

Os caminhos da afetividade no cuidar de enfermagem

Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos
Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Resumo

O estudo trata de discutir sobre a afetividade como uma vicissitude da compaixão evidenciada no cuidar da enfermagem e que influencia na forma como este cuidado é prestado. Abordagem qualitativa exploratória descritiva. Os sujeitos do estudo foram quatro enfermeiras de um Hospital Universitário de Santa Catarina. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada. A categoria de análise para caracterização das posturas compassivas foi a afetividade. Como resultado obtivemos que a questão do cuidar relaciona-se com a troca de afetos, os quais, na prática, estabelecem formas compassivas de ajuda. As enfermeiras imprimem as suas características pessoais no jogo das relações em virtude do fato de que a formação acadêmica ainda se fortalece no fazer. A carência e as concepções sobre o seu fazer que elas apresentam como justificativa de compreender esse outro - o cliente -, marcam-se pela intuição e senso comum. A ética do cuidar se acha apegada a um gozo que fixa as necessidades de atribuir à bondade, à pena e à resignação um caráter compassivo que fundamenta essa ética do cuidar, o que evidencia a compaixão como fator originário no laço simbólico que estrutura a enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem. Compaixão. Cuidado de Enfermagem. Afetividade.

Considerações Iniciais

Este artigo trata do modo como vem se construindo a afetividade como uma vicissitude da compaixão no cuidar de enfermagem, levando em consideração a análise genealógica. Uma das características da Enfermagem é lidar com uma gama de emoções, tanto as inerentes a quem cuida e quem é cuidado como as que surgem como conseqüências do cuidar. Todo cuidar é movido pela emoção. Isso nos faz refletir no alicerce da afetividade como constituinte de uma fragilidade via atitudes compassivas no cuidar da enfermagem, como um traço significativo das relações interpessoais manifestas no desejo pelo bem-estar de seus

clientes. Remonta assim a um dos instrumentos básicos da relação de ajuda, mesmo entendendo esse termo como algo genérico, distinto de afeto que, amiúde, provém do fato que essa relação não está dissociada do encontro de desejos e paixões, que objetivam o bem-estar e cura do cliente cuidado pela enfermeira.

Em Minzoni, umas das pesquisadoras da área de saúde mental, encontramos cinco princípios básicos¹ para que a relação de ajuda se efetive. Deles, salientaremos um dos princípios que norteiam a ação da enfermeira, “o conhecimento e a aceitação de si mesmo e do outro”, a qual o qualifica para o profissional de

Enfermagem atuar diante da necessidade de ajuda do cliente. Consideramos, desse modo, a atitude de disponibilidade da enfermeira/a como um fator fundamental na relação de ajuda, pois entende-se que, através dos gestos, tom da voz, palavras e expressões corporais e o olhar sem crítica, facilitar-se-ia a capacidade de o cliente sentir-se importante e de reconhecer que, a rigor, alguém lhe dá atenção.

Este estudo tem como objetivo discutir sobre a afetividade como uma vicissitude da compaixão evidenciada no cuidar da enfermagem e que influenciam na forma como este cuidado é prestado.

Quadro teórico-metodológico

A partir da temática da compaixão, exposto como objeto de investigação realizei um estudo exploratório descritivo, com cunho filosófico e idéias preconizadas por Michel Foucault, cujo conceitos foram aplicados na análise dos discursos e na discussão dos resultados da pesquisa à luz da análise genealógica.

Sabemos que, apesar de Foucault ter atribuído a seus trabalhos uma dívida à reflexão nietzschiana, não se precisou claramente de que forma se efetivou esse vínculo. Faz-se necessário traçar algumas delimitações na captura do método para abordar a trajetória indicada por Michel Foucault, o qual descreve três etapas de análise problematizadas concomitantemente:

1) as práticas discursivas que articulam o saber;

2) as estratégias e as técnicas racionais que dinamizam o exercício dos poderes;

3) as formas e os modelos de relação consigo mesmo pelas quais o sujeito se constitui e se reconhece como sujeito.

Ficaremos restritos à genealogia, entendendo que o nome de Nietzsche aparece em vários escritos de Michel Foucault e a influência do conceito nietzschiano de “genealogia”, foi tratado por ele para designar metodologia de sua obra. Para o “genealogista”, através das pequenas mudanças, da sutileza, da superfície dos acontecimentos são estabelecidas as respostas a se encontrar. Foucault indica que, “para fazer a genealogia dos valores, da moral, do conhecimento, devemos ao invés de partir em busca da origem, nos demorar nas “meticulosidades e acasos dos começos, prestar atenção escrupulosa à sua derrisória maldade”² (PADILHA, 1997, p.37).

