



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

RESPEITO PELA INTEGRIDADE DA PESSOA
DOENTE: UMA VIRTUDE INDISPENSÁVEL NA
ENFERMAGEM

Tese apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de Doutor em Bioética

por

Maria Clara de Oliveira Simões

Instituto de Bioética

Novembro 2014



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

RESPEITO PELA INTEGRIDADE DA PESSOA
DOENTE: UMA VIRTUDE INDISPENSÁVEL NA
ENFERMAGEM

Tese apresentada para obtenção do grau de Doutor em Bioética

Por Maria Clara de Oliveira Simões

Sob orientação da Professora Doutora Maria Clara Faria Costa Oliveira

Instituto de Bioética

Novembro, 2014

A todos os que cuidam...

À memória dos meus pais pelo exemplo de vida.

À memória do meu irmão pelo conhecimento transmitido e muito que recebi.

AGRADECIMENTOS

À orientadora desta tese, Professora Doutora Maria Clara Faria Costa Oliveira, por ter aceite orientar este trabalho, pela disponibilidade, pelo saber e rigor com que me presenteou, bem como a pertinência das reflexões e partilha do conhecimento. Ser sua orientanda foi um acontecimento de exigência científica que permitiu desenvolver mais Saber.

À Directora do Instituto de Bioética Professora Doutora Ana Sofia Carvalho pelo incentivo e apoio.

Ao Coordenador do Curso de Bioética do Instituto de Bioética Professor Doutor António Jácomo.

À Secretária do Instituto de Bioética D^a. Palmira Maio pela disponibilidade e amabilidade que sempre me dispensou.

Aos Professores e aos amigos do Doutoramento em Bioética, pelo saber transmitido ao longo deste percurso académico.

Ao grupo de enfermeiros que se disponibilizaram a participarem no estudo.

À Directora de Departamento das Ciências de Enfermagem e da Saúde da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, Professora Doutora Isabel Araújo, agradeço toda a liberdade que me permitiu para a gestão do tempo e apoios concedidos.

Aos amigos que me acompanharam e ajudaram a tornar mais fáceis os momentos difíceis, especialmente à Ana Reis, ao Nuno, ao Filipe e à Lurdes, pelos preciosos contributos, incentivo e ânimo, ajuda e amizade incondicional.

À minha família pelo estímulo constante e paciência que sempre demonstraram.

A todos os que directa e indirectamente tornaram possível este trabalho.

RESUMO

O enfermeiro, independentemente da sua área de intervenção, defronta-se, a cada momento, com problemas éticos que impõem decisões adequadas às normas e valores do seu exercício profissional. No entanto, nem sempre é fácil, dado vivermos na era onde a ciência, a técnica, de forma contínua nos confrontam com transformações e transições nas práticas profissionais, políticas e educacionais, que directamente acarreta implicações não só na vida do Homem, na sociedade, e na humanidade em geral e, estas acções têm no seu cerne a acção humana.

Reconhecendo que a formação em enfermagem integra um processo educativo, não apenas de conhecimentos científicos e de desenvolvimento de técnicas, práticas e atitudes inerentes à profissão, mas também de competências de domínio ético, de modo que promovam uma formação de saber antropológico que valorize uma filosofia humanística dos cuidados de enfermagem, propomo-nos enfrentar o desafio de conhecer os significados atribuídos pelos enfermeiros quando cuidam da pessoa e do seu corpo. Esperamos fornecer um contributo para abolir possíveis lacunas que estarão na base desta realidade e construir um guia de aspectos (bio)éticos que pensamos serem os mais importantes na formação académica ao longo da vida dos enfermeiros e que conduzam a uma intervenção humanizante à pessoa doente e ao seu corpo.

Para a compreensão da cultura do cuidar humanizante da enfermagem utilizou-se uma abordagem qualitativa com recurso ao método exploratório e descritivo recorrendo-se à entrevista para a colheita de dados. Os dados foram analisados segundo a análise

temática de conteúdo, que segundo Bardin apresenta as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretações¹.

Os resultados obtidos sugerem que o processo de acções e interacções dos enfermeiros na resposta ao cuidar da pessoa e do seu corpo assenta em dois paradigmas de intervenção que co-existem nos cuidados hospitalares. Uns enfermeiros desenvolvem intervenções centradas na pessoa privilegiando as várias dimensões da pessoa, outros desenvolvem mais as suas intervenções centradas na patologia. Contudo evidencia-se uma evolução progressiva para um cuidar mais próximo.

As dinâmicas utilizadas pelos enfermeiros no cuidar da pessoa e do seu corpo, expressam a atribuição de significados à pessoa e ao seu corpo e como estes orientam o cuidado. Sobressai deste estudo que a actuação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros e a envolvência dos serviços de saúde do contexto hospitalar, pela relação de proximidade que têm com a pessoa doente, constitui-se como uma pedra basilar no agir ético. Também podemos dizer que da análise deste estudo a formação académica ao longo da vida (nomeadamente dos enfermeiros) deve assentar em pilares que sensibilize e que consciencialize e desenvolva o sentido de responsabilidade nos (futuros) enfermeiros. É este saber com sentido que permite edificar uma intervenção diferenciada e personalizada, garantindo “Cuidados Humanizados”.

Palavras-chave: Bioética, Enfermeiro, Pessoa, Corpo e Cuidar.

¹ BARDIN, L - *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1995.

ABSTRAT

Nurses, regardless of their area of intervention, are constantly confronted with ethical problems requiring appropriate decisions with good standards and values of their professional practice. However, this is not always easy as we live in the age of science and technology, where we are continuously faced with changes and transitions in political, educational and professional practices, which directly inflicts implications not only in peoples' lives but also in society and humanity; in general these actions have at its heart human action.

It is recognized that nursing education integrates an educational process, not only of scientific knowledge and the development of skills, attitudes and inherited practices to the profession, but also the skills of ethical realm. In order to promote a training of anthropological knowledge that values a humanistic philosophy of nursing, we propose to tackle the challenge of knowing the meanings attributed by nurses when caring for individuals and their bodies. We hope to provide a contribution to abolish possible gaps that underlie this reality, and build a guide to (bio) ethical aspects which we think are the most important in academic training throughout the life of a nurse, and to lead to a humanizing intervention/ mediation with the sick person and his body.

To understand the culture of humane nursing care, a qualitative approach using exploratory and descriptive methods was used, resorting to interviewing for data collection. The data was analyzed according to thematic content analysis, which according to Bardin presents the following steps: pre-analysis, material exploration, processing, and interpretation of results.

The results suggest that the process of nurses' actions and interactions, in response to the person and how they take care of their body is based on two paradigms of intervention that co-exist in hospital care. Some nurses develop a person-centered intervention favoring the various dimensions of the person; others develop their interventions focusing more on pathology. All in all, these show a progressive evolution towards closer care.

The dynamics used by nurses, in the care of the patients and their bodies, express the attribution of meaning to the patient and their body and how they guide the care. The study shows that the performance of health professionals, in particular the involvement of nurses and the hospital health services, which have a close relationship with the patient, constitutes itself as a cornerstone of ethical behavior. We can also say that from our academic training analysis, throughout life (particularly nurses) we must have a firm foundation which sensitizes, develops consciousness and a sense of responsibility in (future) nurses. It's this sense of knowledge that allows us to build a meaningful, differentiated and personalized intervention, ensuring "humane care".

Keywords: Bioethics, Nurse, Person/individual, Body and Take Care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	23
1. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	29
1.1.TEMA.....	29
1.2.JUSTIFICAÇÃO DO TEMA.....	29
1.3.JUSTIFICAÇÃO DO PROBLEMA.....	38
1.4.FINALIDADE E OBJECTIVOS.....	38
1.5.QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	39
Iª PARTE.....	41
ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO.....	41
CAPITULO I - MARCOS CONCEPTUAIS: PESSOA E O CORPO.....	43
1. PESSOA: CONCEPTUALIZAÇÃO.....	43
1.1.A PESSOA E A INTERSUBJECTIVIDADE.....	45
1.1.1. Relação do «eu» consigo mesmo.....	46
1.1.2. A pessoa como relação «eu-tu».....	49
1.1.3. A relação como uma não «objectivação» do «eu».....	53
1.1.4. A comunicação e a sua importância na inter-relação.....	55
1.1.5. O amor como imperativo inter-relacional.....	61
2. UNICIDADE INTEGRAL DA PESSOA E DIGNIDADE HUMANA.....	65
2.1.Liberdade e dignidade da pessoa.....	68
2.1.1. A dignidade.....	69
3. A DOR E SOFRIMENTO HUMANO.....	77
CAPITULO II - CORPOREIDADE.....	87
1. CORPOREIDADE: CONCEPTUALIZAÇÃO.....	87
1.1.CONCEPÇÃO DUALISTA DO HOMEM.....	92
1.2.CORPO OBJECTO E IMAGEM.....	99
1.3.CORPO PRÓPRIO.....	110
1.4.CORPO E MUNDO.....	118
1.5.CORPO VIVIDO E ESTILO.....	124
CAPITULO III – PESSOA-VALOR.....	131
1. PESSOA COMO VALOR: LEITURA FENOMOLÓGICA.....	133
1.1.O VALOR NA IDENTIDADE DA PESSOA.....	135

1.1.1.	O valor intersubjectivo	136
1.1.2.	Amor e valor do homem.....	137
1.1.3.	Solidariedade como valor	139
2.	A PESSOALIZAÇÃO E O SENTIDO DA CORPOREIDADE EM ENTRALGO	143
2.1.	O CORPO.....	143
2.2.	A RELAÇÃO	148
2.2.1.	O outro como objecto	149
2.2.2.	O outro como próximo	150
2.2.3.	Transcendência	154
2ª	PARTE.....	159
	CAPITULO I – OS CUIDADOS DE SAÚDE E A ÉTICA	161
1.	CUIDADOS DE SAÚDE: CONCEPÇÃO	161
1.1.	O CUIDAR.....	165
1.2.	DIMENSÃO RELACIONAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE	171
1.2.1.	Relação de ajuda – profissional de saúde e doente	173
1.2.2.	A comunicação entre o profissional de saúde e o doente	179
2.	A ENFERMAGEM: DIMENSÃO ÉTICA.....	183
	CAPITULO II – DIMENSÃO DO CORPO NA DOENÇA.....	191
1.	CORPO VIVIDO NA DOENÇA	192
1.1.	O CORPO E A EXISTÊNCIA VIVO E VIVIDO	193
1.2.	O CORPO-DOENTE.....	197
3ª	PARTE.....	207
	ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO	207
	CAPITULO I – PERCURSOS METODOLÓGICOS	209
1.	TIPO DE ESTUDO	210
1.1.	POPULAÇÃO E AMOSTRA	212
1.2.	METODO DE RECOLHA DE DADOS	214
1.3.	ANALISE DOS RESULTADOS	217
2.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	221
3.	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	223
3.1.	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	223
3.2.	ANÁLISE DOS RESULTADOS	225
3.3.	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS À LUZ DA BIOÉTICA	244

4. PRINCIPAIS CONTRIBUTOS DO ESTUDO PARA A CONSTRUÇÃO DE UM CUIDAR HUMANIZANTE.....	255
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	265
BIBLIOGRAFIA.....	275
ANEXOS.....	295

ÍNDICE DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1- Distribuição dos participantes por idades	223
Tabela 2 - Distribuição dos participantes por categoria profissional	224
Tabela 3 - Distribuição dos participantes por tempo de serviço	224
Quadro 1 - Significados dos enfermeiros sobre "Pessoa"	226
Quadro 2 - Significados dos enfermeiros sobre o “Corpo”	229
Quadro 3 - A ação intencionalizada dos Enfermeiros	234

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Categoria: Conceptualização de Pessoa	226
Figura 2- Categoria: Dimensão de Corpo.....	229
Figura 3 - Categoria: Sentimentos gerados pelo cuidar da pessoa doente e do seu corpo.	233
Figura 4 - Subcategoria: Preocupação.....	236

SIGLAS/ABREVIATURAS

Art. – Artigo

Ago. - Agosto

APED – Associação Portuguesa do Estudo da dor

Coord. – Coordenação

Cf – Confere

Cit. - Citado

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

D.R. – Diário da República

Dez. - Dezembro

doc - Documento

ed. – Edição

et al. - e os outros

gov. – Governo

Julh. - Julho

Nº. – número

ONU – Organização das Nações Unidas

Op. cit. – Obra citada

Pref. – Prefácio

Prof. - Professor

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

Red. - Redigido

S. d. – Sem data

Set. - Setembro

Trad. – Tradução

USF – Unidades de Saúde Familiares

UCP – Universidade Católica Portuguesa

Vol. - Volume

% - Porcento

INTRODUÇÃO

Num mundo cada vez mais exigente, interdependente e imprevisível, a permanência de transformações basilares e uma nova visão do futuro, para o cotidiano profissional, são um desafio constante. Viver na época da ciência, da técnica, acarreta implicações não só na vida do Homem, na sociedade, e na humanidade em geral, e estas acções têm no seu núcleo a acção humana. O apelo às questões bio(éticas) extravasa o contexto individual no sentido do reconhecimento dos princípios e valores profissionais fundamentais.

O enfermeiro² independentemente da sua área de intervenção, confronta-se, cada vez mais, com problemas éticos que necessitam de tomadas de decisões complexas, que exigem adequação às normas e aos valores da prática diária.

Um dos desafios que se coloca no futuro das profissionais de saúde, e em especial da profissão de Enfermagem, é a excelência. Exige responsabilidade, credibilidade e dignidade profissional, assim como, a necessidade de um processo educativo que privilegie a aprendizagem e o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e que se direccionem em prol de uma resposta – humanizar a vida.

As várias leituras feitas ao longo do meu percurso académico e os estudos acompanhados pelos excelentes professores que me conduziram para este estudo, a visão englobante resultado da articulação dos diversos autores estudados e a crescente preocupação que desde sempre me tocou o espírito e o coração, transmutaram a inquietação em reflexão serena provocada pelo desejo e esperança de re(conhecer) que o

² Sendo a enfermagem essencialmente constituída por elementos do sexo feminino, e tendo as mulheres historicamente desempenhado um papel no seu processo de profissionalização, que se prolonga na actualidade, alguns trabalhos científicos realizados neste campo, em Portugal, optam por utilizar o feminino na linguagem, referindo-se às enfermeiras. SOARES, M. – *Da blusa de brim à touca branca*. Lisboa: Educa, Associação Portuguesa de Enfermeiros, 1997. Contudo, as regras gramaticais da língua portuguesa determinam que o masculino signifique os dois géneros, pelo que, no presente trabalho adoptou-se o termo enfermeiro e/ou enfermeira, independentemente do género gramatical ou do sexo.

homem tem uma capacidade de abertura ao outro a partir do seu próprio esquema corporal, que a relação é acabamento de si mesmo, que a sua dignidade não o deixa ser tratado como um meio, não o deixa ser instrumentalizado, mas o possibilita de se reconhecer sempre como um fim, como um valor absoluto, são algumas certezas que vão sendo adquiridas e reveladas ao longo da história da humanidade. Re(conhecimento) este que será tanto mais persistente e valorizado quanto maior for a sensibilização e formação dos princípios éticos e dos ensinamentos que a bioética permite pela sua reflexão.

Alicerçadas nestes princípios basilares, surgiram as principais motivações que, de algum modo, fundamentam a escolha e pertinência do tema em estudo, de certo modo enquadrado, da experiência em contexto da prática, enquanto profissional de enfermagem, e também enquanto docente do curso de licenciatura em enfermagem, verificamos a necessidade emergente de sensibilizar e formar profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, em relação às formas de atendimento e à adequação dos cuidados prestados às pessoas, em situações de doença, tornando-se estas, uma das principais preocupações dos enfermeiros, levando-nos a pensar na importância de cuidados de enfermagem que respondam às reais transformações económicas, políticas e educacionais que se traduzem e reflectem nos cuidados de saúde e nas necessidades da pessoa doente³ em contexto hospitalar, nos (futuros) enfermeiros e dos próprios contextos hospitalares.

Reconhecendo que a formação em enfermagem integra um processo educativo, de conhecimentos científicos, de desenvolvimento de técnicas, de práticas e atitudes inerentes à profissão, mas também de competências de domínio ético, que promovam uma formação

³ No nosso estudo, os termos utente, cliente, doente, paciente, outro ou pessoa são referenciados com o intuito de determinar aquele que é alvo dos cuidados de Enfermagem. Cf. CONSELHO DE ENFERMAGEM – *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Setembro, 2002, pp.1-16.

de saber antropológico que valorize uma filosofia humanística dos cuidados de enfermagem, propomo-nos enfrentar o desafio de conhecer os significados atribuídos pelos enfermeiros quando cuidam da pessoa e do seu corpo na tentativa de fornecer um contributo para abolir possíveis lacunas que estarão na base desta realidade e construir um guia de aspectos (bio)éticos que pensamos serem indispensáveis na formação académica e ao longo da vida dos enfermeiros e, que, os conduza a um cuidar humanizante.

A presente tese de doutoramento, inserida na área da bioética, tem como objectivo geral construir uma reflexão no âmbito dos cuidados de saúde, de modo a contribuir para a procura de uma maior e melhor qualidade na formação inicial e contínua dos enfermeiros, proporcionando uma maior qualidade de cuidados à pessoa e, conseqüentemente, para a construção de uma sociedade mais humana, onde o Homem é respeitado como pessoa.

O presente trabalho contém um primeiro capítulo onde consta a *Delimitação do Estudo, Tema, Justificação do Tema, Justificação do Problema, Finalidade e Objectivos*. Neste capítulo, pretendemos contextualizar a temática, a sua pertinência para a área da enfermagem e a importância da (bio)ética nos cuidados de saúde.

O *Enquadramento Teórico do Estudo*, encontra-se na primeira parte, na segunda parte – *Os Cuidados de Saúde* e na terceira parte – *Enquadramento Metodológico do Estudo*. Na primeira parte, (*Enquadramento Teórico do Estudo*), apresentamos, no primeiro capítulo, *Marcos Conceptuais: Pessoa e o Corpo*. Neste capítulo procuraremos desenvolver uma reflexão filosófica em torno da pessoa, tendo como perspectiva fenomenológica predominante Emmanuel Levinas, Max Scheler, Pedro Laín Entralgo, Merleau Ponty, entre outros.

No segundo capítulo da primeira parte, apresentar-se-á a *Corporeidade*. Desenvolveremos uma reflexão filosófica acerca do «pensamento» do corpo, da existência corpórea do homem e o significado «humano» do corpo, na linha desenvolvida por Merleau Ponty, Pedro Laín Entralgo, Emmanuel Lévinas, entre outros.

No terceiro capítulo da primeira parte, *Pessoa-Valor*, abordará a dimensão de pessoa, tendo como pensamento principal a linha desenvolvida por Pedro Laín Entralgo e Marx Scheler; num segundo momento desenvolveremos uma reflexão sobre o corpo à luz das concepções de Pedro Laín Entralgo.

A segunda parte encontra-se dividida em dois capítulos: o primeiro capítulo, *Os Cuidados de Saúde e a Ética*, evidenciará uma análise conceptual de cuidados de saúde cujo sustentáculo será o valor da dignidade humana, alicerçado na relação entre quem cuida e quem é cuidado. Será construído no diálogo com o pensamento de alguns filósofos entre eles (Honoré, Collière, Mayeroff e Watson). Num segundo momento, *Enfermagem: Dimensão Ética*. Desenvolveremos os principais conceitos e a importância dos valores humanistas na formação do enfermeiro. No segundo capítulo, *Dimensão do Corpo na Doença*, a nossa reflexão mostrará a dimensão do corpo na doença, através de uma análise sobre o corpo vivido doente, partindo dos binómios corpo-objecto e corpo-vivido.

A terceira parte (*Enquadramento Metodológico do Estudo*) é composta pelo capítulo - *Percursos Metodológicos*. Este capítulo é composto por quatro momentos, no primeiro, será expressa a metodologia utilizada, a população e a amostra do estudo, a justificação do processo da construção de categorias e todos os passos do estudo empírico. No segundo momento, encontrar-se-á os aspectos éticos a serem considerados na elaboração deste tipo de estudo. O terceiro momento, com o título, *Apresentação e Análise*

dos Resultados, será apresentado a caracterização dos participantes, seguida da *Análise dos Resultados*, que foram estudados pela análise temática de seu conteúdo. Estes serão apresentados em tabelas onde são expostas as categorias e as unidades de registo mais significativas. Seguir-se-á para a *Interpretação dos Resultados à Luz da Bioética*, onde apresentaremos um comentário bioético dos resultados que precede a sugestão para os aspectos (bio)éticos que pensamos serem os mais importantes na formação académica e ao longo da vida dos enfermeiros e que conduzam a uma intervenção que respeite a pessoa doente na sua integralidade.

No último momento deste capítulo (*Principais Contributos do Estudo para a Construção de um Cuidar Humanizante*), confrontaremos os resultados do estudo com o enquadramento teórico apresentado na primeira parte e com alguns estudos que deram oportunidade de reflectir e clarificar sobre a construção da competência (bio)ética em Enfermagem. Destacaremos alguns contributos para a formação dos (futuros) enfermeiros, no sentido do agir com responsabilidade que conduzam a uma intervenção diferenciada e personalizada, garantindo a Humanização dos Cuidados de Saúde.

Por último apresentaremos as *Considerações Finais*. Aqui reafirmaremos as conclusões do trabalho respondendo, assim, aos objectivos do estudo, não pretendendo, de modo algum, a sua generalização, mas, poderão contudo, despertar interesse para futuros trabalhos de investigação. Acreditamos, porém, contribuir, a partir dos resultados deste estudo para a melhoria da qualidade de vida da pessoa doente hospitalizada e, de um modo mais categórico para a criação de medidas de intervenção no cuidar da pessoa e do seu corpo. Estas medidas passarão forçosamente, ao apelo das questões bio(éticas) que

extravasa o contexto individual no sentido do reconhecimento dos princípios e valores fundamentais dos Enfermeiros.

1. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Para a realização desta dissertação foi necessário proceder a uma estruturação do processo de investigação, de modo a que seja delimitado o objecto de estudo e sua contextualização. Assim, neste capítulo, apresentamos o *Tema*, a *justificação do tema*, *Pergunta inicial*, *Objectivos do estudo* e *Questões de Investigação*

1.1. TEMA

Respeito pela Integridade da Pessoa Doente: uma Virtude Indispensável na Enfermagem.

1.2. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

Desde sempre o ser humano se interroga sobre si mesmo, sobre a sua relação com os outros e com o mundo. Ao contrário de todos os outros animais, o homem pergunta-se e continuará a perguntar-se e é desta constante interrogação, desta inquietação constante, desta vontade de “saber mais” para “ser mais”⁴ que, estimulado pela consciência histórica, o homem reflexivo procura conhecer qual a sua situação na história e no universo.

Com a descoberta da expansão do Universo e a consequente tese da explosão originária que lhe deu existência, houve uma mudança rápida de pensamento e o evolucionismo biológico “passou a ser um breve episódio local da evolução cosmológica”⁵. A partir do “Big Bang” e através de uma serie de etapas, o universo passou

⁴ FREIRE, Paulo - *Pedagogia do Oprimido*. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1994.

rapidamente a ser para a ciência o que é na actualidade: um imenso e ilimitado conjunto de galáxias, entre elas a nossa. No decurso da evolução do cosmos já sabemos algo muito preciso no que refere à evolução do nosso planeta a que chamamos Terra⁶.

Sabemos que há 4000 milhões de anos apareceu um conjunto de moléculas mais simples do que as actuais células à superfície da terra, a que chamamos «vida», e que a partir de então, houve uma evolução biológica e cósmica que deu lugar à série ascendente de seres vivos que povoaram e povoam o nosso planeta (uns vegetais e outros animais).

Com o evolucionismo de Darwin (nasceu há 200 anos), e a tese da *selecção natural*, surge a explicação do aparecimento de uma espécie nova (a espécie humana) resultante de uma forte mudança de *habitat* e conseqüentemente a formação evolutiva de novas espécies biológicas, entre elas a Homo Sapiens.

O corpo humano surgiu, no decurso dessa evolução (de acordo com vários cientistas) como resultado de uma variável biológica do corpo do homínido *Australopithecus*, tese defendida por vários (mas não todos) autores. Foram várias as culturas da Antiguidade que se aplicaram ao estudo do corpo humano, apesar de nenhuma se ter apresentado verdadeiramente como ciência anatómica, no entanto, mantinham um pensamento cosmológico relativamente elaborado. O corpo humano era um “microcosmo” integrado no cosmos.

Através dos tempos, vários foram os pensadores e filósofos que dedicaram a sua reflexão a tentar esclarecer o que é o corpo do homem, sempre tão falado e cada vez mais incompreendido.

⁵ LAÍN ENTRALGO, P. – *O que é o homem: Evolução e sentido da vida*. Trad. do espanhol por Anselmo Borges; Daniel Serrão; João Maria André. Lisboa: Editorial Notícias, 2002, p. 48.

⁶ *Ibidem*.

Cabe então perguntar: mas o que é então o corpo humano?

É o único objecto do Universo do qual temos um duplo conhecimento: não só o conhecemos como um objecto de certa forma exterior a nós como temos também a sua percepção a partir de dentro de nós mesmos⁷.

Assim, tendo em conta a pergunta fundamental: **Quais as Atitudes do Enfermeiro Perante o Corpo da Pessoa Doente?** consideramos pertinente fazer uma revisão selectiva da literatura que trata das várias perspectivas teóricas do tema.

Partindo da questão já formulada, emergem como conceitos determinantes para o estudo os de corpo, pessoa e cuidados de saúde. Se é verdade que, por um lado, existem ligações entre estes conceitos, embora também possam ser entendidos isoladamente, deve contudo ter-se em conta, por outro, as ligações que estes conceitos estabelecem com outros elementos, também eles importantes na problemática em causa.

Uma das preocupações que marcam a actualidade prende-se com a abordagem da pessoa doente. Parece evidente que, num mundo dominado pela técnica, o ser humano começa a ser visto segundo categorias técnico-científicas, reduzido, deste modo, a um estatuto de coisa, que se pode moldar à imagem de objectos técnicos, deixando, assim, o indivíduo de ser «sujeito» e passando a ser «objecto». Deste modo, será possível dizer ou definir o ser humano como «pessoa»?

Se o conceito de dignidade humana deve servir de referencial normativo a todo o tipo de intervenção no homem, tanto na esfera política como na social, a prestação dos cuidados de saúde não poderia fugir a esta realidade. Ora, atendendo ao que se disse antes, surge, então, uma exigência inultrapassável. Numa sociedade que se rege cada vez mais

⁷ LAÍN ENTRALGO, P. – *El cuerpo humano: Teoría actual*. Madrid: Espasa-Calpe, 1989, p.117.

por um imperativo tecnológico, torna-se fundamental questionar se aquilo que é tecnicamente possível é eticamente correcto.

É por esse motivo que será necessário fazer uma reflexão sobre esta realidade. Trata-se, pois, de esclarecer onde poderá residir o perigo da desumanização. O dever de respeito pela pessoa doente é uma atitude fundamental que tem a sua máxima expressão na forma como o profissional de saúde se mostra presente. Neste sentido, vamos reflectir sobre o cuidar.

Será a pessoa doente cuidada? Será a pessoa doente considerada um ser humano, detentor de uma dignidade constitutiva e inviolável que merece todo o respeito, que não diminui nem desaparece quando está doente? Será que os enfermeiros consideram a pessoa na sua integridade, como um fim em si mesmo, e não apenas como um meio para fins científicos, técnicos ou institucionais?

Os avanços da ciência e da técnica, deveras importantes, deram uma enorme contribuição para a prática do cuidar humano. Porém, após esta afirmação deverá ser colocado um ponto de interrogação, uma vez que tudo depende da forma como estes avanços são usados e por quem são controlados. Efectivamente, se forem utilizados para obterem o bem da pessoa, poderão colaborar de modo útil para o cuidar, mas, se forem usados sem qualquer objecção e com a finalidade de substituir a presença humana, então cairemos na desumanização.

Infelizmente, no nosso mundo profissional, é cada vez mais comum confrontarmos com médicos e enfermeiros que esquecem a pessoa doente e centram a sua atenção exclusivamente na vertente técnica da prática clínica. A este respeito, e parafraseando

Walter Osswald, quem muito conversa de técnicas e máquinas fala pouco com o doente e não tem tempo para o escutar⁸.

Na realidade, existem profissionais, ou melhor, existem enfermeiros que esquecem que um simples olhar, a troca de uma palavra ou um simples gesto são para a pessoa doente um bem inestimável.

Cuidar é prestar atenção global e contínua a um doente, nunca esquecendo que ele é, antes de tudo, uma pessoa portadora de uma determinada personalidade, possuidora de uma história singular, com os seus próprios sentimentos, ideias, interesses e desejos, com experiências passadas únicas e expectativas futuras que vão condicionar o modo como enfrenta todas as situações com que se depara e que merecem todo o respeito, que não diminuam nem desaparecem quando está doente. Assim, cuidar é ajudar o outro a ser, cuidar implica ser com ele no seu mundo - é um simples olhar, é uma palavra, é um gesto, é um acto intencional cuja essência é a relação que se estabelece entre quem cuida e quem é cuidado. É na esfera desta relação que o enfermeiro acolhe o pedido de ajuda da pessoa doente.

Por conseguinte, a relação entre quem cuida e quem é cuidado deve ser, antes de tudo, uma relação autenticamente humana, baseada no respeito mútuo e centrada na escuta daquele que sofre. É uma elevação comum que se constrói, num tempo e num espaço. É partilha, é um dar e receber, é reciprocidade. Cuidar do outro é ajudar, compreender, responder ao seu apelo. É entrar na esfera mais privada da sua corporeidade.

A Ciência de Enfermagem, disciplina do campo da saúde em plena fase de desenvolvimento e aquisição de maturidade, tem demonstrado, ao longo da sua, ainda que

⁸ OSSWALD, W. – «A relação enfermeiro-doente». In: *Cadernos de Bioética*. 2000, p. 43.

recente, existência, uma preocupação constante por todos os aspectos que se relacionam com o respeito integral da pessoa humana, o que é bem patente não só nos estudos realizados, como também na produção legislativa referente à profissão, estando muitas vezes na vanguarda no que se refere à defesa da pessoa humana, perspectivada na sua globalidade.

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, publicado em anexo ao Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril, consagra um conjunto de normas de especial importância para o exercício da Enfermagem, e integra, no capítulo da Deontologia Profissional (Capítulo VI), o Código Deontológico do Enfermeiro cuja publicação em diploma legislativo vincula todos os enfermeiros.

A essência de enfermagem, nos países ocidentais, é a interacção com o doente e com o seu corpo em particular. Como todas as práticas de enfermagem giram em torno de cuidar do corpo do doente, as enfermeiras precisam de entender a fragilidade do corpo, a intimidade que o rodeia, a história que ele conta, bem como o desconforto, as dificuldades da doença e o contacto próximo que pode gerar no relacionamento entre enfermeira-doente⁹.

Pelo que tem vindo a ser dito, parece-nos irrecusável afirmar que é a partir destas considerações e interrogações que centrámos o nosso trabalho em torno do corpo da pessoa e dos cuidados de saúde. Deste modo, o trabalho será construído a partir de uma reflexão ética e fenomenológica que tem como sustentáculo a pesquisa de obras de diversos filósofos.

⁹ PICCO, E.; SANTOROB, R.; GARRINOB, L. - «Dealing with the patient's body in nursing: nurses' ambiguous experience in clinical practice». Azienda Sanitaria Universitaria San Giovanni Battista, Turin, Italy, University of Turin, Turin, Italy. In: *Nursing Inquiry*, 17(2010), pp. 39 - 46.

A cada dia que passa, abrem-se novas clareiras de esperança na actividade dos profissionais de saúde, mas levantam-se também questões, cada vez mais acutilantes, para as quais ainda não foram encontradas respostas satisfatórias. Deve, pois, avançar-se sem rumo ou deve-se parar para reflectir e encontrar um caminho? Nem tudo o que é possível cientificamente é legítimo e nem tudo o que é legítimo, quando confrontado com os princípios éticos, pode ser considerado bom. Sobretudo no campo da saúde, o legítimo, o correcto e o bom não se identificam. Mas temos de ter sempre presente que, em relação ao “outro”, o bem deve ser prioritário. A vida humana constitui um valor único, transcendente e intangível, sobre o qual o homem, por muito que queira, não tem domínio. Cabe-lhe, apenas, cuidar dela, aperfeiçoá-la e sustentá-la. A reflexão do profissional de saúde tem de ser permanente sem perder de vista o essencial. E o essencial é, evidentemente, a noção de pessoa e a sua dignidade. De todos os seres vivos, o homem é o único que se interroga sobre questões da sua natureza, dignidade e direitos, o que testemunha em si capacidades mentais que lhe conferem respeito. Não se pode reduzir o homem a uma definição biológica nem a uma definição sociológica. É necessário reunir elementos e definir a pessoa humana em termos também antropológicos, para agir de maneira eticamente aceitável face aos diferentes problemas concretos com que nos podemos confrontar no âmbito profissional.

A problemática da dimensão ética do agir e a qualidade dos cuidados de enfermagem que é a questão central deste estudo, surgiu na sequência da leitura de um artigo relacionado com a ética do cuidado¹⁰. Alguns questionamentos também foram emergindo da reflexão referente à conduta dos enfermeiros e ao seu valor moral, à essência

¹⁰ RENAUD, Isabel - «Situações do corpo e a ética do cuidado». In: *Cadernos de Bioética*. Dez, 36(2004), pp. 5 - 15.

dos cuidados de enfermagem, à experiência humana na relação, ao conhecimento e às formas de ser e de estar.

A ética do cuidado remete-nos para as teorias baseadas nas relações, cuja perspectiva assume especial significado no desempenho de papéis sociais. A relação e o compromisso existentes exigem uma resposta que inclua sentimentos de compaixão e de confiança e a garantia de uma relação especial que reconheça o outro como pessoa singular¹¹.

A Ética em Enfermagem é aqui entendida como campo de reflexão sobre os problemas decorrentes da relação enfermeiro-doente, as virtudes que devem caracterizar o enfermeiro e os pressupostos para um bom relacionamento entre os diversos intervenientes da equipa de saúde, de forma a desenvolver competências para um desempenho profissional responsável.

A franca evolução das sociedades e a procura constante do equilíbrio entre o bem individual e o bem colectivo têm demonstrado, de uma forma clara, que a ética constitui-se num pilar fundamental. Ela assume, cada vez mais, a centralidade das decisões nas quais os enfermeiros se vêem envolvidos. E, enquanto agentes sociais que são, devem comprometer-se com a garantia de uma prestação de cuidados de qualidade aos cidadãos.

Torna-se determinante fomentar valores humanos junto dos profissionais de saúde, sendo uma das orientações estratégicas dadas pelo Plano Nacional de Saúde de forma a perspectivar uma nova dimensão ética ao Sistema Nacional de Saúde. No que alude à humanização do sistema de saúde, o Plano Nacional de Saúde reflectindo acerca de uma

¹¹ MELIA, Kath M; BOYD, Kenneth M – *Ética em Enfermagem*. Trad. Pereira, Helena; Rosa, Margarida Cunha. Loures: Lusociência, 2004.

estratégia que possibilita a inclusão de uma nova dimensão ética, delineou como objectivo: “promover o acesso à humanização dos serviços, da diversidade étnica à religiosa, da responsabilidade à deontologia, do conhecimento dos respectivos direitos e deveres à sua observação prática, todas são áreas que receberão um novo enquadramento, incluindo o legal”¹².

A Enfermagem alicerça a sua acção num agir que procura o melhor para a pessoa doente, inserindo os direitos humanos nas relações interpessoais que estabelece. Neste sentido, reconhecer a prática do cuidar em enfermagem, desde a origem da humanidade até aos nossos dias, revela-se da maior importância como nos refere J. Watson:

“O processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transacções dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço”¹³.

Um dos desafios que se coloca no futuro das profissionais de saúde, e em especial da profissão de Enfermagem, é a credibilidade e a dignidade profissional, assim como a necessidade de uma educação que privilegie o contacto com os pacientes, a sensibilidade ao sofrimento (seja de que tipo for) e a sua responsabilidade de educar para a saúde¹⁴, ou seja, a qualidade da formação e dos cuidados prestados, caminhe no sentido da humanização e personalização, no desenvolvimento moral e participação na vida da comunidade.

¹² MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Plano Nacional de Saúde 2004/2010. Mais Saúde Para Todos*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2004, p.177.

¹³ WATSON, Jean – *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência, 2002, p. 52.

¹⁴ OLIVEIRA, Clara Costa – *Auto-organização, Educação e Saúde*. Coimbra: Ariadne, 2004.

1.3.JUSTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

"O enfermeiro é o profissional a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos ou comunidades [...]"¹⁵. Estes cuidados de enfermagem visam, prioritariamente, a ajuda na adaptação aos processos de vida e às situações de saúde/doença experienciadas pela pessoa, enquanto alvo de cuidados.

Isto leva-nos a questionar: como é que o enfermeiro se sente enquanto enfermeiro nos cuidados que vai desenvolvendo à pessoa e ao seu corpo?

Esta problemática tem-nos inquietado ao longo do tempo e, neste contexto, surge então como pergunta inicial: **Quais as Atitudes do Enfermeiro Perante o Corpo da Pessoa?** — que serviu de ponto de partida para o desenvolvimento deste estudo.

1.4.FINALIDADE E OBJECTIVOS

Dizendo de um modo simples, uma investigação é a procura de algo, de alguma coisa. É um caminhar com avanços e recuos, com algumas certezas e muitas hesitações¹⁶. Para uma melhor orientação há que traçar objectivos que possam responder à pergunta que inicialmente foi colocada. O que de início era rudimentar e com necessidade de uma clarificação, vai surgindo cada vez mais refinado à medida que o trabalho vai prosseguindo.

¹⁵ PORTUGAL, Decreto-Lei Nº161/96. - «Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro». Diário da República Portuguesa. I Série - A, n.º 205. Capítulo II, Art.º 4.º, pp.2959-2962.

¹⁶ QUIVY, R - *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Grádiva - Publicações, Lda. 1992.

A finalidade desta tese de Doutoramento incide na reflexão ética sobre a problemática em torno do homem enquanto cuidador, enquanto cuidado e enquanto Pessoa, baseada na análise dos fundamentos e atitudes éticas que devem fazer parte da realidade a encontrar no quotidiano dos profissionais de Enfermagem. Nesta perspectiva, pretendemos identificar as atitudes dos enfermeiros que actuam em unidades hospitalares, a-cuidar do corpo da pessoa doente, e compreender de que forma os enfermeiros, através do cuidar, contribuem para a integridade da pessoa.

Com base nestes pressupostos, pretendemos:

- Identificar os conceitos de pessoa e do seu corpo que estão na base do agir dos enfermeiros na sua actividade profissional;
- Descrever as dificuldades que os enfermeiros têm ao cuidar da pessoa e do seu corpo;
- Descrever as atitudes do enfermeiro perante o corpo da pessoa doente;
- Compreender de que forma os enfermeiros, através do cuidar, contribuem para a humanização dos cuidados de saúde;
- Fornecer um guia de recomendações sobre o modo como lidar com o corpo da pessoa doente.

1.5. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Ao longo desta investigação pretendemos encontrar respostas às seguintes questões:

- Que preparação faz o enfermeiro para se aproximar da pessoa doente?;
- Como vivencia o enfermeiro a sua aproximação com a pessoa doente?;
- Que sentimentos vivencia o enfermeiro quando cuida do corpo da pessoa doente?;
- O que sente o enfermeiro quando toca no corpo da pessoa doente?.

I^a PARTE
ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO

CAPITULO I - MARCOS CONCEPTUAIS: PESSOA E O CORPO

Neste capítulo, desenvolveremos uma reflexão filosófica em torno da pessoa, tendo como perspectiva fenomenológica predominante Emmanuel Levinas, Max Scheler, Pedro Laín Entralgo, Merleau Ponty, entre outros.

Dando continuidade ao trabalho, passamos à exposição do primeiro capítulo, desenvolvendo a conceptualização de pessoa.

1. PESSOA: CONCEPTUALIZAÇÃO

Definir «Pessoa» pressupõe uma análise filosófica na qual os diferentes autores, desde a antiguidade grega e latina até à época contemporânea, utilizam uma diferente conceptualização, correspondendo à própria evolução do pensamento filosófico.

A pessoa é um ser autónomo capaz de agir, mas não auto-suficiente nem independente, uma vez que se realiza através da sua relação com os outros e com o mundo.

Esta noção de pessoa como ser em relação tem sido defendida pelo Personalismo e, particularmente, por Martin Buber, que define a pessoa como um ser em relação ao outro e das inter-relações. Para a Fenomenologia em geral (que influenciou muitíssimo os autores personalistas), a pessoa é existência formada por uma rede de relações que começa no seio materno, se desenvolve na família, na cultura e na política¹⁷. Nesta perspectiva, a pessoa é existência que vai construindo ao longo de toda a vida, isto é, somos dinamismo, somos sempre um vir-a-ser.

Neste sentido, “O mundo é não aquilo que eu penso, mas aquilo que eu vivo; eu estou aberto ao mundo, comunico-me indubitavelmente com ele, mas não o possuo, ele é

¹⁷ PEGORARO, Olinto A. – *Ética e bioética: da subsistência à existência*. Petrópolis: Editora vozes, 2002, p.63.

inesgotável. Há um mundo, ou antes, há o mundo¹⁸. O mundo apresenta-se como aquilo que é o outro que não eu. A minha experiência do mundo confronta-me imediatamente com a figura da alteridade que dela é propriamente constitutiva. Eu tenho uma experiência porque me distingo das coisas do mundo que estão perante mim. Como escreveu Merleau-Ponty,

“A nossa experiência é talvez esta reviravolta que nos instala bem longe de nós, no outro, nas coisas. Nós colocamo-nos tal como o homem natural, em nós e nas coisas, em nós e no outro, no ponto onde, por uma espécie de quiasma, nos tornamos os outros e nos tornamos mundo”¹⁹.

Este algo a quem estamos presentes e aquilo que nos é presente são as coisas; tudo o que me rodeia e que faz parte do meu mundo familiar são outros. As coisas, em geral, são outros para a minha consciência, porque é objecto, quer dizer, expõe-se diante de nós por virtude sua, e, precisamente porque está condensada em si mesmo²⁰, existem no exterior do meu próprio ser, confrontando-me com a figura da alteridade. Como é que eu sei que tenho relações com outras pessoas e não com as coisas? Como se efectua o reconhecimento de outrem?

Todos nós nascemos seres biologicamente humanos, e vamo-nos desenvolvendo como pessoas, singulares e únicas, através dos contactos com os outros e com o mundo que nos rodeia, o que nos vai dando a consciência de nós próprios e das coisas. Assim sendo, eu própria existo de maneira diferente do modo como as coisas são, e é nesta diferenciação que a minha ligação às coisas tem sentido. Não me distingo apenas das coisas, eu distingo-

¹⁸ MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception*. Paris: Gallimard, 1945, Avant Propos, XII.

¹⁹ MERLEAU-PONTY, M. – *Le visible et l'Invisible*. Trad. José Artur Gianotti e Armando Mora d'Oliveira. 4ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2003, p. 157.

²⁰ *Ibidem.*, p. 158.

me também dos outros homens. Com efeito, é na experiência do outro e com o outro que nos descobrimos como pessoas não objectiváveis, pois é perante a alteridade do outro que me descubro como pessoa única e irrepetível.

1.1.A PESSOA E A INTERSUBJECTIVIDADE

Qualquer análise sobre o que é ser pessoa envia-nos para uma relação interpessoal. Dito por outras palavras, e citando Vasco Pinto de Magalhães, “[...] é, particularmente no confronto horizontal entre as pessoas, no eu-tu e no «ser um para o outro eu» que os homens se estruturam como pessoas e identificam-se fora de si [...] a personalização dá-se no interpessoal”²¹.

Podemos então dizer que o ser-com-outros e para-os-outros pertence ao mesmo núcleo da existência humana?²² Significa isto que o homem nunca está só, que o seu ser no mundo é ser com outros, que a sua existência pessoal está sempre orientada, ligada aos outros, em comunicação com os outros? Como diz Heidegger, o *Ser-aí (Dasein)*, ser-no-mundo²³ significa que o meu-ser-no-mundo é ser-com-outros. Este estar aí no meio dos outros seres implica, como refere Heidegger,

“O ser-com é um constituinte existencial do ser-no-mundo. A co-pre-sença comprova-se como modo de ser próprio dos entes que vêm ao encontro dentro do mundo. Na medida em que a pre-sença é, ela possui o modo de ser da convivência. Esta não pode ser concebida como o resultado da soma de vários “sujeitos”²⁴.

²¹ MAGALHÃES, V. P. - «A Pessoa Humana». In: ARCHER, L.; BISCAIA, J.; OSSWALD, W. (Coord.) – *Bioética*. Lisboa: Editora Verbo, 1996, p. 62.

²² GEVAERT, J. – *El Problema del Hombre – Introducción a la Antropología filosófica*. Salamanca: Ediciones Sígueme, 2001, p. 46.

²³ HEIDEGGER, M. – *Ser e tempo*. § 26, Vol. I. Trad. Márcia de Sá Cavalcante. Petrópolis: Vozes, 1989, p. 178.

²⁴ *Ibidem*.

O mundo, ou melhor, um mundo existe para mim porque existem os outros, desde sempre, ontogeneticamente. A este respeito Martin Buber, refere

“Já no ventre materno, a criança está envolvida numa relação natural com um Tu «inato». Esta relação fundamental, condição de possibilidade da vida humana, que se quebra com o nascimento, é imediatamente reatada no mundo onde o Tu «inato» se torna real²⁵.

