por isso que vivemos desafios constantes, contínua busca, desvelar perene de fenômenos.

Apesar de apresentar o conceito teórico de corporeidade para nortear o meu estudo, e os demais conceitos com ele relacionados, este meu trabalho não tem como pretensão escrever marco referencial, muito menos teoria. Tenho consciência de que ele contém elementos que podem ser interpretados como tal. O meu objetivo foi, porém, apresentar, a partir da reflexão hermenêutica, norteadada pelo meu vivido e pela minha compreensão do que seja corporeidade em Merleau-Ponty, mais uma alternativa, para a enfermeira na rota da construção do saber e do seu caminhar, de forma mais humanizada, não ingênua, com plena consciência do poder não visível que perpassa todo o seu fazer. Que ela seja segura na tomada de decisões, que não tenha medo de dizer não, e que ame o belo, que goste de si, que se conheça e, acima de tudo, que saiba viver consigo, com o outro, com o mundo.

Com este estudo estou cumprindo uma das principais finalidades da pesquisa em enfermagem, que é a aproximação da enfermeira do conhecimento já produzido, para que possa, com maior facilidade, delinear o seu próprio caminhar.

Acredito também que este estudo contribuirá com novo fazer, no ensino, na pesquisa de enfermagem e também em outras disciplinas da área de saúde, mediante o desenvolvimento de prática intencional, norteadada no expresso pelo cliente, para que a percepção do vivido pelas enfermeiras e pelos clientes possibilite o processo de reflexão e de mudanças.

Antes de finalizar a caminhada, na qual você se deixou conduzir pela minha concepção de homem, de enfermagem e de cuidado, sinto necessidade de agradecer a companhia e reiterar que lhe apresentei uma reflexão sobre o meu vivido, para subsidiar uma possível reorganização e reordenação da dimensão da

prática assistencial; ousou dizer também que ela é uma alternativa que responde às exigências do cliente.

Foi assim que andamos e refletimos: você passou a fazer parte do meu mundo; difícil precisar, neste momento, onde está cada um de nós. Evidentemente este estudo não termina aqui; continua, faz parte de mim e, agora, faz parte um pouco também de você; assim, prossigamos o ciclo.

Despeço-me do leitor com o seguinte poema-questionamento.

E AGORA?

Pergunto eu, pergunta você, perguntamos nós.

*Agora é tempo de parar,
parar para viver, sentir, construir
e por que não destruir?*

*É hora de quebrar as amarras,
de somar,
de olhar o que passou e o que se faz presente.*

*É hora de perscrutar o futuro,
sentindo, percebendo
o quanto de mim ficou no outro
e o quanto do outro ficou em mim.*

*É hora de sentir, de perceber
o escoar do meu tempo,
indo ao encontro do teu.*

*É hora de sentir a minha vida se diluir no mundo,
nos meus projetos e em ti,
como as lágrimas se diluem na chuva,
dificultando o seu reconhecimento.*

E agora?

*Agora é hora de prosseguir e nos tornarmos parceiros;
é hora de construir,
de sair de nós e de somar,
de sermos um nós com identidade própria.*

E agora?

*Agora implica prosseguir, acreditar,
superar os nossos limites.
É assim que devemos viver, enquanto corporeidades;
é assim que somos corpos viventes.*

*Corpos que devem ser vistos como o rio,
em cujas águas está escrita a partitura das nossas vidas,
em cujas águas corre, se agita e se acalma a nossa existência;
lugar no qual o passado, o presente e o futuro se fundem.*

(POLAK, 1996)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 AGAZZI, Aldo. **Historia de la filosofía y la pedagogía**. Alcoy: Marfil 1977.
- 2 ALVES, Paulo C. A perspectiva de análise social no campo de saúde: aspectos metodológicos. In: CANESQUI, Ana M. **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais em Saúde**. São Paulo: HUCITEC - ABRASCO, 1995. p. 63-93.
- 3 BADINTER, Elisabeth. **Um é o outro: relação entre homens e mulheres**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- 4 BERLINGUER, Giovani. **A doença**. São Paulo: HUCITEC, 1988.
- 5 BOEMER, Magali R. **A morte e o morrer**. São Paulo: Cortez, 1986.
- 6 BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- 7 BOSI, Afredo. **Fenomenologia do olhar**. In: NOVAL, Adauto et al. **O olhar**. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.
- 8 CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. 14 ed. São Paulo: Cultura, 1982.
- 9 CASTRO, Denise S. **Experiência de pacientes internados em unidade de terapia intensiva - análise fenomenológica**. Ribeirão Preto 1990. Dissertação.(Mestrado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- 10 COLLIÈRE, Maria F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros 1989..
- 11 CUNHA, Antonio. **Dicionário etimológico**. 6 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.