O campo utilizado foi uma unidade de Clínica Médica masculina, de um Hospital Geral, caracterizada por apresentar clientes com doenças agudas e crônicas, com tempo de internação em média de 07 dias. Realizamos 04 entrevistas com as Enfermeiras, as quais foram identificadas pelos seguintes codinomes: Xantipa, Goneril, Antígona e Potona. Com elas, refletimos sobre os pontos relevantes e cruciais do cuidado, direcionando-as para os sentimentos e valores que as Enfermeiras conceituavam na prática. As 04 entrevistas deram conta da proposta, pois as respostas começaram a se repetir, sendo assim, os dados foram considerados suficientes para elucidar o objeto da pesquisa e atender o objetivo principal. Antes de iniciar a coleta de dados, as Enfermeiras foram orientadas quanto ao cuidado ético no manejo das observações e informações prestadas, assinando o consentimento livre e esclarecido.

As entrevistas prestaram-se neste estudo, na linha genealógica, para levantar as categorias que emergiram dos discursos das Enfermeiras. Estas constituem a possível racionalidade construída pelas práticas compassivas, ou seja, das falas que apontam para situações em que a bondade, a devoção e divinização da profissão, colocadas como imperativo do cuidar impossível, fundamentam um saber moral. A entrevista semi-estruturada foi eleita como um dos instrumentos da coleta de informações pois, “ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVIÑOS, 1987, p. 146). As entrevistas foram gravadas em fita magnética e transcritas integralmente. Após, encaminhamos o material transcrito para a validação das informações oferecidas pelas Enfermeiras, as quais não se opuseram ao conteúdo transcrito.

Consideramos a análise de discurso explicitada por M. Foucault, que situa os discursos como uma dispersão, isto é, como sendo formados por elementos que não estão ligados por nenhum princípio de unidade. A análise do discurso colocará regras nessa dispersão, as quais serão capazes de reger a formação dos discursos. A rigor, essas regras determinam uma formação discursiva, cuja finalidade apresenta-se como um sistema de relações entre os objetos, tipos enunciativos, conceitos e estratégias, nas quais, caracterizando a “formação discursiva” em sua singularidade, deslocam a passagem da dispersão para regularidade. A regularidade é atingida pela análise dos enunciados que constituem a formação discursiva. A análise genealógica se constitui na busca de visibilidade em cada coi-

sa, as questões relativamente mais profundas são as mais superficiais. “Isto não significa, contudo, que sejam triviais ou sem importância, apenas que seu significado deve ser buscado nas práticas superficiais e não em profundidades misteriosas”³. Para o genealogista, a interpretação dos fatos, dos cadafalsos, não é desvelar um possível significado escondido, pois com a provável influência de Nietzsche em suas obras diz que “não há o que interpretar, não há nada de absolutamente primeiro a interpretar, pois no fundo tudo é já interpretação”.⁴.

A análise se efetivou na sistematização de categorias, segundo as premissas propostas por Foucault, para análise genealógica, que resultou na reprodução de categorias basilares para representação do estudo. Após exaustiva leitura das entrevistas, levamos em consideração o que, de alguma forma, já havia sido evidenciado na observação não participante, ou seja, que o cuidado pode revelar os conteúdos da prática de enfermagem. A partir disso, essa leitura indicou os significantes contidos neste cuidado, ou seja, a evidência da AFETIVIDADE como categoria de análise.

A afetividade no cuidar da Enfermagem

A categoria AFETIVIDADE se apresenta como um laço social da relação das enfermeiras com o cliente, e, sobretudo, funda o jogo que, daí, advém das trocas entre os clientes e a enfermeira. A afetividade aparece na falas de enfermeiras como o equivalente de um laço próprio da profissão, socializando a forma de emergir do quantum da relação com o cliente, agregado pela enfermagem ao seu existir, condição “sine qua non” para o evidenciamento do cuidar. Trata-se, portanto,

de uma categoria referencial do mundo da enfermagem. O cuidado é específico da enfermagem, pois historicamente a intenção do ajudar sempre esteve presente desde os primórdios, ou seja, antes da era pré-científica. O ajudar não só o cliente, ou pessoas necessitadas de algo, se configura com uma desmedida social ou moral, sempre revelou a figura da enfermeira prestes a agir, e, nesse sentido, implica dizer que o ponto de estofo de enfermagem é o afeto, a ajuda.