Dir-se-á, pois, que, antes de qualquer reflexão, a presença de outrem se impõe com a força de uma evidência irresistível. Nesta dimensão relacional, existe algo que pertence à constituição interna da pessoa, inserida numa determinada realidade dinâmica, onde a duplicidade relacional (eu e tu) contribui para a formação da sua própria identidade (para consigo mesmo) e para a identidade social (para com o outro). Significa que ao conceito abrangente de «pessoa» temos de acrescentar necessariamente esta nova abordagem, numa dupla perspectiva: as suas relações para «consigo» e para com os «outros», em ordem do «seu» ser.

1.1.1. Relação do «eu» consigo mesmo

O «eu» da pessoa possui consciência da sua «egoidade»²⁶ de uma forma imediata, ao transformar-se em si mesmo através da sua referência ao não-eu, isto é, às realidades externas, à forma de sair de «si» para voltar a «si mesmo», após contacto com a realidade cósmica. O autoconhecimento do «eu» pessoal não se concretiza de uma forma

²⁵ “Il n’est pas vrai que l’enfant commence par percevoir l’objet avec lequel il se met en relation. Au contraire, c’est l’instinct de relation qui est primitif. C’est lui qui se creuse et se gonfle d’avance comme la main où vient se blottir le partenaire, et ensuite seulement s’établit la relation avec ce partenaire”. BUBER, M. – *Je et tu*, Préface de G. Bachelar. Paris: Aubier, 1938, p. 50.

²⁶ VERGÉS RAMÍREZ, Salvador – *Dimensión transcendente de la persona*. Barcelona: Biblioteca Herder, 1978, p. 46. «egoidade» expressão usada por Scheler e por Vergés, que pretende significar individualidade, unicidade de pessoa.

instantânea, mas sim, apercebendo-se como idêntico a si mesmo (como pessoa) através de um processo que inclui, em primeiro lugar, a percepção da realidade das «coisas» e, em segundo, a percepção da realidade do «outro». A acção da pessoa implica a abertura ao mundo, assim como aos que a rodeiam e obriga-a ainda a empenhar-se na obrigação de concluir a sua tarefa: “cada indivíduo de si mesmo [...] abnegação criadora, [...] para afirmar a pessoa”²⁷. A este respeito E. Mounier, refere que o homem deve colocar-se sob o ponto de vista dos outros.

“Não me procurar numa pessoa escolhida igual a mim, não conhecer os outros apenas com um conhecimento geral, mas captar com a minha singularidade numa atitude de acolhimento num esforço de reconhecimento. Ser todo para todos sem deixar de ser eu”²⁸.

Segundo Vérges Ramírez, este processo não é sequencial, já que as etapas interagem em simultâneo: o homem autoconhece-se como «pessoa» ao mesmo tempo que descobre a existência das «coisas» e do «outro». No entanto, para que este autoconhecimento se realize, é obrigatória a presença de um elemento indispensável, a introspecção reflexiva; isto é, a pessoa necessita de observar e sentir o mundo exterior a si, possuindo a capacidade de captar para a sua esfera íntima as características que julga essenciais para o desenvolvimento do seu «eu» individual²⁹.

Com efeito, é na experiência do outro e com o outro que nos descobrimos como pessoas. Por isso, o reconhecimento dessa relação pessoal significa o encontro autêntico consigo mesma; a pessoa, quando em contacto consciente com o «outro», desenvolve o seu

²⁷ “Saca al individuo de sí mismo. [...] Abnegación creadora, [...] para afirmar la persona”. MOUNIER, Emmanuel – *Revolución Personalista y Comunitaria*. Obras Completas. I, Salamanca: Edições Sígueme, p 318.

²⁸ MOUNIER, Emmanuel – *El personalismo. Obras Completas*. III, Salamanca: Edições Sígueme, 1990, p. 476.

²⁹ VERGÉS RAMÍREZ, Salvador – *Dimensión trascendente de la persona*. p. 46.

ser, o seu «eu», para que esse encontro seja algo de novo, de original, relativamente a outros encontros passados, a outras relações anteriores. O seu «eu» é uma multiplicação constante de relações originais com o «outro». Só neste sentido o «eu» se reconhece a si mesmo como «pessoa», enquanto descobre a sua capacidade de se relacionar com o «outro», para que o desenvolvimento do próprio «ser pessoa» se faça de modo gradual, fundado na consciência da relação «eu-tu».

Todavia, isto não significa que o «eu» alcança uma compreensibilidade perfeita de si mesmo, mas que o elemento da relação é inerente ao próprio eu, pertence à sua estrutura mais profunda. Assim, esta relação pessoal diz respeito, em primeiro lugar, à realidade cósmica em que o homem se conhece a si mesmo como inserido entre as coisas diversas, entre as diversas realidades. No segundo momento, e em simultâneo, o «eu» da pessoa diferencia-se do outro «eu», ao tomar consciência de si mesmo relativamente ao «outro». Neste sentido, a principal característica do eu é a descoberta de si próprio, na doação total ao outro e, citando Emmanuel Lévinas, “é somente abordando outrem que assisto a mim mesmo”³⁰.

Mas o homem pode potencializar, de forma consciente e reflexiva, a sua dinâmica de relação pessoal, porque a diferença de níveis na relação do «eu» relativamente a si mesmo é a chave da interpretação da capacidade de relação pessoal do homem. Neste sentido, a capacidade «radical» do homem em se auto-relacionar consigo e com os outros é o afecto, fundamental no seu ser, não podendo reduzir-se a uma simples característica accidental. A estrutura deste próprio ser «é uma parte constituinte da identidade da

³⁰ LEVINAS, Emmanuel – *Totalidade e Infinito*. Lisboa: Biblioteca de Filosofia Contemporânea, Edições 70, 1988, p. 160.

peessoa»³¹. A partir daqui, somos remetidos para a seguinte questão: como chegamos ao conhecimento dessa identidade?

Segundo Vergés, a resposta parece estar na consciência do homem. Na verdade, cada um apreende a sua maneira íntima de ser mediante a consciência. Entre a consciência e o pensamento existe uma relação tão estreita que se poderá afirmar, segundo Sciacca, citado por Vergés, que “o primeiro acto do pensamento é a consciência que o sujeito pensante possui de si mesmo como ente que pensa”³². Separar estes dois aspectos da pessoa significaria a negação desta mesma pessoa.

Podemos então dizer que a noção de pessoa, constituída pelo «eu em si mesmo», nos leva a uma segunda perspectiva, a relação desse «eu» com o «outro». É perante o encontro com o outro que o «eu em si mesmo» se manifesta na sua maneira de actuar perante o «outro». Isto permite concluir que a relação do «eu» com o «tu» tem as suas mais profundas raízes na estrutura do «ser relacional» desse «eu».

1.1.2. A pessoa como relação «eu-tu»

A relação implica, no plano pessoal, a existência essencial de um duplo elemento, o «eu» e o «tu». O «eu» e o «tu», em termos filosóficos, significam a relação que se estabelece entre duas pessoas. Segundo Vergés Ramirez, esta relação não implica que a pessoa esteja sempre em «acto», em actividade, mas “significa a capacidade estrutural de se relacionar como expressão do seu ser pessoa”³³.

³¹ VERGÉS RAMÍREZ, Salvador – *Dimensión trascendente de la persona*. p. 49.

³² *Ibidem*.

³³ *Ibidem*, p. 50.

Perante a questão «porque será a relação o elemento constitutivo da estrutura pessoal do homem?», podemos dizer que não se trata de um «acto de relação», mas sim de uma capacidade dinâmica do homem para se relacionar pessoalmente, isto é, a relação é concebida como a capacidade de comunicação do homem, sendo este o elemento básico da sua estrutura relacional³⁴.

Poder-se-á dizer que a estrutura da pessoa se complementa reciprocamente pelo contacto imediato «consigo mesmo» e a sua relação com o «outro». Um e outro desenvolvem a estrutura pessoal de homem no binómio relação do «eu» em si mesmo e relação desse «eu» com o «tu» (o outro)³⁵. Por outras palavras, eu não posso tornar-me completo só pelos meus próprios esforços, eu torno-me inteiramente «Eu» através de uma relação com o «Tu».

O reencontro do homem «consigo mesmo» corresponde à sua estrutura mais profunda; a relação com o «outro» não só revela o homem em «si mesmo» como também dinamiza a sua estrutura originária. Pode-se dizer que esta relação pertence à esfera da realidade existencial, vivida pelo homem de uma forma consciente, na referência a «si mesmo» e ao «outro», dentro de uma atmosfera de um «encontro recíproco», indo ao encontro de Martin Buber, que diz que o encontro do eu e do tu é uma relação em que dois pólos equivalentes se constituem um ao outro em perfeita reciprocidade (*Gegenseitigkeit*). No encontro, o homem faz-se autenticamente eu e o outro autenticamente tu, ou seja, o «eu» promove-se a si mesmo através da promoção do outro eu (o tu) numa relação constante de reciprocidade. Aqui se encontra a fundamentação central: a relação do «eu»

³⁴ *Ibidem*, p. 51.

³⁵ *Ibidem*.

com o «tu», e vice-versa, produz uma existência nova, fundada na fusão dos dois na unidade do encontro. É o momento de saída do «eu» da sua «egoidade» para se abrir à relação com o «tu».

Segundo Vergues Ramírez, toda a pessoa possui dentro de si (na sua esfera íntima) um «tu» inconsciente³⁶, correspondente à sua maneira dialogante de ser. E esta referência a si mesmo é a afirmação da sua identidade³⁷. Relativamente a esta questão, é interessante citar aqui a noção de relação possível entre organismo e o objecto, segundo António Damásio, em que ele interroga “como é que o sentido de si, no acto do conhecimento, se implanta na mente (no eu)?”. Por duas razões: em primeiro, o organismo humano em questão é aquele dentro do qual acontece a consciência; o objecto, é aquele em que se dá a conhecer no processo da consciência; e as relações entre ambos, constituem o conteúdo do conhecimento a que chamamos consciência. Nesta perspectiva, a consciência constrói-se a partir de dois factos: que o organismo esteja envolvido numa relação com o objecto e que este provoca uma modificação no organismo. Daqui a tal relação dialogante entre o «eu» e o «outro», que pode ser objecto ou pessoa³⁸.

A dinâmica da relação do «eu» com o «tu» revela o que é a pessoa mas também configura o seu ser interno³⁹, uma vez que envolve um conhecimento mútuo de um «ser» e do «outro», através de uma permuta recíproca. Contudo, esta comunicação recíproca não implica a perda da própria personalidade individual, mas um reencontro do homem “consigo mesmo”. Podemos dizer que a relação pessoal do homem se desenvolve na intercomunicação do «eu» com o «tu». Este «eu» promove-se a si mesmo ao entrar em

³⁷ VERGÉS RAMÍREZ, Salvador – *Dimensión transcendente de la persona*. p.52.

³⁸ DAMÁSIO, António – *O sentido de si*. 13ª ed. Lisboa: Publicações Europa América, 2011, pp. 30-40.

³⁹ SCIACCA, M. F. – *El hombre este desequilibrado*. Barcelona: Edições Miracle, 1958, p. 12, citado por VERGÉS RAMÍREZ, Salvador – *Dimensión transcendente de la persona*. p. 53.

relação com o «tu», promovendo também o «outro». Isto não quer dizer que se perde algo que é seu, trata-se apenas do reencontro consigo mesmo.

Esta relação tem um carácter activo⁴⁰, uma vez que inclui a presença recíproca de duas pessoas, «Eu-Tu». Esta palavra primordial «Eu-Tu» é constitutiva do Eu, o qual não existe isoladamente⁴¹. Isto significa que o «eu» não pode existir, como tal, sem a presença do «tu». Esta presença é de carácter estrutural, isto é, pertence à sua maneira de ser. A tomada de consciência desta necessidade de relação recíproca define a pessoa de uma forma bidireccional, a do mesmo ser pessoa e a da presença consciente do «tu» no «eu». A consciência do ser individual forma-se numa inter-relação dinâmica entre o eu e o outro, sendo, por conseguinte, inerentemente intersubjectiva.

Tal como Buber, que situa a relação Eu-Tu no plano da reciprocidade simétrica, Vergés afirma que esse «eu» não pretende apoderar-se do «outro», de forma a convertê-lo em seu próprio instrumento de manipulação e utilização, pois a destruição do «tu» seria o suicídio do «eu»⁴². A relação do «eu» com o «tu» é, do ponto de vista ontológico, uma relação de abertura, de mutualidade, de franqueza e presença. Este é o sentido profundo do ser individual do homem, que não é idêntico a si mesmo enquanto não traduzir em acto a sua relação intercomunicativa. Assim, a relação individual do homem desenvolve-se sempre no intercâmbio recíproco do «eu» com o «tu», porque se trata da sua constituição interna. Por isso, a relação não é redutível a um simples aumento do próprio «eu».

Neste sentido, a relação do «eu» com o «tu» encontra-se igualmente fundada no princípio da acção recíproca que regula a relação de todos os seres. E só a sensibilidade e a

⁴⁰ *Ibidem*, p. 56.

⁴¹ DINIS, Alfredo - «Ética e identidade pessoal na perspectiva das ciências cognitivas». In: *Brotéria*. 2003, p.119, cita M. Buber.

⁴² LAÍN ENTRALGO, P. - «Teoría y realidad del otro. El otro como otro yo. Nosotros, tú y yo». In: *Revista de Occidente*, Vol. I; Madrid: 1961, pp.277-278. Citado por VERGÉS RAMÍREZ, Salvador - *Dimensión trascendente de la persona*. p. 57.

fragilidade⁴³ podem acolher o outro como sujeito dotado de uma dignidade própria⁴⁴. O «tu» é um ser real, sensivelmente dado com a sua história, a sua experiência, a sua fragilidade, reconhecido como «outro» ser humano. Este reconhecimento da realidade do outro só é possível na mesma medida em que o «eu» é sensível.

Por tudo o que foi dito, a pessoa é uma dimensão relacional, considerada «ser-com», estando enraizada numa comunhão entre dois «eus», assentes nas suas respectivas dignidades humanas, mediados pela relação. A “pessoa” requer necessariamente relações com “outra pessoa”, numa correlação «eu-tu».

1.1.3. A relação como uma não «objectivação» do «eu»

A pessoa não é um objecto, não pertence ao mundo objectivado que não a conhece. Nela, não é um objecto, mas um «tu» que eu encontro⁴⁵.

Neste sentido, quando o encaramos como distinto, quando participa no mesmo conhecimento, o «eu» esboça uma linha divisória entre o «tu» e os outros objectos que o rodeiam. Se a existência de um ego no mundo do «eu» é um facto importante, não é menos importante a diferença que esse «eu» coloca entre a pessoa e as coisas (os objectos reais). A relação do eu com as «coisas» que o rodeiam é totalmente diferente daquela que ele tem com as pessoas, estabelecendo assim uma diferenciação entre a relação do «eu» com o «tu» e com os «objectos». Entre as pessoas e as coisas não é possível estabelecer qualquer

⁴³ Merleau Ponty fundamenta a sensibilidade como condição própria do sujeito que torna possível a acção recíproca, confrontando-a com a cisão e a mútua exclusão próprias do pensamento objectivo.

⁴⁴ O termo «Dignidade» é o reconhecimento de um valor. É um princípio moral baseado na finalidade do ser humano e não na sua utilização. Kant fundamenta a dignidade da pessoa num valor absoluto do ser humano, fim em si mesmo, dotado de razão, racionalidade e autonomia. Hegel fundamenta a dignidade na liberdade e racionalidade do homem, numa palavra na sua espiritualidade.

⁴⁵ BERDIAEFF, N. – *Cinco Meditações Sobre a Existência*. Lisboa: Guimarães Editores, 1961, p. 170.

ordem de vinculação bidireccional, porque só o «eu» tem consciência de si mesmo; ao contrário, os objectos não possuem essa consciência.

O «eu» da pessoa diferencia-se do outro «eu» ao tomar consciência de si mesmo relativamente ao «outro», no contexto da sua situação de pessoa no mundo. Neste sentido, a principal característica do eu é a descoberta de si próprio, na doação total ao outro. Embora o «eu» esteja presente em toda a acção, cabe perguntar qual o momento em que se relaciona com o «tu». Segundo Pedro Laín Entralgo, citado por Vergés Ramírez, é apenas “na intimidade desta relação que se conhece internamente o «eu» pessoal”⁴⁶.

A estrutura da «relação inter-humana» é mais do que uma simples «relação sujeito-objecto». Enquanto o objecto não humano (coisa) é objecto, quer dizer, expõe-se diante de nós por virtude sua, e precisamente porque está condensada em si mesmo, não é conhecida em si mesmo e não tem parte directa na experiência, é totalmente passiva. A experiência encontra-se totalmente no homem, e, através dela, todo o significado das coisas provém do homem⁴⁷. Significa que a relação da pessoa com o objecto está dependente do eu, está dominada especialmente pela prática. Usando a terminologia de Hegel, que diz que a relação com o mundo material (*Ich-Es*) se realiza como uma relação «senhor-escravo», a relação entre pessoas baseia-se na sua reciprocidade e simetria, isto é, o «tu» é diferente da «coisa», não aparece jamais como submetido ao «eu», estando portanto excluído do modelo «senhor-escravo». Isto supõe, para Buber, a exclusão de todo o domínio do «eu» sobre o «tu» e do «tu» frente ao «eu». No encontro, o homem faz-se autenticamente «eu» e

⁴⁶ LAÍN ENTRALGO, P. – *Teoría y realidad del otro. El otro como otro yo. Nosotros, tú y yo.* pp. 277 - 278, Citado por VERGÉS RAMÍREZ, Salvador – *Dimensión trascendente de la persona.* p. 62.

⁴⁷ GEVAERT, J. – *El Problema del Hombre – Introducción a la Antropología filosófica.* p. 41.

o outro autenticamente «tu»⁴⁸. Deste modo, também o «outro», que é um «eu» para ele, traz um «tu» para mim. Ou seja, o ser humano vive numa dupla referência, a «si» e ao «outro», integrando a sua essência íntima: cada pessoa é simultaneamente «eu» e «tu». A relação estabelece-se, assim, apenas entre seres corporizados e sensíveis, capazes de agirem uns sobre os outros.

1.1.4. A comunicação e a sua importância na inter-relação

A comunicação é outra característica importante na relação interpessoal. É através dela que o «eu» se dirige a um «tu», ao «outro», revela-se ao outro na aceitação dessa relação. Ou seja, a comunicação é um processo de passar informação e compreensão de uma pessoa para outra, sendo um fenómeno dinâmico, em que os acontecimentos e as relações agem uns sobre os outros, cada um influenciando os demais⁴⁹.

No sentido de realçar o que referimos anteriormente, citamos Phaneuf

“A comunicação é um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, de modo mais global pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, criar laços significativos com ela”⁵⁰.

⁴⁸ *Ibidem*, pp. 41 - 42.

⁴⁹ REIS, F.; RODRIGUES, V. – *A axiologia dos valores e a sua comunicação no ensino de enfermagem*. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.

⁵⁰ PHANEUF, M. – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência. 2005, p. 23

Na realidade comunicar faz parte da nossa vida desde que nascemos e por vezes fazemo-lo tão espontaneamente que nem reflectimos no modo como o fazemos, ou seja, a comunicação não acontece só quando é intencional e consciente. A comunicação existe sempre, quer naquilo que se faz ou até no que não se faz. A este propósito salienta-se:

“Por muito que o individuo se esforce, é-lhe impossível não comunicar. Actividade ou inactividade, palavras ou silêncio, tudo possui um valor de mensagem; influenciam outros e estes outros, por sua vez, não podem não responder a essas comunicações e, portanto também estão comunicando”⁵¹.

Pela comunicação aprendemos e educamo-nos acerca de nós próprios, podemos ajudar o outro a reconhecer-se. Isto é verdade quando a comunicação comporta um sistema de sinais ou um código socialmente compartilhado, uma vez que numa sociedade multicultural, os símbolos e as palavras nem sempre se interpretam de igual modo, pois consoante a diversidade cultural, social, religiosa e afectiva de cada um, assim aumenta a complexidade e as dificuldades na comunicação⁵².

A cultura humana, nas suas manifestações mais simples, é um padrão integrado de adaptação, uma estratégia completa de sobrevivência. Forma o quadro mais amplo no qual se devem introduzir várias componentes cognitivas dessa cultura, incluindo a linguagem⁵³. A linguística evoluiu e continua a desenvolver-se e a ser empregue num contexto cultural mais alargado.

⁵¹ WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J.; JACKSON, D. – *Pragmática Da Comunicação Humana*. São Paulo: Edição Cultrix. 1996, p. 45.

⁵² RAMOS, N. – *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta. 2004.

⁵³ MERLIN, Donald – *Origens do Pensamento Moderno*. Trad. Carlos de Jesus. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1999.

Como afirma Clara Costa Oliveira, “sabemos muito pouco sobre as linguagens que construímos ao longo da espécie para comunicarmos várias dimensões das nossas existências, variadas formas de saber que elas encerram”⁵⁴.

Assim, podemos exprimir-nos utilizando as seguintes inteligências: a linguagem falada ou escrita, a lógica-matemática, a musical (sons), a espacial (imagens), a corporal-Kinestésica e a inteligência pessoal, esta última com duas vertentes, uma virada para o próprio indivíduo, e a outra dirigida para os outros⁵⁵.

A comunicação não é só palavras e os símbolos, é também linguagem do corpo e o contexto onde ela é produzida.

As comunicações não verbais (e não escritas), não nos assegura a comunicação, ou seja, à soma dos gestos de um mímico falta a interligação entre eles que não só os ligam, como os constituem. Nas linguagens não verbais/escritas, a movimentação corporal e kinestésica é a própria mensagem⁵⁶. Assim, admitir o que atrás foi referido é, evidentemente, dizer que nas nossas ações revela-se a nossa emotividade, a nossa ética, o nosso agir com amor e não no seu discurso linguístico verbal /escrito.

Na actualidade, as concepções da linguagem como forma de expressão do mundo exterior ao sujeito, ou do mundo interior do sujeito estão fortemente reprovadas.

A este respeito Merlin Donald no seu livro *Origens do Pensamento Moderno* diz:

“Quando as pessoas não possuem linguagem, e se não sofrerem de alguma lesão grave do cérebro que lhes tire outras capacidades cognitivas fundamentais, podem continuar a participar em todas aquelas formas de cultura humana que não

⁵⁴ OLIVEIRA, Clara Costa – *Linguagens da Comunicação Humana*. Braga: Instituto de Psicologia da Universidade do Minho, S.d., p. 5

⁵⁵ GARDENER, Howard – *Inteligências Múltiplas a Teoria na Prática*. Porto Alegre: 2ª ed. Artes Médicas, 2001.

⁵⁶ OLIVEIRA, Clara Costa – *Linguagens da Comunicação Humana*. p. 5

requerem linguagem. Seguramente que estas capacidades podem, por si próprias, mesmo de uma forma simplificada, constituir a base de uma cultura”⁵⁷.

Algumas concepções filosóficas da linguagem e alguns estudos ligados às ciências neurofisiológicas e às ciências neuropsicológicas, destacam o funcionamento da linguagem de forma holística como um utensílio comunicacional que vamos construindo, modificando, ajustando, mas através desta também vamos sendo construídos, modificados e ajustados.

Neste sentido, e de modo a realçar o que foi dito anteriormente, citamos Merlin Donald:

“ [...] na nossa evolução cognitiva, somos criaturas que usam símbolos, ligados em rede, diferentes de qualquer outra criatura anterior a nós. Independentemente do nosso contexto cronológico actual vir a ser posto em causa ou radicalmente alterado por investigações futuras, o que foi dito não é especulação: os seres humanos são muito diferentes. As nossas mentes funcionam em vários planos representacionais, filogeneticamente novos, nenhum dos quais está disponível aos outros animais. Actuamos em colectividades cognitivas, em simbiose com sistemas externos de memória. À medida que desenvolvemos novas configurações simbólicas externas e novas modalidades, reconstruímos a nossa própria arquitectura mental de uma forma não trivial”⁵⁸.

A comunicação Analógica e digital

A comunicação Digital e analógica constituem duas formas diferentes de expressão.

Segundo Gregory Bateson, a linguagem digital refere-se a formas de comunicação mais precisas do ponto de vista referencial e no que respeita a regras internas, ou seja, a

⁵⁷ MERLIN, Donald – *Origens do Pensamento Moderno*. p. 207.

⁵⁸ *Ibidem*, p. 475.

comunicação digital permite uma maior informação que se pode elaborar de um modo complexo e flexível, sem ambiguidade, mas mais distanciada do seu significado. A linguagem analógica é caracterizada como produzindo comunicação pouco precisa quanto ao referente e à mensagem, ou seja, tem um significado imediato e inevitável, mas ambíguo e susceptível de elaboração complexa⁵⁹, mas é sem dúvida a essência de criatividade comunicacional por excelência. Encontra-se no entanto presente em todas as espécies animais, e não só no *Homo sapiens*.

Hoje é também aceite na comunidade científica que cada espécie poderá ter desenvolvido tipos de linguagem analógica que se encontram intimamente relacionadas com as de espécies próximas, (as do *Homo sapiens* com as dos outros mamíferos superiores; estas com as dos primatas). Assim, podemos pensar que os vários tipos de linguagem analógica foram emergindo como níveis de complexificações crescentes de tipos de linguagens analógicas das espécies inferiores.

Como já referido anteriormente, as linguagens analógicas produzem comunicação no domínio relacional e não referencial, ou seja, o acto comunicativo tem um significado ambíguo, porque o outro elemento da relação exige uma digitalização desse acto comunicativo. Mas, sendo ele do tipo paralinguístico e desconhecendo-se praticamente tudo o que lhe diz respeito, a tentativa de digitalização gera usualmente equívocos comunicacionais sucessivos. Além disso, as linguagens de tipo analógicas não se enquadram em redes linguísticas holistas de tipo semântico, em que o significado de um vocábulo pode ser aferido pela sua ligação a um outro vocábulo. Isto é, neste tipo de

⁵⁹ *Ibidem*, p. 74.

linguagem as referências comunicacionais são os próprios sinais comunicacionais (e a sua dimensão holista paralinguista), e não algo exterior ao acto comunicativo em questão⁶⁰.

Outro aspecto importante no que respeita a este tipo de linguagem é que se gera em contacto comunitário, pois todos partilhamos e aprendemos a comunicar através dos movimentos expressivos e gestuais (comunicação kinestésica uns dos outros), e usualmente reproduzimos parte dela por imitação inconsciente.

Cabe então perguntar: qual a importância da linguagem analógica nos profissionais de saúde?

Se pensarmos no contributo da linguagem analógica na comunicação humana nas profissões que trabalham com pessoas, rapidamente percebemos do enorme poder comunicativo que este tipo de linguagem nos fornece como meio privilegiado da dimensão relacional, e, todos deveríamos aprender a exprimirmos (e a lermos) a expressão corporal, tal como os bailarinos aprendem. Todos deveríamos ter a possibilidade de compreender as diferenças de tom, de ritmo, de cadência de uma repetição sonora, tal como os músicos aprendem, e todos deveríamos desenvolver acuidade espacial e formal que um arquitecto aprendeu a desenvolver⁶¹.

Se todos recebesse-mos uma educação a este nível, acabaríamos por ter uma melhor compreensão da interacção/articulação entre as formas comunicacionais de tipo analógico e do tipo digital.

Desta forma, ao compreender um simples olhar, a postura de uma pessoa, os seus gestos, o seu tom de voz, os seus silêncios, a distância, o toque e o contacto corporal, bem

⁶⁰ OLIVEIRA, Clara Costa – *Linguagens da Comunicação Humana*. p. 11.

⁶¹ *Ibidem*, p. 14.

como o vestuário, arranjo pessoal, os odores e o próprio ambiente, estaremos de facto, a comunicar melhor e certamente a ter uma atitude ética, ao reconhecer que estas pessoas estão a partilhar connosco as suas emoções, os seus pensamentos e os seus afectos.

Como diz Clara Costa Oliveira

“Teremos que começar por ter a humildade de reconhecer o que desconhecemos noeticamente, e tentar conhecer aquilo que sabemos analogicamente. Talvez estejamos então a dar um grande passo para sermos menos inoperantes face à possibilidade de amar quem nos pede analogicamente amor, sem que o consigamos (ou queiramos) reconhecer (não será esta a dimensão mais básica de pecado, no sentido judaico-cristão?)”⁶².

1.1.5. O amor como imperativo inter-relacional

Existem várias definições nos dicionários para a palavra amor: sentimentos que impele as pessoas para o que lhes afigura belo, digno ou grandioso, afeição, grande amizade, ligação espiritual, carinho, desejo sexual etc. Mas o que significa este sentimento no mundo humano? Qual o verdadeiro significado deste sentimento para a nossa vida?

O amor é fundamental na vida da pessoa, é a sua maior virtude porque é o que a move no seu dia-a-dia, é o impulso que leva a agir, é núcleo central, ou a estrutura fundamental subjacente de toda a unidade universal da família humana. Desta forma a vida humana desenrola-se sob o signo do amor, da felicidade. Ninguém deixa de sofrer com a infelicidade, com a falta de amor, seja que tipo de amor [...]. O amor é o encontrar sentido para a nossa existência. É o que há de mais maravilhoso nas nossas vidas.

⁶² *Ibidem*, p. 15.

No campo da filosofia o amor é um dos mais importantes sentimentos. Se não vejamos, na palavra Filosofia há relação com este sentimento: amor pela sabedoria. Sofia é sabedoria e Filia é um tipo de amor, que não é carnal, mas o amor busca do desejo; é o amor de inquietação o amor de amigo. Ou seja, o amor é o sentimento que permite à pessoa a busca constante de algo mais, mas de forma sensata, sem cair no desequilíbrio.

O amor é um sentimento em relação à vida, permite à pessoa atribuir valor às coisas além das aparências. É um sentimento que idealizamos como uma visão espiritual da vida. O verdadeiro amor é desenvolvido para que as pessoas vivam de uma maneira melhor, com justiça e amizades verdadeiras.

A relação com o outro ressalta com mais clareza quando se considera a função do amor na existência humana. Tanto o amor que uma pessoa humana recebe dos outros como o amor que dá aos outros ilustra a dimensão interpessoal da existência.

Receber o amor dos outros é um dos factores mais importantes no desenvolvimento e no equilíbrio da pessoa. É do conhecimento de todos que a ausência do verdadeiro amor nos primeiros anos de vida e, inclusive, nos anos seguintes, conduz muitas vezes a graves desequilíbrios e profundas perturbações da personalidade.

É necessário que, ao tomar consciência de si como pessoa, como centro de dignidade, de bondade e de valor insubstituível e único, o homem se aperceba de si mesmo ao sair fora de si, no contacto com o outro. Só neste sentido se apercebe de si mesmo como pessoa, como ser de bondade e liberdade, quando o outro o trata como tal.

Só através da amizade⁶³ e do amor da pessoa para com outra pessoa o homem toma consciência de si e da sua própria dignidade humana. Assim, ser amado por outra pessoa deve ser considerado como condição de base para a convivência humana e social. A capacidade de amar e de viver o amor na liberdade do dom depende do facto de ter recebido um amor autêntico e verdadeiro⁶⁴.

O amor concreto existe normalmente como um amor afectivo — não se ama o outro pelo que tem, mas pelo que é. Mas o que é o amor concreto? É o amor desinteressado, isto é, não exclui a colaboração que promove todos os participantes porque é um autêntico amor de benevolência, na medida em que é desinteressado⁶⁵.

Em jeito de conclusão, o ser humano vai desta maneira integrando no seu «eu» tudo o que o rodeia, pelo que se torna uma pessoa única, irrepetível e com características específicas. A pessoa é, assim, um ser situado num espaço e tempo físicos, condicionado pela relação familiar e inserido num determinado meio social e político. É um ser único, singular, insubstituível, nunca redutível ao valor das coisas, ou seja, com uma dignidade.

⁶³ O termo «amizade», do ponto de vista filosófico, é sobretudo caracterizado pela reciprocidade do afecto, realizando assim uma das mais profundas aspirações do amor; afecto predominantemente desinteressado e que pressupõe ou origina certa semelhança ou igualdade entre os amigos. CABRAL, Roque – *Temas de Ética*. Braga: Universidade Católica Portuguesa, 2000, p. 12.

⁶⁴ GEVAERT, J. – *El Problema del Hombre – Introducción a la Antropología filosófica*. p. 55.

⁶⁵ *Ibidem*, p. 59.

2. UNICIDADE INTEGRAL DA PESSOA E DIGNIDADE HUMANA

Perante o conceito de «pessoa», ainda que por determinar, entende-se estar perante algo que é específico do ser humano, apesar das diferenças culturais e filosóficas.

Para os teólogos cristãos do século V, «pessoa» é um modo de substância, o modo «racional». Quando uma substância é racional, constitui-se, por isso mesmo, em pessoa.

A definição de «pessoa» mais célebre é, sem dúvida, a de Boécio, no século VI d. C.: “substância individual de natureza racional (*rationalis naturae individua substantia*)”⁶⁶.

É certo que, através da consciência, cada um de nós constata a sua própria personalidade que se concretiza situada no tempo e um espaço aculturado que torna a pessoa única, exclusiva e irrepitível⁶⁷.

Nesta perspectiva, a pessoa pertence a uma natureza capaz de razão e de consciência e, graças a essa natureza, constitui-se em sujeito e distingue-se nitidamente do resto das coisas. A este respeito Patrão Neves refere,

“[...] no “cosmo”, o homem humano ocupa uma posição superior, por poder contemplar o mundo. Ele orienta a sua acção de um modo consciente e voluntário, ainda que essa mesma acção esteja em conformidade com as próprias leis da natureza”⁶⁸.

Scheler afirma que a essência do homem e a sua existência particular está para lá da inteligência. Ou seja, parte das formas psíquicas (impulso afectivo, instintivo, memória associativa e inteligência) definindo um novo princípio, externo a tudo o que chamamos “vida”, fazendo do homem, homem. O que faz do indivíduo um homem, “é um novo

⁶⁶ ANDORNO, R. – *Bioética y Dignidad de la Persona*. Madrid: Tecnos, 1998, p. 62.

⁶⁷ PATRÃO NEVES, Maria do Céu; PACHECO, Susana (coord.) - *Para Uma Ética Da Enfermagem*. Coimbra: Edição Gráfica de Coimbra.

⁶⁸ PATRÃO NEVES, Maria do Céu – «Repensar o homem». In: *Brotéria*, vol. 142, 5/6(1996), p. 604.

princípio que se opõe a toda a vida em geral, incluindo a vida que habita no homem”, conclui Scheler⁶⁹. É neste momento da sua teoria que avança com um conceito decisivo, o de espírito⁷⁰. Neste está incluído o conceito de razão, definido como “o pensar, as ideias, a intuição e uma classe de actos volitivos e emocionais – como a bondade, o amor, o arrependimento e a veneração”⁷¹.

Entre o animal e o homem, o pensamento de Scheler define uma segunda dimensão, como algo mais que uma simples diferença de grau. O ser do homem, como unidade antropológica de uma realidade universal, é possuidor de uma “nova camada”. Essa nova camada chama-se *Espírito* ou *ser Espiritual*.

O «espírito» segundo Scheler, é uma especificidade do homem, é a essência da pessoa. É o espírito que permite compreender a pessoa como centro de actos intencionais, «actualidade pura». O espírito

“é o único ser incapaz de ser objecto, é actualidade pura; o seu ser esgota-se na livre realização dos seus actos. O centro do espírito, a pessoa, não é nem ser substancial nem ser objectivo, sendo somente um encadeamento e ordem de actos, determinado essencialmente, e que se realiza continuamente a si mesmo em si mesmo”⁷².

A pessoa é, então, uma asceta da vida, permitindo que a actualidade do espírito e a força vital se interpenetram. A pessoa é, segundo Scheler, o único ser capaz de “sublinhar a energia dos seus impulsos em actividades espirituais”⁷³.

⁶⁹ MAX SCHELER – *La situation de L’homme dans le monde*. Traduit et préface par M. Dupuy; Paris VI: Editions Moutaigne, 1951, p. 45.

⁷⁰ *Ibidem*, p. 53.

⁷¹ *Ibidem*.

⁷² MAX SCHELER – *El puesto del hombre en el cosmos*. Buenos Aires: Editorial Losada, 1938, pp.65-66.

⁷³ *Ibidem*, p. 72.

A reflexão scheleriana sobre a noção de pessoa como «actualidade pura» testemunha um contributo peculiar para que esta seja compreendida como uma oportunidade de ser e de se realizar em si, na sua própria espiritualidade. Esta interpretação supera a tradicional noção clássica de «pessoa» como razão, *a res cogitans* de Descartes e o sujeito Transcendental de Kant.

A antropologia filosófica, desde a Antiguidade até aos nossos dias, representa um legado precioso para a estruturação de noção de «pessoa». Na filosofia antiga, a cogitação sobre o homem fundamenta-se na noção de substância e no dualismo metafísico de corpo e alma. Esta noção metafísica e teológica é compreendida na modernidade como consciência de si, sujeito psicológico e moral. A consciência de si é determinada pela sua racionalidade e pela sua capacidade de auto-determinação.

A pessoa é possuidora de um corpo físico, material, palpável e visível, sendo através desse corpo que a pessoa toma conhecimento de si e se relaciona com o mundo e com os outros. Neste contexto, o corpo é

“sujeito de percepção. Revela-nos o mundo perceptivo e enraíza a consciência no mundo, abrindo-a, assim, à experiência perceptiva originária. É o corpo que permite ter uma experiência. É pelo corpo que estamos situados no mundo, é por ele que comunicamos com os outros⁷⁴.”

É neste contexto que se torna fulcral reflectir sobre a «pessoa», que enfrenta o desafio ético nas novas biotecnologias. É indispensável estabelecer condições que salvaguardem a integridade da pessoa e a sua eminente dignidade.

⁷⁴ MATOS, DIAS, I. - *Elogio do sensível. Corpo e reflexão em Merleau-Ponty*. Lisboa: Litoral Edições, 1989, p. 98

2.1. Liberdade e dignidade da pessoa

A dignidade da pessoa está intimamente relacionada com a sua condição de «ser livre»⁷⁵. Isto pressupõe distinguir-lhe dois aspectos: a dignidade ontológica ou constitutiva (é irrenunciável e não se pode perder, porque está indissolivelmente ligada à natureza do ser humano), como refere Daniel Serrão,

“[...] Por isso se afirma que o zigoto humano tem direito absoluto à vida e ao desenvolvimento, no respeito pela sua dignidade intrínseca: dignidade que é intrínseca porque está no seu programa genético e não porque os outros seres humanos, nomeadamente os legisladores, lha atribuem”⁷⁶.

A dignidade extrínseca, é a que se constrói, se ganha e se perde, ao longo da vida e de todas as experiências da vida. Vivida pelo sujeito na sua auto-consciência, na sua subjectividade, e, como expressa Daniel Serrão “é flutuante, imprecisa e frágil, porque depende da cultura à qual a pessoa pertence e, nesta, do meio social em que a pessoa se situa e no qual se realiza”⁷⁷. Vive-se com ela na família, na profissão, e na sociedade.

O valor absoluto e incondicional da pessoa, como já foi referido, é também proclamado na tradição cristã como um ser sempre insubstituível. Cada pessoa é criada por Deus e amada por Si, sendo este Amor que lhe confere a dignidade.

⁷⁵ A pessoa é todo o ser consciente de si mesmo e dos seus actos e capaz de se governar por si, na medida em que é dotado de vontade e inteligência. É, por isso, livre para decidir e escolher entre o bem e o mal.

⁷⁶ SERRÃO, Daniel – «A dignidade humana no mundo pós-moderno». In: *Cadernos de Bioética*. 2010, p. 195.

⁷⁷ *Ibidem*, p. 195.

2.1.1. A dignidade

Socorrendo-nos de Roque Cabral, “facilmente verificamos que acontece com a dignidade algo semelhante ao que Agostinho dizia acerca do tempo: se não nos interrogam, todos sabemos o que é; mal nos perguntam, entramos em dificuldade [...]”⁷⁸.

Continuando a seguir Roque Cabral, poderemos verificar que o termo «dignidade» não só tem origem latina⁷⁹, *dignitas*, mas que esta exprimiou uma realidade tipicamente romana. Embora em Roma o conceito de dignidade fosse essencialmente sócio-político⁸⁰, tinha também uma forte conotação ética. À dignidade-cargo foi-se paulatinamente associando a dignidade ou valor interior, à qual corresponde mais a ideia moderna da dignidade, cujo fundamento se foi buscar à natureza do ser humano, natureza muito superior à dos outros animais.

Ainda segundo Roque Cabral,⁸¹ “com os autores cristãos não desaparece essa exaltação da pessoa humana e a fundamentação apontada”. Progressivamente, a dignidade adquire o seu significado presente. «Em S. Bernardo encontramos a dignidade ligada à liberdade» e para «S. Alberto Magno, a dignidade humana anda essencialmente ligada à racionalidade». Contra posições depreciativas do ser humano insurge-se Petrarca, que exalta a dignidade humana e «não deixa de a fundamentar no facto de o homem ser imagem de Deus, ter uma alma imortal e de por ele ter encarnado o Verbo de Deus».

⁷⁸ CABRAL, Roque – *Temas de Ética*. Braga. pp. 273 - 282.

⁷⁹ Como termos gregos a dignidade traduz no vocábulo grego *axia* e *axioma*, derivado do *axio* (estimar, considerar). Os axiomas são enunciados que merecem por si mesmos a aquiescência, a sua evidência é imediata, não necessitam de demonstração. Aplicado ao homem no seu sentido ético e ontológico, o conceito de dignidade significa que o ser humano tem valor em si mesmo como tal e nunca unicamente por certos fins para os quais actuou como simples meio.

⁸⁰ Integrava a pertença à nobreza, a benemerência pela *res pública* e o porte, estilo de vida de elevado padrão. CABRAL, Roque – *Temas de Ética*. p. 274.

⁸¹ *Ibidem*, pp. 274 - 275.

Aplicado ao homem no seu sentido ético-ontológico, o conceito de dignidade significa que o ser humano tem valor em si mesmo como tal e não primordialmente por certos efeitos que dele derivam ou por certos fins para os quais actuou como simples meio.

“No reino dos fins tudo tem um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem preço, pode-se por em vez dela qualquer outra como *equivalente*; mas quando uma coisa está acima de todo o preço, e portanto não admite equivalência, então ela tem dignidade”⁸².

O conceito de dignidade encontra em Kant uma definição que continua a ser constantemente invocada e está sintetizada no imperativo prático: “Age de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como fim e nunca simplesmente como um meio”⁸³.

Ao longo da história da humanidade, a dignidade acabou por se constituir como uma conquista da humanidade contra as atrocidades que ao longo do seu percurso histórico, ela cometeu frente aos seus próprios membros⁸⁴, consagrando-se como o mais alto valor na Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU, 1948). A este respeito Michel Renaud afirma,

“Se as circunstâncias históricas (por exemplo, os genocídios na segunda guerra mundial) explicam o aparecimento de uma reflexão sobre os Direitos do Homem, não são elas contudo que trazem, *ipso facto*, a justificação, a legislação e a fundamentação dos Direitos. É, dissemos, a dignidade enquanto dimensão ética do ser humano que está na base desta fundamentação”⁸⁵.

⁸² KANT, I. – *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Trad. Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 1988, p. 77.

⁸³ *Ibidem*, p. 66.

⁸⁴ NUNES, L. – *O Princípio constitucional da dignidade da pessoa humana: Doutrina e jurisprudência*. São Paulo: Editora Saraiva, 2002.

⁸⁵ RENAUD, Michel - «A dignidade do ser humano como fundamentação ética dos direitos do homem». In: *Brotéria*, 148 (1999), p. 141.

O conceito de dignidade humana ou dignidade da pessoa humana é, hoje, um dos mais difundidos em direito constitucional no mundo. Além de encontrar-se inscrito sob a rubrica “dignidade” no preâmbulo da Carta das Nações Unidas e da Declaração Universal dos Direitos Humanos, ele encontra-se expressamente consignado em várias Constituições como a portuguesa (art.1º). Ressalta-se, ainda, que da conceptualização múltipla e abrangente da dignidade humana foram extraídos, no mundo moderno, os direitos humanos que na Europa têm expressão jurídica na Convenção Europeia dos Direitos Humanos e no Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, sediado em Estrasburgo, no Conselho da Europa⁸⁶.

Todavia, a reflexão filosófica sobre a pessoa como ser singular evoca a autonomia como princípio determinante da sua identidade e condição indispensável da sua realização pessoal. Conforme afirma Patrão Neves, “a autonomia, designando etimologicamente a autoria do homem da lei a que se submete, tem sido ao longo dos tempos o traço dominante da identidade do próprio homem e fundamento da sua dignidade”⁸⁷.

Em relação à autonomia, Cornelli e Pyrrho [...], lembram que, se considerarmos a primazia da autonomia, caracterizada pela razão e pela capacidade de actuação, incorremos no risco de colocar o homem que se encontra vulnerável, a ser usado como meio em vez de um fim em si mesmo⁸⁸. Ora, isto leva-nos a questionar como fica a dignidade humana, face às novas tecnologias?

⁸⁶ SERRÃO, Daniel – «A dignidade humana no mundo pós-moderno».

⁸⁷ PATRÃO NEVES, Maria do Céu – «Autonomia e responsabilidade da pessoa». In: *Poderes e limites da genética*. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros 1998, p. 20.