- 12 DANIEL, L. F. **Enfermagem planejada**. 3 ed. São Paulo: EDUSP, 1981.
- 13 DEMO, Pedro. **Introdução à metodologia da ciência**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1987.
- 14 _____. **Pesquisa e Produção do conhecimento: metodologia científica no Caminho de Habermas**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.
- 15 FERRAZ, Clarice, A. **A compreensão do exercício profissional do enfermeiro - uma análise fenomenológica**. Ribeirão Preto, 1988. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo
- 16 FERREIRA, BUARQUE, A. **Novo dicionário Aurélio**. 14 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- 17 FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da clínica**. 4 ed. Rio de Janeiro: Florence Universitária, 1994.
- 18 _____. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1987.
- 19 _____. **Microfísica do poder**. 10 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992.
- 20 GENNEP, Arnold van. **Os ritos de passagem**. Petrópolis: Vozes, 1977.
- 21 GONÇALVES, Maria A. **Sentir, Pensar, Agir - Corporeidade e Educação**. Campinas, SP: Papyrus, 1994.
- 22 GUEDES, Claudia M. O corpo desvelado. **In: MOREIRA Wagner W. - O Corpo presente**. Campinas, SP: Papyrus, 1995.
- 23 HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

- 24 HENDERSON, Virgínia. **The essence of nursing in high technology.** *Nursing administration quarterly.* 1955.
- 25 HORTA, Wanda A. **O processo de Enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.
- 26 JAPIASSU, Hilton. **Introdução às ciências humanas - análise de epistemologia histórica.** São Paulo: Letras & Letras, 1994.
- 27 JUNQUEIRA, Carmem. **Em trânsito: preparando a mudança: Ritos de passagem e adolescência - antologia.** São Paulo: Summus, 1985.
- 28 KING, Imogenes M. **A theory for nursing: systems, concepts, process.** New York: John Willwy, 1981.
- 29 LAPLATINE, François. **Antropologia da doença.** São Paulo: Martins Fontes, 1986.
- 30 LENINGER, Madaleine. **Transcultural nursing.** New York: Masson publishing, 1977.
- 31 LEROI, Gourhan A. **Les racines du monde.** France: Belfond, 1982.
- 32 _____. **Le Fil du temps.** Paris: Fayard, 1983.
- 33 LEVINE, Myra E. **Introduction to clinical nursing.** 2 ed. Philadelphia: F.A. Davis Co, 1973.
- 34 LIMA, Maria J. **O que é enfermagem.** São Paulo: Brasiliense, 1993.
- 35 LOYOLA, Cristina D. **Os doces corpos do hospital - as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar.** Rio de Janeiro: UFRJ, 1987.
- 36 MAFFESOLI, Michel **O conhecimento comum.** São Paulo: Brasiliense, 1989.

- 37 MARIAS, Julian. **O tema do homem**. São Paulo: livraria Duas Cidades, 1975.
- 38 MARX, Karl. Feuerbach oposição das concepções materialistas e idealistas. In: Marx Engels. **Obras escolhidas**. Lisboa: Avante, 1982.
- 39 _____. "Manuscritos econômicos e filosóficos". In: Erich Fromm. **Conceito marxista do homem**. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.
- 40 _____. **O capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1983.
- 41 MEDINA, João P. **O brasileiro e o seu corpo; educação política do corpo**. Campinas: Papyrus, 1987.
- 42 MELEIS, Afaf. I. **Theoretical nursing: development and progress**. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1985.
- 43 _____. **Theoretical nursing**. 2. ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Co, 1991.
- 44 MERLEAU-PONTY, Maurice. **Humanismo e terror**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1970.
- 45 _____. **O olho e o espírito**. Rio de Janeiro: Griffo, 1969.
- 46 _____. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Freitas Bastos, 1971.
- 47 _____. **Ciências do homem e fenomenologia**. São Paulo: Saraiva, 1973.
- 48 _____. **A estrutura do comportamento**. Belo Horizonte: Interlivros, 1975
- 49 _____. **O visível e o invisível**. São Paulo: Perspectiva, 1984.

- 50 _____ **Signos**. São Paulo: Martins Fontes. 1991.
- 51 _____ MOREIRA, Wagner W. **Corpo presente**. Campinas: São Paulo: Papirus 1995.
- 52 MORENO, Juan M. **Historia de la educación**. Madri.: Paraninfa, 1977.
- 53 MOSCOVICI, Serge. **La Société contre nature**. UGE: Cole  o "10/18", 1972.
- 54 NEUMAN, Betty. The Betty Neuman Health - Care Systems Model: A Total Person Approach to Patient Problems. In: **Richl, J. P; Roy Sr. C , Conceptual Models of Nursing Practice**, 5. ed. New York: Appleton - Century Crofts, 1974.
- 55 NIGHTINGALE, Florence. **Notas de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, . 1989.
- 56 NIEZSCHE, Friedrich. **Obras incompletas**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.
- 57 NUNES, Benedito. **Filosofia contempor  nea**. Trajetos Iniciais. 2 ed. São Paulo:   tica, 1991
- 58 OREM, Dorothea E. **Nursing concepts of practice**. 3 ed. New York: Mc Grawl - Hill, 1985.
- 59 ORLANDO, I. J. **The dynamic nurse-patient relationship: function, process and principles**. New York: Pertmam's, 1961.
- 60 ORTEGA Y GASSET, José. **Que    filosofia ?** Rio de Janeiro: Livro Ibero-Americano Ltda, 1984.
- 61 PAIM, Lygia. Problemas, prescri  es e planos - um estilo de assistência em enfermagem. Brasília: **Cadernos Científicos Aben**, 1978.