A afetividade se manifesta na fala das enfermeiras de três formas, as quais procuraremos apresentar abaixo, caracterizando a relação delas com os clientes que são cuidados.

A primeira manifestação da afetividade como dar-se, tornar-se disponível, tratar o cliente com carinho, sem exigir algo em troca, implica dizer que a troca é um traço solidário, em que a diferença concreta determinada pela situação institucional do profissional e o cliente, não se dá na diferença da relação de afeto.

O discurso de enfermeiras/os com relação à afetividade, na sua primeira forma, manifesta-se da seguinte forma:

“A simpatia, a não discriminação, a abertura de tu chegares e perguntar, se está calmo, sentar e conversar, ter uma relação melhor, tentar responder às perguntas que também surgem da parte dele. Não sei, acho que da própria pessoa o relacionamento vai surgindo, tem pessoas que são mais abertas e outras não, independente disso a gente tenta mostrar que está disponível, que está aqui para ajudar, que não é apenas a enfermeira, ou chefe que está participando junto” (XANTIPA).

Podemos perceber na fala acima o primeiro aspecto da afetividade no qual a abordagem inicial da enfermeira é tomada de simpa-

tia e tem como função marcar o encontro. O uso da simpatia como abertura traz um certo alívio para enfermeira, forjando a possibilidade de que o cliente é um ser que não é discriminado, que pode receber seu sentimento. Nem todos os clientes podem entender a simpatia e a disponibilidade como uma possível compreensão do seu problema, porém, a necessidade de mostrar-se simpática, mesmo que a situação não corresponda, evidencia a capacidade que enfermeiras/os têm de lançar mão de seus sentimentos mais poderosos e altruísticos.

Henson (1997, p: 77) utiliza o conceito mutualidade como meio-termo ou equilíbrio entre duas posições extremas de relação de respeito ao outro, que são o paternalismo e a autonomia; o primeiro, centralizado na provedoria, e o segundo, assentado extremamente no cliente. Os atributos da mutualidade caracterizam-se por sentimento de intimidade, conexão e compreensão do outro, com objetivo de satisfação de ambos intervenientes.

“ É compreender, me preocupar com eles, fazer eles verem que você está realmente preocupada com o estado deles, que você quer ajudá-los de alguma forma, conversar melhor, escutar eles. Que às vezes não dá tempo. Tentar escutar, fazer com que eles desabafem” (ANTÍGONA).

A participação ativa na relação com o cliente, compreendendo o que se passa com o cliente. Mas compreender o quê? Sempre há o que compreender? Máquina da compreensão, ou podemos compreender para ignorar a situação, o objeto, a fala? Esta disposição à fala sobrepõe-se ao imperativo da compreensão, como um vômito pela rapidez com que a enfermeira tem que articular esse imperativo

de dever e de controle dos afetos dos clientes. Um desespero de que não possa faltar ao cliente, como um ser que tem que ser respondido em toda sua unidade existencial.

“Olha, em um primeiro momento, quando eu vou conhecer o cliente, meu primeiro bom dia é de expectativa porque ele é um cliente para quem eu vou prestar um serviço. Eu acho que depois é que a relação vai sendo construída no dia a dia. Então depois que a gente já se conhece, conhece a história, aí a gente passa uma, duas, três manhãs e dependendo de quanto tempo que ele fica internado é que a gente vai estreitando mais os laços, não é?” (GONERIL).

“Então essa participação junto com a equipe, na hora até da visita e tu ajudas também na higiene, no conforto e mostrar a ele que tu não és aquele chefe ali que está só mandando. Que tu estás ali junto e que passas mais tempo ali conversando, trocando idéias, na hora da visita conhece a família, tem uma boa relação, chama no telefone quando é possível, eu atendo familiares” (XANTIPA).

Nessa fala quanto à proximidade de discurso com os familiares, de atendimento as necessidades de esclarecimento, sobre o estado do cliente, tem como objetivo colaborar na conexão dos familiares para com a situação vivida pelo clientes. Ajuda numa sustentação do valor da relação mais realista e justa, não calcada na abnegação e sim no direito de existência fora do mundo da instituição.

“Mas mesmo assim, eu acho que eu não me envolvo muito assim sentimentalmente com ele, eu sempre procuro deixar o problema, vamos supor, de que quando eu saio daqui, a minha vida lá fora muda, é outra, não é? O que eu vejo de problemas aqui, eu procuro não levar para a minha casa. Porque eu sei que se eu for levar isso para eles, que vai interferir na minha vida.