⁸⁸ CORNELLI, G.; PYRRHO, M. – «Para que serve a dignidade humana? Crise do conceito e nova operacionalização em bioética». In: *Revista brasileira de Bioética*, 3, 2(2007), pp. 236 - 248.

A este respeito Jonas, no seu livro *O princípio responsabilidade. Ensaio de uma ética para a civilização tecnológica* (2006), refere que as conquistas tecnológicas são intrínsecas da humanidade, existem desde sempre na humanidade e, nesse sentido, sempre existiu. Por isso, Jonas não as rejeita, a questão não se prende com a técnica mas antes com o poder e o perigo que ela conferiu: a técnica é antiga, o poder tecnológico é que é recente. O perigo reside no facto da sociedade técnico-industrial que hoje somos, estar unicamente obcecada pela técnica, e que passa, por isso, a ter significado ético. Ainda segundo Jonas, foi a técnica e o poder por ela conferido, associada, à superioridade do pensamento, que o Homem foi capaz de pôr em perigo todas as formas de vida existentes no planeta, incluindo a sua própria.

É no espaço entre o que posso fazer e o que daí pode advir, que emerge o princípio ético de Jonas, o princípio da *responsabilidade*, que exige a nova sabedoria e a coragem de ter medo como forma de preservar a essência da humanidade⁸⁹. Ética que preconiza uma “ética da responsabilidade [...] deve assegurar as rédeas desse progresso galopante. Conter tal progresso deveria ser visto como nada mais do que uma preocupação inteligente, acompanhada de uma simples decência em relação aos nossos descendentes”⁹⁰.

A *responsabilidade* jonasiana está, portanto, associada ao poder que as acções do sujeito têm sobre os outros que são dignos de existir. Os “outros” para Jones, são também, e sobretudo, os seres humanos que ainda não nasceram e sobre os quais em nós recai a preservação da sua (nossa) essência⁹¹, o que equivale a dizer que esta responsabilidade recai sobre toda a vida, seja ela (já) real ou (ainda) potencial. Para Jonas a responsabilidade

⁸⁹ JONAS, H. – *O princípio responsabilidade. Ensaio de uma ética para a civilização tecnológica*. Rio de Janeiro: Contraponto – Editora PUC, 2006.

⁹⁰ *Ibidem*, p. 349.

⁹¹ *Ibidem*.

é “o cuidado reconhecido como obrigação em relação a um outro ser, que se torna ‘preocupação’ quando há uma ameaça à sua vulnerabilidade”⁹².

Assim, conclui-se que a responsabilidade de Jonas deriva, da existência do próprio Ser, ao qual está associado um `dever-ser`. Esta visão de responsabilidade implica uma mudança na própria forma de perceber o Ser. A responsabilidade é ontológica, é, pois, inata ao próprio Ser. Então, se o ser é responsável e o seu dever é garantir a existência de outros seres, nesse caso o seu dever é garantir que possa continuar a existir responsabilidade, como uma primeira responsabilidade.

Desta forma, na sociedade que hoje somos, onde o valor supremo é a tecnologia, a dignidade humana tende a perder primazia. O valor da dignidade, porém, não pode ser alterado com o tempo, o espaço ou por outro tipo de condição; a dignidade funda-se na própria essência do Ser e, nesse sentido, não pode ficar à mercê das ações da própria humanidade (como as atrocidades que ao longo do seu percurso histórico, ela cometeu frente aos seus próprios membros).

Nesta linha de pensamento, naturalmente, a dignidade é negada como valor inerente ao próprio ser humano, pelo que restabelecer este princípio implica que “a sua existência nunca é um puro dado biológico inerte”⁹³. Pelo que temos vindo a discutir, a pessoa não é um produto de reacções bioquímicas mas assim uma unidade múltipla e abrangente nas suas várias dimensões, o que implica atribuímos a mesma importância à dimensão espiritual, emotiva, sensorial, psicológica, volitiva, racional, ética, comunitária, social ou

⁹² *Ibidem*, p. 325.

⁹³ RENAUD, Michel – «A dignidade do ser humano como fundamentação ética dos direitos do homem». p. 142.

ecológica⁹⁴. Como afirma Adorno, a dignidade assenta, pois, na própria essência do Homem não ser exclusivamente biológico⁹⁵.

Jonas, a propósito da dignidade, afirma:

“existe um infinito a ser preservado [...] mas também um infinito que pode ser perdido. [...] A autoridade que esse infinito nos confere não pode jamais incluir [a] sua própria desfiguração, de modo a ameaça-lo ou a `modificá-lo`. Nenhum ganho vale esse preço, nenhuma expe[c]tativa de sucesso autoriza esse risco. No entanto, é exa[c]tamente esse elemento transcendente que está a ser ameaçado de ser lançado no cadinho da alquimia tecnológica”⁹⁶.

Assim, à luz do que foi exposto, verifica-se que não há uniformidade na comunidade científica sobre o debate que se vai gerando em torno do conceito de dignidade, no entanto parece-nos irrecusável não referirmos e corroboramos com o Conselho Nacional De Ética Para As Ciências Da Vida (CNECV), que

“Neste alargamento do próprio conceito de dignidade humana, como nó fulcral da definição dos Direitos Humanos e da sua salvaguarda, há uma ética social, que, no âmbito da bioética, se actualiza (nomeadamente) no acesso equitativo aos cuidados de saúde de qualidade apropriada para todos, respeitando a sua dignidade”⁹⁷.

A dignidade é pois, o centro de todos os valores, fonte de direitos de deveres, intrínseca ao próprio ser humano. Neste sentido, Adorno, refere que o princípio da “dignidade humana necessita de noções mais concretas, habitualmente formuladas

⁹⁴ FEIO, A. & OLIVREIRA, C. – «O modelo das crenças da saúde (health belief model) e a teoria da autopoiesis». In: *Reflexão e Ação*, 18, 1(2010).

⁹⁵ ADORNO, R. – «La notion de dignité humaine est-elle superflue en bioéthique?». In: *Revue Générale de Droit Médical*, 16(2005).

⁹⁶ JONAS, H. – *O princípio responsabilidade. Ensaio de uma ética para a civilização tecnológica*. p. 80.

⁹⁷ CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA (CNECV). - *Reflexão ética sobre a dignidade humana* (doc. N° 26/CNECV/99). Acedido em 2 Maio de 2014 de http://www.cnecv.pt/admin/files/.../1273058936_P026_DignidadeHumana.pdf.

empregando-se a terminologia dos *direitos: consentimento informado, integridade física, confidencialidade, não discriminação*”⁹⁸.

Contudo, apesar do conceito de dignidade não reunir consenso, este, é na actualidade, considerado por alguns autores como o *princípio matriz da bioética*⁹⁹. Por outro lado, se a fixação semântica do sentido da dignidade, é difícil, isso não implica que ela seja violada¹⁰⁰.

Como refere Daniel Serrão, “honrar a dignidade humana é fomentar uma cultura de respeito absoluto pela vida humana desde o seu início e até ao seu fim natural”¹⁰¹.

⁹⁸ ADORNO, R. – «La notion de dignité humaine est-elle superflue en bioéthique?», p. 100.

⁹⁹ LEONIR, N.; MATHIEU, B. – Les normes internationales de la bioéthique. Paris: PUF. 1998.

¹⁰⁰ DELBEN, A.; FREIRE, D. – «A dignidade como um conceito de vida». In: *Anais do XVIII Congresso nacional da Compedi* Florianópolis: Fundação boiteux, 2009.

¹⁰¹ SERRÃO, Daniel – «dignidade humana no mundo pós-moderno». p. 198.

3. A DOR E SOFRIMENTO HUMANO

A dor e o sofrimento são experiências comuns e inevitáveis na vida de cada um e de todos nós. Certamente, ninguém poderá afirmar que nunca sofreu ou sofrerá, que nunca sentiu dor e que poderá sempre evitá-la. De facto, a dor e o sofrimento são inerentes à condição humana, uma vez que fazem parte da sua existência¹⁰². A dor e o sofrimento são acontecimentos naturais e inevitáveis.

A questão do sofrimento está intimamente ligada à questão fundamental: o que é o homem, sendo que na sua definição se encontra o questionar de um ser que se encontra como que entre todos os seres, entre todos os mundos possíveis, e o sofrimento, como indagação metafísica, que se encontra intimamente ligado a esta condição de ser “entre”, porque, no fundo, o homem, como ser corpóreo-psíquico-espiritual, é o ser das mediações.

Neste sentido, podemos dizer que o sofrimento é uma experiência multidimensional, em que as componentes, física, emocional, espiritual e social estão de tal maneira interligadas que não é possível vivenciá-las isoladamente, o que requer uma atenção integral por parte dos enfermeiros.

A este respeito, Clara Costa Oliveira refere que “O sofrimento humano é um enigma intocável. O sofrimento é inevitável, logo há um imperativo de aprender a lidar com ele”¹⁰³. Assim, a pessoa marcada pela dor interroga-se: sofrimento? Por quê? Para quê? Mas o sofrimento como já foi referido, faz parte da vida de todos os homens. Recusá-lo como um mal a ser vencido a qualquer preço é um paradigma da sociedade actual. A

¹⁰² “Toda acuidade do sofrimento tem a ver com a impossibilidade de lhe escapar, de se proteger a si próprio contra si próprio [...]”. LEVINAS, E. – *Totalité et Infini*. Essai sur L’ Exteriorité. La Haye, Martinus Nijhoff, 1961, p. 200.

¹⁰³ OLIVEIRA, Clara Costa – *Aprendizagem e sofrimento: Narrativas*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2012, p. 39.

racionalização desse mal pode ser traduzido no sentimento generalizado de recusa ou de fuga a qualquer tipo de dor, seja física ou moral¹⁰⁴.

Realmente não há vida sem sofrimento, nem dor. Mas, poderemos distinguir estes dois termos? Serão estes dois termos sinónimos? Qual o seu significado na prática clínica?

Na linguagem comum estes dois termos, são frequentemente identificados quase como sinónimos, mesmo que os termos, no sentido estrito, identifiquem diferentes realidades. Enquanto a palavra “dor” é aplicada para falar do mal físico, o “sofrimento” aplica-se mais à “dor moral”¹⁰⁵.

Na prática clínica a dor é considerada uma manifestação de alterações fisiológicas que geralmente podem ser diagnosticadas através da utilização de abordagens técnicas disponíveis. Referente a este assunto, Clara Costa Oliveira lembra que por esta razão, muitos profissionais de saúde concluem que qualquer dor real pode ser diagnosticada a nível fisiológico, se tal se revelar impossível, aqueles que se queixam de dores são muitas vezes confundidos (não há nada de errado com você) como estar sofrendo de “factores psicológicos”¹⁰⁶.

Na realidade, às vezes, na prática clínica os profissionais falam como só existisse uma mente viva sem qualquer base fisiológica. Ora, esta visão remete-nos para uma divisão mente-corpo, cujas raízes podem ser rastreadas até à Grécia Antiga. No entanto, a comunidade científica contemporânea, mostra que a dor é um fenómeno com uma

¹⁰⁴ *Ibidem*, p. 39.

¹⁰⁵ PINTO DE MAGALHÃES, Vasco – «O Sofrimento, que solução para os nossos dias?» In: *Cadernos de Bioética*. 2011.

¹⁰⁶ OLIVEIRA, Clara Costa – *Aprendizagem e sofrimento: Narrativas*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2012, p. 39.

componente fisiológica importante, no entanto, tem também uma enorme carga subjectiva (factores comportamentais, emocionais e cognitivos da experiência da dor)¹⁰⁷.

De acordo com a Associação Internacional de Estudo da Dor:

“A dor é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”¹⁰⁸.

Desta definição pode reiterar-se, que a dor é uma experiência pessoal, real ou potencial resultante de um dano tecidual que provoca uma sensação desagradável numa ou várias partes do corpo e conseqüentemente também uma experiência emocional. Também na prática clínica a dor é frequentemente identificada, mais ou menos de forma consciente como um sinal de danos dos tecidos do corpo¹⁰⁹.

Além, do que foi referido anteriormente, esta definição permite acolher a dor na perspectiva da fisiopatologia nociceptiva (somática e visceral), neuropática (por lesão do tecido nervoso), e psicogénica¹¹⁰. “Associado a uma lesão tecidual concreta ou potencial”, a definição pretende salvaguardar a realidade ontológica de dores sentidas pelas pessoas, para as quais foi impossível detectar qualquer dano tecidual; ou seja, trata-se de uma atitude de humildade, digna de louvor, pois em vez de acusar a vítima, coloca a possibilidade de existir uma causa real (mas ainda não descoberta) para as suas queixas¹¹¹.

Corroborando com o explícito anteriormente, convém, pois, que os profissionais de saúde tenham uma atitude de compreensão para com a pessoa doente e não julguem a dor

¹⁰⁷ MELZACK, R.; WALL, P. – *O desafio da dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1967.

¹⁰⁸ Cf. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN – [Consultado a 4-5-14]. Disponível em [http:// www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org).

¹⁰⁹ OLIVEIRA, Clara Costa – *Suffering, Education and Health. Sgnified Bodies: Exploracion in Biosemiosis and Health*. Ed.: A. Dinis, J. C. Major, S. Steffensen, S. Cowley. Braga: Catholic of Portugal – Faculty of Philosophy of Braga; University of Southern Denmark; University of Hertfordshire, 2010.

¹¹⁰ CARVALHO, Ana Sofia (coord.) - *Bioética e Vulnerabilidade*. Coimbra: Edições Almedina, 2008.

¹¹¹ OLIVEIRA, Clara Costa – *Dor e sofrimento humano: em defesa de uma antropologia da saúde*.

como “psicológica ou somática”, porque é o mesmo como classifica-la como irreal. Colocar esta situação na prática clínica é o mesmo que levar a pessoa doente a sentir-se, incompreendida, desamparada e muitas das vezes a questionar-se sobre a sua saúde mental.

De facto, hoje em dia, o desenvolvimento tecnológico, leva muitas vezes as pessoas a optarem por soluções que derivam muitas das vezes do conceito que os profissionais de saúde têm da dor e do sofrimento, como refere Maria Manuel Jorge

“É o imaginário de origem tecnocientífica que determina a actual percepção da dor e do sofrimento e explica muitos dos nossos comportamentos, como no caso daquelas mulheres que, a partir de testes genéticos de cancro, optam pela solução mais radical, não escapando, afinal, a novas formas de sofrer”¹¹².

Seja qual for a causa que provoque a dor (pelo que temos vindo a analisar, provavelmente será mais que uma), elas são experienciadas num corpo, ou melhor são vividas num corpo, e em qualquer metabolização orgânica, o sistema nervoso periférico e o sistema nervoso central, este ultimo mais direccionada para a metabolização psicológica de vários factores psicossociais, mas todo o mecanismo da dor se processa num único corpo. A este respeito Clara Costa Oliveira refere, “podemos não saber (ainda) descrever esses processos, mas remete-los para o nível do irreal demonstra usualmente desrespeito por quem procura os profissionais de saúde em busca de alívio para as suas dores”¹¹³.

Reconhece-se que é a dor o principal motivo que leva as pessoas a procurar os profissionais de saúde. São vários os estudos científicos que comprovam que a dor atinge um terço da população mundial. Em Portugal, um estudo realizado em Janeiro de 2007 e Março de 2008, revelou a prevalência de dor crónica, na população portuguesa, de 36,7%.

¹¹² CANTISTA, Maria José (coord.) – *A dor e o sofrimento - Abordagens*. Porto: Campo das Letras, 2011, p. 217.

¹¹³ OLIVEIRA, Clara Costa – *Dor e sofrimento humano: em defesa de uma antropologia da saúde*. p. 5.

Da população com dor, 35% referiu dor intensa¹¹⁴. Também num artigo de opinião de Duarte Correia, presidente da APED, a dor crónica é um problema de grande magnitude, devido à elevada prevalência e impacto individual, social e económico. Caracteriza-se como uma dor persistente ou recorrente, de duração igual ou superior a três meses e/ou que persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem. Cerca 30 por cento da população portuguesa sofre de dor crónica¹¹⁵.

A propósito da dor oncológica, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou e desenvolveu, no início dos anos 80, o conceito de escala analgésica para o tratamento de dor, constituída por 3 degraus (dor ligeira; dor moderada e dor intensa a insuportável). Estabeleceu-se desde então, que a dor deve ser tratada de acordo com a intensidade. Além desta escala, outras existem, bem como outros instrumentos tentam classificar a dor, no entanto, parece-nos que nenhum deles pode ser totalmente fiável, uma vez que na prática clínica, maioritariamente estes instrumentos são manuseados pelos profissionais (enfermeiros), e pelo que temos vindo a descrever a dor é uma experiência subjectiva e dolorosa. Um estudo realizado por Terry e Olson evidenciou empiricamente uma serie de aspectos, entre eles, observou-se que a identificação do sofrimento dos doentes com a dor, apresentou-se pouco relacionada com os resultados obtidos na escala da dor¹¹⁶.

Compreender a dor e o sofrimento da pessoa implica assim, considerá-la como foco de avaliação segundo níveis de integração humana que parte de uma vertente biológica que “[...] se estrutura num envolvimento psicoafectivo relacional e de modelação sociocultural

¹¹⁴ AZEVEDO, L., F.; COSTA PEREIRA, A.; MENDONÇA, L.; DIAS, C.,C.; CASTRO LOPES, J., M. – «Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal». In: *J.Pain*;13, 8(2012), pp. 773 - 83.

¹¹⁵ DUARTE CORREIA – «artigo de opinião» In: *Notícias do Douro Online*, 11-10-2012. Consultado em 6-5-2014.

¹¹⁶ Escala numérica da dor que varia de 0-10, sendo 0 (ausência de dor) e 10 (dor máxima imaginável), avaliada segundo o próprio doente. TERRY, W. ; OLSON, L., G. – «Unobvious the suffering of hospice patients». In: *International medicine Journal*, vol. 34. 2004, pp. 604 - 607.

da acção, referenciada a uma superestrutura espiritual (articulação conectada entre o self, os outros e o cosmos) e que processualmente integra, de forma sistémica, sensorialmente, emoções, cognições, afectos, sabedoria”¹¹⁷. Ferrell e Coyle, referem também, que a dor que se perpetua sem significado, transforma-se em sofrimento¹¹⁸.

O sofrimento tem origem etimológica e semântica nas palavras *phérein*, no grego, *ferre* no latim que designam carregar e *sufferre*, carregar por baixo, significando igualmente oferecer, tolerar, suportar, permitir. Apenas no século XVI, assumiu entre os franceses o significado de experiência de uma dor, encontrando-se hoje na origem da condição humana, afectando a unidade e integridade da pessoa, provocando uma ruptura de identidade.

Segundo Cassell, a dor refere-se à doença e o sofrimento diz respeito à existência do sujeito como um todo¹¹⁹. Por sua vez, o sofrimento, é caracterizado por medo e ansiedade, relacionado com um estado psicológico ou de opressão e nem sempre causa dor¹²⁰. A International Council of Nurse, define sofrimento como “[...] um tipo de emoção com as seguintes características específicas: sentimentos prolongados de grande pena associados a martírio e à necessidade de tolerar condições devastadoras [...]”¹²¹. Efectivamente o sofrimento é mais amplo e global que a dor, pode atingir a integridade do ser humano, não se esgotando em algo físico, mas transcendendo-o nos seus aspectos cognitivos e emocionais. É um sentimento inevitável, mas a simples possibilidade de o poder exprimir e de o partilhar, promove o seu alívio, pelo que o sentimento comunicado é

¹¹⁷ BARBOSA, A.; NETO, I.G. – «Sofrimento». In: *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2006, p. 399.

¹¹⁸ FERRELL, B., R.; COYLE, N. – «The nature of suffering and the goals of nursing». In: *Oncology nursing forum*, 35, 2(2008).

¹¹⁹ CASSELL, E., J. – «Diagnosing suffering: a perspective». In: *Ann Intern Med*. Oct 5, 137, 7(1999).

¹²⁰ PESSINI, L. – *distanásia: Até Quando Prolongar a Vida?*. São Paulo: Loyola, 2001.

¹²¹ INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Versão Beta 2. Lisboa: Versão oficial em português. 2006, p. 88.

um sentimento partilhado. Tratando-se de um estado subjectivo, o sofrimento exige um cuidado contínuo e dinâmico, uma vez que a pessoa deseja atingir um estado de equilíbrio, traduzido no alívio do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural¹²².

Das concepções descritas sobre o sofrimento, podemos dizer que diferentes culturas possuem diferentes formas de o compreender e de o conceber. Na cultura ocidental associa-se geralmente à dor. Paradoxalmente, a pessoa pode experimentar o sofrimento por estar doente, sem sentir nenhum sintoma. A bibliografia relata situações em que são diagnosticadas situações de doença sem que as pessoas sintam qualquer sintoma ficando a sofrer estados de aflição nas suas vidas sem no entanto sentirem ou terem sintomas. Daqui se depara que a dimensão temporal é um aspecto ao qual o sofrimento está acometido. Para que uma determinada circunstância se transforme numa fonte de sofrimento, esta deverá afectar a pessoa em termos de acontecimentos futuros¹²³.

Corroborando Clara Costa Oliveira, grande parte do sofrimento de uma pessoa doente relaciona-se com outros factores para além dos seus problemas fisiológicos, ou seja, à pessoa que lhe é diagnosticada uma doença, naturalmente sente-se fragilizada, acredita que tem limitações fisiológicas que vão afectar o seu quotidiano (a sua alimentação, a sua actividade profissional, a interacção com os outros e consigo própria), e, conseqüentemente quando a doença se torna crónica a probabilidade de estados depressivos é enorme. As pessoas doentes (maioritariamente) sentem que o seu sofrimento não é suficientemente levado a sério pelos profissionais de saúde e que os apoios são insuficientes. Outra questão

¹²² ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

¹²³ CASSELL, E., J. – *The nature of suffering and the goals of medicine*. Oxford: Oxford University Press, 2004.

que as doenças crônicas acarretam, são momentos de grande preocupação e de aflição que invade a vida destes doentes, dado que a sua ausência (temporária ou permanente) altera toda a dinâmica familiar, profissional, financeira, e social.

Cassell profere, que os problemas vividos ou postulados pelas pessoas doentes com as funções que todos ocupamos socialmente, independentemente da nossa idade. Pode-se ser o suporte emocional fundamental de alguém, quer enquanto filho, companheiro (a), amigo, pai, avó; ou pode as despesas da casa depender do salário da pessoa doente¹²⁴.

A situação de doença (dependendo da gravidade da doença e do impacto desta, na vida da pessoa doente) leva-nos interrogarmo-nos sobre o sentido da vida e da sua finitude, bem como sobre o que devemos fazer. O sofrimento é acompanhado pela necessidade de obtenção de significado desse sofrimento¹²⁵, ou seja, é acometido de uma forte dimensão de procura, a pessoa procura incessantemente pelas razões porque ocorreu e como poderá ser suportado¹²⁶. Assistimos vezes sem conta na nossa prática clínica como enfermeiros, a expressões dos doentes (“porque é que isto me aconteceu a mim?”, “eu até tenho feito os exames de rotina todos os anos”, “será que isto alguma vez vai acabar?”), que são bem demonstrativas desta busca de significado que o sofrimento faz emergir. Em consequência disto, Cassell sustenta, dotar de significado ou razão a condição que nos afecta, frequentemente promove o alívio ou a cura do sofrimento ao qual a situação está acometida¹²⁷.

¹²⁴ *Ibidem*.

¹²⁵ FERRELL, B., R.; COYLE, N. – «The nature of suffering and the goals of nursing».

¹²⁶ WRIGHT, L. – *Espiritualidade sofrimento e doença: ideias para curar*. Coimbra: Ariadne Editora, 2005.

¹²⁷ CASSELL, E., J. – *The nature of suffering and the goals of medicine*.

Daqui ressalta, que é necessário que se fale do sofrimento, a mera conversação sobre o sofrimento, contribui fortemente para o diminuir e iniciar o processo de cura¹²⁸. As dificuldades de expressar o que se vivencia ou quando a pessoa o faz, mas não recebe atenção, gera sofrimento¹²⁹. Como já mencionado anteriormente, se o sofrimento é um fenómeno da esfera individual de cada um, poderemos fazer uma tentativa de entendimento daquilo que a pessoa está a passar, mas nunca saberemos verdadeiramente e principalmente nunca o sentiremos. Ao falarmos com a pessoa doente sobre o seu sofrimento, estamos a contribuir para diminuir a sua sensação de solidão e incompreensão, isto devido à própria natureza do sofrimento.

Neste sentido, podemos afirmar que se formos cuidadores competentes, compreendendo a pessoa doente na sua integridade, estabelecendo uma relação alicerçada na empatia, na humildade, na confiança, na escuta, ouvindo a história de vida que a pessoa doente tem para nos contar, estamos a contribuir e a ajudar a pessoa doente a realizar o seu projecto de saúde.

Quando tal acontece, é possível intervir face ao sofrimento da pessoa, como alguém que partilha e constrói o mundo com a pessoa em sofrimento, como alguém que pertence ao seu nicho, descobrindo estratégias de aceitação e da complexificação da dor e do sofrimento que funcionem para aquela pessoa em concreto¹³⁰. Recuperar o sofrimento, envolve frequentemente utilizar e apoiar-se na força das outras pessoas¹³¹. A presença e a capacidade de escuta, próprios do acto de confortar, levado a cabo pelos enfermeiros face

¹²⁸ *Ibidem*.

¹²⁹ FERRELL, B., R.; COYLE, N. – «The nature of suffering and the goals of nursing».

¹³⁰ OLIVEIRA, Clara Costa et al – *Aprendizagem e sofrimento: narrativas*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2012.

¹³¹ FERRELL, B., R.; COYLE, N. – «The nature of suffering and the goals of nursing».

ao sofrimento da pessoa, possibilitam a redução do mesmo¹³². A pessoa acometida ao sofrimento vê-se diminuída, fragmentada sem força para reagir, a própria natureza do sofrimento constitui um processo pessoal, o apoio das outras pessoas nestas circunstâncias revela-se fundamental.

Por tudo o que foi dito, achamos pertinente ir ao encontro do pensamento de Clara Costa Oliveira que refere a importância de uma antropologia da saúde na qual o cuidador não se esqueça que actua como observador - com a capacidade de lidar com as suas representações mentais sobre as pessoas das quais cuida como se essas representações tivessem realidade ontológica, isto é, como se elas fossem o espelho daqueles de quem cuida¹³³. A racionalidade na qual os seres humanos se podem reconhecer, encontra-se exactamente nesta dimensão comunitária dos afectos, da protecção, do cuidar do outro que nos torna responsáveis¹³⁴.

¹³² *Ibidem*.

¹³³ OLIVEIRA, Clara Costa – *Dor e sofrimento humano: em defesa de uma antropologia da saúde*.

¹³⁴ MACINTYRE, Alasdair – *Dependent Rational Animals. Why Human Beings Need the Virtues*. London: Duckworth, 1999.

CAPITULO II - CORPOREIDADE

Neste capítulo, faremos uma reflexão filosófica acerca do «pensamento» do corpo, da existência corpórea do homem e o significado «humano» do corpo, na linha desenvolvida por Merleau Ponty, Pedro Laín Entralgo, Emmanuel Lévinas, entre outros.

1. CORPOREIDADE: CONCEPTUALIZAÇÃO

A visão holística de pessoa como ente que é um corpo, mas também espírito e um ser em relação com os outros, nunca deve ser esquecida, sendo, pelo contrário, fundamental em todo o nosso viver.

L. Pessini, afirma: “ser gente é ter um corpo, é possuir um psiquismo e um coração, é poder relacionar-se com os outros e cultivar uma esperança e uma fé”¹³⁵. Neste sentido, e apenas para o compreender melhor, poderemos distinguir no homem duas categorias estruturais: o corpo e o espírito.

Segundo Isabel Renaud, o primeiro nível que determina o ser e o aparecer da pessoa é o corpo. Será o homem somente corpo? O corpo e a alma são diferentes?¹³⁶ Segundo a filosofia de Gabriel Marcel, “ a unidade do homem faz com que ele deve dizer: «eu sou o meu corpo», e a sua diferença interna faz com que ele deva dizer «eu não sou o meu corpo, eu tenho um corpo» ”¹³⁷.

Continuando com a filosofia de Gabriel Marcel, diremos que “deste o corpo, eu não posso dizer nem que ele sou eu, nem que ele não sou eu”¹³⁸. Ele é uma zona de fronteira

¹³⁵ PESSINI, L. – *Morrer com Dignidade*. 2º ed., Aparecida: Editora Santuário, 1990, p. 9.

¹³⁶ RENAUD, Isabel - «A Pessoa humana e o Direito à Saúde». In: *Brotéria*. 1994, p. 324.

¹³⁷ MARCEL, Gabriel. – *Être et avoir*. Paris: Aubier-Montaigne, 1958, p. 212.

entre o «ser» e o «ter». Nesta fronteira é difícil discernir entre o que é exterior e interior. Todo o ter encontra-se, de algum modo, em função do corpo. Ter significa dispor sobre algo, exercer um poder. Ora este dispor ou poder depende sempre da mediação do meu corpo. E sobre este não disponho totalmente. Não posso, a rigor dizer: eu tenho um corpo. A união íntima com o meu corpo é a raiz de todas as minhas possibilidades de ter. O fundamento de ter é, pois, certo imediato que permite a algo participar de sua imediatez. Entretanto não consigo dispor totalmente sobre meu corpo através do qual posso dispor sobre as coisas¹³⁹.

O corpo teve, ao longo da História, concepções diferentes. O pensamento que vai desde Platão até Descartes concebia o corpo essencialmente ligado a um espírito que o especificava. Este princípio era a alma espiritual. Segundo Isabel Renaud, embora “o problema da alma desaparecer mais tarde da filosofia”¹⁴⁰, a relação corpo-espírito não é eliminada, pois a própria visão materialista encarrega-se de considerar o espírito como um epifenómeno ou uma superestrutura. No entanto, a visão bíblica não concebe a alma como componente imortal do homem, como a concebiam os filósofos gregos. A ressurreição não implica a alma imortal; pelo contrário, comporta a ideia de que o corpo é o homem inteiro. Isto é, o corpo é visto como totalidade relacional com os vários órgãos, com os outros, com o mundo e com Deus. Deste modo, o homem não tem um corpo, é corporal¹⁴¹.

A Filosofia contemporânea sublinha, com efeito, que não há relação de exterioridade entre o corpo e o espírito, entre o «eu» e o corpo. Diremos: sou o meu corpo

¹³⁸ *Ibidem*.

¹³⁹ Cf. URBANO, Zilles – *Gabriel Marcel e o Existencialismo*. Porto Alegre: Acadêmica/PUC, 1998.

¹⁴⁰ RENAUD, Isabel - «A Pessoa humana e o Direito à Saúde». p. 325.

¹⁴¹ *Ibidem*.

— o «eu» vive o corpo, habita o corpo. Mas será que existe uma relação de identidade do «eu» com o «corpo»?

Para responder a esta questão, vamos expor o que é o corpo no pensamento filosófico actual.

O corpo, no pensamento filosófico actual, é corpo sujeito e corpo fáctico. Assim, temos a noção do nosso corpo e do corpo do outro, o que nos leva a dizer: o corpo, para mim, é sempre objecto e sujeito (expressão externa e interna). Esta ligação permite ao corpo nunca ser considerado como uma máquina orgânica devido à dimensão subjectiva, percepcionada também como tendo dimensão interna, e a externa sendo percepcionada a partir desta interna¹⁴². Neste sentido, o corpo é expressão de sensações, emoções e sentimentos, pois o que não dizemos pelas nossas palavras, transparece para os nossos rostos, nos nossos gestos. O corpo incorpora além da natural dimensão fisiológica, as dimensões cognitivas, psíquicas e espirituais.

A expressão vem acrescentar-se a um corpo orgânico que apenas existe em virtude da abstracção metodológica que o isola do fenómeno global da sua expressão. Cada corpo expressivo tem o seu estilo, que é o carácter único e específico que diferencia um corpo expressivo de um outro. Mas não é somente o corpo expressivo que manifesta a unidade de um estilo mas também todo o comportamento e o agir. Nesta perspectiva, podemos dizer que o corpo físico ou o corpo orgânico é a alteridade sem a qual o corpo sujeito com a unidade do seu estilo não podia existir e o corpo sujeito abriga nele a alteridade objectiva que lhe permite exprimir-se. Por outras palavras, o corpo é a unidade de um

¹⁴² Cf. HENRY, Michel - *Incarnation: Une Philosophie de la chair*. Paris: Seuil, 2000.

comportamento humano¹⁴³. O homem é, de uma ponta à outra, corpo expressivo, mas o homem vive outras dimensões que devemos caracterizar.

O homem é ser de desejo e de afectividade, isto é, o homem é um ser que vive à procura de caminhos sempre novos, sendo, através da própria pulsão e do próprio desejo, que se abre para a alteridade esperada e que nunca encontra, porque o desejo e a afectividade são insaciáveis. O homem é um ser temporal, isto é, a temporalidade da vivência humana impede que qualquer «posse» se torne definitiva: “existe no homem um desejo natural de ver Deus, o que traduz que nenhum bem finito pode extinguir a sede do desejo”¹⁴⁴.

Assim sendo, o corpo humano não é redutível a um mero organismo biológico e, portanto, nunca pode ser considerado apenas como um conjunto de tecidos, órgãos e funções. De facto, o homem é muito mais de que um corpo biológico, passando do corpo expressivo para a afectividade mediante o desejo. Sartre no seu livro *O ser e o nada*, refere que “o desejo não é apenas o gesto de desvendar o corpo do outro, mas a revelação do meu próprio corpo”¹⁴⁵. O meu corpo não é objecto, pois existe corporal e mentalmente, e até espiritualmente: é uma só e mesma entidade. A este respeito, E. Mounier diz-nos “Não posso pensar sem ser nem sem ser o meu corpo: através dele, exponho-me a mim próprio, ao mundo, aos outros, através dele escapo à solidão dum pensamento, que mais não seria do pensamento do meu pensamento”¹⁴⁶.

¹⁴³ *Ibidem*, p. 327.

¹⁴⁴ *Ibidem*, p. 331.

¹⁴⁵ SARTRE, Jean-Paul – *O ser e o nada*. 7ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

¹⁴⁶ “No puedo pensar sin ser, ni ser sin mi cuerpo: Yo estoy expuesto por él, a mí mismo, al mundo, a los otros; por él escapo de la soledad de un pensamiento que no sería más que pensamiento de mi pensamiento”. MOUNIER, Emmanuel – *El Personalismo. Obras Completas*, III, Salamanca: Ediciones Sígueme, 1990, p. 469.

A palavra permite o encontro com o outro [...], mas a palavra não pode desvendar o enigma do outro ser. Isto é, o outro que me fala de si a partir da sua linguagem não consegue dizer-se totalmente. É por isso que o encontro remete para um aprofundamento sem fim do ser do outro. Para Emmanuel Lévinas, a ordem da linguagem e a ordem do corpo não se sobrepõem adequadamente, não fazem círculo, mas simbolizam-se reciprocamente. O rosto do outro é, deste modo, a presença da alteridade sem a qual não posso viver a minha identidade [...], o outro é o chamamento ético para mim¹⁴⁷.

Num mundo dominado pela técnica, o ser humano começa a ser visto somente segundo categorias técnico-científicas, sendo assim reduzido a um estatuto de coisa que se pode moldar à imagem de objectos técnicos, deixando, desta maneira, de ser «sujeito» e passando a ser «objecto». Será possível dizer ou definir o que é «pessoa»? Será o homem somente corpo? O corpo e a alma são diferentes?

Durante séculos, o nosso corpo foi «esquecido»¹⁴⁸. Hoje, sabemos que sem o nosso corpo nunca colocaríamos questões, tais como: porque existe uma «co-pertença» do sujeito e do seu corpo, de nós próprios e do «nosso corpo»?

Citando Merleau-Ponty, “eu sou o meu corpo” enquanto sujeito, eu não tenho um corpo.¹⁴⁹ Dirá Merleau-Ponty: “requer um novo “género de reflexão”, um *”novo cogito”*, um cogito mais originário, vivido, sensível, cogito tácito ou corporal que é o fundamento do cogito reflexivo”¹⁵⁰.

¹⁴⁷ RENAUD, Isabel - «A Pessoa humana e o Direito à Saúde». p. 336.

¹⁴⁸ O corpo durante séculos foi esquecido como sendo expressão de um conhecimento que advém da nossa experiência singular, do nosso mundo e do ponto de vista que temos acerca do mundo.

¹⁴⁹ MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception*. Avant Propos, XII. p. 175.

¹⁵⁰ MATOS DIAS, I. – *Uma Ontologia do Sensível – A aventura filosófica de Merleau-Ponty*. Lisboa: Editorial Franciscana, 1994, p. 41.

Por todos estes motivos, a reflexão filosófica acerca do pensamento do «corpo», da existência corpórea do homem e do significado «humano» do corpo constituem os temas centrais deste capítulo.

1.1. CONCEPÇÃO DUALISTA DO HOMEM

A filosofia ocidental, de Platão, a Merleau-Ponty concebia usualmente o corpo sob diferentes pressupostos, que vão da oposição à aposição corpo-alma. É o dualismo do homem e do seu próprio corpo ou a unidade do homem e do seu próprio corpo que enunciaremos de uma forma resumida.

É Platão o principal responsável pela concepção dualista do homem. O homem, para este filósofo, é um ser dividido em duas partes: um corpo exterior que flui na sua relação à alma interior que é imortal. Aqui, o corpo é apenas a condição passageira da alma, o elemento impuro, mortal e limitativo do homem, que em si mesmo deve ser entendido a partir da razão¹⁵¹. Assim sendo, podemos dizer que o corpo está ligado ao mundo sensível e a alma é a sede da razão. É preciso cuidar da alma, diz-nos Platão mas, porque a alma reside no corpo é preciso também cuidar do corpo. É pela voz de Sócrates que Platão aborda as questões do corpo, questões que emergem do próprio corpo de Sócrates e é através da voz de Sócrates que Platão responde à questão fundamental: será possível um corpo pleno sem alma?¹⁵². O corpo é, pois, uma espécie de prisão para a alma, o veículo pelo qual age a alma no mundo sensível. Ainda nas *Leis*, Platão reconhece como verdadeira “essa prioridade de origem que reconhecemos à alma relativamente ao corpo, e

¹⁵¹ Cf. PORTOCARRERO, M. L. – «A Relação Corpo-Espírito». In: ARCHER, L.; BISCAIA, J.; OSSWALD, W. (Coord.) – *Bioética*. Lisboa: editorial Verbo, 1996, pp. 64-69.

¹⁵² PLATÃO - *Fédon*. Lisboa: Lisboa Editora, 2011.

essa situação segunda e posterior do corpo, já que pela natureza o comando é da alma e cabe ao corpo se submeter”¹⁵³.

Continuando a nossa explanação, e seguindo as directrizes do pensamento cartesiano, este marca uma importante etapa na história do corpo. O princípio de que parte para definir o ser humano é o eu pensante *ego cogito* (emergindo da *res cogitans*) face à *res extensa*, substâncias diferentes, ligadas pela glândula pineal. Só a «razão» (*cogitans*) pode constituir a única realidade consistente e, deste modo, é a existência de “um universo em si perfeitamente explícito”¹⁵⁴. É no *Tratado das Paixões da Alma*¹⁵⁵ que Descartes procura a prova da união substancial entre o corpo e a alma na glândula pineal por uma intuição empírica: em todos os órgãos dos sentidos há uma duplicidade, de modo que a glândula pineal é o único lugar que recebe essas impressões dos objectos externos de maneira una. A glândula pineal é o órgão de encontro entre as duas partes fisicamente constitutivas do cérebro. A unidade da glândula entre o cérebro encerra a ordem dupla dos órgãos dos sentidos.

É na estrutura da glândula pineal que se dá o encontro das impressões externas que proporcionam a excitação capaz de provocar as paixões. A partir das impressões perpassadas pelo corpo e que, por conseguinte, excitam a alma - acarreta-se na voluntariedade ou não, a depender somente da alma ou do corpo. A explicação disso dá-se primeiro com os objectos externos que enviam suas impressões passando dos sentidos à

¹⁵³ PLATÃO - *Fedro, Cartas, O primeiro Alcibíades*. Trad. Carlos Alberto Nunes. Belém: EDUFPA, 2007, pp. 48 - 279.

¹⁵⁴ MERLEAU-PONTY, M. - *Phénoménologie de la Perception*. p. 51.

¹⁵⁵ DESCARTES, R. - *Tratado das Paixões. Obras Escolhidas*. Trad. J. Guinsburg, Bento Prado Jr., Newton Cunha e Gita K. Ginsburg,. Lisboa: Perspectiva, 2010.

glândula pineal através dos espíritos animais¹⁵⁶. Ainda, em primeira ordem, o corpo tem sua autonomia. Quando essas impressões marcam na alma um sentimento (paixão da alma), deverá ocorrer a segunda ordem, inseparável da primeira: a excitação da glândula pineal. Essa excitação leva-nos a decidir sobre os actos ou não. As percepções, por serem sensíveis, agem imediatamente contra ou sobre a alma (pura). Com a predominância das sensações, a alma pouco irá contribuir para os actos. Daí segue o corpo com mais violência em seu movimento. Assim, a alma sente, mas não age. Descartes exemplifica com o sentimento do medo: se o objecto externo causa medo, os espíritos através dos nervos excitarão a glândula pineal que, dependendo da intensidade da paixão da alma, fará que da própria glândula os espíritos animais se espalhem pelos membros levando à fuga do sujeito. Mas, como os sentimentos no cérebro dos homens estão dispostos de maneira diversificada, é possível que, em vez de medo, excite no sujeito a coragem e mantenha a vontade de permanecer no local. É nesta segunda situação que a vontade prevalece sobre o corpo.

Descartes ao descrever os efeitos somáticos sobre a alma, através da glândula pineal, elabora uma questão crucial, de ordem moral circunscrita na ligação de nossa natureza dúplice: como nos devemos conduzir diante das paixões? Responder a esta questão, obriga-nos seguir pelo confronto de nossa natureza nas duas substâncias pelas acções da vontade - paixões da alma e imediatez do corpo. Descartes expõe a relação da vontade (íntima à alma) com as paixões (mediadas pelos órgãos do corpo, mas excitados na alma). A centralidade é a própria alma – nela temos a vontade livre (indeterminada),

¹⁵⁶ Para Descartes os espíritos animais consistem antes de tudo em uma matéria, que circula no próprio corpo na medida em que tais espíritos correm através do sangue e recaem entre as concavidades do cérebro fazendo-nos perceber, no caso específico do corpo, o modo através do qual os estímulos são recebidos.

ligada às acções e às paixões. Assim, nessas acções também demandam os movimentos da glândula pineal a relacionar-se com outras faculdades, como a memória e a imaginação. Podemos, então, na acção voluntária (a acção de vontade), forçar a glândula pineal a conduzir os espíritos a trafegar pela mente encontrando meios de lembrança, de algo do passado ou de fantasia. Temos então o jogo fortuito da acção voluntária que deverá confrontar-se imediatamente com as paixões, pois a alma, segundo Descartes, está acompanhada sempre de alguma paixão. Não é de maneira abrupta ou rápida que podemos alterá-la ou suprimi-la, visto que os espíritos animais impressos de tais emoções ou paixões transitam pelo corpo e afectam vários órgãos com violência¹⁵⁷.

Descartes estabeleceu que somente através da razão, que mediava todas as relações objecto/sujeito, é que se pode chegar à verdade sobre as coisas, fez severas críticas ao sensualismo dizendo que os sentidos podem enganar.

“Tudo o que recebi, até presentemente, como o mais verdadeiro e seguro, aprendi-o dos sentidos ou pelos sentidos: ora, experimentei algumas vezes que esses sentidos eram enganosos, e é de prudência nunca se fiar inteiramente em quem já nos enganou uma vez”¹⁵⁸.

A esta concepção antropológica subjazem duas correntes epistemológicas sobre a natureza do conhecimento: o Idealismo e o Empirismo. O primeiro atribui tal importância à realidade espiritual ou substância pensante «*res cogitans*», que remete toda a realidade a ele, isto é, à dignidade do sujeito, reduzindo o corpo a um objecto como qualquer outro.

¹⁵⁷ DESCARTES, R. - *Tratado das Paixões. Obras Escolhidas*.

¹⁵⁸ *Ibidem*.

O segundo atribui tal importância à matéria, que reduz toda a existência a ela, reduzindo o corpo a um puro mecanismo¹⁵⁹. De facto, para Descartes, o corpo é esta realidade que nós chamamos corpo-objecto e que pode ser manipulado da mesma maneira que outro objecto qualquer, em que não se deve pôr qualquer limite, podendo ser produzido e programado segundo a própria utilidade das exigências do desenvolvimento tecnológico.

No entanto, o conceito bíblico de homem ultrapassou o tradicional problema da união da alma e do corpo. O homem é um todo espiritual e um todo corpóreo. Toda a intervenção sobre ele nunca deve duvidar da interdependência entre a dimensão corpórea e a dimensão espiritual¹⁶⁰. Neste sentido, o corpo é visto como totalidade relacional com os vários órgãos, com os outros, com o mundo e com Deus.

E. Mounier apresenta o homem integral, isto é, de corpo e de espírito integrados numa unidade complexa. Neste sentido, não se pode conceber o homem independentemente do corpo e do espírito. Esta noção de pessoa que E. Mounier conseguiu do pensamento cristão e que, de modo algum, pensa o ser humano dissociado entre matéria e espírito. Nesta perspectiva, o ser humano não é compreendido por partes, mas como um todo. É desta forma que E. Mounier resolve a dualidade entre matéria e espírito: “o homem é corpo exactamente como é espírito, é integralmente corpo e espírito”¹⁶¹. A pessoa é existência incarnada. O homem é corpo precisamente como é espírito, é totalmente corpo e totalmente espírito.