- 62 PAIM, Rosalda. **Metodologia científica em enfermagem**. Rio de Janeiro: Luna, 1980.
- 63 PAIXÃO, Waleska. **Páginas de enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Bruno Buccini, 1993.
- 64 PATTERSON, J.; ZIDERARD, L. T. **Humanistic nursing**. New York: John Willey, 1976.
- 65 PÉQUIGNOT, Henry. **Médecine et monde moderne**. Paris: Minuit, 1953.
- 66 POLAK, Ymiracy N. S. **A relação do homem com o mundo mediatizado pelo corpo**. 1993. Digitado.
- 67 _____. O corpo como um em si, como objeto do saber e do fazer da enfermagem. **Anais do ENFETEC**. São Paulo: 1994. 547-555p.
- 68 _____ et al. A concepção de saúde do adulto da grande Curitiba. **Rev. Cogitare Enfermagem, Curitiba v. i n. 1**. 1996. (prelo)
- 69 PORTER, Roy. História do Corpo. In: BURKE Peter. **A escrita da História**. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1992.
- 70 RICOUER, Paul. **Interpretação e Ideologias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- 71 _____. **Teoria da interpretação: discurso e o excesso de significação**. Lisboa: Ed. 70, 1987.
- 72 RODRIGUES, José C. **O tabu do corpo**. 2 ed. Rio de Janeiro: Achiamé, 1975.
- 73 ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Emílio ou da educação**. Rio de Janeiro: Difusão Editorial, 1979.
- 74 _____. "Discurso sobre a desigualdade". In: **Os Pensadores**. Abril Cultural, 1988.

- 75 ROY, Sister C. **Introduction to Nursing: An Adaptation Model**. Englewood Cliffs. Nova York: Prentice - Hall, 1976.
- 76 ROMERO, Elaine. O corpo no século XVIII: elementos para a compreensão das atividades corporais e redimensionamento de uma práxis na passagem para o 3º milênio. In: FERREIRA Neto A. 1993, Vitória **Anais Educação Física e Esporte - Vitória: Centro de Educação Física e Desportos. v.1, UFES, 1993. p. 141-185.**
- 77 SANTIN, Silvino. Aspectos filosóficos da corporeidade. **Rev. Bras. de Ciências do Esporte: Porto Alegre, V. 11 n. 2. jan, 1990. p. 136-145p.**
- 78 _____. **Educação Física; da alegria do lúdico à opressão do rendimento.** Porto Alegre: EST ESEF, 1990.
- 79 _____. **Educação Física; da alegria do lúdico à opressão do rendimento.** Porto Alegre: EST ESEF, UFRGS, 1994.
- 80 _____. **Biomecânica entre a vida e a máquina - Palestra proferida no Congresso Brasileiro de Educação Física.** Curitiba - PR,. 1995. Digitado
- 81 SANTO AGOSTINHO. “Confissões X”. In: **Os pensadores.** São Paulo: Nova Cultural, 1987.
- 82 SANTOS, Boaventura de Souza. **Introdução a uma ciência pós-Moderna.** Rio de Janeiro: Graal, 1989
- 83 SCHILDER, Paul. **A imagem do corpo.** São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- 84 STEFANELLI, Maguida C. **Comunicação com o paciente. teoria e ensino.** 2. ed. São Paulo: Robe Editorial, 1993.

- 85 SUCHODOLSKI, Bogdan. **La educación humana del hombre.** Barcelona: Laia, 1977.
- 86 TELLES, Antonio. X. **Introdução ao estudo de filosofia.** São Paulo: Ática, 1991.
- 87 TORRES, Gertrudes. **Theoretical foundation of nursing.** Norwalk: CT: Apleton - Century-Crofts, 1986.
- 88 TRAVELBEE, J. **Intervention in psychiatric nursing: process in the one-to-one relationship.** Philadelphia: F.A. Davis, 1969.
- 89 TURNER, V. W. **O processo ritual: estrutura e antestruturura;** Petrópolis: Vozes, 1974.
- 90 VASCONCELOS, Celso S. **Construção do conhecimento em sala de aula.** São Paulo: Liberdade, 1994.
- 91 VASQUES, Adolfo S. **Filosofia da Práxis.** Rio de Janeiro Paz Terra, 1977.
- 92 VAZ, Henrique C. **Antropologia filosófica.** São Paulo: Loyola, 1991.