Às vezes tu até pensas, como no caso do Moisés, tu te lembras do Moisés, então o Moisés conviveu com a gente praticamente nove meses aqui e é difícil você não se envolver sentimentalmente, não pensar nele no dia a dia, saber que a expectativa dele de vida é pouca, e apesar de eu e ele termos a mesma idade, eu tenho a chance de sair, de passear e me divertir e ele não, ele está aqui dentro, preso e a vida dele depende da gente, ele é totalmente dependente. Praticamente é isso”(POTONA).

Essa longa fala é esclarecedora, em vários aspectos, dos fatores imbuídos na relação: o controle emocional, a firmeza frente à morte, o distanciamento necessário, entre outros. Eles estabelecem uma afetividade próxima ao ato mais solidário, em que a enfermeira empresta sua sensibilidade ao cuidar do cliente terminal, fazendo um corte no sentimento de dependência emocional do cliente. Ela percebe que seria negativo se envolver demais com um cliente que traz a súplica da morte. Mas mantém-se firme, perante o fato de que o conforto que ela pode dar é ouvi-lo e aceitar a dependência do cliente - que traz uma angústia grande na equipe de enfermagem: - a morte, que, em termos existenciais, lhe possibilitou a comparação entre as idades próximas de um e de outra.

A fala da enfermeira demonstra um certo conhecimento de sentimentos que levam a um questionamento da sua própria relação com a vida e a morte, mas que cessam quando o reconhecimento da sua prática é o que determina seu controle diante das questões que os clientes trazem, cujo caráter real não pode ser totalmente reduzido à pena ou à comoção.

A referência da afetividade tem, com efeito, a qualidade de um agir ético fundado em razões morais, permitindo à enfermeira tra-

tar as dores e alegrias advindas da relação interpessoal. Verificamos que a solidariedade aprofunda um elemento básico das relações sociais e que a simetria causada insere na enfermagem mais um múltiplo de suas atividades, como função de cuidador.

A segunda manifestação da afetividade mostra um outro movimento na relação: o afeto se investe na relação dual, implicando a necessidade do retorno da afetividade do cliente, via agradecimentos, presentes e amizade mútua. A fronteira da relação se mistura com um princípio moral, no qual o cliente é meio para se obter um fim para um desejo, que se preconiza “o mais humano possível”, “solidário”, “de apoio emocional”, caracterizando uma reivindicação de amor por parte do cuidador. Em seu estudo sobre o prazer, Lisboa (1998,p:178) argumenta que as enfermeiras identificaram o prazer no trabalho com o cuidado do cliente, tomado como fundamento central: “o cuidar do cliente com toda uma característica de doação. Ou seja, elas se doam para a cura do outro, o seu prazer está no outro, na melhora do outro, na recuperação do outro. Através do outro (o cliente), que é também quem reconhece o seu trabalho de enfermeira, elas encontram o sentido do seu trabalho”.

“Mas eu nunca tive problema assim de relacionamento com cliente, sempre tive um bom relacionamento, eu acho que quando ele sai ele gosta de mim, porque às vezes depois de uma longa data fora do hospital ele volta e lembra da gente e isso é importante, a gente ser lembrada pelo cliente e bem lembrada, não é como uma pessoa boa, uma pessoa que ajudou na recuperação dele. Eu acho que isso daí é vantajoso para a gente, é uma das coisas que fazem com que tu prossigas no teu serviço bem e satisfeita, apesar

de todos os problemas que a gente tem” (POTONA).

Nessas falas, justifica-se o ato de cuidar como um agradecimento, isto é, a retribuição amorosa, que a enfermeira espera e apela para que isso aconteça. Nessa nova gradação do sentir pelo outro, a ajuda, que foi por vezes sofrida e dispendiosa, desvela a esperança de que o trabalho da enfermagem possa ser lido, não apenas como prestação de serviços mas também um prazer que é legítimo no sentir. Se pensarmos, no entanto, um pouco mais, perceberemos que a ajuda faz um corte na perspectiva de que a enfermeira está cuidando com afeto, e a utilização dele como forma de garantia de seu status profissional:

“ Para que ele sinta que eu estou presente, apesar de não estar as seis horas, ou doze horas junto no quarto com ele, mas que eu estou ali presente e tudo que ele quiser ou sentir, ele pode chegar a mim. Isso acontece até bem visível que muitos deles voltam e trazem presentes, escrevem cartas de agradecimento, então a gente comprova que essa relação foi boa, que interagiu realmente até com conduta deles” (XANTIPA).