¹⁵⁹ ROCCHETTA, C. – *Hacia una teología de la corporeidad*. Madrid: Ediciones Paulinas, 1993, pp. 70 - 72.

¹⁶⁰ *Ibidem*, p. 94.

¹⁶¹ “El hombre así como es espíritu, es también un cuerpo. Totalmente cuerpo y totalmente espíritu”. MOUNIER, Emmanuel – *El Personalismo. Obras Completas, op. cit.*, p. 463.

Para Merleau-Ponty, os mistérios do corpo e as ligações do corpo com o espírito são clarificados de uma nova maneira. Ele critica os dualismos paradigmáticos nas dicotomias inteligível-sensível, alma-corpo, os quais considera abstrações de um plano concreto onde existe unidade e não cisão.

O corpo, o nosso ser corporal contextualizado na sua forma de se ligar ao mundo e de o viver, considerado como ser-no-mundo, torna-se o centro do mundo, o pivô do mundo¹⁶². A concepção filosófica de Merleau-Ponty compreende o homem como um ser enraizado na existência. É o que iremos expor ao longo deste capítulo.

Assim, Merleau-Ponty agrega diferentes autores e orientações filosóficas, mas a sua crítica incide, sobretudo, no Empirismo e no Intelectualismo (que se inclui no Idealismo), que reconhecem apenas dois modos de ser, mundo e consciência, objecto e sujeito, «*em si*» e «*para si*», afluindo no mesmo estatuto de objecto «*em si*», numa abstracção onde há total identidade e estabilidade. Deste modo, tanto o Empirismo como o Intelectualismo consideram o corpo como um objecto entre os objectos num mundo. Ambas as doutrinas partilham o preconceito de que só existem “dois sentidos, e dois sentidos apenas para a palavra existir: ou existimos como coisa ou existimos como consciência.”¹⁶³.

Isto é, para o Empirismo, o sujeito é um ser objectivável no mundo objectivo; para o Intelectualismo, o mundo é sempre mundo objectivo que tem existência apenas para uma consciência que o projecta diante dela. E, assim, o corpo é considerado o lugar da dualidade sujeito/objecto.

¹⁶² “ Le corps est le véhicule de l'être au monde, et avoir un corps c'est pour un vivant ce joindre à un milieu défini, se confronde avec certains projets et s'y engager continuellement [...] car s'il est vrai que j'ai conscience de mon corps à travers le monde, qu'il est, au centre du monde, le terme inaperçu vers lequel tous les objets tournent leur face, il est vrai pour la même raison que mon corps est le pivot du monde [...]”. MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception*. p. 97.

¹⁶³ *Ibidem*, p. 231.

Procurando ultrapassar o «pensamento objectivo»¹⁶⁴, que considera o corpo como objecto (porque “separado” de toda a história da consciência pessoal) podemos dizer que este autor, nos propõe um retorno à percepção, ao sentir, ao corpo. É uma rejeição do corpo como um mecanismo em si e a consciência como um ser para si. É a partir da Fenomenologia de Husserl que Merleau-Ponty vai afirmar que o meu corpo «é uma dimensão da minha própria existência» e, por isso, «*estilo*»¹⁶⁵. E “a relação com o mundo é vivida de forma privilegiada no corpo: corpo próprio, sujeito da percepção também designado “eu natural”¹⁶⁶. O corpo é, neste contexto, um corpo-sujeito, o corpo próprio, o corpo vivido que constitui condição de possibilidade da nossa existência no mundo. É preciso dizer que “o corpo próprio está no mundo assim como o coração no organismo, ele mantém o espectáculo visível continuamente em vida, anima-o e alimenta-o interiormente, forma com ele um sistema”¹⁶⁷.

Renunciando ao «pensamento objectivo», que compreende o corpo como um mecanismo «*em si*» e a consciência como um «*ser para si*», este autor considera que “nosso corpo não é objecto para um ”eu penso”: ele é um conjunto de significações vividas que caminha para seu equilíbrio”¹⁶⁸. Neste sentido, podemos afirmar que o corpo próprio é expressão, é fala, é linguagem, é o «local de comunicação» da consciência e da coisa, do sujeito e do objecto, e mostra que o corpo próprio não é objecto nem um espírito puro¹⁶⁹. É

¹⁶⁴ *Ibidem*, p.110.

¹⁶⁵ Estilo é a relação vivida entre o nosso corpo e o mundo. O corpo é estilo porque é o carácter único e específico que diferencia um corpo expressivo de um outro, isto é, o estilo é como que uma figura única que atravessa as diversas formas expressivas da sua vida: o modo de andar, o modo de viver, a amizade. RENAUD, Isabel - «A Pessoa Humana e o Direito à Saúde». p. 327.

¹⁶⁶ “Eu natural” porque percebemos com nosso corpo, como que sujeito de percepção. MATOS DIAS, I. – *Uma Ontologia do Sensível – A aventura filosófica de Merleau-Ponty*. p. 74.

¹⁶⁷ MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception*. p. 235.

¹⁶⁸ *Ibidem*, p.179.

¹⁶⁹ Queremos dizer com espírito puro que o ser humano não é só espírito. O homem é um todo espiritual e um todo corpóreo. Dirá Merleau-Ponty: “Mas, se a nossa união com o corpo é substancial, como poderíamos sentir em nós mesmos uma alma pura e dali ter acesso a um Espírito absoluto?”. *Ibidem*, p. 232.

um diálogo do *em-si* e do *para-si* e, efectivamente, “a experiência do corpo próprio revela-nos um modo de existência ambíguo”¹⁷⁰. É esta perplexidade que põe em causa a distinção clássica sujeito-objecto. Por outras palavras, a experiência do corpo próprio opõe-se ao movimento reflexivo, que destaca o objecto do sujeito e o sujeito do objecto, e que nos dá apenas o pensamento do corpo em ideia e não a experiência do corpo ou o corpo em realidade.

Assim, o objectivo do presente capítulo consiste em explorar este tecido de articulações onde tudo coexiste e convive, isto é, o entrelaçamento daquele que percebe com o seu corpo e com o seu mundo as relações quiasmáticas e dialogantes consciência-corpo, sujeito encarnado-mundo, eu-outros, na perspectiva da filosofia merleau-pontiana, que melhor irá ao encontro do objectivo delineado.

1.2.CORPO OBJECTO E IMAGEM

O corpo objecto (de pesquisa, de indagação) é um corpo pertencente ao mundo material, é o corpo em ideia, e não a experiência do corpo, isto é, é um corpo anónimo que perdeu o atributo de especificamente ser-meu. Citando Isabel Renaud, “O corpo objectivo é o corpo de um ser humano qualquer, um corpo anónimo, por assim dizer; é o corpo do outro, na medida em que não sinto em mim o que o outro sente quando fala do seu corpo”¹⁷¹.

¹⁷⁰ *Ibidem*, p. 231.

¹⁷¹ RENAUD, Isabel - «O corpo enigmático». In: *Bioética*. 2004, p. 35.

Neste sentido, o corpo objecto é isolado da sua própria existência e fechado na «*linguagem do em-si*»¹⁷², deixando deste modo de ser o corpo-sujeito.

Ora, se o corpo é considerado assim perdurável no meio de outros objectos, num mundo, existindo partes *extra-partes*, que só admite entre as suas partes ou em si mesmo e os outros objectos relações exteriores e mecânicas, o corpo torna-se uma máquina orgânica objecto de conhecimento científico, tornando-se um perigo para a humanização da Medicina, e, deste modo, foi fácil o corpo humano começar a ser visto segundo categorias técnico-científicas, sendo deste modo reduzido a um estatuto de coisa, passando a ser um objecto no mundo. Neste sentido, coloca-se a questão: o corpo, como objecto, não será uma degradação de mim?

Com efeito, ao renunciar ao perspectivismo da nossa experiência, eu trato o meu corpo como objecto, eu subtraio-o de uma relação entre objectos. Assim, considero o meu corpo unicamente como organismo e jamais na sua complexa acepção «mundana», como mais tarde é compreendido pela fenomenologia. O corpo objectivo é considerado em si mesmo, encerrado na «*linguagem do em-si*»; o corpo, o nosso corpo, deixa os fios intencionais que o ligam ao seu ambiente e todo o seu comportamento é apenas o resultado de uma dependência linear estímulo-receptor, ao qual se pode aplicar qualquer categoria de causalidade¹⁷³.

Enfim, ao definirmos assim corpo, eu não poderei dizer o «meu corpo», porque o meu corpo não é um objecto para mim. Segundo Isabel Renaud, “O corpo subjectivo é o corpo vivido, o corpo em primeira pessoa, o corpo que atinjo quando falo deste corpo que é

¹⁷² MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception*. p. 87.

¹⁷³ *Ibidem*, pp. 86 - 88.

meu”¹⁷⁴. Neste sentido, quando me refiro ao «meu corpo», não só designo a diferença entre o meu corpo e o corpo do outro mas a separação, no meu próprio corpo, entre a dimensão do meu corpo-para-mim e a do meu corpo tal com existe para o outro. Deste modo, podemos dizer que se trata de procurar a ligação entre a *face interna* e a *face externa* do corpo. Segundo a Fenomenologia, esta ligação encontra-se no corpo expressivo, ou melhor, o corpo é o campo expressivo do «eu», é a vida do corpo que brota do interior — corpo sujeito.

Em jeito de análise, poderemos dizer que o corpo para mim é sempre *sujeito* e *objecto* (expressão interna e externa); graças a esta análise dupla, o corpo nunca pode ser considerado apenas como uma máquina orgânica, à maneira de um relógio, que funciona sem o eu¹⁷⁵.

Prosseguindo a nossa exposição, dirá Gabriel Marcel, “eu sou o meu corpo unicamente enquanto que sou um ser que sente, «un être sentant»”¹⁷⁶. Para este filósofo, o “meu corpo” é-me oferecido segundo dois modelos absolutamente diferentes: como um corpo no espaço, quando o vejo e o toco, isto é, quando o percebo como percebo o corpo dos demais, e como realidade puramente individual, a minha. Em suma, ter um corpo, o meu corpo enquanto meu, exige uma tensão entre a exterioridade (os outros) e a interioridade (eu mesmo), entre o fora e o dentro — é sujeito encarnado¹⁷⁷.

¹⁷⁴ RENAUD, Isabel - «O corpo enigmático». p. 35.

¹⁷⁵ RENAUD, Isabel - «A Pessoa Humana e o Direito à Saúde». pp. 326 - 327.

¹⁷⁶ LAÍN ENTRALGO, P. - *El cuerpo humano – Teoría actual*. Madrid: Espasa-Calpe, 1989, p. 252. Sentir é receber, abrir, dar, participar dispor e acolher. Como escreveu Gabriel Marcel, sentir o meu corpo é «um imediato não mediatizável» é o substrato fundador de toda a meditação, é nesse sentido um proto-sentimento. Como tal proto-sentimento não pode ser concebido em termos de mensagem e instrumento. *Ibidem*, pp. 252-254.

¹⁷⁷ *Ibidem*, pp. 249 - 251.

O homem não tem um corpo, é corporal, é *corpo inteiro*¹⁷⁸. Significa que o meu ser corporal, o meu ser total, apresenta um duplo aspecto, objectivo e subjectivo. Nenhuma parte do meu ser pode ser divisível, todas elas me pertencem, são minhas e constituem-me como sujeito encarnado. Mas esta junção entre o corpo subjectivo e o corpo objectivo é dada pela própria vivência do corpo, que não podemos fazer e desfazer conforme a nossa fantasia.

Portanto, o corpo isolado do mundo em que vive intencionalmente, inserido no meio do mundo tal como é para-o-outro, demitido de toda a intencionalidade, de toda a abertura ao mundo, deixa de ser um «eu posso» e passa a ser uma mera exterioridade — um simples objecto constituído *em-si*. Ficando privado de enunciar algo sobre quem é aquela pessoa, deixando escapar a sua singularidade, o mais íntimo que há em si, o seu valor incondicional, tornando-se num simples facto científico com que lida a ciência, que constitui uma abstracção do «*corpo fenomenal*»¹⁷⁹.

A este respeito, dirá Merleau-Ponty:

“se sei que o *para-si* coroa um corpo, só pode ser pela experiência de um corpo singular e de um *para-si* singular, pela prova da minha presença no mundo [...], o corpo objectivo não é a verdade do corpo fenomenal, quer dizer, a verdade do corpo tal como nós o vimos, ele só é uma imagem empobrecida do corpo fenomenal, e o problema das relações entre a alma e o corpo não concerne ao corpo objectivo, que só tem uma existência conceptual, mas ao corpo fenomenal”¹⁸⁰.

¹⁷⁸ «Corpo inteiro», expressão usada por Merleau-Ponty, que pretende significar corpo indiviso, isto é, o meu corpo inteiro é para mim uma posse indivisa e sei a posição de cada um dos meus membros por um esquema corporal dinâmico em que eles estão todos envolvidos. É através do «esquema corporal dinâmico» que o meu corpo se exprime, se afirma que está no mundo, se torna expressão. MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception*. pp. 14 - 117.

¹⁷⁹ Corpo fenomenal, expressão usada por Merleau-Ponty, ou corpo próprio, é um “sistema sinérgico” cujas funções são retomadas e articuladas no movimento geral do nosso ser no mundo. MATOS DIAS, I. – *Uma Ontologia do Sensível – A aventura filosófica de Merleau-Ponty*. p. 74.

¹⁸⁰ MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception* p. 493.

Apesar de o corpo ter uma base físico-química, nunca posso considerar o meu corpo como um objecto, porque nunca o posso separar da consciência e do mundo. A relação entre o corpo objectivo e o corpo subjectivo forma uma totalidade que ultrapassa a mera associação de um corpo objecto a uma subjectividade interior. É esta totalidade que manifesta a forma particular como cada sujeito-encarnado é no mundo.

No seu livro *Fenomenologia da Percepção*, Merleau-Ponty, ao analisar o fenómeno do membro fantasma, vai mostrar que para o sujeito o corpo não é um objecto exterior à consciência, mas a sua particularidade de estar presente no mundo, a sua maneira de se assenhorear do outro e das coisas, “[...] meu corpo é o pivô do mundo: sei que os objectos têm várias faces porque eu poderia fazer a volta em torno deles, e neste sentido tenho consciência do mundo por meio do corpo”¹⁸¹.

A pessoa (doente) que foi amputada sabe que lhe retiraram um pedaço do seu corpo (membro), mas durante algum tempo parece recusar a sua mutilação; por outro lado, o doente descreve muito bem as particularidades da perna fantasma e trata-a praticamente como um membro real, porque, como a pessoa normal, o doente não precisa, para caminhar, de uma percepção clara e articulada do seu corpo — basta tê-lo «à sua disposição», como uma potência indivisa, e adivinhar a perna fantasma vagamente implicada nele¹⁸². Merleau-Ponty esclarece desta maneira a percepção ilusória do amputado.

Esta experiência vivida pelo doente não é o simples efeito de uma causalidade objectiva (esta põe em causa o pensamento objectivo), mostrando que não utilizamos o

¹⁸¹ MATOS DIAS, I. – *Uma Ontologia do Sensível – A aventura filosófica de Merleau-Ponty*. p. 97

¹⁸² *Ibidem*, p. 96.

corpo como uma coisa que nos é exterior, porque, literalmente, nós somos o nosso corpo. No sentido de justificar o que acabamos de dizer, citemos Vergílio Ferreira: “e pelo facto de, ambigualmente embora, podermos objectivar o nosso corpo (no ver a mão com que escrevo – quando não escrevo – no ver os pés, no ver o rosto no espelho) é por isso que ao nosso corpo o somos e estamos nele”¹⁸³.

Progredindo na análise do fenómeno do membro fantasma, não poderemos deixar de colocar as seguintes questões: como pode o amputado sentir um membro que de facto não tem? Como pode o amputado perceber objectos enquanto manipuláveis, embora não possa mais manipulá-los? Porque é que o «corpo actual» se assume como fiador do «corpo habitual»? Como é que se percebe que a imagem corporal se mantém íntegra, apesar da sua destruição morfológica?

A este respeito Damásio diz-nos que

“os doentes com membro fantasma podem afirmar que sentem ainda o membro ausente mas percebem-se de que efectivamente ele não está lá. Não sofrem de uma ilusão ou de uma alucinação; na verdade, é o seu sentido da realidade que os leva a queixar-se do seu estado incómodo”¹⁸⁴.

Damásio conclui que existe uma intercomunicação entre as regiões que interferem no levantamento do estado do corpo, conseguindo actualizar a representação dos seus corpos e conseqüentemente reconhecer, de forma imediata e automática, através do sistema somatossensorial¹⁸⁵, que a realidade da sua situação corporal se alterou. São capazes de continuar a formar uma imagem mental de como eram os seus corpos, actualizá-la e, por

¹⁸³ FERREIRA, Vergílio – «Subjectividade do corpo». In: *invocação ao meu corpo*. Lisboa: Bertrand, pp. 253-262, (1994), p. 260.

¹⁸⁴ DAMÁSIO, António – *O Erro de Descartes – Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Lisboa: Círculo de Leitores, 2011, p. 207.

¹⁸⁵ *Ibidem*, pp. 206 - 207.

consequente, possuir e ter afirmações racionais sobre defeitos motores, apresentando emoções e sentimentos adequados em relação ao seu estado de saúde ou de doença¹⁸⁶.

Para Damásio, são os sentimentos que permitem vislumbrar o que se está a passar na nossa carne, no momento em que a imagem desse estado se justapõe às imagens de outros objectos e situações e, ao fazê-lo, os sentimentos alteram a noção que temos desses objectos e situações. É em virtude da justaposição que as imagens do corpo conferem às imagens uma determinada *qualidade*, boa ou má, de prazer ou de dor¹⁸⁷.

Damásio é da opinião de que “não me parece sensato excluir as emoções e os sentimentos de qualquer concepção geral da mente, muito embora seja exactamente o que vários estudos, científicos e respeitáveis, fazem quando separam as emoções e os sentimentos dos sistemas cognitivos”¹⁸⁸. Para Damásio, é evidente que a emoção se desenrola sob o controlo tanto de estruturas subcorticais como neocorticais, e talvez mais importante, “os sentimentos são tão cognitivos como qualquer outra imagem perceptual e tão dependentes do córtex cerebral como qualquer outra imagem”¹⁸⁹.

A emoção e o sentimento assentam, deste modo, em processos básicos: primeiro processa-se a imagem de um determinado estado do corpo justaposto ao conjunto de imagens desencadeadas e avaliativas que o causaram, em segundo e em aparelho um determinado estilo e nível de eficiência do processo cognitivo que acompanha os acontecimentos descritos no primeiro processo¹⁹⁰. Compreender os mecanismos biológicos subjacentes às emoções e aos sentimentos não diminui a sua beleza ou horror; é

¹⁸⁶ *Ibidem*.

¹⁸⁷ *Ibidem*, p. 213.

¹⁸⁸ *Ibidem*, p. 212.

¹⁸⁹ *Ibidem*.

¹⁹⁰ *Ibidem*, pp. 217 - 218.

completamente compatível com uma visão romântica do seu valor para os seres humanos¹⁹¹.

A este respeito Merleau-Ponty, um dos mais informados e esclarecidos filósofos sobre o corpo, refere que “esse fenómeno, que as explicações fisiológicas e psicológicas igualmente desfiguram, é compreensível ao contrário na perspectiva do ser no mundo”¹⁹². Na realidade, o sentimento do membro fantasma não é da ordem do «eu penso que», não é uma realidade psicológica escondida atrás dos efeitos corporais, pois só é compreensível se nos colocarmos na perspectiva do ser-no-mundo.

Portanto, quer a Fisiologia quer a Psicologia revelam-se insuficientes, porque baseadas em pressupostos meramente orgânicos. A Fisiologia interpreta o membro fantasma “como a simples supressão ou a simples persistência das estimulações interoceptivas”¹⁹³, ou seja, é pelo uso que fazemos dos nossos membros que o cérebro regista um conjunto de «linhas» que, depois de estimuladas, provocam a ilusão do membro amputado. A explicação psicológica diz-nos que “o membro fantasma torna-se uma recordação, um juízo positivo ou uma percepção”¹⁹⁴. Nenhuma destas explicações envolve o membro fantasma, no contexto de um ser envolvido na existência. Ambas ignoram o corpo subjectivo, isto é, ignoram o corpo como veículo de toda uma história pessoal, como dimensão expressiva mais profunda da própria pessoa, o que nos leva a requerer a sua integração num horizonte mais lato que transcenda a ordem física e psicológica — a própria existência.

¹⁹¹ *Ibidem*, p. 219.

¹⁹² MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception*. pp. 96 - 97.

¹⁹³ *Ibidem*, p. 95.

¹⁹⁴ *Ibidem*. Neste sentido, Merleau-Ponty questiona: como é que a recordação e a emoção podem fazer aparecer o membro fantasma? Diz Merleau-Ponty: «é porque uma atitude existencial motiva uma outra e porque recordação, emoção, membro fantasma são equivalentes em relação ao ser no mundo». *Ibidem*, p. 102.

Neste contexto, dirá Merleau-Ponty que o membro fantasma não admite nem uma simples explicação fisiológica, nem uma simples explicação psicológica, nem tampouco uma explicação mista¹⁹⁵. É preciso ultrapassar estes conhecimentos e tentar compreender que

“o membro fantasma não é um simples efeito de causalidade objectiva nem uma cogitatio a mais. Ele só poderia ser uma mistura dos dois se encontrássemos o meio de articular um ao outro o “psíquico” e o “fisiológico”, o “*para-si*” e o “*em-si*” e de preparar entre eles um encontro, se os processos em terceira pessoa e os actos pessoais pudessem ser integrados em um meio que lhes fosse comum”¹⁹⁶.

Sem dúvida que o membro fantasma entendido pela corrente fenomenológica sugere um meio comum onde os factos fisiológicos e as explicações psicológicas possam ser novamente ligados, reintegrados na existência, não se distinguindo mais como a ordem do *em-si* e a ordem do *para-si*, sendo ambos orientados para um pólo intencional ou para o mundo¹⁹⁷.

Retemos portanto a ideia de que o objectivo do corpo, do nosso corpo vivo, parece ser, fundamentalmente, que, através da percepção e da acção, nos relacionemos com tudo aquilo que nos rodeia. O doente amputado, tendo ideia de tocar no membro real que não existe, apresenta o membro fantasma que lhe permite, assim, desempenhar a função da mão. Citando Merleau-Ponty, “Ter um braço fantasma, é permanecer aberto a todas as acções das quais apenas o braço é capaz, é conservar o campo prático que se tinha antes da mutilação”¹⁹⁸.

¹⁹⁵ *Ibidem*, p. 95.

¹⁹⁶ *Ibidem*, p. 92.

¹⁹⁷ *Ibidem*, p. 103.

¹⁹⁸ *Ibidem*, p. 97.

Portanto, o doente sabe da sua perda, recusando, no entanto, a sua mutilação, porque esta coloca no conjunto do seu corpo «*regiões de silêncio*» que o impedem de ser no seu mundo habitual¹⁹⁹.

A recusa da deficiência não é uma decisão determinada, não se passa no plano da consciência ética, não é da ordem do «eu penso que». Neste sentido, a recusa da deficiência é apenas o oposto da nossa dependência de um mundo. É o negar tudo o que se opõe ao movimento natural que nos remete para as nossas lidas, para as nossas preocupações, para a nossa situação e para os nossos horizontes familiares²⁰⁰.

Neste sentido, o membro fantasma possibilita ao amputado viver uma ilusão de integridade no esquema corporal, viver o seu corpo de um modo que lhe é habitual, e o membro fantasma como parte habitual do seu ser-no-mundo. Isto é, “ele é seu corpo e seu corpo é a potência de um certo mundo”²⁰¹, onde o corpo possa abrir-se, exprimir-se, projectar-se, viver o seu modo singular e único — corpo que brote da linguagem que diz «eu».

Deste modo, a experiência do membro fantasma só tem sentido inserida numa história de vida, num mundo onde um ser humano esteja envolvido, seja um fazer-se constante, e onde o corpo seja contextualizado como fenomenologia existencial do ser do homem.

Embora o doente amputado esteja desprovido do seu membro e tenha consciência dessa falta, a imagem animada do braço ou da perna²⁰² está presente, permitindo, desta

¹⁹⁹ *Ibidem.*

²⁰⁰ *Ibidem.*

²⁰¹ *Ibidem*, p. 124.

²⁰² A imagem animada do braço ou da perna é a expressão do esquema corporal, isto é, o meu corpo exprime-se, afirma-se no mundo, torna-se expressão.

maneira, manter a ligação dinâmica corpo-mundo. O doente só começa a aceitar a verdade da sua mutilação e a considerar novas maneiras de habitar o mundo quando esta ligação activa for interrompida.

Também podemos verificar, através da análise do membro fantasma, que a imagem vivida e a imagem pensada nunca coincidem, porque a imagem vivida está para além de todas as imagens possíveis do meu corpo, porque ele é corpo vivido, corpo com uma história singular, uma «unidade expressiva»²⁰³. Como tal, o meu «eu» só conhece a imagem vivida de «mim próprio». A imagem é

“participação na Carne, metamorfose do Ser em ser visão. Ora, se a imagem é metamorfose da Carne é porque a Carne é imagem. Esta tece-se e participa por inerência, que ela própria dá a ver, na reversibilidade ontogenética da Carne, de que é imagem. Deste modo, a imagem é sempre incoactiva, é uma imagem sempre em génese”²⁰⁴.

Neste sentido, podemos dizer que a imagem corporal é a imagem do nosso próprio corpo, formada através do nosso espírito, é o meio de expressão do «eu», isto é, a imagem corporal espelha toda a expressividade externa e interna do sujeito. Em *Fenomenologia da Percepção*, «o corpo era visto ou visível, um sensível»²⁰⁵, doutra maneira, «ter corpo é ser olhado, olhar-se, é ser visível». Nesta perspectiva, a imagem corporal permite ao homem lançar-se para fora de si, e, ao sair de si, o homem descobre-se.

Deixando o esquema corporal de ser o lugar de resíduo da cinestesia costumeira, e tornar-se a sua lei de constituição, isto quer dizer que a unidade espacial e temporal, a

²⁰³ “O corpo é uma unidade expressiva que só quando assumido se pode aprender a conhecer, então essa estrutura vai comunicar-se ao mundo sensível”. *Ibidem*, p. 239.

²⁰⁴ MATOS DIAS, I. – *Uma Ontologia do Sensível – A aventura filosófica de Merleau-Ponty*. p. 172.

²⁰⁵ O corpo era visto ou visível, um sensível, mas não como os outros, pois, ao ver-se, não se vê todo (não vejo as minhas costas), o que não significa que não seja um visível de direito e, assim, mais do que um corpo visto.

unidade intersensorial ou a unidade sensoriomotora do corpo não se limitam aos conteúdos associados no curso de nossa experiência. Este é “uma tomada de consciência global de minha postura no mundo intersensorial”²⁰⁶.

Com efeito, a imagem corporal, espelho da expressão do esquema corporal, é o movimento dinâmico, unificador das diferentes partes do nosso corpo, que permite ao homem sair de si e ter acesso ao mundo exterior dos objectos e das pessoas.

Mas não basta dizer que o corpo objecto pertence ao «para outro» e o meu corpo fenomenal ao «para mim»; é necessário dizer que eles coexistem num mesmo mundo. “Corpo objectivo e o corpo fenomenal giram um em volta do outro se imbricam um no outro”,²⁰⁷ como o atesta a minha percepção de um outro que imediatamente me reconduz à condição de objecto para ele. Nesta perspectiva, podemos dizer que o meu corpo deixa de ser apenas um *corpo-para-mim*, passando a ser também um *corpo-para-o-outro*. Sob o olhar de um outro eu, o meu corpo passa a ser considerado como um objecto entre outros objectos no mundo, mas nunca reduzido a eles.

E assim o corpo é simultaneamente *vidente* (o corpo vê) e *visível* (o corpo vê-se) — «*sensível exemplar*».

1.3. CORPO PRÓPRIO

A primeira condição que estabelece o ser e o aparecer da pessoa é o corpo. Como descreve a Fenomenologia, entre o «eu» e o «seu corpo» não existe nenhuma fractura, porque o corpo próprio é um esquema estrutural do ser do homem, é ele o meio de

²⁰⁶ MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception*. p.116.

²⁰⁷ MERLEAU-PONTY, M. – *Le visible et l’Invisible*. Trad. José Artur Gianotti e Armando Mora d’Oliveira. 4ª ed., São Paulo: Editora Perspectiva, 2003, p. 116.

comunicação com o mundo. Citando Michel Renaud, “o corpo, enquanto abertura aos objectos do mundo, não se deixa reduzir à identidade de um objecto. Relativamente aos objectos com os quais se relaciona, o corpo não se apresenta como um objecto semelhante a eles, ele é deste modo um «não-objecto»; em termos de lugar, ele é um «não lugar»”²⁰⁸.

Será então a mesma coisa dizer «eu tenho um corpo» e «eu sou o meu corpo»? Ser ou não ser o seu corpo? Qual o significado de ter um corpo?

“Hoje o homem entende-se na sua existencialidade concreta, situado; cujos gestos, expressões e actos, envolvem toda a sua afectividade e toda a sua personalidade. Neste sentido, não posso tratar o meu corpo como uma coisa ou um objecto, como algo que possuo, mas o meu corpo é parte integrante de mim. De certa maneira, eu sou o meu corpo, ou melhor, sou corporal”²⁰⁹.

Isto quer dizer que não sou sem o meu corpo. É por ele que me exponho a mim mesmo, ao mundo aos outros, é por ele que actuo, por ele que me realizo. O Homem vive no seu corpo. Incarnado num determinado tempo, num determinado lugar, numa determinada história. O homem é pessoa porque está incarnado num corpo, que é fundamento e intervenção da abertura ao mundo e aos outros que o rodeia. O corpo tem um papel importante como fundamento e como intervenção, porque a existência será sempre existência incarnada num corpo. Para realçar o que foi referido por E. Mounier:

“O meu feitio e a minha maneira de pensar são amoldados pelo clima, a geografia, a minha situação face ao globo, a minha hereditariedade, e, talvez, até pela acção maciça dos raios cósmicos. Para além destas influências, temos ainda

²⁰⁸ RENAUD, Michel - «O Encontro com o Outro». In: *Cadernos de Bio-Ética*. 1999, p. 4.

²⁰⁹ NUNES, Etelvina - «Que É Ser Pessoa». In: *Cadernos de Bio-Ética*: 1998, p. 33.

determinações psicológicas e colectivas. Não há em mim nada que não esteja incumbido de terra e de sangue”²¹⁰.

Para a Fenomenologia, a pessoa é existência que vai acontecendo ao longo de toda a vida. É através do corpo e somente por ele que cada um de nós se manifesta, diz estar aqui — dá sentido à palavra existir.

Continuando a nossa explanação, e indo ao encontro de Etelvina Nunes, “é no rosto que a pessoa se exprime e manifesta duma maneira peculiar”²¹¹. Isto é, o rosto é a «porta» da corporeidade, através dele cada um de nós comunica com a outra pessoa, diz estar aqui, dá o sentido mais profundo à palavra existir.

Falamos do corpo como objecto, um objecto como tantos outros objectos num mundo, é considerarmos o corpo como uma coisa, existindo partes *extra-partes*, que só admite entre as suas partes ou em si mesmo e os outros objectos relações exteriores e mecânicas. Assim, o corpo é esta realidade que nós chamamos corpo-objecto e que a razão lhe atribui a qualidade de ser meu. Poderei dizer: «eu sou o meu corpo» e «eu não sou o meu corpo, eu tenho um corpo». A este respeito, não será necessário repetir as observações relevantes de Gabriel Marcel, “*«não tenho um corpo, mas sou o meu corpo»* — porque o «corpo próprio» é meu, eu possuo-o, não como uma relação de propriedade, mas porque, antes de mais, eu «sinto» esse corpo. O meu corpo «é na realidade o modelo não representado, mas sentido, ao qual é referida toda a posse [...]»²¹².

²¹⁰ Mis humores y mis ideas son conformados por el clima, la geografía, mi situación en la superficie de la tierra, mis herencias, y más allá, por el flujo masivo de los rayos cósmicos. A estas influencias se les añaden todavía las determinaciones psicológicas y colectivas posteriores. No hay en mí nada que no esté mezclado con tierra y con sangre”. MOUNIER, Emmanuel – *El Personalismo. Obras Completas, op.cit.*, p. 336.

²¹¹ NUNES, Etelvina - «Que É Ser Pessoa». In: *Cadernos de Bio-Ética*: 1998, p. 33.

²¹² LAÍN ENTRALGO, P. – *El cuerpo humano – Teoría actual*. p. 252. Cita Gabriel Marcel.

Neste sentido, nunca poderei considerar o meu corpo como um instrumento meu, porque o instrumento tem um tratamento como algo não meu, e o meu corpo é permanentemente (m)eu, eu penso no meu corpo como meu. Por outras palavras, quando digo «sou o meu corpo», quero dizer que o «corpo próprio» se apresenta a mim sob o mesmo ângulo, a sua permanência é ao meu lado, ele nunca está verdadeiramente diante de mim, não posso desdobrá-lo sob o meu olhar, existe comigo. Por conseguinte, este esclarecimento impõe-me a aceitar que «o meu corpo sou eu», «eu sou o meu corpo». “Mas eu não estou diante de meu corpo, estou em meu corpo, ou antes sou meu corpo”²¹³. Neste sentido, estamos a considerar que existe uma diferença conhecida como distância entre a subjectividade e a objectividade. Sartre realçou esta diferença ao dizer que nunca vejo o meu cérebro a funcionar, «nunca se experimenta como vivido o corpo em si», o corpo objecto²¹⁴. É pela experiência imediata, isto é, por um acto de consciência, que nós prenunciamos o corpo em primeira pessoa, o corpo vivido, o corpo de que provém a linguagem que diz «eu».

Contudo, é necessário distinguir na consciência subjectiva o que é espontâneo e o que é reflectido. Todos nós, que já experimentámos uma dor física, imediatamente experimentámos o corpo como nosso (como meu), e não necessitámos de um juízo reflexivo para ter consciência dele. O que vem demonstrar que existe separação da consciência espontânea e reflexiva.

Por outro lado, existe uma aproximação, uma relação de intimidade entre o sujeito e o seu corpo, porque ao nível da consciência perceptiva o sujeito é o seu corpo fenomenal:

²¹³ MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception*. p. 175.

²¹⁴ RENAUD, Isabel - «O Corpo Vivido». In: *Cadernos de Bioética*: 2001, p. 80.

“[...] , como sujeito de um comportamento, como ser no mundo ou existência, pois é somente assim que outrem poderá aparecer no cume de seu corpo fenomenal e receber uma espécie de “localidade” [...], minha existência é trazida pelo aparelho cognoscente que é meu corpo”²¹⁵.

Eu sou indivisivelmente consciência e corpo, e a consciência humana é a correlação entre um corpo e um mundo, pois é a consciência que me abre ao mundo através do corpo. Ela permite-me ser um corpo aberto ao mundo e projectando um mundo.

Porém, o debate do corpo próprio à volta do «ser» e do «ter» deixa fugir o substancial, que é a experiência do corpo caminhando entre estes dois pontos. É esta experiência que permite transpor a distinção do sujeito e do objecto. O meu corpo está exactamente no término do «ser» e do «ter», como diz Merleau-Ponty: “a experiência do corpo próprio revela-nos um modo de existência ambíguo”²¹⁶, uma unidade implícita e confusa, e o corpo forma-se como «*um terceiro género de ser*»²¹⁷.

A este respeito, Gabriel Marcel dirá: “a unidade do homem faz com que ele deva dizer: “eu sou o meu corpo”, e a sua diferença interna faz com que ele deva dizer “eu não sou o meu corpo, eu tenho um corpo”. E acrescenta; “deste corpo, eu não posso dizer nem que ele sou eu, nem que ele não sou eu”²¹⁸. Conclui Marcel: “não se aplica nenhuma espécie de “ter” ao meu corpo, porque entre o objecto e entre quem o usa, existe sempre alguma distância, existe fora de mim, posso dispor dele como algo não meu”²¹⁹.

²¹⁵ MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception*. p. 404.

²¹⁶ *Ibidem*, p. 231.

²¹⁷ *Ibidem*, p. 402.

²¹⁸ MARCEL, G. – *Être et Avoir*. Paris: Aubier-Montaigne, 1968, p. 212.

²¹⁹ *Ibidem*, p. 212.

Pelo que foi referido até ao momento, poderemos definir o homem como um ser temporal, relacional e potencial — um ser total em que

“todas as “funções” no homem, da sexualidade à motricidade e à inteligência, são rigorosamente solidárias, é impossível distinguir, no ser total do homem, uma organização corporal que trataríamos como um facto contingente, e outros predicados que lhe pertenceriam como necessidade. Tudo é necessário no homem e, por exemplo, não é por uma simples coincidência que o ser racional é também aquele que se mantém em pé ou possui um polegar oponível aos outros dedos; a mesma maneira de existir manifesta-se aqui e ali”²²⁰.

O corpo descrito, tal como é visto pela Fenomenologia, é um corpo vivido não conscientemente pelo ser humano. Neste sentido, o corpo apresenta-se como ponto de vista originário que nos abre ao mundo. Assim sendo, sob este prisma nunca me liberto, pois ele caminha sempre comigo, nunca me separo dele. A presença do homem no mundo natural e intencional ocorre num espaço e num tempo. O corpo tem o seu mundo e os objectos ou o espaço podem estar presentes no nosso conhecimento sem estarem presentes no nosso corpo. O corpo é o local inerente do espaço — tempo humano — e é através do homem, isto é, no projecto de cada homem que o espaço e o tempo se conjugam e, neste sentido, “não devemos dizer que o nosso corpo está no espaço nem tão pouco que está no tempo. Ele habita o espaço e o tempo”²²¹.

O corpo é a nossa porta do mundo. Pelo corpo estamos presentes no mundo, “ter um corpo é, para um ser vivo, juntar-se a um meio definido, confundir-se com certos

²²⁰ MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception*. p. 198.

²²¹ *Ibidem*, p. 162.

projectos e empenhar-se continuamente neles”²²². Somos no mundo como um ser total, como um corpo próprio que se exprime, se projecta e vive o seu modo singular e único.

O espaço visto a partir do meu corpo é sempre um espaço projectado subjectivamente e expresso pela multiplicidade dos pontos ou dos «aqui». Significa que o corpo é responsável pelas características da percepção das coisas, isto é, o espaço no qual se move o corpo próprio não obedece às leis físicas. O corpo próprio, combinação do *em-si* e do *para-si*, desloca-se, pois o espaço do corpo é um espaço dinâmico, heterogéneo, aberto e reorganizado em função do movimento de cada um de nós, significando isto que o corpo não «está» no espaço, «é o espaço». O espaço do meu corpo é uma «espacialidade de situação», vivida, expressiva, que permite modificar as intenções em acções, como refere Merleau-Ponty: “longe de meu corpo ser para mim apenas um fragmento de espaço, para mim não haveria espaço se eu não tivesse corpo”²²³.

O tempo é “o sentido da nossa vida e, assim como o mundo, só é acessível àquele que está situado nele e esposa sua direcção”²²⁴. O tempo é a vida do corpo, a sua temporalidade é-lhe implícita. O tempo no corpo vivido não se identifica com a idade cronológica. Porém, é entre o tempo cronológico (tempo objectivo e matemático) e o tempo fenomenológico vivido que a nossa existência vai ocorrendo. A ausência fundamental da nossa presença é a morte, em que o homem deixa de estar no mundo e consequentemente se encontra radicalmente separado da sua existência no mundo.

Estar em presença temporal (passado, presente e futuro) significa o tempo fenomenológico vivido com os outros e para os outros, isto é, “o tempo não é um processo

²²² *Ibidem*, p. 97.

²²³ *Ibidem*, p. 119.

²²⁴ *Ibidem*, p. 492.

real, uma sucessão efectiva que eu me limitaria a registar. Ele nasce de minha relação com as coisas. Nas próprias coisas, o porvir e o passado estão em uma espécie de preexistência e de sobrevivência eternas; [...]”²²⁵.

Portanto, o presente é simultaneamente presença ao passado e ao futuro²²⁶, pois é a sua tensão dinâmica, a sua verticalidade, que cria e caracteriza o presente humano. O tempo fenomenológico, o tempo vivido, não está nas coisas, mas na relação que com elas estabelecemos, sendo o corpo o lugar onde se estabelecem essas relações.

O tempo, enquanto objecto inerente de uma consciência, é um tempo nivelado, ou seja, ele não é mais tempo. Só pode haver tempo se ele não estiver totalmente desdobrado ou, noutros termos, se passado, presente e porvir não forem do mesmo sentido. O tempo nunca é, nunca está completamente constituído, ele é um fazer-se. O seguimento de relações possíveis, segundo o antes e o depois, não é o próprio tempo, é o seu registo final, ou seja, é o resultado da sua passagem que o pensamento objectivo sempre prevê e não consegue apreender. O tempo é espaço, porque os seus momentos coexistem diante do pensamento; é presente, porque a consciência é contemporânea de todos os tempos²²⁷.

Em jeito de resumo, podemos dizer que eu não tenho um passado, mas retenho o passado e, na minha relação com o mundo, o tempo está presente no meu agir, ele carimba as minhas acções, o «meu estilo». E, no presente, relembro o meu passado, ele surge como uma recordação a que dou sentido, sendo neste lembrar que os actos presentes se atacam. O passado readquirido no presente permite-me desabrochar para o futuro.

²²⁵ *Ibidem*, p. 471. Continua dizendo: “aquilo que para mim é passado ou futuro está presente no mundo. Frequentemente se diz que, nas próprias coisas, o porvir ainda não é, o passado não é mais, e o presente, rigorosamente, é apenas um limite, de forma que o tempo desmorona”.

²²⁶ MATOS DIAS, I. – *Uma Ontologia do Sensível – A aventura filosófica de Merleau-Ponty*. p. 126.

²²⁷ MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception*. pp. 474 - 475.

1.4. CORPO E MUNDO

O meu corpo não é só um modo de me impor no mundo mas a condição imprescindível para habitá-lo e viver a minha experiência singular e irrepitível²²⁸. Waelhens, citado por Isabel Renaud, define o corpo nestes termos: “o corpo não é nada se não a própria maneira como acedemos ao mundo e, ao mesmo tempo ou correlativamente, um certo modo de aparição do próprio mundo”²²⁹. Por outras palavras, o meu corpo é esta contradição: torna-se ao mesmo tempo tão próximo e distante de mim porque o meu corpo abre-se e constitui o mundo subjectivo. Mas «ser um corpo aberto ao mundo e projectando um mundo» só é possível porque esta noção da proximidade e da distância nos revela que existe algo de fundamental, quer no meu corpo quer no meu mundo que me escapa, por falta de poder sobre ele. É esta ausência de poder sobre o corpo e sobre o mundo que permite ao meu corpo abrir-se ao mundo e projectar-se no mundo²³⁰.

Continuando a nossa reflexão, não poderemos deixar de referir mais uma vez Merleau-Ponty. Para este filósofo, o corpo é «veículo do ser no mundo», «potência de um certo mundo», «pivô do mundo». Assim, mais uma vez, o corpo marca o enraizamento do nosso-ser-no mundo, e a consciência é «ser no mundo», o meio no qual o corpo não cessa de dirigir-se e projectar-se no mundo. O corpo vive com o mundo, quer dizer, o corpo próprio e o mundo revelam-se interdependentes. Dirá Merleau-Ponty: “o corpo próprio e o mundo revelam-se como correlativos”²³¹.

²²⁸ ROCCHETTA, C. – *hacia una teología de la corporeidad*. Madrid: Ediciones Paulinas, 1993, p. 73.

²²⁹ RENAUD, Isabel - «O Corpo Vivido». p. 82.

²³⁰ *Ibidem*.

²³¹ MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception*. p. 237.

A minha encarnação é como participação, faz-me sentir o mundo, «não é um facto, mas a condição de possibilidade de todo facto». Assim, «ser-no-mundo» é sentir o corpo próprio, é actividade, acto, “o acto pelo qual é possível minha participação em toda a possibilidade de sentir, e mediante o qual eu estou aberto à minha existência e ao mundo...”²³². O sujeito não constitui a aparição, mas ele regula-a, e esta reenvia ao sujeito, porque aparecer é sempre aparecer na correlação consciência-mundo. O mundo

“não é um objecto do qual possuo comigo a lei de constituição; ele é o meio natural e o campo de todos os meus pensamentos e de todas as minhas percepções explícitas. A verdade não “habita” apenas o “homem interior”, ou, antes, não existe homem interior, o homem está no mundo, é no mundo que ele se conhece”²³³.

Está claro que existe uma unidade complexa sujeito/mundo onde um e outro se co-constituem *a simultâneo*. O mundo é “portanto inseparável da subjectividade e da intersubjectividade que formam sua unidade pela retomada de minhas experiências passadas em minhas experiências presentes, da experiência do outro na minha. [...] A racionalidade não é um problema, não existe detrás dela uma incógnita que tenhamos de determinar dedutivamente ou provar indutivamente partir dela: nós assistimos, a cada instante, a este prodígio de conexão das experiências, e ninguém sabe melhor do que nós como ele se dá, já que nós somos este laço de relações”²³⁴. O corpo é o veículo do ser no mundo e, neste sentido, torna-se o centro do mundo:

“o corpo é o veículo do ser no mundo, e ter um corpo é, para um ser vivo, juntar-se a um meio definido, confundir-se com certos projectos e empenhar-se continuamente neles. [...] Pois se é verdade que tenho consciência do meu corpo

²³² Gabriel Marcel, citado por LAÍN ENTRALGO, P. – *El cuerpo humano – Teoria actual*. pp. 253 - 254.

²³³ MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception*. Avant Propos, V.

²³⁴ *Ibidem*, Avant Propos, XV.

através do mundo, que ele é, no centro do mundo, o termo não percebido para o qual todos os objectos voltam a sua face, é verdade pela mesma razão que meu corpo é o pivô do mundo”²³⁵.

Dizer que o homem é ser-no-mundo é transpor o dualismo do *em-si* e *para-si* porque, ao considerarmos o homem como objecto ou como consciência pura, ele deixa de ser no mundo. A este respeito, Waelhens diz-nos que “a coisa coexiste com outras coisas, ela não as transcende, ela não tem horizonte, e o mundo, pelo contrário, não está nas coisas, mas no horizonte das coisas”²³⁶.

A deiscência, o quiasma, a reversibilidade, o entrelaçado são termos utilizados por Merleau-Ponty que traduzem a dinâmica estesiológica, o imparável movimento de diferenciação e articulação entre o sujeito encarnado e o mundo. É no entrelaçado corpo-consciência-mundo que se constitui o ser que eu sou e o ser que é para mim o mundo, porque

“o mundo é inseparável do sujeito, mas de um sujeito que não é senão projecto do mundo, e o sujeito é inseparável do mundo, mas de um mundo que ele mesmo projecta. O sujeito é ser-no-mundo, e o mundo permanece “subjectivo”, já que sua textura e suas articulações são desenhadas pelo movimento de transcendência do sujeito”²³⁷.

A subjectividade do sujeito manifesta-se pela encarnação; por este motivo, podemos afirmar que o corpo é sempre corpo de um sujeito. É pelo corpo que somos com

²³⁵ *Ibidem*, p. 97.

²³⁶ WAELHENS, A. – *Une philosophie de l’ambiguïté – L’existentialisme de Merleau-Ponty*. Louvain: Publications Universitaires de Louvain, 1951.

²³⁷ MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception*. pp. 491 - 492.

os outros num mundo, do mesmo modo que o corpo sujeito não seria corpo sem os outros — ser com os outros implica uma coexistência de seres corpóreos.

O esquema corporal permite uma relação com o mundo que não passa pela consciência ou pela representação, mas confirma a intencionalidade do corpo humano, a sua abertura originária ao mundo; mas é pelo nosso envolvimento no mundo que o esquema corporal é definido: “É dentro do mundo que nos comunicamos, através daquilo que nossa vida tem de articulado”²³⁸. E, como refere Lefort, “É no diálogo com os outros, o mundo e ele próprio que se dá o milagre da animação do corpo humano”²³⁹. Efectivamente, é no diálogo com os outros que o corpo humano se manifesta intencionalmente, e é no entrelaçado das diferentes intencionalidades que emerge o sentido do mundo.

O mundo perceptivo não é um mundo «*em-si*», objectivado, mas um mundo de «sentido de ser» (*Seinssinn*). Deste modo, o mundo existe porque todo o fenómeno humano só se dá em acto, enche o mundo de sentido, é impregnado pelo sentido que está no mundo, é vivido, portanto, corporal. A este respeito, Merleau-Ponty afirma: “à consciência, precisamos de concebê-la não mais como uma consciência constituinte e como um puro ser-para-si, mas como uma consciência perceptiva, como um sujeito de um comportamento, como ser no mundo ou existência, [...]”²⁴⁰. É pela nossa encarnação que nos inserimos no sensível, e é neste sentido que a percepção surge como facto central da inclusão do homem no mundo.

Mas a percepção não é a percepção de coisas, ela é sempre percepção a partir de uma posição real, num tempo e num espaço, no aqui e agora. A percepção “não é

²³⁸ MERLEAU-PONTY, M. – *Le visible et l’Invisible*. p. 22.

²³⁹ LEFORT, C. – *O olho e o espírito*. p. 7.

²⁴⁰ MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception*. p. 404.

percepção das coisas, mas de “dimensões” ou “raios do mundo” [...]. Neste contexto, a percepção, mais do que ao corpo, reenvia ao Mundo ou ao ser”²⁴¹. A percepção é a operação fundamental que permite o encontro homem-mundo porque constitui “a ligação entre a consciência a natureza de onde nascem as significações”²⁴².

Nesta relação homem-mundo, podemos definir a consciência como ser no mundo e o corpo como veículo desse mundo — a consciência perceptiva, que é a percepção de um mundo, é existência corporal, sendo o sujeito da percepção apenas um «eu posso»²⁴³.

Como afirma Merleau-Ponty,

“A consciência é o ser para a coisa por intermédio do corpo. Um movimento é apreendido quando o corpo o compreendeu, quer dizer, quando ele o incorporou ao seu “mundo”, e mover o seu corpo é visar as coisas através dele, é deixa-lo corresponder à sua solicitação, que se exerce sobre ele sem nenhuma representação”²⁴⁴.

Podemos então dizer que é a partir deste mundo comum que o meu corpo percebe o corpo de outrem, “formam em conjunto um sistema, o corpo de outrem e o meu são um único todo, o verso e o reverso de um único fenómeno, e a existência anónima da qual meu corpo é a cada momento o rasto habita doravante estes dois corpos ao mesmo tempo”²⁴⁵.

Acresce referir que a relação homem-mundo é uma relação de mútuo envolvimento. Merleau-Ponty descreve a relação de reciprocidade entre o sentinte e o sensível, dizendo: “o sentinte e o sensível não estão um diante do outro como termos exteriores e a sensação

²⁴¹ MATOS DIAS, I. – *Uma Ontologia do Sensível – A aventura filosófica de Merleau-Ponty*. p. 77.

²⁴² MADISON, G.B. – *La Phénoménologie de Merleau-Ponty une recherche des limites de la conscience*. Paris: Éditions Klincksieck, 1973, p. 43.

²⁴³ MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception*. p. 160.

²⁴⁴ *Ibidem*, p. 161.

²⁴⁵ *Ibidem*, p. 406.

não é uma invasão do sensível no sentinte [...]. Sem a exploração do meu olhar ou da minha mão e antes que o meu corpo se sincronize com ele, o sensível é apenas uma solicitação vaga”²⁴⁶.

Podemos dizer que existe entre o meu corpo e o mundo uma complementaridade, que une também o meu corpo e o corpo de outrem. É este mundo comum que Merleau-Ponty chama intersubjetividade — é no mundo sensível que comunicamos.

O meu corpo não está fechado sobre si mesmo, o meu corpo está aberto sobre o mundo, e é esta abertura que o constitui. O mundo não está em mim e eu não estou no mundo, eu habito o mundo. Esta certeza de habitar o mundo constitui a fê perceptiva²⁴⁷.

Em suma, para compreendermos o ser-no-mundo do homem é necessário contemplar o homem como ser encarnado; é através da encarnação que se abre ao mundo, numa relação entrelaçada e reversível, onde o perceber se faz percebido, onde o tocado toca e onde o que sente e o sentido se envolvem mutuamente. É pelo seu corpo que o homem fala e se expressa ao mundo e, simultaneamente, é o lugar que fala o mundo, isto é, é através do corpo que se faz, não só o acolhimento do mundo no homem e expressão do mundo pelo homem mas também o acolhimento do homem no mundo e expressão do homem pelo mundo. É por isso que, como diz Santo Agostinho acerca do tempo, “este é perfeitamente familiar a cada um, mas que nenhum de nós pode explicar aos outros”²⁴⁸. O mesmo é preciso dizer do mundo. Este nunca me é totalmente estranho nem totalmente conhecido, porque a linguagem que me fala é também minha, mas, ao mesmo tempo, esta palavra é uma palavra que não pára de se modificar e de desvendar novos sentidos.

²⁴⁶ *Ibidem*, pp. 248 - 249.

²⁴⁷ MATOS DIAS, I. – *Uma Ontologia do Sensível – A aventura filosófica de Merleau-Ponty*. p. 49.

²⁴⁸ MERLEAU-PONTY, M. – *Le visible et l'Invisible*. p. 16.

1.5. CORPO VIVIDO E ESTILO

O homem é realmente um ser corpóreo e vive realmente a sua unidade com o corpo. Neste sentido, é preciso dizer que o corpo é o campo expressivo da pessoa, o lugar onde tomam forma concreta as possibilidades humanas²⁴⁹.

O corpo é um lugar expressivo do homem, isto é, o corpo é o nosso acesso natural ao mundo, porque é através da expressão que eu me exprimo para mim e para os outros no mundo. Sensação, sexualidade, linguagem são expressões da nossa existência e todas são instituídas numa aproximação corporal ao mundo que nos rodeia. O corpo participa em todos os aspectos na realização da pessoa.

Não existe um ser humano realizado e completo na interioridade da consciência que procure, logo em seguida, expressar-se também através de gestos e de palavras, como quiseram crer os dualistas. Não existe de um lado o corpo e de outro lado o mundo, muito menos de um lado o *em-si* e do outro lado o *para-si*. A verdade do corpo está em todos os actos sucessivos que me envolvem no mundo.

Todo o homem realiza a sua existência no corpo e através do corpo, pois este é em actualidade a existência, isto é, a cada momento o corpo exprime a existência. Como diz Merleau-Ponty, “o corpo exprime a existência total, não que ele seja seu acompanhamento exterior, mas porque a existência se realiza nele”²⁵⁰. Podemos então dizer que é esta totalidade viva que concretiza a forma peculiar como cada sujeito encarnado é no mundo.

²⁴⁹ ZANER, M., citado por: GEVAERT, J. – *El Problema del Hombre – Introducción a la Antropología filosófica*. p. 93.

²⁵⁰ MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception*. p. 193.

O nosso corpo não é um espaço expressivo entre outros espaços, ele é eminentemente um espaço expressivo²⁵¹, porque o corpo é a origem, é o próprio movimento da expressão como tal. É a partir dele que aparecem os outros espaços expressivos; “ele é a origem de todos os outros, o próprio movimento de expressão, aquilo que projecta as significações no exterior dando-lhes um lugar, aquilo que faz com que elas comecem a existir como coisas, sob nossas mãos, sob nossos olhos”²⁵².

Neste sentido, o corpo constrói o mundo e fá-lo viver, como escreve Merleau-Ponty: “o corpo é a nosso ancoradouro de um mundo, ele é o mediador de um mundo”²⁵³. Dizer que o corpo habita o mundo é dizer que é através das suas acções que o homem revela a essência das coisas e as suas possibilidades, e, desta forma, “o corpo estesiológico, corpo-de-carne, é um corpo de sentidos”²⁵⁴. Desta maneira, podemos dizer que as coisas só adquirem uma existência quando o corpo as toca e as utiliza, concebendo uma sucessão de ligamentos que as coisas ignoram antes da acção do corpo.

O corpo próprio ou corpo vivido é uma estrutura aberta ao mundo, é sempre um constitutivo inacabado, isto é, o corpo é projecção futura, é sempre um projecto contínuo. Nesta abertura ao mundo, o corpo é sempre preterido pelos objectos para os quais se dirige, e é por isso que eu sou o meu corpo. Portanto, este ser no mundo do meu corpo traduz que eu estou para além das coisas, o meu corpo é o veículo às coisas; neste sentido, nunca podemos dizer que ele é uma coisa, pois é através dele que eu tenho acesso às coisas.

²⁵¹ *Ibidem*, p. 171.

²⁵² *Ibidem*.

²⁵³ *Ibidem*, p. 169.

²⁵⁴ MATOS DIAS, I. – *Uma Ontologia do Sensível – A aventura filosófica de Merleau-Ponty*. p. 80. O termo «estesiologia» é utilizado por Husserl e retomado por Merleau – Ponty para traduzir que o “corpo estesiológico” é o corpo que é vidente-visível, tocante-tangível, isto é, um corpo que tem sentidos é assim um corpo que deseja, um corpo libidinal – corpo constitutivamente aberto ao outro. *Ibidem*.

Assim, podemos dizer que o corpo vivido é o corpo expressivo, isto é, a maneira como o corpo próprio se revela. A este respeito, Merleau-Ponty escreve: “essa revelação de um sentido imanente ou nascente no corpo vivo se estende, como veremos, a todo o mundo sensível, e nosso olhar, advertido pela experiência do corpo próprio, reencontrará em todos os outros “objectos” o milagre da expressão”²⁵⁵. É através da expressão que comunicamos com o mundo sensível, tornamo-nos visíveis porque é no gesto, na linguagem e nas palavras que o corpo próprio anuncia o seu envolvimento dinâmico no mundo da vida.

O corpo humano distingue-se de um corpo animal porque é detentor de «um poder de expressão natural»²⁵⁶. Ele é o único corpo capaz de gestos autónomos e expressivos. Mas, para a ciência, o gesto não é deduzido da relação com o mundo, ele é deduzido do sistema anatómico que o produz e, portanto, ele é apenas a soma apagada dos seus movimentos e nunca poderá exprimir uma unidade de significação.

Entende-se, por isso, que a ciência é incapaz de compreender o sentido da experiência ambivalente dos doentes, quer do doente amputado que sente como presente o membro amputado quer do doente que sente como ausente o membro deficiente ou paralisado. Portanto, a ciência considera estarmos perante um mero comportamento patológico determinado em relação ao comportamento «normal».

Porém, o gesto não é uma realidade fisiológica, mas o veículo das minhas intenções. Ele é a resposta do corpo ao mundo que ocupa e não a reacção a um estímulo. É a intenção que faz de cada gesto uma resposta à sua situação particular no mundo, como diz Isabel Renaud: “ora, o corpo é situado não só objectivamente, mas na sua face vivida

²⁵⁵ MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception*. p. 230.

²⁵⁶ *Ibidem*, p. 211.

em primeira pessoa”²⁵⁷. Podemos então dizer que o gesto está implícito no corpo, ele irrompe da expressão natural do corpo, o corpo «se expõe no próprio gesto»²⁵⁸. Nunca pode ser o resultado de uma estrutura anatómica preexistente. O gesto tem um sentido, porque traduz a preferência de uma acção adaptativa ao mundo. “O sentido dos gestos não é dado mas compreendido, quer dizer, retomado por um acto do espectador”²⁵⁹. Mas não podemos confundir este acto com uma operação de conhecimento²⁶⁰. A compreensão dos gestos só é adquirida pela “reciprocidade entre minhas intenções e os gestos do outro, entre meus gestos e intenções legíveis na conduta do outro. Tudo se passa como se a intenção do outro habitasse meu corpo ou como se minhas intenções habitassem o seu”²⁶¹. O gesto é a expressão que me une ao mundo.

Efectivamente, o estilo marca o mais pequeno dos meus gestos, é a minha forma particular de agir, é através do gesto que o meu corpo brota da linguagem que diz «eu». Ele é “como a figura única que atravessa as diferentes formas expressivas da sua vida”²⁶² — um corpo vivo.

Na sua função expressiva, a palavra é gesto, “a palavra é um verdadeiro gesto e contém seu sentido, assim como o gesto contém o seu. É isso que torna possível a comunicação”²⁶³. Ela permite ao corpo prolongar-se para além dos seus limites na sua relação com o mundo. A linguagem-fala é a única expressão capaz de solidificar, de construir um saber intersubjectivo. De facto, o homem é constitutivamente um ser de palavra e linguagem, tendo a sua raiz no corpo enquanto conduzido para os outros. Na

²⁵⁷ RENAUD, Isabel - «O Corpo Vivido». p. 86.

²⁵⁸ MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception*. p. 217.

²⁵⁹ *Ibidem*, p. 215.

²⁶⁰ *Ibidem*.

²⁶¹ *Ibidem*.

²⁶² RENAUD, Isabel - «A Pessoa Humana e o Direito à Saúde». p. 327.

²⁶³ MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception*. p. 214

verdade, o corpo expressa-se necessariamente nalguma linguagem, mesmo que seja na linguagem do silêncio. Realmente, podemos dizer que todas as linguagens se desenvolvem e se especificam na linguagem fundamental que é o próprio corpo²⁶⁴.

Em conclusão:

Pensar o homem como uma relação de corpo e espírito é esboçar a sua maneira específica de ser, denominar o que nele é inominável e, por isso, superioriza-se o corpo enquanto estrutura material, visível, palpável e temporal. De outro modo, é tornar mais simples o mistério da constituição que envolve a opinião contrária do humano.

Analisámos a estrutura da pessoa, tendo como elemento constitutivo primordial o corpo e o espírito, envolvendo, numa primeira parte, a relação corpo e espírito como uma relação de identidade do «eu» com o «corpo». Isto é, que não há relação de exterioridade entre o corpo e o espírito, entre o eu e o corpo, mas sim união e não cisão, como pensavam os dualistas.

Neste processo, e numa primeira fase, o corpo apresenta-se como corpo objecto, sendo este considerado como pertencente ao mundo material, perdurável no meio dos objectos, num mundo onde existem só relações exteriores e mecânicas, tornando-se, deste modo, uma máquina orgânica objecto de conhecimento científico, tornando-se um perigo para a humanização dos cuidados de saúde.

Por outro lado, procurando ultrapassar o «pensamento objectivo», que considera o corpo como objecto, que o compreende como um mecanismo «*em si*» e a consciência como um «*ser para si*», a corrente fenomenológica considera o corpo como um conjunto

²⁶⁴ Cf. VALERIANI, in: GEVAERT, J. – *El Problema del Hombre – Introducción a la Antropología filosófica*. p. 96.

de significações vividas, isto é, o corpo sujeito ou corpo próprio é expressão, é fala, é linguagem, é o «local de comunicação» do sujeito e do objecto. Assim, o corpo é considerado o lugar de dualidade sujeito/objecto.

Neste sentido, o corpo, para mim, é sempre *objecto* e *sujeito* (expressão externa e interna); deste modo, temos sempre a noção do nosso corpo e do corpo do outro. Esta ligação permite-nos dizer que o corpo nunca pode ser considerado como uma máquina orgânica. O corpo é expressão.

Efectivamente, o homem é, de uma ponta à outra, corpo expressivo, e é pelo seu corpo que o homem se encontra no mundo, entre as coisas e os outros. A experiência de cada um faz de si mesmo um ser ontologicamente distinto do animal, é uma experiência envolvida numa história e num tempo, vivida num mundo concreto, finito — aqui e agora — entrelaçado numa linguagem e nas suas múltiplas relações. É pelo corpo que somos com os outros num mundo, do mesmo modo que o corpo sujeito não seria corpo sem os outros — ser com os outros implica uma coexistência de seres corpóreos.

De uma forma breve, podemos dizer que todo o homem realiza a sua existência no corpo e através do corpo; o corpo é actualidade e existência. Como diz Merleau-Ponty, «*o corpo exprime a existência total*», «*o corpo é o nosso ancoradouro de um mundo*», ele é «o mediador de um mundo».

O quiasma, a reversibilidade, o entrelaçado são os termos mais utilizados por Merleau-Ponty na sua obra *Fenomenologia da Percepção*, que traduzem a dinâmica estesiológica entre o sujeito encarnado e o mundo. É no entrelaçado corpo-consciência-mundo que se constitui o ser que eu sou e o ser que é para mim o mundo.

Assim, e perante o que foi escrito, o doente nunca pode ser reduzido a um simples caso ou a um simples número, pois é um homem doente, ou seja, é uma pessoa humana possuidora de um espírito sempre encarnado e de um corpo físico, material, palpável e visível. É através desse corpo sempre espiritualizado que a pessoa toma conhecimento de si e se relaciona com o mundo e com os outros.

Só é possível compreender a pessoa doente quando colocamos a doença no seu contexto, que é o contexto de um ser envolvido na sua existência, agindo num mundo e desenvolvendo comportamentos com significação. Só na perspectiva do ser-no-mundo é que os profissionais de saúde podem compreender o sentido da doença para a pessoa doente, isto é, só considerando a pessoa doente como um ser vivo no mundo é que o seu corpo tem um sentido — um corpo vivido numa experiência histórico-temporal, o corpo que imana da linguagem que diz «eu».

Analisada a dimensão relacional da pessoa, em que esta foi contextualizada como um «ser bio-psico-espiritual e social», não menos importante é analisar como esta «pessoa» descobre, através da intuição emocional, aquilo a que Scheler chama de «valores». Como refere Rafael Lazcano, “São os valores que determinam o sentir, o pensar e o actuar de cada pessoa e de cada povo”²⁶⁵. É que o valor absoluto da pessoa é a chave de todos os valores²⁶⁶. Assim, passamos à análise da dimensão de pessoa como «valor».

²⁶⁵ LAZCANO, Rafael. — «Sobre los valores». In: *Revista Agustiana*. vol. XXXVI, 345-359, (1995), p. 345.

²⁶⁶ *Ibidem*, p. 52.

CAPITULO III – PESSOA-VALOR

Analisada a estrutura da pessoa, tendo como elemento constitutivo primordial o corpo e o espírito, envolvendo a sua dimensão relacional, em que esta foi contextualizada como um *ser bio-psico-espiritual e social*, faremos agora uma análise da dimensão de pessoa, tendo como pensamento principal a linha desenvolvida por Pedro Laín Entralgo e Marx Scheler; num segundo momento faremos uma reflexão sobre o corpo à luz das concepções de Entralgo.

O conceito de «pessoa», ainda que por determinar, é entendido como uma referência a algo de específico do ser humano, apesar das diferenças culturais e filosóficas. A origem do termo pessoa deriva do latim, *persona*, significando primeiro soar por meio de máscara de actor e com os sentidos estilísticos: papel, carácter, personagem; carácter, individualidade, personalidade. Referia-se àquilo que o actor colocava diante do seu rosto, nas comédias e tragédias gregas. A definição de «pessoa» mais conhecida é, sem dúvida, a de Boécio, no século VI d.C., “substância individual de natureza racional (*rationalis naturae individua substantia*)”²⁶⁷, que S. Tomás de Aquino (século XIII) sintetizou na formulação: *subsistens in rationali natura*²⁶⁸. Contudo, é uma definição fisicalista, marcada pelas categorias ontológicas de Aristóteles. Na realidade, alguém é pessoa não só porque pode dizer «Eu sou eu mesmo», mas também porque pode dizer «Eu sou meu». De facto, ser pessoa é estruturalmente «meu»²⁶⁹. O outro tem de ser para mim um «eu» íntimo e pessoal; o que é igual a dizer um «tu». Isto é, quando se objectiva o «outro», este será «ele» e nunca um «tu». Para quem o trata como pessoa, o outro será sempre um «tu» e

²⁶⁷ ANDORNO, R., *Bioética y Dignidad de la Persona*. Madrid: Tecnos, 1998, p. 62.

²⁶⁸ AQUINAS, St. Th. - «Subsistens in rationali natura». In: *Summa Theologiae*. Formmann Verlag, Stuttgart, , I, q. (1985), pp. 29 - 33.

²⁶⁹ LAÍN ENTRALGO, P. – *Teoria y realidad del otro*. Madrid: Alianza Editorial, 1988, p. 579.

nunca um «ele». O outro será para mim pessoa. Esta será «outridade» pelo *esse ad* (relação).

Por conseguinte, é como um «tu» que eu sinto em mim, faço minha a sua tristeza e a sua dor. Só é deveras meu o que eu faço em mim e por mim, o que incorporo nas minhas possibilidades e nas minhas acções pessoais. De facto, para que eu compreenda psicologicamente o outro e ele me compreenda é necessário que eu entre na sua intimidade e que ele entre na minha e este duplo acto de «auto-penetração» não será possível sem uma mútua abertura, nas nossas almas, sem uma recíproca disponibilidade²⁷⁰. Mas a disponibilidade não é uma atitude passiva da alma, é, antes, o fim comum de duas actividades psíquicas: a de manter-se aberto às expressões do outro (como a compreensão, a abertura da alma é, por sua vez, uma estrutura metafísica e uma oscilante actividade psicológica da existência humana) e a de solicitar manifesta e delicadamente, mediante a palavra, o olhar, o gesto e a oportuna produção de tais expressões²⁷¹. A condição íntima da pessoa impõe um limite razoável à «co-execução» da vida alheia e ao conhecimento do outro. Porque eu não posso passar da intimidade, para comigo, isto é, algo que há no outro que só ele conhece e que eu não poderei conhecer jamais, por maior que seja a sua sinceridade para comigo. A consciência individual conduz, alma dentro, até ao que nem sequer por via da interpretação pode ser consciente. A instância «co-executiva» faz-se a si mesmo, limitada pela condição livre da pessoa. «Co-executando» os actos físicos e espirituais da pessoa «compreendida», eu não posso estar seguro de «ter na mão» a sua alma. Frente ao «outro», a própria compreensão de mim mesmo mostra-se incerta, porque

²⁷⁰ *Ibidem*, p. 601.

²⁷¹ *Ibidem*, p. 602.

do «outro» depende, em boa parte, o sentido do que ante ele, eu sinto, penso e digo²⁷². Na relação interpessoal, a vida pessoal do outro escapa-se-me e a minha vida pessoal escapa-se também a ele²⁷³. Na minha relação com a pessoa do outro, eu quero antes de mais nada, uma companhia real e efectiva, não só cooperação objectiva e externa, como também, no «outro», busco especialmente o «amigo».

1. PESSOA COMO VALOR: LEITURA FENOMENOLÓGICA

Em termos ontológicos, o conceito de «valor» é rigorosamente indefinível; apenas podemos descrevê-lo mais ou menos fielmente²⁷⁴. Pertence àqueles conceitos supremos, como os de «ser», «existir», etc., que não admitem definição universalmente consensual. O que se pode fazer é uma clarificação ou uma descrição do seu conteúdo, tal como o fizeram Platão, Kant e Max Scheler, entre outros.

A palavra «valor», quando pronunciada pode querer traduzir três coisas distintas²⁷⁵: a vivência de um valor, a qualidade de valor de uma coisa, ou a própria ideia de valor em si mesma. O significado da palavra «vivência» permanece no domínio da consciência, da psicologia. Mas, se entendermos o «valor» como uma qualidade, isto é, como uma particularidade de ser das coisas, permanecemos no domínio do naturalismo, em que o valor é apenas uma qualidade real de certos objectos. Se entendermos por «valor» apenas a sua ideia, estamos a “coisificar” esses valores.

²⁷² *Ibidem*, pp. 610 - 611.

²⁷³ *Ibidem*, p. 612.

²⁷⁴ CABRAL, Roque – *Temas de Ética*. p. 150.

²⁷⁵ HESSEN, Johannes – *Filosofia dos valores*. Trad. e Pref. do Prof. Cabral de Moncada; Coimbra: Edição Almedina, 2001, p. 43.

Roque Cabral diz que

“O valor é um aspecto do bem, tanto no plano fenomenológico como no ontológico. A `essência` fenómeno, lógica do valor, consiste na estimabilidade ou amabilidade, “carácter das quais, que consiste em elas serem mais ou menos estimadas ou desejadas, merecerem mais ou menos estima, satisfazerem a um certo fim” (Lalande). Por sua vez, a natureza ontológica do valor reside na plenitude de ser ou de, perfeição que lhe é própria [...]. No sentido moderno do termo, valor acrescenta à referida noção de `aspecto do bem`: a referência a um sujeito (em última análise a o espírito): o valor vale `para alguém`; a estima efectiva da `importância` que o valor tem [...]”²⁷⁶.

Sendo a pessoa humana um dinamismo, um agir constante, isto é, actor de todas as suas acções, significa que o valor deve ser pensado em relação com a acção²⁷⁷. O problema da acção e a questão dos valores encontram-se indissoluvelmente ligados. Agir pressupõe sempre uma opção, uma tomada de posição, um juízo, uma valorização, implícita ou explícita. Reflectir sobre os diversos valores adoptados pelo homem é compreender melhor a sua acção. Não menos importante é reflectir sobre a relação da pessoa com o mundo que se reveste pelo descobrir do seu próprio “valor” de pessoa. Daí a importância em analisarmos o alcance desse “valor”.

O valor da pessoa coloca-se por Max Scheler, pelo grau supremo da hierarquia axiológica, no vértice da pirâmide. Naturalmente, o homem é centro de todos os valores, porque o homem, além de ser um «sujeito de valores», é «um valor pessoal». O valor do homem é único, em virtude do valor intrínseco da dignidade da pessoa. Com efeito, a pessoa é «autovalor», como o fornecedor de referência de todo o outro valor infra-humano.

²⁷⁶ CABRAL, Roque – *Temas de Ética*. p. 150.

²⁷⁷ RENAUD, Michel. - «Os Valores Num Mundo Em Mutação». In: *Brotéria*. 299-322, (1994), p. 300.

1.1.O VALOR NA IDENTIDADE DA PESSOA

Max Scheler reconhece na pessoa um carácter dinâmico, pelo que não a reduz simplesmente a um conjunto de actos, mas declara, de forma explícita, o «valor da identidade» do homem, conforme àquela que ele mantém sobre a auto-consciência da pessoa. Esse dinamismo do homem é precisamente o sinal inequívoco da sua não involução²⁷⁸. Compreende-se, assim, que a pessoa, para ser ela mesma e para alcançar maiores características de identidade, necessita de não se fechar sobre si mesma; pelo contrário, deve ter mais capacidade para sair de si mesma. Mas onde nasce e como se realiza essa identidade? É a questão central do sistema scheleriano. Scheler responde que ela surge do valor da mesma identidade do homem. Mas em que sentido?

Segundo Vergés Ramírez, através da análise do que está na génese da identidade do homem, conclui-se que a base dessa identidade está na capacidade radical de relação²⁷⁹. O valor da pessoa é objecto da participação activa do homem. Ou seja, através da experiência vivencial, o homem tem de construir o valor da sua identidade como pessoa. A forma como a pessoa se expressa faz «ser ela mesma», porque corresponde à essência do próprio valor de pessoa²⁸⁰.

De uma forma resumida, podemos dizer que Scheler acrescenta algumas novidades, que residem em duas áreas: uma, na maneira de expor o valor da identidade — esta é concentrada na auto-consciência do homem; a outra, no desenvolvimento que faz do

²⁷⁸ VERGÉS RAMÍREZ, Salvador – «La persona es un valor por si misma, segundo Max Scheler». In: *Revista Pensamento*. Vol. 55, nº 212, p.250.

²⁷⁹ *Ibidem*, p. 251.

²⁸⁰ *Ibidem*.

conteúdo do dito valor, pois pertence ao ser mais profundo da pessoa. Assim, o valor da identidade do homem está na linha do ser, como «valor por si e em si mesmo»²⁸¹.

Além da dimensão de valor da identidade da pessoa, analisada até aqui, Max Scheler aborda uma outra dimensão: o valor de pessoa tem um carácter introvertido ou é de cariz comunicativo? Scheler diz que o valor é intrinsecamente da ordem intersubjectiva, e não unidimensional.

1.1.1. O valor intersubjectivo

Segundo Max Scheler, o termo «intersubjectividade» mostra que a identidade da pessoa não é um «valor monolítico excludente, mas sim um valor mais universal»²⁸². Por isso, Scheler acrescenta à noção inicial de pessoa a de «pessoa total», traduzindo esta um valor de pleno humanismo, de maneira que o homem não seria plenamente pessoa se não tivesse essa dimensão intersubjectiva, indispensável ao valor da sua identidade, que é particularmente intercomunicativa²⁸³.

Neste «progresso axiológico da pessoa»²⁸⁴, Max Scheler fala numa dupla área, pessoal e social, como plena realidade dos outros, uma vez que cada um vive em si mesmo de uma forma originária como pessoa social, assim como pessoa íntima (individual)²⁸⁵. O carácter social²⁸⁶ do homem dignifica-o de tal forma que o faz «ser ele mesmo»²⁸⁷, e,

²⁸¹ *Ibidem*.

²⁸² *Ibidem*, p. 252.

²⁸³ A este respeito, Max Scheler refere que esta intersubjectividade pode ser observada num duplo plano –por um lado, a realidade profunda da pessoa, isto é, a sua «capacidade radical» de se relacionar com os outros; por outro, o seu «comportamento disfuncional» relativamente a essa relação, motivada por causas multifactoriais, que podem certamente distorcer o seu valor como pessoa, mas nunca o anula. Todos eles pertencem ao «actuar» e não ao «ser» da pessoa. *Ibidem*.

²⁸⁴ *Ibidem*, p. 254.

²⁸⁵ Max Scheler intitula de “pessoa íntima” toda a que vive tendencialmente em si própria, distinguindo-a claramente da pessoa social, ou seja, do conteúdo vivencial de todas as formas de viver individual, resultante de uma referência numa articulação dos seus membros num todo.

procurando a raiz da questão, desenvolve todas as virtudes da sua condição humana. Por isso, Max Scheler descreve esta abrangência com o termo «pessoa total», designando assim, de uma forma precisa, esse valor global. Deste modo, a «pessoa total» é a auto-realização²⁸⁸ do homem, em todas as suas dimensões, como o centro da sua plenitude humana. A este respeito, Vergés Ramírez citando A. Vergot, sustenta que “o outro está inscrito no fundamento do eu intersubjectivo”²⁸⁹.

Em suma, Max Scheler responde à questão «o que é o homem?» equiparando o «valor da pessoa» com o da comunidade, e o «valor da sociedade» com o da «pessoa total». Neste sentido, podemos dizer que esta dimensão social é indispensável para a sua própria existência²⁹⁰.

Uma outra abordagem do valor de pessoa, importante no progresso do valor humano, é o amor. O amor deve ser considerado como a condição de base para a convivência humana e social.

1.1.2. Amor e valor do homem

Segundo Vergés Ramírez, não seria compreensível o progresso do valor em Scheler, se este não estivesse previamente relacionado com o amor. Max Scheler define o

²⁸⁶ Para Max Scheler a diferença ente “pessoa íntima” e “pessoa social” não têm a ver com a noção de pessoa total e de pessoa particular e muito menos, com a sua distinção psico-física. A pessoa possui, no seu somático e no seu psíquico, a esfera social e a esfera íntima, sendo a sua individualidade também individualidade social e íntima. SCHELER, Max – *«Ética, Nuevo ensayo de fundamentación de un personalismo ético»*. Trad. do alemão por Hilário Rodrigues Sanz, Tomo II, Madrid: In: *Revista Occidente*. 1942, p. 383.

²⁸⁷ Max Scheler refere que o homem é por natureza social, e é esta dimensão social do homem que o dignifica de tal forma que o faz “ser ele mesmo”, ou seja, é através do seu carácter social que o homem desenvolve as virtualidades da sua condição humana (auto-realiza), e o torna pessoa íntima (individual). Com efeito, a “pessoa total” é a auto-realização do homem em todas as suas dimensões como centro da sua plenitude humana. VERGES RAMÍREZ, Salvador – «La persona es un valor por si misma, segundo Max Scheler». In *Revista Pensamento*. Vol.55, nº 212, 1999, p. 252.

²⁸⁸ O termo «auto-realização pressupõe um conjunto de possibilidades humanas pré-determinadas, que devem ser actualizadas harmoniosamente». GEVAERT, Joseph. – *El Problema del Hombre – Introducción a la Antropología filosófica*. p. 194.

²⁸⁹ VERGES RAMÍREZ, Salvador – «La persona es un valor por si misma, segundo Max Scheler». p. 253.

²⁹⁰ Max Scheler considera que a pessoa só existe como “ser total” porque possui uma esfera íntima e uma esfera social às quais ela pertence, são inerentes da condição humana, fazem parte da sua existência.

amor, parafraseando S. Tomás de Aquino, (*bonum quod omnid opetunt*) como querer o bem, seja para mim mesmo, seja para os outros. Mas porque razão Max Scheler associa o amor ao bem? Max Scheler fundamenta esta associação, primeiro, porque o bem é a expressão concreta do valor, que é universal. Segundo, porque o bem constitui o fim do homem, que possui o valor da liberdade perante os «bens concretos» e a distingue do bem universal²⁹¹. O «bem» pode ser multifacetado, tanto para mim, como para os outros. Mais uma vez Max Scheler intitula, como laço mediático do valor, «o amor do homem a si mesmo com o amor do outro, sem solução de continuidade»²⁹².

Agora, pergunta-se: o amor precisa de algum adicional para obter uma nova classificação, porque nada é maior que o amor? Só através da amizade, do amor da pessoa para com outra pessoa, o homem toma consciência de si e da própria dignidade humana. Com efeito, trata-se simplesmente de redescobrir a faceta do amor profundo, que é o carácter valioso.

Neste sentido, Max Scheler foi o único que “une o amor ao valor, pelo que o constitui na «pessoa», por um lado, e na maneira de amar, por outro”²⁹³. O amor que se adquire no valor pessoal do outro, por si mesmo, está isento de todo o atributo. Max Scheler considera-o como genuíno. O valor do amor é referenciado como intrínseco. Não são duas realidades independentes que formam uma terceira, mas o amor da pessoa é um valor por si mesmo. Isto é, no sentido mais profundo do homem, como «pessoa total». Assim, Max Scheler sustenta que “todos os outros são o modo de uma pessoa total”²⁹⁴.

²⁹¹ *Ibidem*, p. 255.

²⁹² *Ibidem*.

²⁹³ *Ibidem*, p. 256.

²⁹⁴ *Ibidem*.

A este respeito, Vergés Ramírez diz que Colomer comenta acertadamente o pensamento de Max Scheler, sobre o amor heterocêntrico, ao descrever este como «a tendência a sair de si e entregar-se»²⁹⁵, porque a condição de possibilidade do valor pessoal habita precisamente no amor do outro. A pessoa necessita, para a sua identidade plena, de viver o valor na sua vertente social, como «pessoa total», instalada no amor comunicativo²⁹⁶. Deste modo, ser amado por outra pessoa deve ser considerado como condição de base para a convivência humana e social, decorrendo daí a importância de analisarmos o valor da “solidariedade”.

1.1.3. Solidariedade como valor

É do nosso conhecimento que a filosofia de Max Scheler se fundamenta sobre duas linhas paralelas: uma é a “teoria”, a outra é a “praxis”. Assim, o valor de pessoa implica esta dupla dimensão, uma vez que a vida da pessoa não se circunscreve só ao pensamento mas também à acção, como elemento essencial da mesma. A acção da pessoa faz-se sempre revestida da roupagem teórico-prática, à qual corresponde a sua dignidade, à semelhança do vestido²⁹⁷. Se, por um lado, a solidariedade se balanceia entre o valor do ser pessoal e a acção do amor, por outro, questiona-se: em que sentido o amor denota partilhar, não só o «ter», mas o próprio «ser», que é qualitativamente maior? Antes de mais, é necessário aclarar o conceito de solidariedade, uma vez que a entrega do «ter» da pessoa a outra não se pode confundir com o «dom» do próprio ser, que é intransferível. Em

²⁹⁵ *Ibidem*.

²⁹⁶ *Ibidem*, p. 257.

²⁹⁷ *Ibidem*, p. 260. Com efeito, importa, antes de mais, relembrar que Max Scheler, na sua definição de pessoa, integra os “actos da pessoa” como formativos do homem e a acção é formada na vertente da “auto-expressão” do homem, por um lado, e na realização do seu “ser comunitário”, por outro. Com efeito, Max Scheler atribui valor destacado à conjugação dos actos de cariz social da pessoa, cheios de amor pelos outros. *Ibidem*.

segundo, esse aspecto negativo da solidariedade remete para outro, superior, de carácter positivo²⁹⁸, pelo que a solidariedade implica viver a dimensão meta-antropológica da própria pessoa, que é «ser o Outro», na qualidade do valor mais profundo do humano²⁹⁹. Assim, «a solidariedade aparece com o rosto do valor, ao conjugar-se este com aquela»³⁰⁰.

Facilmente se vê, portanto, que esta simbiose do valor da pessoa com a solidariedade representa um passo à frente de significado profundo em Scheler, porque manifesta a participação activa na promoção do outro, como de si mesmo se tratasse. Neste contexto, a solidariedade é a tomada da consciência vivencial de que o Outro é parte constitutiva de si mesmo. Daí que a solidariedade não signifique nenhuma desvalorização da outra pessoa, mas deve ser interpretada como movimento de reciprocidade que se tem de estabelecer entre todos os indivíduos. Desta maneira, nasce o amor solidário entre as pessoas, como um fruto maduro da comunidade social, em que todos são membros activos sem qualquer discriminação.

Sem querermos negar ou menosprezar esta imagem do valor social da pessoa, não estará esta possuída de um idealismo, alheio da realidade? Antes de responder a esta questão, é conveniente dizer que o fenómeno pode, sem dúvida, induzir em erro, mas também a realidade do ser pessoal tem outro estrato de valor mais profundo. É aqui, precisamente, que Max Scheler baseia a sua fenomenologia axiológica, ao expor «dimensão solidária» como específica do valor da pessoa. Pretende esta resposta insinuar que a solidariedade é uma necessidade congénita da mesma pessoa? Sem dúvida, existe uma inclinação de ordem conatural do homem na sua associação com os outros,

²⁹⁸ *Ibidem*, p. 261.

²⁹⁹ A este respeito, Vergés Ramírez diferencia “ser com” o outro de “estar com” o outro, referindo que o “estar com” o outro é só local, em relação ao primeiro, que possui características «meta-antropológicas». *Ibidem*.

³⁰⁰ *Ibidem*.

compartilhando um mesmo projecto de comunidade de vida social. Podemos dizer, na expressão de Max Scheler, e, em consequência, que não só não impede a sua «liberdade de eleição», mas que aumenta ou desenvolve mais intimamente o seu valor humano³⁰¹. Daqui resulta o alcance do valor da solidariedade, nas suas formas plurifacetadas, como condição de possibilidade do valor da convivência das pessoas nas suas diferentes áreas.

Em suma, a solidariedade, enquanto expressão de carácter intersubjectivo, não só do saber do homem mas da sua própria realidade significativa, é um sinal verdadeiramente constitutivo do ser do homem, do qual cada um deve tomar consciência e no qual o homem tem de inspirar a sua própria conduta.

Deste modo, nos últimos anos, o alcance do valor de solidariedade alargou-se enormemente e, hoje, abrange, não só o direito à igualdade, mas também o direito à diferença e à co-responsabilidade. Não podemos esquecer que a solidariedade é hoje um valor fortemente reclamado, que necessita de uma educação intercultural.

³⁰¹ *Ibidem*, p. 262.

2. A PESSOALIZAÇÃO E O SENTIDO DA CORPOREIDADE EM ENTRALGO

O objectivo deste capítulo é construir um saber fundamentado numa reflexão sobre o corpo à luz das concepções de Entralgo³⁰². Entre os aspectos deste médico, realçamos as seguintes noções: o homem como ser corpóreo situacional e temporal; o homem como ser de relação que existe “em” e “para” o outro, e o outro transcendente, no qual o homem procura sempre encontrar-se.

Segundo Entralgo, o corpo humano é um microcosmos integrado num cosmos. Assim, o corpo é o único objecto do Universo do qual temos um duplo conhecimento: não só de fora, como também de dentro, a partir da sua percepção.

2.1.O CORPO

A pessoa é existência encarnada. O homem é corpo precisamente como é espírito, é totalmente corpo e totalmente espírito.

A encarnação é, porém, também o apoio para a afirmação da transcendência da pessoa; portanto, se considerarmos o homem como um ser natural é também um ser natural humano, distinguindo-se dos outros animais pela capacidade de romper com a natureza. Assim, a pessoa não se reduz à matéria.

³⁰² Entralgo, médico, cientista e filósofo espanhol, dedicou toda a sua vida à explicação do mistério do homem e à elaboração de uma coerente antropologia. Soube, ao longo da sua vida, elaborar uma verdadeira fenomenologia personalista, quer pelo seu estudo aprofundado, de tudo quanto diz respeito ao homem, quer pela própria conduta do mesmo homem. Com uma cultura vastíssima e uma reflexão meticulosa, procurou transmitir a natureza do Homem nas suas múltiplas vertentes. Entralgo vê-se a si mesmo na corrente de um sistema conceptual perfeitamente definido, no âmbito da tradição metafísica cristã, enriquecida com linhas de pensamento de vários autores, entre eles Xavier Zubiri.

O meu corpo não é um objecto, pois, existe corporal e mentalmente e até espiritualmente, sendo uma só e mesma entidade. Isto quer dizer que não sou sem o meu corpo. É por ele que me exponho a mim mesmo, ao mundo e aos outros, é por ele que actuo. O homem vive no seu corpo. Encarnado num determinado tempo, num determinado lugar, numa determinada história, o homem é pessoa porque está encarnado num corpo, que é fundamento e intervenção da abertura ao mundo e aos outros que o rodeia. O corpo tem um papel importante como fundamento e como intervenção, porque a existência será sempre existência encarnada num corpo. Desde a sua existência que o ser humano se interroga sobre si mesmo, sobre a sua relação com os outros e com o mundo. Ao contrário de todos os outros animais, o homem pergunta-se e continuará a perguntar-se e é desta constante interrogação, deste inquietamento, desta vontade para «ser mais», «ser outra coisa», que estimulado pela consciência histórica, o homem reflexivo procura conhecer qual a sua situação na história e no universo.

É o único ser do Universo do qual temos um duplo conhecimento: não só o conhecemos, por fora, como temos a sua percepção a partir de dentro³⁰³. O homem não é espírito puro, existe no espaço e no tempo. A sua realidade é essencialmente corpórea. “Enquanto realidade cósmica sou espacial, porque o meu corpo me especializa; pela mesma razão, sou temporal, porque meu corpo me temporaliza. Ser corpo faz-me ser «temporolocalmente»; ser um corpo vivo faz-me viver de modo local e temporal”³⁰⁴.

³⁰³ LAÍN ENTRALGO, P. - *El cuerpo humano: Teoría actual*. p. 117.