Há um traço nostálgico referido nas falas: o retorno pelas cartas simboliza um contato com demanda do amor, que tem como pano de fundo uma tarefa ou atividade bem sucedida. A função da presença física afasta outros conteúdos também presentes no cotidiano das enfermeiras, como a morte ou situações dolorosas, e demarca bem a agravante das relações que se estabelecem num domínio da total conexão: uma grande emoção como forma maternalizada no cuidar, indicando uma virtude de um bem pela doação com uma troca esperada.

“ E já fomos convidados até a participar de uma festa na casa de um cliente, a gente foi e fomos muito bem recebidos, guardaram o nome de todos e foi uma aceitação bem legal, uma experiência muito boa. Então a gente tenta ser o mais simpático possível, é lógico que não se consegue agradar a todos, mas eu tento sempre ser o mais” (XANTIPA).

A participação na vida do cliente fora da instituição demonstra a valorização por parte dele de uma tarefa que foi bem desenvolvida. Mostra não só entrelaçamento que a enfermeira faz da sua atividade formal como também desprendimento que ela faz dela para validar essa atividade. Há um resgate de sentimento intuitivo maior como peso dessa fusão ocorrida dentro do espaço hospitalar que mostra a simpatia para dividir, consciente ou inconscientemente, o valor da retribuição do contato, confundido, fora do hospital, com agradecimento do dever cumprido.

Duas vertentes se dialetizam daí, pois se revela também a retribuição exagerada da enfermeira para o cliente, já que não bastou todo o esforço que ela fez durante a internação do cliente.

“Olha, o envolvimento se dá de forma mais intensa com alguns e menos intenso com outros. Eu, fazendo uma auto-avaliação, eu penso que eu interajo bem com os clientes, até pelo retorno que eles me dão. Para ver eles me dizerem “muito obrigado”, para quando eles saírem, fazerem questão de se despedir, e a maioria faz isso. E se você é insignificante, ninguém vai te procurar para dizer até logo, ou muito obrigado, ou mesmo que dissesse que não gostou do tratamento”(GONERIL).

Há um princípio de contradição no que se refere à insignificância da procura do cliente, pois pode ser que ele seja grato ao cuidado pres-

tado, sem que ele a gratifique com presentes ou elogios. A eficácia perfeita do cuidado, como se mostra na fala, tem como resultado o agradecimento, que, sem ele, se torna vazio. A dependência da retribuição doméstica a formalidade do cuidado e sobreleva o afeto, o que de certa forma implica o jogo de valores, não do que um tem de excesso e ao outro de falta, mas no que a moral do bem traz como um estado de abnegação como perfeição pessoal na profissão.

A terceira manifestação da afetividade suscita a grande suspeita de que o uso que os sentimentos de bondade, compaixão, liberdade, mesmo que não ditos, estão flagrantemente implicados na relação e se transformam, como antípodas, na observação de qualidades opostas que nelas próprias podem surgir, como uma forma de compaixão negativa. Esse elemento compassivo traria o negativo da vida moral como o motor multiplicador e conservador de todas as misérias. Nessa seqüência das manifestações sobre a afetividade, delimitaremos agora a compaixão. Muito embora a compaixão se apresente fortemente nos discursos das enfermeiras, de forma aparente ou deslocada, se faz importante compreender a garantia que ela tem como simulacro nas ações de enfermagem. Muitas discussões têm colocado como contágio emocional, empatia participante, como valores positivos. Entendo, porém, que a abordagem mais adequada do conceito se apresenta na característica do que ela contém de trágico.

Eriksson (1991, p. 15) assinala que “o verdadeiro cuidado é baseado na compaixão”, com efeito, a autora coloca que “a compaixão emerge no encontro entre o sofrimento e o amor, a habilidade de enfermagem sentir compaixão emerge de experiências pessoais de so-

frimento e amor, e não se adquire compaixão por técnicas ou tarefas avançadas. compaixão envolve uma simples, despretensiosa presença para com outro”.

“Para mim essa é uma pergunta difícil, eu nunca tinha parado para pensar nisso, nesse sentimento que eu tenho. Eu tenho um sentimento próprio de compaixão, carinho, por eles. Não é pena, mas eu tenho vontade de ajudar sempre que eu vejo que ele está precisando, de alguma forma eu tento sempre melhorar o que eles estão sentindo. Porque eles também ficam tristes, depressivos, eu vou tentar melhorar esse sentimento deles, de querer valorizar, de querer aumentar o alto astral deles, mesmo que às vezes a gente não esteja tão bem para fazer isso” (ANTÍGONA).