³⁰⁴ *Ibidem*, p. 128. “Como en tanto que realidad cósmica soy espacial, porque mi cuerpo me espacializa, por la misma razón soy temporal –realidad que es fluyendo y pasando–, porque mi cuerpo me temporaliza. Ser cuerpo me hace ser temporolocalmente; ser un cuerpo vivo me hace vivir de un modo local e temporal”.

A experiência interna do próprio corpo é a expressão imediata do facto primário de existir ou de estar existindo³⁰⁵. “Eu tenho consciência do meu existir, de um modo absoluto, enquanto digo «eu existo», de um modo relativo na identidade temporal da minha pessoa, quando digo «eu sou, eu»”³⁰⁶.

São condições essenciais da existência humana: dizer «eu» é expressar simultaneamente a consciência de ser «eu», que a si mesmo se realiza, dizendo-o e é ter a consciência de estar no mundo. Sem mundo eu não existiria, não seria possível dizer eu. O meu corpo, a experiência do meu corpo, o que o meu corpo me diz enquanto meu, dá-me consciência clara e inequívoca da realidade do meu existir, da minha identidade no tempo, do meu estar na vida, da realidade do mundo, enquanto mundo de coisas e mundo de pessoas, da minha situação nele, do meu poder e da minha limitação, da minha constitutiva necessidade de viver, expressando-me e ocultando-me, da minha também constitutiva capacidade para a pretensão e apropriação, e os múltiplos modos em que o real se me apresenta³⁰⁷. Da estrutura dinâmica da realidade do corpo humano, Entralgo expressa, numa original aplicação e ampliação da filosofia zubiriana,

“Toda a estrutura cósmica 'é por si', possui constitutivamente as notas que a singularizam. Só numa determinada estrutura cósmica, a humana, ao 'ser por si' se une, de modo essencial e não meramente como aditivo, «o ser seu», isto é, o possuir-se a si próprio. O homem é pessoa, o mais radical da pessoa é precisamente a capacidade de possuir-se a si mesma. Enquanto pessoa, o indivíduo humano é «seu», *suus* (pertence a si) e a esta peculiaridade metafísica chama Zubiri «auto-pertença». O dinamismo da

³⁰⁵ A diferença entre “existir” ou de “estar existindo” é que existir é Ser num dado momento ou actualmente; é viver, permanecer num mundo; estar existindo é expressar um estado temporário; é permanecer num tempo, espaço em determinada circunstância. É um processo, é um fazer-se que se vai modificando do nascer ao morrer.

³⁰⁶ LAÍN ENTRALGO, P. - *El cuerpo humano: Teoría actual*. pp. 120-121. “Vo tengo conciencia de mi existir, bien de modo absoluto, cuando digo, «yo existo», bien de un modo relativo a la identidad temporal de mi persona, cuando digo «yo so yo»”

³⁰⁷ *Ibidem*, p. 135.

«auto-pertença» faz com que o homem seja pessoa e, por conseguinte, permite-lhe enfrentar-se em solidão”³⁰⁸.

Esta noção quer dizer que para se ser homem é necessário, não só a existência dos outros, como também a capacidade de vencer, de vez em quando, a solidão consigo mesmo. Na solidão, o homem tenta descobrir a condição última da sua existência: o limite do seu viver. O homem actual fala, move-se, pergunta e responde, o animal humano é ao mesmo tempo deficiente e indigente. Isto é, o facto de perguntar demonstra-o claramente. E o de obter respostas mostra que, embora de modo ocasional e parcial, lhe é possível sair da sua indigência³⁰⁹. O corpo fá-lo sair da indigência do existir.

O homem pergunta algo quando ocasionalmente sente a sua limitação, a sua finitude. Não saber o que se pode saber é uma das formas mais imediatas da finitude humana. A resposta à sua pergunta satisfará essa falta e nessa «pertença», por um momento, não sentirá a sua essencial finitude. Todavia, o homem pergunta e responde pelo seu corpo. O homem, ao utilizar num ou noutro sentido as possibilidades do que tem ou do que faz, é a consequência de uma opção e, portanto, é a expressão da liberdade ingénita e da condição moral essencial. Actuando livremente perante uma situação qualquer, pela via do que é correcto ou pela do que é vituperável, o ser humano manifesta ser (*animal morale*), animal que pode actuar com propósito de beneficência (acções morais) ou com intenção de maleficência (acções imorais)³¹⁰.

Todo o homem é e tem que ser livre contando com a sua finitude (limitação do seu corpo) e com o estado do mundo, em que o seu corpo actua, quer seja da forma de opção

³⁰⁸ LAÍN ENTRALGO, P., *O que é o homem?*. pp. 53 - 54.

³⁰⁹ *Ibidem*, p. 154.

³¹⁰ *Ibidem*, p. 148.

situacional e supra-instintiva. Ao longo da história, a liberdade foi sendo definida como «faculdade de opção», ou seja, a decisão de abster-se, de se escolher e de se aceitar, e, sobretudo, como «faculdade de criação»: a de quem, uma vez, não aceitando as metas e os recursos que lhe oferece a situação histórica e social em que vive, cria e inventa para si mesmo e para os outros novas metas e novos recursos. E é graças à liberdade criativa que pode haver verdadeiro progresso na história³¹¹. “Quando temos à nossa frente um homem, o que imediatamente percebemos é a sua condição humana: um vulto que se move por si próprio, que ao mesmo tempo é «outro como eu» e «outro que não é eu» ”³¹². Isto é, a sua acção intencional sobre o mundo, dado como corporeidade. A liberdade do homem é à medida da sua própria condição, uma liberdade limitada à medida da finitude humana. Nesta condição, estão incluídas as limitações intrínsecas ao homem e ainda os condicionalismos externos que preexistem a qualquer decisão. Não é uma liberdade absoluta e incondicionada, dado que esta é própria do Absoluto. O espírito humano visa o Absoluto (Deus) e a liberdade será a forma de o alcançar, o que dependerá da posição verdadeira ou falsa a respeito dos bens finitos. A liberdade realiza-se na escolha de fins, meios e actos. Todo o homem deve ter presente que a liberdade lhe concede autodomínio e orientação para o fim devido. Não há dúvida que, também, a consciência de cada um pode fazer um juízo de valor sobre o dom e o peso da liberdade existencial. Por esta razão, a liberdade não é apenas um meio para um fim, mas faz parte do sentido desse mesmo fim.

³¹¹ *Ibidem*, pp. 167 - 168.

³¹² *Ibidem*, pp. 151 - 152.

2.2.A RELAÇÃO

Segundo Entralgo,

“Mediante os seus movimentos, gerações, acções, paixões, os entes do Universo relacionam-se entre si, e não podem não o fazer, porque a sua constitutiva finitude os refere necessariamente ao que eles não são, portanto a Deus e aos outros entes e porque sua constitutiva actividade os leva a centros de emergência de acções e centros de aceitação de afecções passivas, de paixões”³¹³.

A minha existência está constitutivamente aberta às coisas e aos outros, ou seja, ao mundo. O homem pode encontrar-se com os outros, porque a sua existência tem um carácter genitivo. Coexistir não é só estar com outro, é mais que «existir com», é também «existir para», ou seja, é um existir activo e orientado, um existir intencional «para» os outros, em definitivo, um «com-viver». A minha liberdade e a do outro co-determinam decisivamente o conteúdo e o vínculo da nossa relação. O «outro», segundo Entralgo, é o que «não sou eu». É diante e diferente de mim, mas contemplado desde a minha própria posição. A outridade surge no encontro. Mas, o «outro», eu posso utilizá-lo ou manipulá-lo como um objecto; conviver com ele, interpretando-o e imaginando o seu «eu» íntimo e pessoal ou posso entregar-me voluntariamente a remediar as suas necessidades.

Para Entralgo, objecto, pessoa e próximo são as três «essências» do possível «outro».

Com Entralgo, surge uma nova plesilogia personalista. A existência humana possui uma estrutura ao mesmo tempo “pística” (pistis, a fé a crença), “elpídica” (elpís, a

³¹³ LAÍN ENTRALGO, P. - *Teoría y realidad del otro*. Madrid: Alianza Editorial, 1988, p. 375: “Mediante sus movimientos de generación, acción, pasión, etc., los entes del universo se relacionan entre sí, y no pueden no hacerlo, porque su constitutiva finitude les refiere necesariamente a lo que ellos no son, por tanto a Dios y a los otros entes, y porque su constitutiva actividad les lleva a ser centros de emergencia de acciones y centros de aceptación de afecciones pasivas, de pasiones”.

esperança) e “Fílica” (philía, a amizade, o amor). Porque a necessidade de crer, de esperar e de amar pertencem constitutivamente e iniludivelmente ao nosso ser, “somos” as nossas crenças, as nossas esperanças e as nossas dilecções, contamos com elas, saibamo-lo ou não na execução de qualquer dos actos do nosso pessoal, o acto de pensar, o de comer o de criar obra exterior a nós³¹⁴, ou seja, a crença, a esperança e o amor são, em Entralgo, o movimento catalisador da história dinâmica da vida do homem.

2.2.1. O outro como objecto

O outro, como objecto, pode aparecer perante mim como um obstáculo, algo que se entremete perturbadoramente no meu caminho. Citando Entralgo:

“Em ti e por ti, tu eras uma pessoa; mas sendo tu pessoa – podendo e devendo eu, portanto, ver-te e tratar-te como a tal pessoa – eu decido com a minha resposta à tua presença que tu sejas meu mero objecto, algo posto ante mim ou lançado até mim, no caminho da minha vida”³¹⁵.

A vida terrena do homem é um constante revelar-se em realidades, que constituem o seu próprio mundo; sem elas eu não poderia ser «eu», não poderia ser homem, mas os obstáculos sobretudo quando esses são outros homens, vão dando conteúdo à minha vida e constituindo os meus contornos e limites. Sentindo o outro como obstáculo, eu olho-o e trato como puro objecto, esforço-me por transformar a sua realidade pessoal em pura natureza. Olhando o «outro», eu abstenho-me de satisfazer as tendências da minha natureza

³¹⁴ Cf LAÍN ENTRALGO, P. – «La espera y la esperanza: Historia y teoría del esperar humano». 2ª ed. Madrid: In: *Revista de Occidente*. 1957, p. 280.

³¹⁵, LAÍN ENTRALGO, P. - *Teoría y realidad del otro*. Madrid: Alianza Editorial, 1988, p.548. “En ti y por ti, tú eres una persona; pero siendo tú persona –pudiendo y debiendo yo, por tanto, verte y tratarte como tal persona– yo decido con mi respuesta a tu presencia que tú seas para mí mero objeto, algo puesto ante mí o lanzado hacia mí –ob-iectum– en el camino de mi vida”.

que pedem comunicação pessoal com ele. Logo, suprimo a minha própria alma e suprimo a sua, porque objectivo a sua realidade, tornando as suas possibilidades em possibilidades mortas e, por isso, violento a sua liberdade.

A comunicação com o outro objecto é exterior, distante aditiva, ele é para mim «outro» embora outro ser humano, meu semelhante; nunca consegue ser um «tu» íntimo e pessoal, mas será sempre um «ele». Citando Entralgo: “A conversação do outro em objecto exige de mim certa violência, porque ele e eu somos e naturalmente tendemos a ser pessoas». [...] Na minha relação contigo, eu quero que tu sejas para mim o que em ti e por ti és, quero que sejas pessoa”³¹⁶.

2.2.2. O outro como próximo

O «outro» tem que ser para mim «pessoa», senão a minha relação com ele degrada-se e desnatura-se. O «outro» revela-me sua condição pessoal (na sua intimidade, na sua liberdade e na sua propriedade) evadindo-se de mim, nos meus contactos/tentativas de trata-lo como pessoa. A compreensão instantânea do «outro», não me permite descansar, com certeza, na sua companhia. Para que o meu amigo real e verdadeiramente me acompanhe, é preciso que além de ser meu amigo, seja também meu «próximo»³¹⁷.

A amizade, para Entralgo, é o amor a «este homem» concreto e o amor, ao próximo, a ajuda amorosa a um homem. O meu amigo é e não pode não ser tal homem determinado. O meu próximo pode e deve ser, em princípio, qualquer homem. No amor, o outro é um indivíduo insubstituível; na caridade, um ser humano necessitado de ajuda. Para

³¹⁶ *Ibidem*, p. 577. “La conversión del otro en objeto exige de mí cierta violencia, porque él y yo somos y naturalmente tendemos a ser «personas». [...] Em mi relación contigo, yo quiero que tú sejas para mí lo que en ti y por ti eres, quiero que me sejas persona.

³¹⁷ *Ibidem*, p. 614.

um amigo, o amigo é seu igual, para quem caritativamente socorre. A ajuda ao amigo é incondicionada e o auxílio ao necessitado está habitualmente condicionada pela «vontade egoísta de viver»³¹⁸. Entralgo diz que se o amor ao amigo e o amor ao próximo são distintos, entre si, nem por isso deixam de ser complementares. Quando a minha instância «co-executiva» na alma do meu amigo é ao mesmo tempo crença e doação, a minha amizade com ele é também proximidade, além de ser meu amigo, sou seu próximo. E quando aquele de quem eu sou próximo passa a ser para mim um homem e passa a ser o tal homem. Com efeito, quando a minha crença na sua necessidade e a minha sacrificada doação para remediá-lo se une à «co-execução» complacente do que nesse homem é vida pessoal, então o meu próximo chega a ser meu amigo e a relação de proximidade torna-se relação de «personidade»³¹⁹. Entralgo faz a distinção entre «personidade» e «personalidade», a primeira é a radical e constitutiva condição de pessoa e de essência aberta e a segunda é um modo de ser individual, numa determinada situação biográfica.

Na relação de «personidade», a minha pessoa e a pessoa do outro fazem-se mutuamente implicadas no «nós» diádico, que os dois constituímos e a que pertencemos; e assim as nossas fluições implicam-se mutuamente e o objecto do nosso comprojecto fica possuído, não pelos nossos dois «eus» socialmente unidos entre si, mas pelos «nós-sujeito» interpessoal, que só o amor e a amizade são capazes de criar. A existência humana tende naturalmente para esse amor, para essa amizade, mas esta natural tendência do nosso ser não seria nunca um verdadeiro amor e muito menos amor «co-efusivo», sem a operação transfiguradora da própria liberdade. Assim, e como tudo o verdadeiro e plenamente

³¹⁸ *Ibidem*, p. 615.

³¹⁹ *Ibidem*, p. 620.

humano, o amor pessoal é filho da nossa condição livre. Neste sentido, é possível dizer que na génese do amor «co-efusivo» se implicam de maneira unitária, como em todo o empenho plenamente humano, a natureza e a liberdade das pessoas, que se encontram e tratam. No entanto, o decisivo será sempre o emprego da liberdade num acto de doação efusiva e gratuita do próprio ser pessoal à pessoa do outro e, *in extremis*, ao possível «nós» diádico, em que a amizade, se existe no fim, terá aqui o seu verdadeiro fundamento teleológico. Nesse «nós», coincidiram harmoniosamente o amor de amizade e o amor de proximidade e esta coincidência será, ao mesmo tempo, oferta da realidade e vitória da nossa liberdade³²⁰.

Reconhecer o Homem como ser finito significa afirmar que a sua corporeidade não é única e simplesmente identificável a uma coisa mundana, objectivável. Pela sua corporeidade, o ser humano é um ser encarnado capaz de afectividade, de acção e desejo e de tomar consciência de si, como ser mortal. Inerente à sua corporeidade reconhece-se a capacidade de transcender o estatuto de objecto ou de algo manipulável. Corporeidade e transcendência sustentam-no como consciente de si, capaz de se reconhecer como finito vulnerável e como agente moral. Em sentido concreto, vulnerável é aquele que pode ser atingido no plano físico, psíquico, social ou moral. O *pathos* próprio do homem faz dele um ser de múltiplas potencialidades e de fragilidades. Por outros termos, ser corpóreo, será aquele que se projecta para fora de si e se relaciona com o Outro³²¹.

³²⁰ *Ibidem*, p. 654.

³²¹ ZUBEN, N.A.V. - «Vulnerabilidade e Decisão: tensão no pacto médico». In: *Revista O Mundo da Saúde* - ano 30v. 30 n.3 Jul/Set (2006), p. 442.

A vulnerabilidade, no cenário do existir humano, tem permitido a expressão de uma ética de solicitude ao Outro. Fica assim configurada a relação entre o *pathos da vulnerabilidade*, na situação de sofrimento e de doença, e o apelo aos actos do cuidado.

O surgimento do Outro, como vulnerabilidade, será a vida da minha responsabilidade, que revela a finitude numa dimensão ética, porque o Homem não pode ilibar-se da chamada suplicante e exigente do Rosto do outro Homem. Esta proximidade não se revela com carácter espacial, mas sublinha, naturalmente, o carácter contingente desta relação, porque próximo é o primeiro que chega³²². O próximo mais próximo, segundo a interpretação da parábola, pela leitura de Lévinas, é aquele que chegou primeiro. O próximo é o desenraizado, o apátrida, o exposto ao frio e ao calor das estações, o que, em suma, está despido de dignidade ou de valor, aquele que é Desvalido e vulnerável. E a proximidade é ditada, não pela distância, pelo espaço ou pelo tempo, de que o seu ser, como «vulnerável», me incumbe, me acusa de uma falta que não cometi livremente, obrigando-se a um despojamento de si mesmo, para cuidar do Outro como frágil³²³. A proximidade converte-se em sujeito, chega ao superlativo, quando desencadeia a «inquietaude» que não cessa, convertendo-se em única e, desde este momento, esquecendo-se completamente da reciprocidade. A proximidade é vulnerabilidade, fazendo com que esta seja uma plesiologia quenótica. Na vulnerabilidade há quenose do sujeito. A proximidade não está no saber e tão pouco na reciprocidade. A proximidade é não – indiferença à presença do Outro, que me olha.

³²² LÉVINAS - Du Sacré au saint, Minuit. Paris: 1977, p. 106.

³²³ MENESES, R. D. B. - *O Desvalido no Caminho. O Bom Samaritano, como paradigma da Humanização em Saúde*. Santa Maria da Feira: Edições Passionistas, 2008, pp. 134 - 135.

A proximidade do vulnerável cria-me uma ordem (pela ética normativa) e vivencia-me, pelos cuidados, pela (acção ao próximo), actualizando uma ética de virtudes. A proximidade é a soterologia da vulnerabilidade pelo cuidado. A proximidade é dar prioridade ao vulnerável³²⁴.

2.2.3. Transcendência

O homem é uma natureza cósmica e imagem e semelhança de Deus. Isto faz com que a temporalidade da existência humana, unitária na sua raiz, ofereça no seu aspecto duas formas cardinais: primeiro – o «tempo contínuo» do viver intra-mundano, no qual se realiza ou fracassa sucessivamente, e segundo, o antes e o depois, o que na decisão e na intuição amorosa é fulguração instantânea; o segundo como «instante» da decisão autêntica e do encontro interpessoal, no qual se radicaliza repentinamente a vivencia que o homem tem da sua peculiar implantação no fundamento da realidade³²⁵.

Ligada ao cuidado do mundo, a existência vive a sua temporalidade como «finitude». A morte é o término irrefutável dessa finitude. No instante do encontro amoroso, a existência e a co-existência são vividas como uma realidade interminável, como uma plenitude infinitamente projectada, mais além do que a morte. Amando a outra pessoa com amor «credível» e «co-efusivo», eu, pela forma de oferta, sacrifício ou confiança, faço doação de uma parte do meu ser e o homem não pode dar ao outro, seu ser quando este ser se tornou vida, palavras, gestos, tempo e actos psicofísicos, de toda a

³²⁴ *Ibidem*, p. 141.

³²⁵ LAÍN ENTRALGO, P. - *Teoría y realidad del outro*. p. 644.

espécie. É certo que eu posso morrer voluntariamente pelo outro; morrendo assim, dou-lhe toda a minha vida. No entanto, não quer dizer que lhe dou todo o meu ser³²⁶.

Para Entralgo, para amar é preciso amar a Deus - o amor a Deus é princípio e fundamento de todo o autêntico amor ao próximo, mas não é meio para “chegar” a este. O nosso eu só chega à sua plenitude ante o tu de Deus. Mas, para que a dilatadora ponte do amor de Deus alcance a eternidade, tem que ir apoiando-se em sucessivos pilares que são os do amor ao próximo. Quem assim ama, pode dizer: “eu sou contigo naquilo que nos permite ser nós mesmos” em nossa comum natureza de homens e no fundamento transcendente e único das nossas duas pessoas. O amor entre homem e homem é de certo modo uma relação entre três, porque Deus está sempre presente³²⁷.

A pressão do mundo, a força da carne e a deformação egoísta do amor de si mesmo impedem, uma ou outra vez, que a mútua doação de ser, a mútua diafanidade e a mútua assunção do ser alheio logrem perfeição e permanência. O primeiro passo do amor de «co-efusão» deve ser um respeitoso reconhecimento da pessoa do outro. O segundo passo do amor «co-efusivo» é a obra de perfeição da pessoa do outro. O amor de perfeição, na própria pessoa, não deve encobrir a multiplicidade dos seus defeitos, o amor de perfeição na pessoa do outro; deve, ao contrário, encobrir a sua multiplicidade de defeitos e este é justamente o limite que separa a transparência amorosa do cinismo.

O ideal da relação inter-humana não consiste em que o outro seja como eu, em que a minha «consciência de si» se duplique, mas sim em que através da virtude transfiguradora e clarificante do mútuo amor, ele e eu – e todos os outros – possuamos, em

³²⁶ *Ibidem*, p. 673.

³²⁷ *Ibidem*, pp. 677 - 679.

transparente comunhão, a «mesmidade» da nossa própria perfeição. Eu tenho que aspirar a que o outro e eu sejamos iguais naquilo que em nós é natureza e razão genéricas e devo aspirar a que ambos sejamos distintos um do outro, naquilo que a cada um dos dois singulariza como pessoas³²⁸. Mas, o amor humano só pode actualizar-se com certa perfeição na diáde. Um «nós» que não seja «tu-e-eu» não pode passar de ser um nós cooperativo e programático. Viver é ir constituindo distintas díades amorosas, uma cada vez que se produz o encontro com alguém a quem possamos chamar «amigo». Todavia, a diáde torna-se virtual e incoactivamente aberta aos outros homens, a todos os homens. Por íntima exigência da nossa constituição, o que em nós é mais pessoal é também o mais universal. Chamando «tu» ao «outro», dizendo ao outro, a sós com ele, uma palavra de amor, a criatura humana está proclamando a sua radical solidariedade ontológica com o seu Criador e com a criação inteira³²⁹.

Em Conclusão:

Entralgo tem uma ideia universalista do corpo humano, estudou-o intensamente, pois não só o refere à sua natureza cósmica, à intimidade pessoal e a Deus, mas também tenta sintetizar a filosofia e a ciência do corpo presente em toda a história do Ocidente. Como personalista, que é, investiga o que humaniza o nosso corpo, distinguindo-o do resto da matéria cósmica. Considera que “dentro de uma teoria total da pessoa, o corpo representa um papel analisador, catalisador e limitador: analisa o fluxo contínuo de vivências e expressões em que a pessoa vive; cataliza a chegada de vivências ao nível da

³²⁸ *Ibidem*, p. 679.

³²⁹ Cf. *Ibidem*, pp. 686 - 687.

consciência [...] e limita o viver no espaço e no tempo”³³⁰. O corpo por si só não existe. É importante para a constituição da vida humana a relação com «os outros». A ontologia do encontro – o sentido geral do «ser um- com o outro», aclara-se e confirma-se a partir da experiência determinada do diálogo com um logos em participação. O «eu» e o «tu» de «coexistência» fazem-se «coerentes» e «essenciais» na sua individualidade. Não há encontro com o «outro» se não houver a possibilidade de um «alternar-me», isto é, de ser o meu próprio ser em reciprocidade. Mas o encontro torna-se perfeito no amor com Deus. Só aí encontramos a nossa radical solidariedade ontológica. Só no amor com Deus descobrimos a nossa liberdade.

Entralgo tem um pensamento humanista³³¹, concebendo o homem como inquietude, insatisfeita e inacabada, uma realidade corpórea, sempre caminhante, que crê, espera e ama. O seu pensamento acerca da natureza do homem é produto de uma revisão profunda, sincera e honesta dos pressupostos filosóficos e religiosos que possuía conjugados com os conhecimentos científicos mais actuais, que nunca deixou de procurar, adaptando-se inclusive às novas tecnologias e extraindo delas o necessário para um maior conhecimento do ser humano³³².

A compreensão, daquilo que numa determinada época ou numa sociedade em particular, era entendida por «sadio», foi variando de forma notória ao longo da história. Teve marca da influência do sistema de valores de cada sociedade, bem como a adaptação

³³⁰ Cf. ORRINGER, NELSON, R. - *La antropología médica de Pedro Laín Entralgo*. Barcelona: Círculo de Lectores, 2004, p. 103.

³³¹ Cf. ORRINGER, Nelson, R. – *La aventura de curar, La antropología médica de Pedro Laín Entralgo*. Barcelona: Círculo de Lectores, S.A., Janeiro, p.62. O termo humanismo aplica-se a qualquer perspectiva ou atitude perante a vida centrada nos interesses e necessidades humanas. Pedro Laín Entralgo soube, ao longo da sua vida, elaborar uma verdadeira fenomenologia personalista, quer pelo seu estudo aprofundado, de tudo quanto diz respeito ao homem, quer pela própria conduta do mesmo homem. Encontrou uma postura perante a vida ou uma visão do mundo que está em sintonia com o conhecimento moderno, é inspirador, socialmente consciente e com significado pessoal. Não é apenas uma atitude da pessoa que pensa mas também da pessoa que sente, já que se inspirou em linhas de pensamento de vários autores, entre eles Xavier Zubiri.

³³² Cf. TERNEL, Francisco Mora – «Neurociências e humanismo en Laín Entralgo: Algunas notas e reflexiones». In: *Arbor* CXLV, 572 Agosto (1993), pp. 101 - 114.

das pessoas às exigências dessa sociedade. As concepções de «saúde» já não deveriam significar que é sadio nem deveriam considerar a pessoa sadia, pois podem tornar o corpo humano doente. As reacções do corpo humano são inversas dos critérios de «saúde», que normalmente se lhes aplicam quando sadios e quando os consideram enfermos patológicos.

Neste sentido, não se pode reler o conceito de saúde apenas pelo sistema de valores de uma sociedade, mas também se ele tem em conta a sua compatibilidade com a pessoa e se respeita a figura corpórea da mesma pessoa. A saúde deve ser definida de modo pluridimensional, se esse conceito quer servir toda a vida da pessoa. Tem de contemplar um acordo entre alma e corpo, entre ser humano e mundo circundante, entre pessoa e sociedade, entre imanência e transcendência e tem de ter em conta a unicidade da pessoa humana em todos os seus espaços vitais³³³. No domínio da transcendência, os grandes sofrimentos revelam ou não o sentido vivido da vida humana.

³³³ AQUINO, S. Tomás. – *Princípios da Natureza*. Porto: Porto Editora, 2001, pp. 26 - 29.

2ªPARTE

OS CUIDADOS DE SAÚDE

CAPITULO I – OS CUIDADOS DE SAÚDE E A ÉTICA

Este capítulo evidenciará uma análise conceptual de cuidados de saúde cujo sustentáculo será o valor da dignidade humana, alicerçado na relação entre quem cuida e quem é cuidado. Mostrará a dimensão do corpo na doença, através de uma análise sobre o corpo vivido doente, partindo dos binómios corpo-objecto e corpo-vivido.

1. CUIDADOS DE SAÚDE: CONCEPÇÃO

Para reflectirmos nos cuidados de saúde é necessário fazermos uma abordagem à forma como surgiu a profissão de enfermagem, e conseqüentemente os cuidados de saúde formais, uma vez que foram eles que estiveram na origem da profissão.

Quando consultada bibliografia sobre a origem dos cuidados, consta-se que desde que há vida humana, os cuidados existem, e que a continuidade da vida se deve ao facto da sua existência. Estes cuidados, que qualquer pessoa prestava porque era necessário assegurar a continuidade da espécie, não pertenceram durante milhares de anos a nenhum ofício ou profissão em particular. No entanto, verificamos que nas civilizações primitivas os cuidados eram assegurados por mulheres. Durante milhares de anos, a prática de cuidados correntes, isto é, todos os cuidados que suportam a vida de todos os dias ligam-se fundamentalmente às actividades das mulheres³³⁴. Durante muito tempo a mulher consagrada à vida religiosa foi a grande cuidadora.

O desenvolvimento biomédico conduziu à utilização de técnicas cada vez mais complexas. Foi a enfermeira que passou a ajudar o médico, quer preparando o material

³³⁴ COLLIÈRE, Marie-Françoise - *Promover a Vida*. 2ª ed. Lisboa: Lidei Edições Técnicas Lda., Março, 1999.

necessário à sua prática, quer assegurando os cuidados prescritos por ele. O médico era responsável pelo tratamento e a cura da doença e a enfermeira pelos cuidados que prestava, não ao doente, mas na ajuda ao médico.

A mulher consagrada à vida religiosa passou a compartilhar o seu desempenho com outras mulheres profissionais que, para além de assumirem o cuidado técnico, não se esqueciam da componente moral.

Com o desenrolar do tempo, a enfermagem submeteu-se cada vez mais à Medicina, desenvolvendo-se o modelo biomédico. Consequentemente, o «tratar» foi ganhando importância e fez esquecer o verdadeiro «cuidar». Isto é, os cuidados aos doentes passam a ser “a técnica e os cuidados técnicos. É a doença que os determina, os orienta”³³⁵. De facto, com o desenvolvimento da ciência e da tecnologia, os cuidados de saúde passaram a enquadrar um modelo tecnicista, em que a doença e o tratamento ocuparam uma posição principal. Neste sentido, a preocupação central passou a ser a eficácia do tratamento, começando-se a esquecer a dimensão humana do doente, bem como as áreas do cuidar que valorizam a pessoa doente na sua totalidade.

A pessoa, embora tecnicamente bem tratada, é muitas vezes coisificada. Isto leva-nos a reflectir no perigo da desumanização. A este respeito E. López Azpitarte diz: “os progressos da medicina moderna trouxeram muitos benefícios para a sociedade, mas corremos o risco de esquecer que o doente é antes de tudo uma pessoa e não simplesmente um organismo que necessita de reparação”³³⁶.

³³⁵ *Ibidem*, p. 125.

³³⁶ Cf. LÓPEZ, E. Azpitarte - *Ética y Vida: Desafíos Actuales*. Madrid: Ediciones Paulinas, 1990, p. 238.

Os doentes, por sua vez, conhecem cada vez mais um maior número de médicos e de técnicos de saúde e, simultaneamente, sabem cada vez menos sobre os seus cuidadores como pessoas, desconhecendo, muitas vezes, os seus nomes. Os doentes continuam a sofrer e sentem mais do que nunca o abandono, a solidão, a falta de atenção e de humanidade.

Vivemos num tempo na qual predomina o conhecimento racional e o conhecimento científico é, para muitos, a única espécie de conhecimento aceitável. No entanto está a verificar-se uma mudança de paradigma que conduz a uma mudança profunda no pensamento, percepção e valores que formam uma determinada visão da realidade. O universo passa de uma visão mecanicista para a visão de um todo dinâmico, indivisível, no qual as partes são essencialmente inter-relacionadas.

Este paradigma tem influenciado a enfermagem e o cuidar tem sido debatido nas suas múltiplas dimensões. As enfermeiras vêem as pessoas como seres totais, que possuem família, cultura, têm passado e futuro, crenças e valores que influenciam nas experiências de saúde e doença.

O mundo está «aí» onde os homens existem conjuntamente. Ele é o lugar da sua vida humana. Ele é o lugar do sentido da sua existência. Como diz Merleau-Ponty, “o mundo não é aquilo que eu penso, mas aquilo que eu vivo; eu estou aberto ao mundo, comunico-me indubitavelmente com ele, mas não o possuo, ele é inesgotável. “Há um mundo” ou, antes, “há o mundo” [...]”³³⁷.

A questão do cuidado no mundo coloca-se desde que nós reflectamos sobre o sentido de permanecer no mundo, de o construir e de o habitar, desde que nós procuremos

³³⁷ MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception*. Avant Propos, XII.

compreender o que une a actividade e o pensamento. Para permanecer no mundo, é preciso que ele seja visível para nós, de acordo com a nossa dignidade, ou seja, que nós possamos existir nele na plenitude da nossa humanidade. A preocupação do agir humano deve, portanto, ser principalmente o cuidado, a protecção e o bom uso do que nos rodeia.

Com efeito, o cuidado é uma atitude que acompanha todas as dimensões da realidade humana. O homem cuida de si mesmo e dos seus semelhantes, isto é, cuidar diz respeito aos outros e a si mesmo. Cuidar diz respeito às coisas, a tudo o que constitui o mundo, bem como à própria acção. Neste sentido, o cuidado mostra-se em todas as atitudes autênticas, é a preocupação primordial.

Cuidar e ser cuidado é inerente à condição humana. Heidegger reúne todas as estruturas constitutivas de nossa existência numa só, que denomina “cuidado” (cura, em latim, *Sorge*, em alemão).

Desde que surja vida os cuidados existem, já que é necessário cuidar da vida para que esta permaneça. O homem, assim como todos os seres vivos, não pode escapar a esta imperiosa necessidade. Por isso, para assegurar a sobrevivência dos indivíduos e, através dela, a do grupo e da espécie, o ser humano esforçou-se por descobrir este universo que o envolve para fazer dele um aliado.

Após termos feito uma pequena reflexão sobre a compreensão do «cuidar», enquanto fenómeno maior da nossa existência, vamos tentar neste capítulo reflectir sobre os laços que unem a significação do cuidado à da saúde, tendo sempre presente o valor da dignidade humana e a compreensão do agir especial que se estabelece entre quem cuida e quem é cuidado.

1.1. O CUIDAR

O termo cuidar corresponde a um fenómeno universal, é encarado sob diferentes prismas que ao reflectirem uma cultura, se associam a diferentes concepções. Nos últimos anos o conceito tem sido tema central de grande parte da literatura, mais recentemente da literatura de enfermagem, por ser considerado como a essência da disciplina³³⁸.

Neste contexto, se o conceito de dignidade humana serve de referencial normativo a todo o tipo de intervenção no homem, tanto na esfera política como na social, a prestação dos cuidados de saúde não podia fugir a esta realidade.

Por esse motivo, será necessário fazer uma distinção entre o «cuidar» e o «tratar», uma vez que há quem confunda estes dois termos. Segundo Collière,

“cuidar (care) é um acto individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”³³⁹.

Cuidar é, de facto, prestar atenção global e contínua a um doente, nunca esquecendo que ele é, antes de tudo, uma pessoa. Neste sentido, o cuidador nunca poderá esquecer todos os cuidados físicos, psicológicos ou espirituais de que o doente precisa, para além dos cuidados de saúde exigidos pela doença em si.

Entendemos por «tratar» a prestação de cuidados técnicos e especializados dirigidos apenas à doença e que tem como principal finalidade obter a cura. Neste sentido, a pessoa

³³⁸ LEININGER, Madeleine, M – *Caring: an essencial human need*. Detroit: Wayne State University Press, 1988.

³³⁹ COLLIÈRE, Marie Françoise – *Soigner...Le premier art de la vie*. Paris: Masson S. A. 1996, pp. 286-287. “Care is an individual act that we give to ourselves since we acquired autonomy, but it is also an act of reciprocity that we give to any person, temporarily or permanently, who needs help to take their vital needs”.

doente não é vista na sua globalidade. O cuidador pensa no doente, mas tende a esquecer a pessoa com necessidades psicológicas, sociais e espirituais, vendo-o apenas com necessidade de cuidados físicos que não pode prestar a si próprio pelo facto de estar doente. Collière chama-lhes “cuidados de reparação (cure), que consistem em tratar o que constitui obstáculo à vida, acrescentando que os cuidados existem desde que o homem existe”³⁴⁰.

De facto, toda a pessoa, ao longo da sua vida, precisa de cuidados, no sentido de satisfazer as suas necessidades básicas e indispensáveis à vida, sejam elas fisiológicas, psicológicas, sociais ou espirituais. Sempre houve necessidade da pessoa se cuidar a si própria, cuidar dos outros ou ser cuidada e, naturalmente, foram sendo criados laços de interdependência entre as pessoas, uma vez que o homem vive em comunidade.

Para a compreensão do cuidar como uma dimensão fundamental do agir humano, no dinamismo de uma energia na qual reconhece o que é a saúde, Honoré baseia-se em três pressupostos³⁴¹:

- O cuidar não é exclusivo dos técnicos; refere-se a todos e a cada um; às coisas e a tudo o que faz parte do mundo.
- É o que mantém a existência, a actividade humana; dirige-se ao outro e ao ambiente, salvaguardando a dignidade humana.
- Apesar da sua fraqueza, vulnerabilidade e incertezas, cuidar traduz-se no que somos, com capacidade de pensar e manter a condição de existência, através das várias opções que se vão descobrindo.

³⁴⁰ *Ibidem.*

³⁴¹ HONORÉ, Bernard – *Persévérer ensemble dans l'existence*. Paris: Seli Arslan, 2001, p.256.

Mas esta ajuda entre as pessoas ganha mais relevância quando a pessoa se encontra doente e, conseqüentemente, mais fragilizada, necessitando de cuidados de saúde.

Neste sentido, será a pessoa doente considerada um ser humano detentor de uma dignidade constitutiva e inviolável, que merece todo o respeito, que não diminui nem desaparece quando está doente?

Pensamos que não. Nas últimas décadas, passou-se para uma utilização excessiva de exames complementares e de fármacos e, em contrapartida, deixou-se de valorizar a escuta e o diálogo com o doente. Os profissionais de saúde sabem cada vez mais sobre as doenças e conhecem cada vez menos os doentes e as pessoas que estes nunca deixam de ser.

Continuando a nossa exposição, e indo ao encontro de Daniel Serrão, a pessoa doente

“é uma pessoa humana, síntese admirável e, para mim, ainda, misteriosa, de duas realidades categoriais que representámos pelas palavras corpo e espírito, as quais não existem uma sem a outra e que mutuamente se explicam: aquele corpo é humano porque se exprime através de um espírito; e nada sabemos do espírito humano para além do que aquele corpo nos revela”³⁴².

De facto, é importantíssimo considerar a pessoa na sua totalidade e, portanto, cada doente na sua unidade insubstituível e na sua situação singular, tendo sempre o cuidado de não olhar apenas à patologia. Isto é, cada homem vive a sua doença de uma maneira única e tem muitas vezes problemas de ordem psicológica, social ou espiritual, para além da sua doença física.

³⁴² SERRÃO, Daniel. - «A Medicina e a Ética do Século XXI». In: *Brotéria* 2. vol. 144, Fevereiro (1997), pp. 213 - 222.

Na verdade, se os profissionais de saúde agirem com respeito, associando sempre a competência técnica e a sensibilidade humana, estarão a respeitar a dignidade da pessoa e, ao mesmo tempo, a contribuir para que o doente seja orientado e ajudado na solução dos problemas que podem acompanhar a sua doença, contribuindo certamente para uma aceitação ou recuperação mais fácil. Como diz o Padre Feitor Pinto, “O mais importante é mesmo ser reconhecido como pessoa e receber nos serviços de saúde a qualidade humana a que se tem direito e, ao mesmo tempo, encontrar a resposta afectiva indispensável para a alegria de viver, mesmo na hora da provação”³⁴³.

Parece-nos inegável, podendo constatá-lo através de muitos exemplos, que a existência de laços de solidariedade, de afecto, de cuidados, é inerente a qualquer ser humano. Nascemos fruto da relação e sobrevivemos pela relação. A este respeito Laín Entralgo escreve: “[...] o encontro se realiza diversificando-se em uma série de acções perceptivas, afectivas expressivas, intelectuais e operativas”³⁴⁴. Neste sentido, parece-nos indiscutível a afirmação de que cabe relevante papel na humanização a todos os profissionais de saúde, já que nenhum destes tem justificação para a sua existência senão em função da presença da pessoa doente.

Sou enfermeira, tenho consciência de que o agente da primeira linha da humanização é a enfermagem, contribuindo poderosamente para a prática de cuidados de saúde mais humanos e, por isso mesmo, de melhor qualidade, ao serviço do outro.

Por outro lado, temos um grande desafio pela frente: precisamos de aprender e de vivenciar a dimensão do amor/cuidado para com o doente. A solidariedade eficaz alia

³⁴³ FEITOR, Pinto - «Humanização e Qualidade de Vida». In: *Servir*. vol. 44, nº 1 (1996), p. 20.

³⁴⁴ LAÍN ENTRALGO, P. – «El momento afectivo de la relación medica». In: *La relación médico-enfermo*. Madrid: Editorial. 466 - 479 (1983), p. 466.

competência científica e humana ao serviço da pessoa fragilizada. Isto é a garantia da dignidade da pessoa. O nascimento da Bioética e o seu desenvolvimento constituem a certeza de uma reacção positiva, reflexo da preocupação com as consequências de todo o progresso sobre a pessoa.

Assim, é fundamental nunca esquecer que a pessoa é o verdadeiro centro de atenção e que a palavra-chave deixa de ser a «cura» (cure) e passa a ser o «cuidar» (care), o que implica sempre interrogarmo-nos se o que é cientificamente possível é eticamente correcto.

Cuidar é assim uma atitude, uma maneira de estar na vida que induz a um verdadeiro olhar para o outro e para o mundo. “Cuidar de tudo o que compõe o mundo e de tudo o que contribui para o tornar, a cada dia que passa, mais humano, eis o que poderemos designar por missão da comunidade dos humanos”³⁴⁵. Cuidar é assim, antes de mais, um acontecimento entre pessoas.

Também Mayeroff apresenta a sua concepção de cuidar, quando diz que “no cuidar eu experiencio o que eu cuido como extensão de mim e, ao mesmo tempo, como algo separado de mim que eu respeito por si mesmo”³⁴⁶. E sublinha que o cuidar é ajudar o outro a crescer, não impondo a sua própria direcção. A nossa abertura ao mundo é condicionada pelo conhecimento que temos de nós, pela consciência da nossa existência, pela capacidade de vermos o outro como ingredientes do cuidar: o conhecimento, a alternância de ritmos, a paciência, a honestidade, a confiança, a humildade, a esperança e a coragem.

³⁴⁵ HESBEEN, Walter – *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência, 2004, p. 25.

³⁴⁶ MAYEROFF, Milton – *On caring*. New York: Harper Perennial, 1990, p. 7.

Através de vários estudos realizados, conclui-se que o conceito de cuidar é multidimensional e complexo, continuando assim nos dias de hoje. No entanto, existe unanimidade em considerar o respeito como um conceito central da enfermagem e o mais fundamental valor profissional. O respeito aqui em questão é o de “cultivar intimamente a convicção que cada humano, quaisquer que sejam as suas características e a sua história, quaisquer que sejam os actos que tenha cometido, é – e permanece – equivalente a dignidade”³⁴⁷. Esta dignidade nunca se perde, porque cada humano é uma parte da humanidade.

Na fundamentação filosófica da sua teoria *Human Care*, Watson define cuidar como “ideal moral da enfermagem e a sua finalidade como protecção, realce e preservação da dignidade humana”³⁴⁸. Este conceito não é somente um simples desejo, uma emoção ou uma atitude, aponta um sistema de valores, vontade, compromisso, conhecimento, acções carinhosas, sendo na relação intersubjectiva entre o enfermeiro e a pessoa, que o cuidar se manifesta. O objectivo das intervenções da enfermagem é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana, uma vez que procuram “[...] ajudar as pessoas a obter um maior grau de harmonia entre a mente, o corpo, e o espírito, o que originará o conhecimento e o respeito por si próprio e o desenvolvimento do processo de auto-cuidado”³⁴⁹.

³⁴⁷ HESBEEN, Walter – *Cuidar neste mundo*. p.25.

³⁴⁸ WATSON, Jean – *Nursing: human science and human care – a theory of nursing*. New York: National League for Nursing, 1988, p. 29.

³⁴⁹ *Ibidem*, p. 49.

1.2. DIMENSÃO RELACIONAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE

O ser humano, pelo facto de existir, é detentor de uma dignidade constitutiva e inviolável que merece todo o respeito, não diminuindo nem desaparecendo quando está doente.

Como se sabe, a dignidade da pessoa decorre, essencialmente, do valor incondicional de cada ser humano, ser único e irrepetível. Com efeito, cada pessoa é dotada de uma determinada personalidade, tem uma história concreta e singular, tem os seus próprios sentimentos, ideias, interesses e desejos. Tem experiências passadas únicas e expectativas futuras, também pessoais e únicas, que vão condicionar o modo como enfrenta todas as situações com que se depara. Por isso, também não surpreenderá que cada um reaja de forma diferente a um mesmo factor agressor. A pessoa doente, afectada por um determinado factor, manifestará, genericamente, os sintomas descritos na literatura para aquela patologia, mas poderá não manifestar todos eles ou referir sintomas até então nunca mencionados. De facto, uma mesma doença poderá manifestar-se diferentemente em cada pessoa que está doente.

Neste sentido, olhar apenas a doença como se ela se pudesse abstrair da pessoa doente é também esquecer ou negligenciar parte das manifestações da doença. Não se deve generalizar e atender apenas à situação patológica, mas deve-se, pelo contrário, «tratar» a doença não esquecendo o doente e «cuidar» do doente não esquecendo a pessoa. O doente nunca pode ser reduzido a um simples caso ou a um simples número, pois é um ser humano doente, ou seja, é uma pessoa humana possuidora de um espírito sempre encarnado e de um corpo físico, material, palpável e visível. É através desse corpo sempre

espiritualizado que a pessoa toma conhecimento de si e se relaciona com o mundo e com os outros. A este respeito dirá Vergílio Ferreira:

“E é porque somos unos e somos corpo, que o nosso corpo é uno. Somos mãos, pés, boca, somos olhos, ouvidos, sexo; e porque o somos não os temos. A pluralização do que somos unifica-se na pessoa que é essa pluralização e está toda presente em cada aspecto dela; como está presente em cada aspecto espiritual que se realiza com cada aspecto dessa pluralização do corpo”³⁵⁰.

Daí a importância em considerar a pessoa na sua totalidade e, portanto, cada doente, como ser único e irrepetível, tendo sempre o cuidado de não olhar apenas à patologia.

Cada homem vive, portanto, a sua doença de uma maneira única e irrepetível, pois, para além da sua doença física, tem muitas vezes problemas de ordem psicológica, ou mesmo social ou espiritual, com os quais frequentemente não nos preocupamos, precisamente porque raramente se valorizam os aspectos que não são de ordem física. É um dever prestar atenção a todos os problemas da pessoa doente e nunca os considerar como sem qualquer importância, o que implica associar sempre a competência técnica e a sensibilidade humana. De facto, reflectir o modo como aquele doente sente e vive a sua doença contribui para o esclarecimento e para o tratamento da doença. Além disso, se o doente for orientado e ajudado na solução dos problemas que podem acompanhar a sua doença, certamente será mais fácil a sua aceitação ou recuperação.

Há que atender à pessoa na sua globalidade, nunca sendo de mais repetir que o estar doente diz respeito sempre a uma pessoa e que a doença física nunca está completamente dissociada do psicológico e do espiritual, tal como o psicológico e o espiritual nunca estão

³⁵⁰ FERREIRA, Vergílio – «Subjectividade do Corpo». p. 257.

completamente dissociados da integridade e da força corporal. Deste modo, a pessoa doente tem de deixar de ser considerada um caso, um número, uma fonte de estudo e investigação, para passar a ser reconhecida como o outro na sua alteridade, e que necessita de cuidados globais.

A relação entre quem cuida e é cuidado é mais do que uma simples partilha, porque em toda a situação de cuidados, experimentamos, não somente a relação com outrem mas a coexistência de uma dupla alteridade. Como escreveu Pedro Laín Entralgo, “desde o mesmo momento em que um homem se encontra com outro, entra com ele numa vinculação por sua vez unitária e diversa”³⁵¹.

Podemos dizer que o que caracteriza um modo particular de relação interpessoal é esta coexistência de uma dupla alteridade, porque, citando Levinas, “[...] não se trata de pensar conjuntamente o eu e o outro, mas de estar diante. A verdadeira união ou a verdadeira junção não é uma junção de síntese, mas uma junção do frente a frente”³⁵². É neste espaço que os cuidados de saúde acontecem como resposta à condição singular de cada doente e se estabelece a relação que ajuda a pessoa doente e em sofrimento.

1.2.1. Relação de ajuda – profissional de saúde e doente

A relação ideal profissional de saúde e doente deve ser constituída numa «genuína amizade», isto é, nela há uma verdadeira participação «pessoal» e não só uma cooperação externa «objectiva»³⁵³. Significa uma vinculação inter-humana, baseada na afectividade.

³⁵¹ LAÍN ENTRALGO, P. – «El momento afectivo de la relación medica». p. 466.

³⁵² LEVINAS, E. – *Éthique et Infini. Dialogues avec Philip Nemo*. Paris: Librairie Arthème Fayard, 1972, p. 69.

³⁵³ LAÍN ENTRALGO, P. – «El momento afectivo de la relación medica». p. 470.

Da mesma maneira, a relação com qualquer pessoa doente nunca poderá ser superficial, distante e despromovida de interesse e de afecto. Pelo contrário, deverá ser uma relação entre pessoas, baseada na compreensão e calor humano, na capacidade de saber ouvir e escutar, onde o diálogo esteja sempre presente. Até porque a pessoa doente está normalmente mais frágil, pode ter reacções e atitudes que não são as habituais e necessita de compreensão e ajuda.

Esta necessidade de compreensão por parte da pessoa doente torna-se, regra geral, mais intensa quanto mais grave é a doença, pelo que, quando já não existe a possibilidade de curar, cuidar torna-se ainda mais fundamental e assume uma relevância especial, como proclama M. González Barón: “[...] quando estamos perante uma situação de deterioração física com uma perspectiva de vida muito curta, e compreendemos que o doente está em fase terminal, toda a actuação e esforços do pessoal de saúde devem centrar-se no cuidar o doente”³⁵⁴. Existem, de facto, situações em que se deve deixar que a doença siga o seu curso natural, sabendo reconhecer a nossa condição de mortais. Neste contexto particular, podemos dizer que o cuidar é o corolário da acção dos profissionais de saúde. Uma vez que a tendência é ainda, por parte de muitos, a de que os progressos científicos se sobrepõem ao homem, esquecendo que em primeiro lugar deve estar sempre a pessoa, torna-se urgente recuperar o verdadeiro cuidar e promover a humanização dos cuidados de saúde.

Podemos, pois, afirmar que a «relação» é o elemento primeiro no ser dos cuidados, isto é, a relação é a essência dos cuidados de saúde, já que sem a «relação» eles deixam de existir.

³⁵⁴ GONZÁLEZ, M., Barón – *Tratado de Medicina Paliativa Y Tratamiento de Suporte en el Enfermo com Cáncer*. 1996, p. 4.

A relação com outrem deve ser baseada numa reciprocidade simétrica, o que nem sempre acontece. Mas a relação profissional de saúde/doente é uma relação que se impõe como condição que torna possível a resposta ao apelo daquele que sofre. Compete ao profissional de saúde garantir que ela estabeleça uma ajuda efectiva à pessoa doente. Como refere Jean Watson, que produza «resultados terapêuticos»³⁵⁵. Por outras palavras, existe sempre uma intenção prévia na relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o doente — que é ajuda para com a pessoa que sofre. De facto, ajudar quem sofre é o que move os profissionais de saúde, é o fundamento do agir profissional.

A relação de ajuda é acima de tudo uma relação genuína, baseada no respeito mútuo e centrada na escuta daquele que sofre. É de salientar que o espaço relacional tem o seu início no momento em que o doente pede ajuda e o profissional de saúde demonstra disponibilidade³⁵⁶ para o ajudar. Deste modo, está construído o «ambiente» no qual o doente será ajudado a mobilizar todos os recursos que lhe permitam lidar com a doença e o sofrimento.

É de salientar que a forma como o profissional de saúde se mostra presente é a chave da qualidade deste espaço relacional. Por outras palavras, o profissional de saúde deve ser-para-o-outro, isto é, deve envolver-se numa relação genuína, desinteressada, na qual o outro aparece não como um «eu», mas como um «outro» diferente de um «tu». Segundo Etelvina Nunes, “Na expressão de Lévinas, ir ao encontro do infinito, é ir ao encontro dos outros, pôr-se ao seu serviço”³⁵⁷. De facto, para compreender o outro e o seu

³⁵⁵ WATSON, Jean – *Nursing: the Philosophy and Science of Caring, United States of America*. Colorado: Associated University Press. 1985.

³⁵⁶ Disponibilidade significa que o profissional de saúde se abre à subjectividade da pessoa doente, isto é, à sua forma particular de ser-no-mundo.

apelo, é necessário que quem cuida se desconcentre da preocupação consigo próprio, é doar-se ao outro, é servir o próximo — é responsabilidade³⁵⁸.

Esta abertura ao outro não é um acolhimento³⁵⁹ passivo; pelo contrário, é um acolher dirigido num movimento que respeita o espaço e os tempos do doente. Assim, cuidar do outro é ajudá-lo não invadindo com furor o seu espaço. Cuidar é contribuir para que o outro realize o seu projecto pessoal e não aplicar regras de conduta que lhe são estranhas.

Impõe-se, por conseguinte, no cuidar a compreensão, que “é um processo de abertura que constitui quem cuida e quem é cuidado como parceiros da acção de cuidar”³⁶⁰. Por outras palavras, compreender é abraçar e partilhar atitudes de simpatia, é a forma mais dignificante de doação, porque “eu descubro a minha vocação como pessoa, quando percebo a solicitação que vem do outro [...]”³⁶¹.

Neste sentido, só podemos compreender a pessoa que está diante de nós quando olhamos a sua doença e o seu sofrimento no âmbito de um ser envolvido na existência. Podemos, por isso, dizer que “na relação do cuidado, o mais desejável é a perseverança na existência”³⁶². Ora, é no reconhecimento do outro que somos reconhecidos e é nesta relação interpessoal que se constrói uma relação de sujeito a sujeito que alicerça a prestação de cuidados de saúde personalizados e individualizados.

³⁵⁷ NUNES, Etelvina. - «Que É Ser Pessoa». In: *Cadernos de Bio-Ética*. 1998, p. 37.

³⁵⁸ O termo “responsabilidade” é usado por Lévinas para exprimir a minha doação ao outro. E pelo vínculo da responsabilidade torno-me irmão dos homens. *Ibidem*. No vocabulaire de Lalande, a solidariedade da pessoa com os seus actos é condição prévia de qualquer responsabilidade.

³⁵⁹ “O acolhimento refere-se habitualmente à recepção feita a alguém, àquele que chega como um desconhecido [...] O acolhimento é então abertura a formas não pré-fabricadas do outro, num re-acolher, num registo de si mesmo. É a verdadeira recepção e não uma permissão”. HONORÉ, Bernard – *Cuidar - Persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência, 2004, pp. 214 - 216.

³⁶⁰ *Ibidem*, p. 226.

³⁶¹ Cf. MARCEL, Gabriel, em NUNES, Etelvina. - «Que É Ser Pessoa». p. 37.

³⁶² HONORÉ, Bernard – *Cuidar - Persistir em conjunto na existência*. p. 225.

Com efeito, é nesta abertura ao outro e no respeito pela sua singularidade, identidade, que o profissional de saúde encontra a pessoa e a sua circunstância. É olhando o outro como sujeito, como um Eu em sentido pleno, que se estabelece uma relação de abertura e respeito pelo outro. Ao contrário, quando olhamos o outro desprovido da sua singularidade, privámo-lo da sua história pessoal e ficamos perante um sujeito universal, ou melhor, ficamos perante um indivíduo vago e intemporal.

Olhar o outro como um objecto é simplesmente obter, de uma forma abstracta, a sua exterioridade manifesta; é adquirirmos um conjunto de dados objectivos; é, muitas das vezes, obtermos uma lista de sintomas. Porém, escapa-nos a sua interioridade, a sua subjectividade, porque esta não é da ordem das coisas. De facto, a qualidade da relação com outrem depende intrinsecamente da posição existencial daquele que cuida do seu ser aí. Como diz Etelvina Nunes,

“Abrir-me e dar-me ao outro, ao desconhecido, ao primeiro que chega, pressupõe uma relação mais pessoal, com um tu, com quem se partilha a vida, relação que pressupõe uma maior intimidade, que podíamos chamar, diferentemente de Levinas, uma relação de amor. Relação marcada pela gratuidade da qual se explicita a identidade e a unicidade, que poderíamos chamar àquela marca pessoal, que cada pessoa traz consigo, marca de irrepetibilidade, que em si já está inscrita no rosto de cada homem”³⁶³.

Sou enfermeira e, infelizmente, sinto muitas vezes que existe um envolvimento relacional entre o doente e os enfermeiros puramente instrumental (relação sujeito-objecto), no qual não é permitido ao doente existir por si próprio na sua singularidade. Esta relação instrumental reduz o doente e os enfermeiros a uma função pragmática, isto é, ao

³⁶³ NUNES, Etelvina. - «Que É Ser Pessoa». p. 37.

doente compete simplesmente enumerar a sua sintomatologia e ao enfermeiro transformá-la em diagnósticos e estabelecer as intervenções tecnológicas que a elimine. É neste ambiente relacional que a pessoa doente é “coisificada” — o enfermeiro deixa de se centrar na pessoa para se centrar na doença e o doente transforma-se efectivamente num simples caso. Parafraseando Collière, diríamos que os cuidados aos doentes passam a ser simplesmente técnicos. É a doença que os determina, os orienta.

Com experiência de facto, podemos afirmar que o insucesso na relação profissional de saúde/doente é o problema mais comum no contexto dos cuidados de saúde. Neste momento, ressalta uma questão importante: por que motivo a relação profissional de saúde/doente falha tantas vezes? Talvez seja porque conhecer compreendendo o outro é uma descoberta morosa que põe à prova a nossa capacidade de investimento no outro e que nos confronta muitas vezes com os nossos limites.

Efectivamente, se queremos ajudar profissionalmente o outro que está diante de nós, é necessário colocarmos um pouco de lado todas as teorias e preconceitos e colocarmos no centro da nossa atenção a sua vida vivida — a sua história.

Neste sentido, o profissional de saúde tem que se mostrar presente aos seus doentes, ou seja, tem que demonstrar: Disponibilidade, escuta, respeito, autenticidade, consideração, aceitação, confiança e compreensão empática. Só assim é possível estabelecer uma relação que ajude o doente, porque permite ao profissional de saúde tomar consciência das emoções, sentimentos e comportamentos do doente.

É de salientar que as formas de comunicação, neste campo, têm uma função muito importante, uma vez que é através da comunicação verbal e não verbal que a pessoa vai crescendo num espaço cultural, espiritual, próprio e historicamente determinado.

1.2.2. A comunicação entre o profissional de saúde e o doente

A avaliação correcta da situação de sofrimento deve ser concomitante ao estabelecimento da relação terapêutica baseada na corrente humanista, que preconiza e utiliza a empatia, o apoio incondicional, a congruência, a genuinidade para a exploração dos potenciais, a estimulação do sentido de vida, a orientação interior, a criatividade e a dimensão existencial.

Todas as pessoas guardam um mistério, segredo, que as transforma em únicas, autónomas e diferentes. A tentativa de invadir o espaço íntimo do outro, sem permissão e à força, é imediatamente rotulada de violação.

A pessoa deverá respeitar o «mistério dos outros». E, por isso, quando alguém se aproxima de nós com a intenção de invadir a nossa intimidade, as portas de acesso a ela fecham-se instintivamente. No entanto, o acesso à intimidade pode ser conseguido se para tal existirem condições apropriadas, ou seja, quando entre duas pessoas se estabelece uma relação de proximidade. No fundo, não passa de uma comunicação de pessoas que permanecem pessoas, ou seja, que se respeitam, que confiam mutuamente, que se defendem e que guardarão consigo o produto da partilha.

Na intimidade, não há lugar para o artificial nem para desconfianças. É um espaço de confiança, dentro do qual o «eu» e o «tu» geram um sentir único e mútuo nos seus segredos pessoais, mantendo-os seguros, protegidos. O encontro entre o doente e o profissional de saúde deve preconizar o olhar, isto é, estes olham-se mutuamente e é através deste olhar recíproco (meio de comunicação) que a actividade expressiva adquire a sua intensidade máxima e a sua significação mais forte. Mas todo o olhar pertence a uma

totalidade expressiva, da qual são partes principais a expressão verbal, o gesto do rosto e a atitude.

Assim, um olhar só pode ser compreendido quando entendermos a situação em que surge e através da totalidade expressiva a que pertence, o que requer ter presente a discrepância entre a expressão real e a intenção expressiva. Laín Entralgo refere que é necessário distinguir no olhar a sua intenção e a sua profundidade, pois ambas permitem compreender os vários modos típicos de olhar. Todavia, o olhar é sempre, em certa medida, objectivar. O olhar pode ter, e tem com frequência, uma intenção mais radical que a pura objectivação, sendo essa a intenção da operação objectiva³⁶⁴.

Os olhares são distintos, de acordo com a profundidade da realidade que tenta chegar ao outro. Olho o outro a partir de uma zona de mim mesmo e a partir de uma zona dele mesmo, dependendo deste cruzamento a profundidade do meu olhar³⁶⁵.

Segundo Laín Entralgo, existem três tipos de olhar³⁶⁶: o olhar do corpo, o olhar da alma e o olhar o fundo da alma.

Para que a relação entre o profissional de saúde e o doente seja ideal, o doente deve olhar o profissional de saúde com um olhar petivo³⁶⁷, isto é, deve expressar a sua maneira de estar e abrir-se receptivamente à sua pessoa, perante a incalculável fonte de ajuda que ele representa. O profissional de saúde, para o doente, não pertence ao mundo do projecto, mas ao mundo da esperança. Mesmo que a esperança do doente seja infundável, necessita

³⁶⁴ LAÍN ENTRALGO, P. – «La comunicación entre el médico y el enfermo». In: *La relación médico-enfermo*. Madrid: Editorial, 1983. p. 303.

³⁶⁵ *Ibidem*, p. 304.

³⁶⁶ *Ibidem*.

³⁶⁷ *Ibidem*.

de se concretizar em projectos para ser eficaz. Assim, existe confiança e esperança na alma do doente.

O olhar do profissional de saúde neste encontro deve envolver o doente numa atmosfera de acolhimento e protecção. Com o seu olhar o profissional de saúde não só colhe como procura. No entanto, a intenção inquisitiva do profissional de saúde deve ir mais além do que a superfície somática do doente. Através dela, o profissional de saúde deve chegar à alma do doente (apreender o conteúdo da sua consciência), de forma a chegar ao fundo da sua “alma”, ao seu centro vital³⁶⁸.

Em suma, o profissional de saúde olha o doente e, neste olhar, deve perceber não só algo do seu corpo mas também algo da sua pessoa. Isto é, a sua condição humana.

Num mundo dominado pela técnica, é importantíssimo, na verdade, ensinar os profissionais de saúde a olhar o doente, atendendo à sua condição humana, como uma pessoa única, insubstituível, com uma história que se vai fazendo até ao momento último da sua vida. Assim, o olhar é o primeiro dos saberes de todo o profissional de saúde que não quer esquecer a sua condição humana.

Fazendo nossas as palavras de Lain Entralgo, o profissional de saúde e o doente, aquando do encontro, olham-se por uma fracção de segundos, começando depois a falar entre si.

Neste sentido, o profissional de saúde deve conduzir o diálogo com o doente, interrogá-lo, dar instruções acerca do que realmente ele quer saber, orientar e evitar de forma suave e discreta que o doente se perca nas suas respostas e explicações. O profissional de saúde deve procurar demonstrar disponibilidade e vontade de acolhimento.

³⁶⁸ *Ibidem*, p. 305.

O seu desejo, enquanto profissional de saúde, é oferecer um ambiente de protecção ao mal-estar do doente.

O profissional de saúde deve falar com o seu doente, mas este saber falar não será inteiramente correcto se não souber escutar. Não são só as palavras mas também os silêncios que fazem o doente sentir uma disposição aconchegante e compreensiva. Ao ouvir com atenção e benevolência, o profissional de saúde conhece (porque só em silêncio se descobre plenamente o sentido das palavras ditas e ouvidas) e cura (porque nada alivia tanto como um silêncio significativamente aberto só para a pessoa que fala). No entanto, o profissional de saúde deve impedir a digressão inútil do doente sem esquecer a subtil operação terapêutica da qual faz parte o ouvir.

Em suma, é no diálogo que se edifica o cuidado, porque ele é um movimento na direcção do outro, isto é, um «acontecimento verbal que toca na alma» de duas pessoas que se encontram na reciprocidade. Mas para que ele se concretize é necessário disponibilidade da parte de quem cuida e conhecimento compreensivo do outro. Conhecer o outro é possibilitar que ele se afirme na sua identidade, não como um sujeito universal mas sim na sua singularidade, na sua unicidade e particularidade – sujeito de liberdade.

2. A ENFERMAGEM: DIMENSÃO ÉTICA

A enfermagem é a profissão que,

“na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”³⁶⁹.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece como missão primordial do enfermeiro, na sociedade, ajudar os indivíduos, famílias e grupos a determinarem e alcançarem o seu potencial no campo físico, mental e social, fazendo-o dentro do contexto do ambiente onde vivem³⁷⁰.

Cada acto profissional implica tomada de decisões atendendo à pessoa a quem é dirigida a acção. Assim, o enfermeiro como parte integrante da equipa multidisciplinar de saúde, assume o dever de:

“actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões [...], integrar a equipa de saúde [...], com a responsabilidade que lhe é própria nas decisões [...]”³⁷¹.

Neste contexto, prestar cuidados de enfermagem à pessoa, saudável ou doente, ao longo do seu ciclo vital e aos grupos sociais em que está integrado, exige uma eficaz preparação científica, técnica e humana. Neste sentido, Daniel Serrão afirma que “o

³⁶⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE - Decreto-Lei n.º 161/96 - «Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros». p. 2960.

³⁷⁰ Cf. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Les Soins Infirmiers en Action. Renforcer les Soins Infirmiers et L'appui de la Santé pour tous*. Publication Régionales de l'OMS, Série Européenne, n. 48. Copenhagen: ed. J. Salvage, 1993, p. 18.

³⁷¹ NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 322.

profissional de enfermagem tem de ser bom e, se possível, muito bom, porque o objecto das suas intervenções é a pessoa humana que sofre e, para esta, só o melhor é aceitável”³⁷².

A própria Ordem dos Enfermeiros refere que o enfermeiro

“É o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”³⁷³.

Partindo desta premissa, podemos dizer, que, a Enfermagem é uma profissão que centraliza a sua acção nas pessoas, devendo basear-se num discurso ético que encara a sua actividade como um bem para a sociedade³⁷⁴. Entendemos, e estamos de acordo com a ordem dos enfermeiros, que refere que os enfermeiros, no exercício das suas funções, deverão adoptar atitudes que, relevam os princípios humanistas de respeito pela liberdade e

³⁷² SERRÃO, Daniel - «Saúde e Doença». In: NEVES, M^o do Céu; PACHECO, Susana – *Para uma Ética da Enfermagem*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, p. 350.

³⁷³ ORDEM DOS ENFERMEIROS - *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012. p. 15.

Em relação aos níveis de prevenção em saúde, é de salientar o mais recentemente: a prevenção quaternária. Este nível de prevenção visa evitar ou atenuar o excesso de intervencionismo médico associado a actos (médicos) desnecessários ou injustificados. Também pretende-se capacitar os utentes ao fornecer-lhes a informação necessária e suficiente para poderem tomar decisões autónomas, sem falsas expectativas, conhecendo as vantagens e os inconvenientes dos métodos de diagnóstico ou terapêuticas propostas. Implica o respeito pelo consentimento informado do utente, o que pressupõe a possibilidade de este aceitar ou rejeitar opções terapêuticas ou preventivas bem como o direito de não realizar exames de diagnóstico. ALMEIDA, MENESES, Lúcio – «Da prevenção primordial à prevenção quaternária». In: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 23, nº 1 – Janeiro/Junho (2005), pp. 91 - 96.

Este nível de prevenção, pretende detectar e proteger os indivíduos em risco de sobretratamento (overmedicalisation), de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis. Trata-se de uma abordagem integrada, proporcionando um *continuum* de cuidados, em que os cuidados de conforto e bem-estar são prioritários mesmo antes dos cuidados curativos e das terapêuticas que visam prolongar a vida se tornam ineficazes. *Ibidem*.

De salientar que, muitas vezes, o excesso de intervencionismo médico resulta da pressão exercida pelos utentes sobre os clínicos (medicina defensiva). Almeida Meneses refere que “ao promover a capacitação dos consumidores em saúde, a prevenção quaternária «toca» a outra extremidade da prevenção em saúde – a prevenção primordial -, parecendo, pois, encerrar o «ciclo» da prevenção”. *Ibidem*, p. 95. Neste contexto e na conjuntura económica actual podemos dizer que este nível de prevenção traduz um plano de relações entre clínicos e utentes com a finalidade de evitar intervenções desnecessárias, evitar o sofrimento e diminuir gastos, bem como potencializar a humanização dos cuidados. Por fim, apesar de algumas críticas efectuadas à prevenção quaternária (entre outras) no âmbito da bioética, as dúvidas sobre o uso da autonomia por parte dos doentes é notório. “Alguns textos da prevenção quaternária são claros quanto à recusa do doente em recorrer a determinados tratamentos/exames a conselho de seu médico, quanto ao uso de opção positiva por esses mesmos doentes, os textos não são tão claros”. OLIVEIRA, Clara Costa; REIS, Ana – «Questões epistemológicas e bioéticas da prevenção quaternária». In: *Revista de Saúde Coletiva*, vol. 22 nº 4, Rio de Janeiro (2012), pp. 1493-1494. Apesar das críticas efectuadas é de salientar que a prevenção quaternária é uma expressão útil para o mundo da promoção da saúde. *Ibidem*.

³⁷⁴ Cf. SURRIBAS, M. Busquets – *Ética e legislación en Enfermería*. Barcelona: Masson, 1995, p. 4.

dignidade humana e pelos valores da pessoa e grupos³⁷⁵, ou seja, uma conduta responsável e ética. A Ética, enquanto tentativa de fundamentação de uma ordem humana racional e livre, visa compreender o que há de mais humano. Desta forma, a pessoa humana é o fundamento da Ética.

Segundo Adela Cortina e Emilio Martíniz, a ética tem três funções: explicar o que é a moral e quais as suas características próprias; fundamentar a moral e explicar, aos diversos campos de acção da vida humana, a explicação das duas primeiras funções³⁷⁶. Assim, a ética consiste numa reflexão filosófica sobre a moral, na procura daquilo que a exprime e a fundamenta. Para Silveira de Brito, a ética tem como função clarificar, procurar os porquês desse que fazer ou fazer melhor³⁷⁷. E realça que uma das questões basilares da ética, senão mesmo a primeira, é a fundamentação da moral³⁷⁸. Assim, o enfermeiro tem uma dimensão ética que envolve, tanto respeito por si como pessoa, como pelos doentes, enquanto pessoas.

Neste contexto, os cuidados de enfermagem assentam em focos de atenção que integram projectos de saúde da pessoa, família e comunidade, tendo sempre presente que estes cuidados exigem “[...] coisas diferentes para diferentes pessoas, e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”³⁷⁹.

³⁷⁵ ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Divulgar: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Outubro, 2011.

³⁷⁶ Cf. CORTINA, Adela; MARTÍNEZ, Emilio – *Ética*. Madrid: Ediciones akal, 1996, p. 23.

³⁷⁷ BRITO, José Henrique Silveira de (coord.) – *Ética das Profissões*. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia UCP, 2007, p. 19.

³⁷⁸ BRITO, José Henrique Silveira de (coord.) – «Das Éticas Gerais às Éticas Aplicadas». In: *Arquipélago*, Série Filosofia, 7 (2000), p. 143.

³⁷⁹ ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Conselho de Enfermagem, Dezembro, 2011.

Parece-nos consensual que Ser enfermeiro exige que para além dos seus conhecimentos técnico-científicos, saiba desenvolver o seu saber-ser. Cuidar da pessoa com doença, dependente, vulnerável na sua condição de pessoa, exige a necessidade de cuidados mais relacionados com a dimensão afectiva e relacional. A ética do cuidar visa respeitar a dignidade da pessoa pelo que podemos acrescentar, citando Platão

“[...] tudo tem um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode-se pôr em vez dela qualquer outra como *equivalente*; mas quando uma coisa está acima de todo o preço, e portanto não permite equivalente, então tem ela dignidade [...]. Ora, a moralidade é a única condição que pode fazer de um ser racional um fim em si mesmo, pois só por ela lhe é possível ser membro legislador no reino dos fins. Portanto a moralidade, e a humanidade enquanto capaz de moralidade, são as únicas coisas que têm dignidade”³⁸⁰.

Neste contexto, a ética, cultivada pelos profissionais de saúde, é a garantia da protecção contra os abusos e ajuda à tranquilidade e segurança das pessoas doentes³⁸¹.

Gostaríamos de reforçar esta ideia referindo, o parecer nº. 14 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV/95) sobre *Questões Éticas na Distribuição e Utilização dos Recursos para a Saúde*. Neste documento, encontramos uma disposição sobre o direito à saúde como parte integrante do quadro dos direitos humanos, logo tudo o que diz respeito à sua implementação fundamenta-se nos vectores que alicerçam esses direitos. Por isso, os princípios éticos que orientam este parecer estruturam-se à volta de quatro pilares fundamentais: a dignidade da pessoa humana; a participação de cada pessoa

³⁸⁰ KANT, I. – *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Trad. Paulo Quintela Lisboa: Edições 70, LDA, 2005, pp. 77 - 78.

³⁸¹ SERRÃO, Daniel - «O Ensino da Bioética». In: ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter (Coord.) – *Bioética*. Lisboa/São Paulo: Editora verbo, 1996, p. 171.

nas decisões que lhe dizem respeito; a equidade e não discriminação; a solidariedade entre os membros de cada sociedade e entre as sociedades³⁸².

Assim sendo,

“a dignidade da pessoa humana coloca-se como primeiro princípio ético a que nenhuma outra consideração pode sobrepor-se. Pedra angular em todas as decisões que dizem respeito os cuidados de saúde [...] Ora a pessoa que precisa de cuidados de saúde vê limitada em muitos casos a sua autonomia, criando uma situação objectiva que se aparenta à dependência. Tal dependência não pode ser sinónimo de privação de direitos. Deve ser pelo contrário, uma ocasião reveladora da fundamental interdependência entre todos os humanos, agudamente sentida em situações de vulnerabilidade e de impotência. É no coração da vulnerabilidade”³⁸³.

O CNECV refere também que:

“É no coração da vulnerabilidade que o respeito pelo direito tem de ser inscrito. Não é de mais afirmar, por isso, que o doente é um ser humano que mantém intacta sua dignidade, a quem são reconhecidos todos os seus direitos”.

Desta forma, o enfermeiro deve direccionar a sua conduta conforme o artigo 78, 79 e 81 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Este menciona que, as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana [...]; deve respeitar os direitos humanos na relação com os clientes; também deve proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional e cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política

³⁸² CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA – Parecer n.º14/CNECV/95. *Questões Éticas na Distribuição e Utilização dos Recursos para a Saúde*. Lisboa: Presidente do Conselho de Ministros, 1996. (consultado em 16-3-2014). Disponível em [www.cnecv.gov.pt/www.cnecv.pt/admin/1273059327_P014_Recursos Saúde.pdf](http://www.cnecv.gov.pt/www.cnecv.pt/admin/1273059327_P014_Recursos%20Saude.pdf).

³⁸³ *Ibidem*.

étnica, ideológica ou religiosa e abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida [...] ³⁸⁴. Desta forma, o Código Deontológico do Enfermeiro liga-nos, de forma clara aos deveres de a guardar, assistir e vigiar, inalteráveis no texto do artigo 138.º do Código Penal.

Indo ao encontro de Silveira de Brito, os Códigos Deontológicos são um conjunto de normas que incidem sobre as obrigações, responsabilidades e direitos que regulam o exercício de uma profissão. Incluem as normas éticas ou morais que visam assegurar a integridade do profissional, os fundamentos, as normas de carácter jurídico e administrativo, que asseguram a qualidade do exercício da profissão ³⁸⁵.

Em suma

A enfermagem tem um fim moral ³⁸⁶ que passa por promover o bem-estar das pessoas e onde está implícito o princípio da dignidade humana como princípio ético. Neste campo de acção, o cuidado humano surge como imperativo moral das profissões de saúde, onde os enfermeiros têm um dever perante a pessoa, família, comunidade e sociedade, a qual se dissemina num compromisso profissional de cuidar.

A Deontologia determina um conjunto de normas exigíveis a todos os que exercem a mesma profissão. Pretende orientar a acção na vida prática. Desta forma, podemos dizer que os códigos deontológicos são simples ferramentas e os direitos humanos são o fundamento último dos códigos deontológicos, designadamente o da enfermagem.

³⁸⁴ Cf. DIÁRIO DA REPÚBLICA – I SÉRIE A – Nº. 93 – 21-4-1998, p.1754.

³⁸⁵ Cf. BRITO, José Henrique Silveira - «Deontologia e Direitos Humanos». In: *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 31 (2008), pp. 12-15.

³⁸⁶ Do latim *mores* que significa costumes, o termo moral é empregue em diversos sentidos. CABRAL, Roque – *Temas de Ética*. p. 76. A este respeito, Silveira de Brito refere “A Moral é aquele conjunto de regras, princípios e valores a que, na concretude da vida quotidiana, o ser humano deve obedecer para viver humanamente; a moral é imediatamente normativa. A ética, por sua vez, é a reflexão sobre a dimensão moral [...]”. BRITO, José Henrique Silveira de (coord.) – *Ética das Profissões*. p. 18. Ainda Silveira de Brito, o ser humano é intrinsecamente moral. É um ser que avalia o seu agir através das normas. Nesta perspectiva, a Ética é o saber normativo sobre o que deve ser e a Deontologia é a teoria do que fazer e do praticar, isto é, formula os deveres e as obrigações de um grupo profissional, neste caso a Enfermagem. BRITO, José Henrique Silveira de (coord.) - «Das Éticas Gerais às Éticas Aplicadas». art. Cit., pp. 143 - 162.

O *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros* é o referencial nacional, que dispõem a Deontologia Profissional e o Código Deontológico do Enfermeiro. Para o exercício da profissão de enfermagem, a respeitar e a utilizar enquanto enfermeiro, são os que figuram no documento – *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*.

Sendo A Enfermagem uma profissão com uma actividade de acção directa com o ser humano deve permanentemente respeitar a pessoa na sua integridade. Nesta óptica no capítulo seguinte apresentamos a dimensão do corpo na doença.

Da nossa experiência pessoal, poderemos dizer que os cuidados prestados aos doentes são revestidos de uma atitude ética que envolvem o profissional de saúde e que tem uma diversidade de manifestações que vão desde a delicadeza, boas maneiras, até ao respeito pelo corpo da pessoa doente, a sua autonomia, as suas crenças religiosas, filosóficas e culturais.

CAPITULO II – DIMENSÃO DO CORPO NA DOENÇA

Apesar do desenvolvimento das ciências biológicas e das biotecnologias trazerem avanços ao longo dos tempos, a doença, o sofrimento e a morte continuam e continuarão a fazer parte da vida do homem. Quando a dor e o sofrimento deixam de ser experiências humanas, isto é, ficam desapropriadas da sua significação, elas deixam de ser humanas e passam a ser orgânicas. Mas a dor e o sofrimento, como experiências humanas que são, têm significado em si próprias, porque são vividas por mim, por cada um de nós, como escreveu Isabel Renaud:

“a grande diferença entre a filosofia do corpo e as ciências empíricas do corpo consiste em que a filosofia, pelo menos na sua tradição fenomenológica, fala do corpo vivido em primeira pessoa, fala do corpo sujeito, do corpo fáctico, ao passo que a biologia, a antropologia, as ciências da saúde devem em primeiro lugar falar do corpo na sua dimensão objectiva e visível”³⁸⁷.

Realmente, só no debate entre o conhecimento objectivo e a vivência fenomenológica é permissível o entendimento do homem enquanto sujeito-objecto. Por este motivo, e como parte final do enquadramento teórico deste trabalho, faremos neste capítulo uma pequena reflexão sobre o corpo vivido doente, partindo da dualidade corpo-objecto e corpo-vivido no âmbito dos cuidados de saúde, envolvendo o conceito de saúde e doença, tendo como elemento constitutivo a evolução das ciências biológicas e das biotecnologias.

³⁸⁷ RENAUD, Isabel - «A Pessoa humana e o Direito à Saúde». p. 337.

1. CORPO VIVIDO NA DOENÇA

A melhoria da qualidade de vida e o desenvolvimento acelerado do conhecimento científico, nomeadamente da Medicina, permitiram que o homem actual se questione constantemente sobre o que é, hoje, estar doente ou ter saúde.

Com efeito, a perda de controlo é exacerbada pelas capacidades tecnológicas da ciência, levando o homem actual a querer a «saúde perfeita», fazendo-o acreditar que isso é possível, que ele tem direito a um corpo perfeito, a uma vitalidade infalível, à ausência de dor e de sofrimento.

Por tudo isto, não é mais possível aceitar a definição traçada pela OMS que, em 1945, definiu a saúde “como um estado de completo bem-estar físico, espiritual e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Queremos com isto dizer que para o homem actual a saúde já não é mais ausência de doença e a doença ausência de saúde, porque a saúde e a doença são realmente ocorrências humanas e não ocorrências orgânicas. Todos nós conhecemos pessoas que estão biologicamente saudáveis e que, no entanto, se sentem doentes e outras que, estando biologicamente doentes, se sentem saudáveis.

Com efeito, é necessário encontrar um novo conceito de saúde que albergue estas ocorrências humanas, porque efectivamente a saúde não é ausência de doença, mas sim a capacidade da pessoa lidar com ela. Como diz Isabel Renaud, “A doença é como uma transposição para um novo modo de ser, e para uma nova modalidade do corpo expressivo”³⁸⁸. A este respeito e parafraseando Vasco Pinto de Magalhães, a doença pode

³⁸⁸ RENAUD, Michel - «O coração e a razão no acompanhamento dos doentes terminais». In: *Cadernos de Bioética*. 2002, p. 23.

ser vivida saudavelmente, porque a vida saudável pode ser atributo de um doente, sendo um ideal possível no interior da doença³⁸⁹.

A doença não se resume apenas a um conjunto de sinais e sintomas físicos. Esta é fundamentalmente experienciada como uma sensação global de desordem, que apresenta, como principais características, a rotura com o corpo vivido e a mudança na relação entre o corpo e o «eu». O seu significado está intimamente relacionado com a biografia pessoal e única do doente³⁹⁰.

Mas, se o conceito de saúde e de doença declara nitidamente a dualidade corpo-objecto e corpo-vivido, questiona-se: como é que os profissionais de saúde, na sua prática clínica, se organizam em função destas diferenças?

O corpo é apreendido de uma forma diferente quando se está doente. Neste sentido, torna-se necessário fazer uma pequena reflexão sobre o significado do corpo enquanto existência em condições normais.

1.1. O CORPO E A EXISTÊNCIA VIVO E VIVIDO

Eu sou o meu corpo, porque o corpo-para-mim não é objecto, não o posso tratar como algo que possuo, ele é parte integrante de mim, eu sinto-o³⁹¹, sendo este sentimento que me permite dizer que eu sou o meu corpo.

³⁸⁹ MAGALHÃES, V. - «Distribuição de recursos para a saúde». In: *Bio-Ética*. 1994, p.21.

³⁹⁰ TOOMBS, K. - «The Healing Relationship». In: TOOMBS, K. - *Meaning of Illness: A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*. Dordrecht; Boston; London: Kluwer Academic Press. 89-119, (1993), p. 90.

³⁹¹ A este respeito, Florinda Martins diz que: “A fenomenologia do corpo, como incorporação do sentir, transportou-nos da matriz passiva, auto-afectiva constitutiva da nossa corporalidade, para os limites da sua aplicação. O corpo objectivo só no corpo subjectivo se sustenta”. MARTINS, F. - *Recuperar o Humanismo – Para uma Fenomenologia da Alteridade em Michel Henry*. Cascais: Principia - Publicações Universitárias e Científicas, 2002, p. 59.

Ao nível do corpo vivido, ou seja, a vivência do corpo-para-si permite ao homem dizer que não existe separação entre o corpo e o indivíduo. O homem é corporal, isto é, o corpo não é uma coisa que se tenha, é uma dimensão que se vive. O corpo não é um aglomerado de matéria, mas um modo de comunicação. Parafraseando João Paulo II, o homem revela-se através do corpo, ele é a expressão do indivíduo³⁹².

É no corpo e através do corpo que o homem realiza a sua existência. No entanto, não existe uma identificação absoluta entre o «eu» e o «seu corpo», porque há sempre alguma coisa que «transcende» o corpo objectivo e que expressa a forma particular como cada sujeito incarnado é no mundo. Neste sentido, o corpo, a consciência e o mundo formam um todo, sendo inseparáveis³⁹³.

O corpo, no entanto, é transformado pelas ciências, como a Biologia, a Anatomia e a Fisiologia, num objecto sobre o qual se executa o seu saber e o seu poder, ou seja, ao nomear o corpo orgânico como sustento físico da vida, a ciência retira-lhe toda a unicidade, toda a particularidade e toda a individualidade. Ao eliminar o corpo da existência, estamos a retirar-lhe toda a linguagem que diz «eu» e passamos a encontrar o corpo como um simples organismo descrito pela Biologia, porque, como diz Merleau-Ponty, “Pois, diante do pensamento, sendo um objecto, o corpo não é ambíguo; ele só se torna ambíguo da experiência que temos dele [...]”³⁹⁴.

Com efeito, ao considerar-se o corpo do homem um objecto como qualquer outro, como qualquer instrumento que se pode manipular sem que se deva pôr limite algum, imediatamente surgem questões éticas, porque “[...] toda a intervenção sobre o corpo

³⁹² JOÃO PAULO II - «A Locução de 9 de Janeiro e 20 de Fevereiro de 1980». In: *Insegnamenti III/I*. 1980, pp. 428- 434.

³⁹³ Cf. MOREOVER, ZANER. 1981, p. 107. In: TOOMBS, K. - «The Body». In: TOOMBS, K. - *Meaning of Illness: A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*. p. 55.

³⁹⁴ MERLEAU-PONTY, M. - *Phénoménologie de la Perception*. p. 195.

humano deve respeitar a sacralidade da vida e o fim último de todo o homem, promovendo-o e não obstaculizando-o. Como disse S. João Crisóstomo, “nada é mais apropriado para fazermos admirar e falar da habilidade do artista supremo que a arte infalível que se manifesta na realidade do nosso corpo”³⁹⁵.

Com o avanço da civilização tecnológica, graças à sofisticação de exames complementares de diagnóstico, tais como a radiologia, a ecografia, a ressonância magnética, etc., a organização das práticas clínicas tende a expropriar o homem do seu corpo, entendido como subjectivo do eu pessoal, reduzindo-o por vezes a uma máquina que, a qualquer momento, pode substituir peças danificadas como se substitui as peças de um automóvel.

Indubitavelmente, a transplantação de órgãos e a descoberta do genoma humano vieram acentuar ainda mais a concepção mecânica do corpo. Mas manipular o genoma será suficiente para modificar o organismo? Para responder a esta questão, citemos Luís Archer: “O genoma está longe de querer contar, sempre, toda a verdade”³⁹⁶, pelo que está longe toda a compreensão dos mecanismos moleculares e, conseqüentemente, as alterações a nível dos órgãos e sistemas.

Se é verdade que o corpo é objecto para a tecnologia, também é verdade que o biólogo e o cirurgião o vêem como tal. Todavia, o corpo, enquanto experimentado por mim, não é um corpo, mas o meu corpo e o meu corpo não é para mim um objecto:

“do ponto de vista do corpo-sujeito, o corpo físico-químico ou corpo orgânico é a alteridade sem a qual o corpo-sujeito com a unidade do seu estilo não podia existir. O corpo-sujeito abriga nele a alteridade objectiva que lhe permite exprimir-se. [...]

³⁹⁵ ROCCHETTA, C. – *Hacia una teologia de la corporeidad*. Madrid: Ediciones Paulinas, 1993. p. 95.

³⁹⁶ ARCHER, Luís – «Homem, Transparente, de Genoma Publicado». Texto terminado em 27 de Abril de 2003, p. 5.

O direito à saúde não pertence somente ao corpo-objecto, mas ao corpo enquanto torna possível um corpo vivo, uma expressão, um estilo, numa palavra, a unidade dum comportamento humano”³⁹⁷ .

Em suma, o corpo-sujeito ou corpo-vivência (*Leib*) foi defendido e desenvolvido por filósofos do existencialismo, entre outros, Heidegger, Sartre e Merleau-Ponty. Graças a eles, o corpo humano tem sido afirmado como campo expressivo e realidade total da pessoa. O corpo não é algo que eu possuo. O corpo, que eu vivo em primeira pessoa, sou eu mesmo.

O meu corpo não é só um modo de me impor no mundo, mas a condição imprescindível para habitá-lo e para viver a minha experiência singular, única e irrepetível. Eu não tenho outro modo de conhecer o meu corpo senão vivendo-o. Ele participa plenamente na realização do eu espiritual e da consciência³⁹⁸ .

Neste sentido, citando Isabel Renaud,

“O espírito humano é o processo vivo pelo qual as diferentes dimensões do corpo se unem, cruzando-se e interpretando-se. O corpo-objecto, físico-químico, integra-se no corpo expressivo; o corpo expressivo integra-se no corpo desejante, e este torna-se corpo afectivo, instaura-se um espaço não tópico de relações intersubjectivas, as quais retomam o corpo a partir da ideia do rosto que interpela. E é no prolongamento do rosto que interpela que podemos dar um Rosto à Pessoa divina”³⁹⁹ .

³⁹⁷ RENAUD, Isabel - «A Pessoa humana e o Direito à Saúde». p. 327.

³⁹⁸ ROCCHETTA, C. – *hacia una teología de la corporeidad*. p. 73.

³⁹⁹ RENAUD, Isabel - «A Pessoa humana e o Direito à Saúde». p. 327.

De facto, só através da compreensão e da aceitação deste contexto fenomenológico do corpo, é que os profissionais de saúde poderão respeitar e resolver adequadamente o problema da doença e do sofrimento.

1.2. O CORPO-DOENTE

Na realidade, o homem é todo inteiro corpo e todo inteiro consciência. Não há duas esferas na realidade humana, como querem fazer crer as ciências da saúde que fazem da vida um valor absoluto e do corpo a representação dessa vida. Somos corporais.