Essa fala evidencia a dificuldade da denominação do sentimento quando relacionado ao cuidar. A compaixão sentida pela enfermeira é traduzida como carinho, estar junto, o nascimento do encontro com o cliente que necessita dos cuidados de um outro, que nega que seja pena, então, por um princípio de opostos, a negação me confirma que o que está patente é o ajudar sem critérios, o não sentir pena, o tornar-se uma presença sufocante, de uma exigência que se quer aparentemente sutil, mas de uma excelência trágica.

Estamos diante de concepções sobre a compaixão, que podemos de acordo com os filósofos classificá-la em negativa e positiva. As tradições filosóficas referem-se como os filósofos deram lugar aos sentimentos compassivos e como isso foi de importância moral em determinados ciclos filosóficos para discussão da ética, e como algumas cederam à compaixão como um instrumento de valoração moral das ações humanas.

Nesse sentido, a compaixão negativa, segundo Abbagnano (2000, p. 155), o elemento negativo da vida moral começa pelos estoicos e atravessa em Spinoza, que considera que “no homem que vive segundo a razão a compaixão é, por si mesma, ruim e inútil”, porque nada mais é que dor; por isso “o homem que vive segundo a razão esforça-se o máximo possível para não ser tocado pela compaixão, bem tampouco pelo ódio, pelo riso ou desprezo, porque sabe que tudo deriva da necessidade da natureza divina”. Nietzsche (1997, p.69), seguindo essa tradição, assevera que “esse instinto depressivo e contagioso debilita os outros instintos que querem conservar e aumentar o valor da vida; é uma espécie de multiplicador e de conservador de todas as misérias, por isso um dos instrumentos principais da decadência do homem.”

Na questão em que envolve uma clientela em particular como os idosos, percebe-se a necessidade do cuidar vinculado ao apaixonar-se e entregar-se com a piedade, transforma a enfermeira veículo de participação no sofrimento do outro no qual constitui o verdadeiro fundamento do amor ao próximo.

“Bom, como eu tenho pouca experiência no contato com o cliente, eu estou aprendendo a ter essa interação melhor. Eu me dou melhor, consigo me expressar melhor com os clientes mais idosos, aqueles que precisam mais. Com os bem velhinhos, eu sou apaixonada por eles!” (ANTÍGONA)

Atualmente, com o advento da qualidade de vida como massificação dos deveres para se manter saudável, obriga-se o cuidar de si como necessidade de garantir uma velhice melhor. Com efeito, essa situação criou um investimento crescente na terceira idade, e a enfermagem, como tributária da saúde do ou-

tro, vem se preparando para atuar com essa clientela. O que vemos na fala da enfermeira caracteriza a piedade com os velhos. Ela sinaliza e se diz apaixonada, colocando a importância da dependência deles ao seu trabalho, o que garante, portanto, uma transferência de amor para esses clientes.

Por um lado, o sentimento revela “a paixão” por outro através da piedade, se desvela a compaixão. No primeiro momento, admite-se que ela não o julga por ser um velho incapaz; mas, simultaneamente, julga, pela moral, os sentimentos de pena que se emaranham no cuidado. Podemos atribuir esse significado de compaixão ao que as enfermeiras sentem espontaneamente, na tentativa de diminuir a dor e o sofrimento dos clientes, revelando uma apropriação emocional do cuidado, fundado num julgamento moral de sofrimento, pois não há a fala do cliente em querer ser ajudado.

Considerações finais

A existência da compaixão, suas vicissitudes na Enfermagem e suas manifestações no cuidado humano, que se encontram nas teorias de enfermagem ora margeadas de um humanismo exagerado e ora de sensibilidades essenciais, demonstram que a prática de Enfermagem e da Saúde está impregnada de idéias de obediência, coerção e moral de rebanho, de altruísmo, de amor ao próximo e de dependência.

Há um quê de doméstico e religioso nessa tradição da pena e do compadecer em que a triangulação histórica influenciada pelo denominador (compaixão = bem), significando felicidade determina mais do que simplesmente a linguagem em que nos anunciamos como profissionais. As formas de inserção da enfer-

magem se dão no que é de mais estratégico de dominação, não só das práticas, mas da subjetividade do possível de ser designado nas condutas compassivas. A enfermagem responde em possíveis espaços: produzindo uma ética da bondade, pela solicitude, abnegação, solucionadora de todos os problemas e disciplinadora, e sistematizando uma prática em regras e condutas morais.

Essas características morais formam um pano de fundo para um agir deliberado por essas práticas normativas e normalizadoras. E, assim, se evidencia toda a trama de jogos de poderes e saberes sobre o outro, a qual analogicamente cria uma ética que se naturaliza e se autoriza circularmente. Estamos, certamente, diante de um paradoxo no qual nos se dá uma formação singular de subjetividades que, no cotidiano, se revela na crueldade e num devir compassivo.

As práticas compassivas na Enfermagem e Saúde se fundamentam no humanismo, como justiça e solidariedade, colocando os profissionais de saúde como agentes morais. E isso não faz parte de um sistema de saúde intruso e coercitivo? A compaixão (pena) e com-paixão (amar apaixonadamente) nos retratam um narcisismo e/ ou renúncia de si que abrandariam as emoções do cotidiano, da dor, do sofrimento, alegrias e da vida. Esse amor ao próximo e a com-paixão revelam justamente a ruptura daquilo que se chama de diferença e o faz semelhante. O preceito do amor ao próximo, do cuidado ao outro sem limites até fazê-lo cuidar de si mesmo (auto-cuidado), se radicaliza: “pois o próximo, o outro é igualmente um estranho, na mesma medida em que é próximo. Mais ainda, ele se torna estranho justamente quando a sua proxi-

midade chega a um certo limite, ameaçando tornar-se absoluta” (BARROS, 1998, p.66).

Buscam-se também o paternalismo e o irracionalismo como vicissitudes das posturas compassivas, do querer o bem do outro. Nas máscaras da hipocrisia, na Saúde e na Enfermagem, ocultam-se o paternalismo, na impossibilidade de o cliente tomar decisões sobre seu domínio, ou o irracionalismo, os quais justificam intervenções por vezes drásticas e coercitivas e criam a dependência dos “cuidadores”. Já circula hoje o termo mutualidade, que envolve um dividir com outra pessoa um processo em que ambos são importantes na ajuda - a enfermeira, como uma parte integral do planejamento do cuidado, e o cliente, participante de seu tratamento, sem infantilizações derivadas do maternalismo.

A categoria analisada demonstrou a suplência da relação de ajuda, conforme a compaixão. A reivindicação de afeto foi uma demanda constante, por parte das enfermeiras dos seus clientes, o que ora parece um absurdo, pois o trabalho da enfermagem se inscreve como suportar a dor e não entregar-se deliberadamente à súplica de seus clientes. Evidencia-se neste estudo a grande suspeita no que consistiu a análise genealógica em busca dos valores e como eles procederam de maneira

a construir uma lógica a que define os passos em relação à construção desses valores morais, situando, assim, os discursos que evidenciam as vicissitudes da compaixão. Portanto, os discursos das enfermeiras depoentes suscitam a necessidade de a enfermagem empregar na relação de ajuda sentimentos de sustentação para o seu agir ético diante do cliente e a partir deste o bem-estar físico e emocional dos mesmos.

As enfermeiras depoentes mostraram através de suas falas que a questão do cuidar relaciona-se com a troca de afetos, os quais, em sua grande maioria, estabelecem na prática formas compassivas de ajuda. Percebe-se que as enfermeiras imprimem mais as suas características pessoais no jogo das relações em virtude do fato de que a formação acadêmica ainda se fortalece no fazer. No entanto, a carência e as concepções sobre o seu fazer que elas apresentam como justificativas de compreender esse outro - o cliente - marcam-se pela intuição e senso comum. A ética do cuidar se acha apegada a um gozo que fixa as necessidades de atribuir à bondade, à pena e à resignação um caráter compassivo que fundamenta essa mesma ética do cuidar, o que evidencia a compaixão como fator originário no laço simbólico que estrutura a enfermagem.

The paths of affectivity in the nurse care

Abstract

This study had as objective the reflection over the affectivity as a vicissitude of compassion shown in the nursing care, which influences the way this care is taken. It had a qualitative exploratory descriptive approach. The subjects of the study were four nurses of a university hospital at Santa Catarina. Data were collected through semi-structured interviews and non participative observation. The category of analysis for the characterization of the compassionate postures was the affectivity. As a result, we had that the question of care is related to the exchange of affection, which in the practice establishes compassionate ways of help. The nurses impose their personal characteristics at the game of relationships because of the fact that the academic background still strengthens on performing. The absence of their conceptions about their acts are presented as reasons to comprehend the other – the client – mark themselves by intuition and common sense. The ethics of care is attached to a joy that fulfills the necessities that attribute to kindness, sorrow and resignation a compassionate character that bases this ethics of care, what shows compassion as a originary factor at the symbolic nod that structures nursing

Keywords: Nursing. Compassion. Nursing Care.

Los caminos de la afectividad en el cuidado de enfermería

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo reflexionar sobre la afectividad como una visicitud de la compasión hecho evidente en el cuidado de enfermería y que influye en la forma en que el cuidado es ofrecido. Se realizó un abordaje cualitativo exploratorio descriptivo. Los sujetos fueron cuatro enfermeras de un hospital universitario de Santa Catarina. Los datos fueron recolectados mediante entrevista semi estructurada y observación no participante. La categoría de análisis para la caracterización de las posturas compasivas fue la afectividad. Como resultado obtuvimos que la cuestión de cuidar se relaciona con el intercambio de afectos, los cuales, en la práctica, establecen formas compasivas de ayuda. Las enfermeras imprimen más sus características personales en el juego de relaciones en virtud del hecho de que la formación académica todavía se encuentran en fase de fortalecimiento en su quehacer. Las carencias y concepciones que presentan sobre su quehacer como justificativas de comprender el otro (el cliente), están marcadas por la intuición y el sentido común. La ética del cuidado se encuentra apegada a un disfrute que fija las necesidades de atribuir a la bondad, a la pena y a la resignación un carácter compasivo que fundamenta dicha ética del cuidado, lo que evidencia a la compasión como factor originario en el lazo simbólico que estructura la enfermería.

Palabras claves : Enfermería. Compasión. Cuidado de Enfermería.

Referências

- ABBAGNANO, Nicola. Dicionário de Filosofia, 4 ed., São Paulo: M. Fontes, 2000.
- BARROS, Romildo. Rego. O paradoxo do amor ao próximo como a si mesmo. In: As paixões do ser: amor, ódio e ignorância. Rio de Janeiro: Kalimeros, 1988. p. 65-74.
- BETTINELLI, Luiz Antonio. Cuidado solidário. Passo Fundo: Pe. Berthier, 1998.
- ERIKSSON, E. In ISCHUDIN, VERENA. Ethics in Nursing. The caring relationship. London: Butterworth Heinemann, 1991.
- FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 3. ed, Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- Vigiar e punir. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 1987.
- Nietzsche, Freud & Marx – Theatrum philosophicum. São Paulo: Princípio, 1997.
- GATTÁS, Maria Lucia B. Relacionamento focalizando o interpessoal. enfermagem psiquiátrica à saúde mental. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- HENSON, R. H. Analysis of the concept of mutuality. Image: Journal of Nursing Scholarship. v. 29, n.1, first quarter 1997
- LISBOA, Márcia.T. As representações sociais do sofrimento e do prazer da enfermeira assistencial no seu cotidiano de trabalho. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.
- NIETZSCHE, Friederich. Humano, demasiado humano: um livro para espíritos livres. Lisboa: Relógio d'água, 1997.
- PADILHA, Maria Itayra Coelho Souza. A mística do silêncio: a prática de enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX. Pelotas: Universitária/UFPel, 1998.
- RICHARDSON, R. J. Pesquisa social: métodos e técnicas. 2 ed. , São Paulo: Atlas, 1989.
- TRIVIÑOS, A N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais : a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
- VIEIRA, M. J. Imagem cultural e motivação na escolha da enfermagem 1998. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

Notas

¹Minzoni estabeleceu cinco princípios básicos para a pessoa que requer ajuda, são eles: a) o indivíduo que enfrenta uma crise ou experiência de doença mental é um participante ativo desse processo; b) o indivíduo que enfrenta uma crise ou experiência de doença mental é respeitado em sua individualidade, direitos e valores; c) há reciprocidade de envolvimento, onde os participantes observam-se, avaliam-se e tomam decisões; d) o profissional está sempre agindo com sua carga emocional, preconceitos, capacidade, conhecimentos, habilidades e deficiências; e) é básico para o profissional de enfermagem o conhecimento e a aceitação de si mesmo e do outro (GATTÁS, 1996, p. 77).

²FOUCAULT, M. Vigiar e punir. P. 19

³FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. P.119

⁴FOUCAULT ,M. Nietzsche, Freud et Marx. P.189

Sobre os autores

Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos

Doutor em Filosofia da Enfermagem pela UFSC, Professor Adjunto do Depto de Enfermagem Médico-Cirúrgico da Universidade Federal Fluminense.

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professora Adjunto do Depto de Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem

Data de Recebimento: 29/04/2002

Data de Aprovação: 15/08/2002