O corpo só poderá ser entendido como um ser integrado no mundo. Se não, vejamos: quando estamos envolvidos nas tarefas do nosso dia-a-dia, somos tão naturalmente corporais que o nosso corpo é uma presença ausente. Porque estamos sempre corporalmente no mundo, dizemos que o corpo habita o mundo e ao habitá-lo significa transformar as coisas e incorporá-las nesse sentido.

Assim, só posso conhecer o mundo habitando-o com o meu corpo. Mas o nosso corpo não são só as suas possibilidades sensoriais, ele pode expressar-se abaixo ou acima delas, porque a sua vida, ou seja, a sua força de vitalidade não são os sentidos, mas o seu interesse pelo mundo.

Os objectos são apreendidos e manipulados pelo corpo, isto é, são os objectos do mundo que revelam ao corpo as suas potencialidades, mas para dispor plenamente do meu corpo é necessário, além de uma estrutura anatómica, fisiológica e psicológica perfeita, um mundo que permita ao corpo mexer-se e exprimir-se de uma forma significativa. É ao

mundo que o objecto percebido e o sujeito que percebe devem a sua espessura. Ele é o tecido intencional que o esforço de conhecimento procurará decompor⁴⁰⁰.

Contudo, o mundo perde o seu semblante para a pessoa que está doente, porque a doença estabelece uma cisão no diálogo corpo-mundo. A este respeito, Toombs escreve: “A doença representa uma inabilidade para estar no mundo de forma habitual”⁴⁰¹. Com efeito, na doença, o mundo é visto e sentido de forma diferente, já não é o mundo que faz sentido, mas o corpo que a doença transforma de sujeito de intenção em objecto de atenção.

Na doença, as possibilidades de acção corporal tornam-se circunscritas. Vejamos: uma infecção num dedo pode impedir o pianista de tocar piano. Nesta situação, o pianista não pode tocar piano, apesar de o facto ser apenas uma infecção num dedo que dói. É neste sentido que dizemos «somos o nosso corpo, assim como temos um corpo».

Assim, na doença, o corpo deixa de ser uma presença ausente e passa a ser uma possibilidade no mundo, na dor, isto é, o corpo torna-se um obstáculo a transpor. Parafraseando Waelhens, a resistência do corpo-próprio é revelada pela doença e dessa forma a sua relativa autonomia. Se a visão pode ser suprimida por uma ferida, é porque nós vemos pelos olhos, pelo corpo⁴⁰².

Na doença, a relação com o nosso corpo muda:

“O corpo doente foge ao controlo do eu de diversas formas. Esta falta de controlo revela uma relação simbiótica entre o eu e o corpo. Na doença, o eu enfrenta uma vulnerabilidade inerente e uma dependência do seu corpo”⁴⁰³.

⁴⁰⁰ MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception*. p. 65.

⁴⁰¹ TOOMBS, K. – «The Body». p. 62.

⁴⁰² DE WAELHENS, A. – *Une Philosophie de L’Ambiguïté. L’Existentialisme de Maurice Merleau Ponty*. Louvain: Publications Universitaires de Louvain, 1951, p. 55.

Assim, com um corpo saudável eu posso tê-lo sob controlo, mas com a doença o corpo segue o seu próprio caminho, ficando fora de controlo. A pessoa doente, cada vez mais incapaz de se abrir às coisas do mundo, fecha-se em si, tornando-se prisioneira do seu próprio corpo. Neste sentido, a pessoa doente fica cada vez mais distante do mundo e cada vez mais atenta ao seu próprio corpo. O corpo passa a ser o centro das suas atenções e das suas preocupações: “[...], a atenção dada ao corpo passa a ser um acontecimento diário [...]. O corpo é transformado numa nova entidade – o corpo doente”⁴⁰⁴. É precisamente neste momento que a pessoa que sofre procura ajuda do profissional de saúde e se torna um doente.

Como diz Toombs, “O doente não “possui” um corpo, ele é corpo. Consequentemente os doentes não “têm” doenças, eles “existem” na sua doença”⁴⁰⁵. Ou seja, a pessoa doente «acarreta em si» a sua doença, ela faz parte da sua vida, estando instituída no seu corpo, faz parte dele. Podemos dizer, então, que é com «um corpo doente» que a pessoa se dirige aos serviços de saúde. No entanto, sob o olhar dos profissionais de saúde, o corpo alia-se à doença e ambos anulam o ser que está doente, transpõem-no, isto é, transformam a pessoa doente numa doença.

A pessoa doente, quando entra num hospital, deve «apresentar» no seu corpo sinais de doença. O seu corpo fica exposto ao olhar do outro, tornando-se em objecto da sua atenção. O corpo doente perde a sensualidade, perde o entusiasmo, torna-se totalmente visível e, como diz Virgílio Ferreira, “e é por isso, que um corpo nu nos dissolve”⁴⁰⁶. Na realidade, esta vivência dolorosa surge no quotidiano da nossa profissão. Como exemplo

⁴⁰³ TOOMBS, K. – «The Body». p. 73.

⁴⁰⁴ *Ibidem*, p.73.

⁴⁰⁵ *Ibidem*, p.81.

⁴⁰⁶ FERREIRA, Vergílio – «Subjectividade do corpo». p. 277.

prático, temos os doentes idosos, acamados e, muitas vezes, com dificuldade em verbalizar, aquando dos cuidados de higiene, quantas vezes tentam desesperadamente tapar-se com as suas mãos, enquanto a esponja lhes percorre o seu corpo e, não o conseguindo, fecham os olhos e «retiram-se», isto é, deixam de ser aí.

Por conseguinte, quando o meu corpo é percorrido diante do olhar do outro, eu descobro que não sou apenas o meu corpo, mas que tenho um corpo e, como diz Merleau-Ponty, “[...], enquanto tenho um corpo, sob o olhar do outro posso ser reduzido a objecto e não contar mais para ele como pessoa [...]”⁴⁰⁷. Assim, na doença, o corpo da pessoa deixa de ser o «meu ser» e passa para a pertença do «ter», isto é, pode ser manipulado, alienado, sendo esta a razão por que a pessoa doente procura escondê-lo. Ou seja, a experiência do corpo como ser-para-o-outro pode ser vivida como vergonha, porque o pudor não é a vergonha do corpo que eu sou, mas a vergonha do corpo que eu tenho. É só aos olhos do outro que eu tenho um corpo, isto é, o pudor não é mais do que a descoberta que eu faço do meu corpo para-outrem⁴⁰⁸.

Em suma, os serviços de saúde concebem o doente como um corpo-como-objecto-científico. É neste corpo doente, na sua exterioridade manifesta, que os cuidados de saúde centralizam a sua atenção. É a partir da objectivação do doente que se constrói toda a intervenção dos serviços de saúde, porque só a doença do corpo doente é objecto de investigação.

A doença tornou-se objectivo exclusivo da Medicina. Se por um lado, isso pode trazer vantagens no diagnóstico e tratamento, por outro, acarreta resultados prejudiciais

⁴⁰⁷ MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception*. p. 194.

⁴⁰⁸ A este respeito, Merleau-Ponty escreve: O pudor e o despudor têm lugar em uma dialéctica do eu e do outro que é a do senhor e a do escravo. *Ibidem*.

para a pessoa doente, uma vez que o profissional de saúde, para facilitar o diagnóstico, fragmenta o corpo do doente e, conseqüentemente, o seu olhar passa a encontrar a doença e não o doente. Do mesmo modo, no corpo do doente ele não encontra uma biografia, mas uma patologia.

Com efeito, o profissional de saúde, ao não considerar a pessoa doente com a sua história a narrar, está simplesmente a designá-la como local de doença e, naturalmente, fica privado do todo que é a pessoa doente. Ao tentar a todo o custo controlar a vida, combatendo para que a morte seja somente uma fatalidade biológica, o profissional de saúde ignora o doente para se centrar na doença, ou seja, ignora o corpo para se interessar apenas pelo organismo. Efectivamente, a pessoa doente, privada da doença, encurralada na mudez do seu sofrimento, transforma-se num caso⁴⁰⁹.

Ao olhar a pessoa doente como um caso, o profissional de saúde não consegue revelar algo sobre quem é aquela pessoa, obtendo apenas de forma geral a essência daquele homem doente. Isto é, ele consegue reunir um conjunto de particularidades objectiváveis, escapando-lhe, todavia, a interioridade mais íntima de cada pessoa, a sua subjectividade, porque esta não é da ordem dos objectos.

Definir a doença somente como entidade patológica e compreendida simplesmente como tal pelos profissionais de saúde é julgar que se pode ajudar a pessoa doente, afastando a sua doença da experiência do corpo vivido doente; é não compreender que há algo mais do que a doença, existe a experiência vivida da pessoa doente sendo a forma particular como cada pessoa vive a sua doença.

⁴⁰⁹ Queremos dizer com “um caso” que a pessoa doente é transformada num organismo patológico, que necessita de ser estudado e reparado sem qualquer objecção.

Ir além da doença e conceder existência visível à experiência vivida dos doentes é uma exigência ética que se impõe a todos os profissionais de saúde. É descobrir a forma particular como cada pessoa vive a sua situação de doença. É esta exigência que deverá orientar todos os profissionais de saúde na sua prática profissional.

Pelo que foi descrito até ao momento, podemos concluir que a doença e o corpo têm um significado diferente, quer para o doente quer para o profissional de saúde. Neste sentido, é necessário que, para compreender a pessoa doente e ajudá-la, o profissional de saúde não fique pelo que lhe diz a doença, mas pergunte sempre o que diz a doença ao doente⁴¹⁰.

Antes de tudo, a doença significa para a pessoa doente uma transformação da sua vida quotidiana, um sofrimento, uma angústia, por se ver ameaçada pela morte. A pessoa doente sabe nitidamente que é um sujeito humano e não um objecto, que o seu estado fisiológico não se diferencia dos seus estados de consciência, que o seu corpo é o lugar próprio da subjectividade e a condição da experiência no mundo. Não existe um mundo para o «corpo» e um mundo para o «eu». “O teu corpo é imponderável como tu. Como tu também ele é uno. Assim o dizer que a cabeça me dói equivale a dizer que eu tenho dores «na» cabeça, como os franceses o dizem. Ter dores «na» cabeça é ter eu dores aí [...]”⁴¹¹. Mesmo que a doença atinja este ou aquele órgão, o corpo, a consciência e o mundo são um todo indivisível.

A doença anuncia nitidamente que eu não posso separar-me do meu corpo nem afastar-me dele, afastando-me de mim; porque, quando estou doente, quando tenho dores,

⁴¹⁰ GADAMER, H. – *O Mistério da Saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70, 1993, p. 70.

⁴¹¹ FERREIRA, Vergílio – «Subjectividade do corpo». p. 256.

aquilo que eu percebo não é o meu corpo, sou eu. Como escreve Vergílio Ferreira, “Mas o meu corpo não é a sede da minha pessoa: é essa pessoa efectivada. Não existo eu mais o meu corpo: sou um corpo que pode dizer «eu»”⁴¹².

Na verdade, o meu corpo é o meu ser. Os meus actos são a prova de que a minha existência é corporal e que o corpo é a forma do meu aparecer. Este sistema orgânico, esta existência carnal, os traços do meu rosto, o sentido da palavra que comanda a minha voz sou eu, eu sou este eu, este rosto sou eu e não a imagem de mim. Ou seja, o corpo realiza uma simultaneidade completa entre o ser e o aparecer e reconhecer esta identidade é a própria condição do seu equilíbrio. Assim, “A carne é o Sensível e o corpo um «sensível exemplar», participando da constitutiva fenomenalização do sensível em visível e em invisível: o corpo concentra o “mistério da visibilidade esparsa”⁴¹³. Neste sentido, a doença compreende não só o estado fisiológico de um indivíduo mas também a sua vivência psicológica. Ela é a vivência pessoal e social do «eu».

Conclusão:

Os profissionais de saúde põem em prática todo o seu saber, todo o seu poder de intervenção. No entanto, esquecem, por vezes, que o doente não é um amontoado de sinais e sintomas, mas uma pessoa doente, que se encontra em rotura com o seu mundo e com o mundo.

Analisámos a vivência da doença, ou seja, o corpo vivido doente, partindo dos binómios corpo-objecto e corpo-vivido no âmbito dos cuidados de saúde, envolvendo o conceito de saúde e doença, tendo como elemento constitutivo a evolução das ciências

⁴¹² *Ibidem*, p. 257.

⁴¹³ MATOS DIAS, I. – *Uma Ontologia do Sensível – A aventura filosófica de Merleau-Ponty*. p. 79.

biológicas e das biotecnologias. A doença é essencialmente experienciada como um sentimento global de desordem, que apresenta como principais particularidades a ruptura com o corpo vivido e a mudança na relação entre o corpo e o «eu». Ela está intimamente relacionada com a biografia pessoal e única do doente.

A pessoa doente identifica a transformação que se dá no seu mundo habitual. Experiencia-a, ou seja, ela percebe-a de um modo emocional, sensível e imediato e, por isso, dizemos que toda a transformação envolve a sua existência total.

O corpo é o nosso acesso natural ao mundo, abre-nos a ele. No entanto, pode, em determinadas circunstâncias, fechar-nos ao mundo e aos outros. A pessoa doente fica encurralada na solidão das sensações — o corpo actual torna-se o ditador do próprio sujeito.

Contudo, o corpo é transformado pelas biociências num objecto sobre o qual se pratica o seu saber e o seu poder, ou seja, a organização das práticas clínicas tende a expropriar o homem do seu corpo, entendido como subjectivo, correlativo do eu pessoal, reduzindo-o a uma máquina. Ao eliminar o corpo da existência, estamos a retirar-lhe toda a linguagem que diz «eu» e passamos a encontrar o corpo como um simples organismo descrito pela Biologia.

Porém, eu sou o meu corpo, o corpo-para-mim não é objecto, não o posso tratar como algo que possuo, eu sinto-o. Ao nível do corpo vivido, isto é, a vivência do corpo-para-si autoriza o homem a dizer que não existe separação entre o corpo e o indivíduo. O homem é corporal, ou seja, o corpo não é uma coisa que se tenha, é uma “dimensão que se vive”.

Assim, conhecer o doente e o seu sistema de valores permite ao profissional de saúde cuidar da pessoa, dirigindo a sua atenção para as ameaças à integridade do «eu». O respeito pela dignidade da pessoa doente exige um comprometimento que envolva uma relação que assente no profissional de saúde-doente, por um lado, e pessoa pessoa, por outro. No entanto, sabemos que gerir este espaço relacional nem sempre é fácil, pelo que é necessário que o profissional de saúde tenha muita atenção aos seus próprios sentimentos e comportamentos e que, acima de tudo, tenha sempre presente o sentido intencional do seu agir.

Partimos igualmente, do pressuposto de que a prática de cuidados de enfermagem é (deve ser) uma acção humana dirigida pelos princípios bioéticos da autonomia, da beneficência e da não maleficência. Sendo o cuidado de enfermagem prestado no seio duma relação contratual e profissional, o enfermeiro passa a ter o dever de assegurar a prestação do melhor cuidado na perspectiva do doente pela necessidade ética de atender ao princípio do consentimento.

Concluimos dizendo: só quando o nosso saber se envolve, se entrelaça com a realidade vivida do doente é que ganha sentido. É este saber com sentido que permite edificar uma intervenção diferenciada e personalizada.

3ªPARTE

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO

CAPITULO I – PERCURSOS METODOLÓGICOS

Finalizado o enquadramento teórico que construímos para este estudo, e, que consideramos como o mais adequado para compreender e interpretar os cuidados de saúde nas práticas e na profissão de enfermagem, iremos neste capítulo, transformar essa fundamentação em meio de trabalho para o desenvolvimento do estudo empírico. Assim, com o propósito de especificar, clarificar e melhor enquadrar as nossas questões e objectivos de investigação, faremos a descrição do modo como realizámos as várias fases do processo de investigação, clarificando os critérios utilizados e descrevendo os procedimentos inerentes ao percurso da recolha, análise e interpretação dos dados, bem como os princípios éticos que tivemos em consideração.

A finalidade deste estudo incide na reflexão ética sobre a problemática em torno do homem enquanto cuidador, enquanto cuidado e enquanto Pessoa, baseada na análise dos fundamentos e atitudes éticas que devem fazer parte da realidade a encontrar no quotidiano dos profissionais de Enfermagem. Nesta perspectiva, pretendemos identificar os sentimentos e atitudes dos enfermeiros que actuam em unidades hospitalares, ao cuidar do corpo da pessoa doente, e compreender de que forma os enfermeiros, através do cuidar, contribuem para a integridade da pessoa.

Com base nestes pressupostos, pretendemos:

- Identificar os conceitos de pessoa e do seu corpo que estão na base do agir dos enfermeiros na sua actividade profissional;
- Descrever os sentimentos que os enfermeiros vivenciam ao cuidar da pessoa e do seu corpo;
- Descrever as atitudes do enfermeiro perante o corpo da pessoa doente;

- Compreender de que forma os enfermeiros, através do cuidar, contribuem para a humanização dos cuidados de saúde;
- Fornecer um guia de recomendações sobre o modo como lidar com a pessoa doente e o seu corpo.

Foi nosso propósito, na elaboração deste plano de investigação e na sua implementação, assegurar o respeito pelos procedimentos metodológicos, garantir a validade e o rigor de forma a minimizar as possíveis fontes de enviesamento. Neste sentido, passamos a descrever e a justificar as etapas metodológicas inerentes a esta investigação.

1. TIPO DE ESTUDO

A definição do desenho do estudo foi suportada pela revisão da literatura. Procuramos por todos os meios informações que de certa forma pudessem aumentar os nossos conhecimentos sobre a temática em questão e em especial pelo problema que queríamos ver, um pouco mais, esclarecido, embora ainda muito pouco estudado e consequentemente desvendado. Com os resultados deste trabalho e identificadas as fragilidades do domínio do estudo (diversidades de conceitos, sobre pessoa, corpo e cuidados de saúde e pouca visibilidade de estudos sobre a problemática) reconhecemos como mais-valia para responder à finalidade enunciada, orientar este trabalho para um tipo de investigação classificado como um **estudo exploratório e descritivo**⁴¹⁴, uma vez que se

⁴¹⁴ A pesquisa descritiva tem o propósito de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação. POLIT, F. Denise; HUNGLER, Bernardette P. – *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1995, p. 271.

trata de uma pesquisa com uma orientação fenomenológica em que se tenta apreender o que os enfermeiros pensam, sentem e a forma como agem nos seus ambientes de trabalho.

Segundo Polit, a fenomenologia, com raízes filosóficas elaborada por Husserl, é um método de pensamento que descreve as experiências de vida das pessoas⁴¹⁵. Uma das vantagens desta pesquisa corresponde ao facto de ela permitir avaliar o que as pessoas vivenciam relativamente a alguns fenómenos e à forma como elas interpretam essas vivências⁴¹⁶.

A análise produzida neste trabalho será uma **análise qualitativa, através da análise temática de conteúdo** no tratamento dos dados obtidos. A opção por esta análise baseia-se no facto de se estar perante um estudo de características subjectivas, não mensurável quantitativamente, por se tratar de descobrir, explicar e interpretar os domínios centrais e dominantes dos fenómenos da Enfermagem relacionados especialmente com o cuidar, a saúde/doença e o bem-estar humano. A fonte de recolha de dados foi efectuada no **ambiente natural** onde o fenómeno “Integridade da Pessoa” ocorre, constituindo o investigador como instrumento principal.

A metodologia utilizada será então uma **metodologia qualitativa**, de cariz fenomenológico, porque permite uma compreensão mais ampla e um *insight* mais profundo a respeito dos comportamentos humanos⁴¹⁷.

Ao conjunto de “unidades elementares sobre as quais recai a análise”⁴¹⁸, ou ao agrupamento de sujeitos ou de objectos que têm em comum características definidas por

⁴¹⁵ POLIT, F. Deniser; HUNGLER, Bernardette P. – *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. p. 272.

⁴¹⁶ *Ibidem*.

⁴¹⁷ LOBIONDO – WOOD, G.; HABER, J. – *Pesquisa em enfermagem – métodos avaliação crítica e utilização*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

um conjunto de critérios⁴¹⁹ e sobre os quais se pretende produzir conclusões, designamos por **população**.

Os que melhor se posicionam para fornecerem elementos para responder à questão deste estudo são os enfermeiros a exercer a sua actividade profissional em hospitais. São eles que têm experiência sobre a qual recai o estudo, isto é, trabalham com a pessoa doente e o seu corpo. O estudo exclui as Unidades de Saúde Familiares (USF)⁴²⁰ porque pretendemos enfermeiros que lidem mais frequentemente com o corpo da pessoa doente. A acção principal (entre outras) dos enfermeiros das USF é educação do indivíduo/família e comunidade no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controlo.

1.1. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Dado o carácter do estudo que procuramos desenvolver, tornou-se necessário identificar a **população**. Assim, a população do estudo é **constituída por enfermeiros de três hospitais da Região Norte**. A escolha desta população deve-se ao facto da localização geográfica ser acessível ao investigador.

A **Amostra** é constituída por **quinze enfermeiros que trabalham nos serviços de Urgência, Medicina e Cirurgia**. O motivo da escolha destes serviços deve-se ao facto de neles os enfermeiros lidarem mais frequentemente com o corpo da pessoa doente.

⁴¹⁸ BEAUD, JEAN-PIERRE - A amostragem. In: B. Gauthier (coord). *Investigação social da problemática à colheita de dados*: Loures: Lusociência, 2003.

⁴¹⁹ FORTIN, M. Fabienne - *O processo de investigação da concepção à realização*. 3 ed. Loures: Lusociência, 2003.

⁴²⁰ “As USF são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas

Classificamos esta **amostra de não aleatória de conveniência ou intencional**⁴²¹.

A razão da escolha destes enfermeiros a trabalharem nestes hospitais prende-se com o facto de buscarmos experiências profissionais sobre realidades da *praxis* diferentes. Assim, escolhemos profissionais a trabalharem em hospitais e serviços distintos: hospitais distritais e centrais e serviços de urgência, medicina e cirurgia. Isto porque pensamos que as vivências do enfermeiro que trabalha em hospitais centrais podem ser diferentes das do enfermeiro que desenvolve a sua actividade em hospitais distritais, gerando perspectivas diferentes da realidade. No nosso estudo pretendemos que dele façam parte enfermeiros com conhecimento e experiência profissional nas diferentes áreas de intervenção de enfermagem (urgência, medicina e cirurgia).

Quanto ao tamanho da amostra, e tratando-se de uma análise fenomenológica qualitativa, não se poderá avaliar pela sua grandeza. Num desenho qualitativo, o tamanho da amostra não é pré-determinado. Para Lakatos e Marconi, “o tamanho da amostra tende a ser pequena em virtude do grande volume de dados verbais que têm de ser analisados e em virtude desse desenho tende a um maior contacto intensivo e prolongado com os sujeitos de pesquisa”⁴²². Os sujeitos de pesquisa são considerados, neste estudo, suficientes porque se alcançou a saturação de dados⁴²³, ou seja, já não surgem novos dados colhidos, através da utilização do mesmo instrumento de colheita de informação.

multiprofissionais, constituídas por médicos especialistas em medicina geral e familiar ou detentores, no mínimo, de grau de generalistas, pessoal de enfermagem e pessoal administrativo. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Decreto-lei n.º 157/99 de 10 Maio. (revogado pelo art.º 30 do DL n.º 60/2003, ¼). Cada Unidade de Saúde Familiar tem por missão a prestação de cuidados de saúde de forma personalizada, garantindo a acessibilidade, a globalidade e a continuidades dos mesmos. Art.º nº12, *Ibidem*.

⁴²¹ A amostra denominada intencional, é em que o pesquisador está interessado na opinião de determinados elementos da população, mas não representativa dela. O pesquisador apenas escolhe aqueles que, pelas suas características, no seu entender, respondem melhor às questões de investigação definidas. MARCONI, Marina; LAKATOS, Eva – *Técnicas de Pesquisa*. 4 ed.. São Paulo: Editora Atlas, 1999, p. 54.

⁴²² MARCONI, Marina; LAKATOS, Eva – *Técnicas de Pesquisa*. p. 150.

⁴²³ *Ibidem*.

Após a selecção da amostra, cada elemento escolhido foi submetido a uma entrevista semi-estruturada individualizada, tendo-se pedido previamente, por escrito, o seu consentimento para o estudo (anexo I).

1.2. METODO DE RECOLHA DE DADOS

Para se construir um instrumento de medida, é necessário que os conceitos que se querem medir estejam bem definidos de modo conceptual e operacional. Os conceitos que queremos medir correspondem à “pessoa” e ao “seu corpo”, percebido pelo enfermeiro.

A selecção do método de colheita de dados começou durante a revisão da literatura e durante a fundamentação teórica. Operacionalizaram-se⁴²⁴ conceitos chaves para o interesse do estudo e assim, se estruturou a entrevista, correspondendo ao método mais adequado aos objectivos do estudo. Os dados foram colhidos no período compreendido entre Janeiro e Fevereiro de 2013, através da técnica de entrevista com formulário semi-estruturado, contendo quatro perguntas (anexo II) para que os participantes fossem imersos na temática. As entrevistas duraram em média quarenta minutos e foram efectuadas individualmente e da mesma forma, pelo que se manteve a coerência durante o processo de recolha de informação.

O Instrumento da recolha de dados - A ENTREVISTA

A entrevista teve em conta os objectivos do estudo: identificar os conceitos de pessoa e do seu corpo que estão na base do agir dos enfermeiros na sua actividade

⁴²⁴ Operacionalização é o processo de tradução dos conceitos de fenómenos observáveis e mensuráveis de interesse para o pesquisador. *Ibidem.*

profissional; descrever as dificuldades que os enfermeiros têm ao cuidar da pessoa e do seu corpo; descrever as atitudes do enfermeiro perante o corpo da pessoa doente; compreender de que forma os enfermeiros, através do cuidar, contribuem para a humanização dos cuidados de saúde e fornecer um guia de recomendações sobre o modo como lidar com a pessoa doente e o seu corpo. Incidiu ainda na questão inicial deste estudo: **Quais as Atitudes do Enfermeiro Perante o Corpo da Pessoa Doente?** Assim, estabelecemos como objectivos da entrevista determinar as percepções sobre “factos”, “pessoa” e “corpo” em contexto profissional.

O tipo de entrevista adoptada foi a **semi-estruturada**, que se caracteriza por conversas orais, individuais ou de grupo, com pessoas seleccionadas cuidadosamente, a fim de obter informações cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspectiva dos objectivos da recolha de informação⁴²⁵. Esta realizou-se de acordo com um formulário (anexo II), elaborado segundo uma padronização, com o objectivo de obter respostas às mesmas perguntas, permitindo que todos os enfermeiros fossem confrontados com o mesmo conjunto de perguntas e que as diferenças se verificassem entre as respostas e não entre as perguntas.

Definidos os conteúdos a serem interrogados, efectuámos um **pré-teste** às questões por nós definidas. Entrevistámos dois enfermeiros, no mesmo ambiente onde se iriam posteriormente processar as entrevistas da amostra do estudo, contribuindo assim, para uma melhor definição das questões e mais adaptadas à realidade. Posteriormente, em função das respostas encontradas, não foi necessário reformular nenhuma questão.

⁴²⁵ FORTIN, M. Fabienne - *O processo de investigação da concepção à realização*.

Para tornar a entrevista mais organizada, adoptou-se o método de Beck⁴²⁶, que defende que o entrevistador pode utilizar um guia de tópicos escritos para garantir que todas as áreas das questões são cobertas, sendo que a função do entrevistador é encorajar os participantes a falar livremente sobre todos os tópicos constantes no guia. Assim, foi elaborado um formulário da entrevista (Anexo II), permitindo ao entrevistador conduzir de forma mais controlada a entrevista.

A preparação da entrevista é uma importante etapa da pesquisa, requerendo tempo e exigindo algumas medidas, por nós tomadas, tais como:

- A entrevista foi planeada em função dos objectivos do estudo, organizando-se um formulário com as questões importantes;
- Tivemos conhecimento prévio dos enfermeiros entrevistados, nomeadamente o grau de familiaridade com o assunto;
- Garantimos presencialmente aos elementos entrevistados, o sigilo das respostas e a sua identidade;
- Escolhemos um local privado, no próprio serviço, onde apenas estavam o elemento entrevistado e o entrevistador.

Para maior êxito na recolha de informação, seguimos algumas normas importantes durante a entrevista: numa primeira fase, entrámos em contacto com o elemento entrevistado, estabelecendo desde o primeiro momento, um diálogo amistoso, explicando o objecto de estudo, a sua relevância e necessidade da sua colaboração e autorização. Criou-

⁴²⁶ POLIT, F. Deniser; HUNGLER, Bernardette P. – *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*.

se um bom ambiente em todas as entrevistas com a finalidade de levar os entrevistados a responderem espontânea e naturalmente, sem constrangimentos de qualquer ordem. O diálogo estabeleceu-se numa atmosfera de cordialidade. Numa segunda fase, as perguntas foram efectuadas segundo a padronização estabelecida previamente, seguindo o formulário (anexo II), orientado pelas questões de investigação e aplicado de forma não rígida. As questões foram sendo colocadas a partir da conversa dirigida para o conteúdo da pergunta com o participante, efectuando-se uma pergunta de cada vez, orientando-se o entrevistado para a profundidade da resposta, relacionada com os sentimentos, pensamentos e percepções quanto ao cuidado do corpo da pessoa doente.

Para que os dados da entrevista sejam registados, para que não haja perda de informação e para que seja mais fácil a sua transcrição e análise, foram gravadas as entrevistas, pedindo, antecipadamente, o consentimento prévio escrito aos entrevistados (anexo III). Assim, obtivemos as quinze entrevistas escritas, para posterior análise qualitativa.

1.3. ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise dos resultados adoptada foi a análise qualitativa das entrevistas com recurso à análise temática de conteúdo. Segundo Bardin⁴²⁷, a análise temática de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência significam algo para o objectivo analítico escolhido. Este autor adverte ainda para o facto

⁴²⁷ BARDIN, L - *Análise de conteúdo*.

de esta análise não poder ser unicamente uma leitura «feita à letra», mas antes o realçar de um sentido que se encontra em segundo plano.

A análise temática de conteúdo não pode ser de forma alguma uma leitura normal ou linear da informação obtida, mas uma procura através de procedimentos sistemáticos, persistentes e objectivos da descrição do conteúdo, emergindo indicadores, categorias e subcategorias que permitam uma apresentação clara das informações obtidas⁴²⁸. Daí hoje se recorrer usualmente à análise temática de conteúdo⁴²⁹.

No tratamento dos dados, foi utilizada a orientação da análise temática de conteúdo, que apresenta as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretações⁴³⁰. Procedeu-se à leitura flutuante e vertical do material empírico para o conhecimento dos mesmos. As unidades de registo e de contexto foram identificadas formando os recortes por agregação na composição de categorias. As categorias foram definidas com base no enquadramento teórico que fundamenta este estudo, as subcategorias e as unidades de registo emergiram da leitura horizontal do material obtido das entrevistas o que permitiu o desvelar das falas e a análise aprofundada.

Para a categorização foram utilizados diferentes códigos: códigos teóricos com base no enquadramento teórico; e códigos substantivos, sugeridos pelo investigador. A codificação passou pela definição de unidades de registo, com características comuns e de natureza semântica, dado que estas têm por base o mesmo sentido e não a mesma forma.

⁴²⁸ *Ibidem.*

⁴²⁹ *Ibidem.*

⁴³⁰ *Ibidem.*

À medida que fomos explorando o *corpus* de análise e comparando a informação obtida, menos categorias, subcategorias eram acrescentadas. Bogdan e Bicklen⁴³¹ denominam este acontecimento de «saturação teórica». Diz-se que há saturação teórica de dados quando deles já não emerge nenhum dado relevante, ou seja, por repetições e convergências do conteúdo investigado.

A saturação de dados permitiu-nos fazer a validação interna das categorias subcategorias. Assim, para a apresentação dos dados colhidos através das entrevistas, recorreremos a uma série de códigos, nomeadamente: E1 – Entrevista 1 (...) E15 – Entrevista 15.

⁴³¹ BOGDAN, R.; BICKLEN S. - *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e método*. Porto: Porto Editora, 1994, p.103.

2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os procedimentos conducentes à realização deste estudo desenvolveram-se dentro de preocupações éticas quanto à protecção das pessoas e das instituições envolvidas.

Nos contactos com os Hospitais atendeu-se ao respeito pelos três principais princípios éticos, sugeridos por Polit e Hungler, num processo de investigação: o princípio do respeito da dignidade humana, que inclui a descrição e a explicação de pormenores relacionados com o estudo; a livre voluntariedade da participação do entrevistado, neste caso os enfermeiros e o consentimento autorizado e o princípio da justiça, que contempla aspectos do direito a um tratamento equitativo, com garantia de anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos⁴³².

Relativamente às entrevistas efectuadas aos enfermeiros, estas só tiveram lugar após explicação prévia do que pretendíamos. Foi lido o pedido de consentimento e só após a autorização é que se procedeu à entrevista (anexo II). Como já referido anteriormente, a entrevista foi gravada e - após a sua transcrição - a fita foi destruída. Nunca se mencionou o nome dos enfermeiros nem o local de trabalho. Todos colaboraram falando livremente levando até ao fim a entrevista, apesar de lhes ter sido dada a possibilidade de desistirem a qualquer momento.

No ofício enviado aos Conselhos de Administração dos Hospitais (Anexo IV), além de enunciar os objectivos da investigação, explicitava-se o âmbito do estudo, comprometendo-nos ao tratamento sigiloso dos dados e à confidencialidade do estabelecimento, como é exigido no Código Deontológico do investigador.

⁴³² Cf. POLIT, Denise, F.; HUNGLER, Bernardette, P., op. cit., pp. 84 - 91.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos a caracterização dos participantes do estudo e procedemos à análise temática de conteúdo, um método qualitativo de tratamento de dados, tendo como fonte a utilização da informação obtida pelas entrevistas. Assim, esta informação será analisada de forma exaustiva, baseada nas categorias já escolhidas. Conceptualização de Pessoa; Dimensão de Corpo e Sentimentos gerados pelo cuidar da pessoa doente e do seu corpo.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Efectuaram-se 15 entrevistas, 7 a enfermeiros do sexo masculino e 8 a enfermeiros do sexo feminino. Destes 15 enfermeiros, 5 trabalham nos serviços de Medicina Interna, 5 nos serviços de Cirurgia e 5 nos serviços de Urgência, durante o mês de Janeiro e Fevereiro de 2011. Obtivemos a seguinte distribuição por idades.

Tabela 1- Distribuição dos participantes por idades

IDADE	NÚMERO ABSOLUTO	PERCENTAGEM
20-29	6	40,0
30-39	7	47,0
40-50	2	13,0

A idade mais frequente encontra-se entre os 30 e 39 anos, correspondendo a 47,0%. Trata-se maioritariamente de participantes de meia-idade, existindo apenas dois enfermeiros com 43 anos de idade (13,0%).

Uma vez que a categoria profissional e o tempo de serviço é importante para este estudo, tivemos o cuidado de seleccionar enfermeiros que possuam “capacidade de responder” às questões colocadas na entrevista, relativamente às variáveis estudadas (pessoa doente, corpo, cuidar, sentimentos e atitude). Chegamos à seguinte distribuição numérica e percentual.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes por categoria profissional

CATEGORIA PROFISSIONAL	NÚMERO ABSOLUTO	PERCENTAGEM
Enfermeiro Geral	4	27,0
Enfermeiro Graduado	5	33,0
Enfermeiro Especialista	6	40,0

Assim, 40,0% dos participantes entrevistados possui, como “categoria profissional”, Enfermeiro especialista, enquanto 27,0%, Enfermeiro geral. Como achamos pouco importante para o estudo, não tivemos em conta a variável “habilitações literárias”.

Tabela 3 - Distribuição dos participantes por tempo de serviço

TEMPO SERVIÇO	NÚMERO ABSOLUTO	PERCENTAGEM
2-9	7	47,0
10-20	8	53,0

Em relação ao tempo de serviço 53,0%, encontram-se entre os 10 e os 20 anos. Trata-se maioritariamente de participantes com bastante experiência profissional.

3.2. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Com vista a responder à questão inicial e consequentes questões de investigação propostas, será exposto as opiniões dos enfermeiros que trabalham em Hospitais. Iremos dar a conhecer os resultados que emergiram da análise, interpretação e discussão dos resultados obtidos da investigação bem como articulá-los com os pressupostos teóricos que fundamentam o problema em estudo. Foi neste contexto que trabalhamos os resultados das entrevistas que constituíram os participantes do estudo.

Na apresentação da análise, interpretação e discussão, que se segue, privilegiamos a percepção dos enfermeiros sobre as questões ligadas ao conceito de pessoa, corpo e aos sentimentos vivenciados pelos enfermeiros ao cuidar do corpo da pessoa doente em contexto hospitalar.

Os discursos dos inquiridos parecem-nos relevantes ao reflectir uma visão ampla sobre os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros ao cuidar do corpo da pessoa doente, tendo sido definido áreas temáticas criadas *a priori*. Os conhecimentos dos enfermeiros foram avaliados através de questões relacionadas com o corpo e pessoa; as atitudes foram avaliadas tendo por base definições das mesmas, como opiniões e sentimentos que sustentam uma disposição para o profissional se comportar de uma determinada maneira; o comportamento do cuidar do corpo da pessoa doente pelos enfermeiros foi avaliado através de um conjunto de variáveis relacionadas com a actividade praticada, pelos inquiridos.

Para uma melhor compreensão do estudo, em cada dimensão (Significados dos enfermeiros sobre “Pessoa”; Significados dos enfermeiros sobre o “Corpo”, e a acção intencionalizada dos Enfermeiros) tivemos necessidade de definir categorias, sub-

categorias e unidades de significação, que são ilustradas, ao longo desta exposição, através da apresentação de tabelas.

Ao longo da investigação, foram analisadas três categorias: *Conceptualização de Pessoa*, *Dimensão de Corpo* e os *Sentimentos gerados pelo cuidar da pessoa doente e do seu corpo*. De seguida, estas categorias são objecto de análise e de interpretação individualizada. Iniciamos pela análise da primeira categoria: *Conceptualização de Pessoa*. Nesta categoria constatamos a existência de quatro subcategorias: *Dimensão física*, *psicológica*, *espiritual* e *social* (Figura 1).



Figura 1 - Categoria: Conceptualização de Pessoa

Posteriormente procedemos à sua análise por unidades de significação, conforme Quadro número 1.

Quadro 1 - Significados dos enfermeiros sobre "Pessoa"

CATEGORIA: CONCEPTUALIZAÇÃO DE PESSOA	
SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
	<p>“Pessoa não é só corpo [...] é um ser humano que tem direitos, não é só carne [...]” E1.</p> <p>“ Pessoa é um todo, temos que a ver como um todo, é alguém que tem um corpo, um</p>

<p style="text-align: center;">Física (carne, matéria prima)</p>	<p>espírito [...] uma família” E2. “Pessoa é um todo, tem um corpo, uma alma, é única [...] é um ser holístico” E3. “Pessoa é um ser humano com várias dimensões, com a sua dimensão espiritual, com a sua dimensão física, com a sua dimensão psíquica. Quando eu olho para aquela pessoa eu olho para a pessoa como um todo” E5. “Ser pessoa [...] É [...] Nós temos que ver a pessoa como um todo [...] alguém que para além de um corpo, quer se queira ou não se queira, é a nossa matéria-prima, é com ele que nós nos movimentamos [...]” E 6. “Pessoa é totalidade, com uma família, com preocupações [...] pessoa completa com uma parte emocional, psicológica e física” E8. “Uma pessoa é um conjunto de dimensões sociais, políticas, religiosas, culturais, física [...] É também um ser espiritual e racional [...]” E9. “[...] é um ser com várias dimensões, é um todo cultural [...] político”E14. “[...] Ser pessoa não é apenas a sua forma física, é um misto de tudo [...]” E15.</p>
<p style="text-align: center;">Psicológica/Emocional (emoções, crenças)</p>	<p>“Pessoa é toda uma identidade, é a soma das suas partes [...] Tem todas as componentes: a biologia a psicologia e o social” E4. “Pessoa é um ser humano com várias dimensões, com a sua dimensão espiritual, com a sua dimensão física, com a sua dimensão psíquica [...] Quando eu olho para aquela pessoa eu olho para a pessoa como um todo” E5. “Pessoa é um todo, com uma família, com preocupações [...] Pessoa é completa é um conjunto de partes: emocional, psicológica e física” E8. “ Uma pessoa é um conjunto de dimensões sociais, políticas, religiosas, culturais, física, espiritual e racional [...]” E9. “Pessoa é um estado psicológico, é tudo [...]” E12. “Pessoa é emocional, psicológica, social, económica. [...] Acho que temos de ver a pessoa como um todo [...] holística, em todas as vertentes”E15.</p>
<p style="text-align: center;">Espiritual (Valores, religião)</p>	<p>“Pessoa é um todo, temos que a ver como um todo [...] alguém que tem um corpo, um espírito [...] há uma família” E2. “Pessoa é um todo, tem um corpo, uma alma, é única [...] é um ser holístico” E3. “Pessoa é um ser único inigualável...com sentimentos, valores é espiritual [...]” E7. “Uma pessoa é um conjunto de dimensões sociais, políticas, religiosas, culturais, física, espiritual, racional [...]” E9. “[...] Pessoa tem valor, tem uma identidade” E13.</p>
<p style="text-align: center;">Social/Económica</p>	<p>“Pessoa é um todo, temos que a ver como um todo [...] alguém que tem um corpo, um espírito [...] há há uma família” E2. “Pessoa é um todo, com uma família, com preocupações [...] pessoa completa com uma parte emocional, psicológica, física e económica” E8. “A pessoa é um conjunto de dimensões sociais, políticas, religiosas, culturais, física, espiritual e racional [...]” E9 “A pessoa é um todo [...] é uma pessoa com um determinado nível sócio-económico” E 10 “A pessoa humana é um ser complexo, é uma história, é uma vivência, é uma família, é um núcleo. No fundo é uma pessoa como eu que tem um antes, um agora, e sobretudo um depois [...] É um todo contínuo” E11. “Pessoa é uma família” E12. “Pessoa é emocional, psicológica, social e económica [...] Acho que temos de ver a pessoa como um todo [...] de forma holística, em todas as vertentes” E15.</p>

Neste quadro, verificamos que os conhecimentos dos enfermeiros deixam transparecer a ideia de que a evidência da conceptualização sobre a definição de “pessoa” é um fenómeno complexo. No entanto, parece-nos ser consensual que a pessoa é um ser com

uma dimensão física, psicológica, emocional, espiritual, social e económica. Assume-se que a pessoa é uma unidade que vive em família e se relaciona com a comunidade.

Quando solicitada uma definição do conceito de “pessoa” apercebemo-nos que os quinze enfermeiros entrevistados consideram a pessoa:

“Como um todo [...] um ser holístico” E15; “Um ser único inigualável [...] com sentimentos e valores” E7.

Outros enfermeiros consideram que a pessoa é:

“Um conjunto de dimensões sociais, políticas, religiosas, culturais, físicas, espirituais e racionais [...]” E9.

Outros profissionais, ainda, embora considerem todas as anteriores denominações, consideram a pessoa:

“Integra” “inserida numa família” E2; “A pessoa tem toda uma história, toda uma vivência, que acaba por influenciar tudo [...] tudo o que já viveu, nem que seja um episódio, um episódio de urgência [...] sim, cada pessoa é única e duas pessoas com vidas parecidas e por mais próximos que estejam são pessoas completamente diferentes [...]” E4.

Pela análise do quadro é de salientar que as subcategorias incluídas centram-se mais no aspecto “físico”, “psicológica” e “social”. Estas afirmações estão de acordo com a Organização Mundial da Saúde que reconhece como missão primordial do enfermeiro, na sociedade, ajudar os indivíduos, famílias e grupos a determinarem e alcançarem o seu potencial no campo físico, mental e social⁴³³.

Relativamente à categoria: *Dimensão de Corpo*, nesta constata-se a existência de quatro subcategorias: *Corpo físico*, *Intimidade do Corpo*, *Integridade do Corpo* e *Pudor Corporal* (Figura 2).

⁴³³ Cf. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Les Soins Infirmiers en Action. Renforcer les Soins Infirmiers et L'appui de la Santé pour tous*. Publication Régionales de l'OMS, Série Européenne, n. 48. Copenhague: ed. J. Salvage, 1993, p. 18.

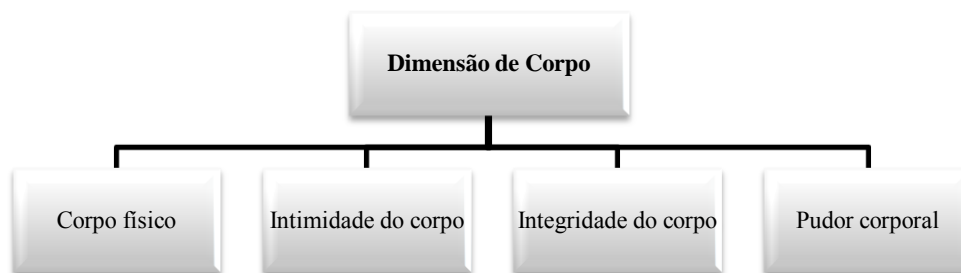


Figura 2- Categoria: Dimensão de Corpo

Estas serão analisadas nas unidades de significação encontradas, através do quadro número 2.

Quadro 2 - Significados dos enfermeiros sobre o “Corpo”

CATEGORIA: DIMENSÃO DE CORPO	
SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Corpo Físico (carne, matéria)	<p>“O corpo representa a pessoa, diz o que ela é [...] O corpo é a pessoa mas a pessoa também é mundo, é um todo como dizemos nós enfermeiros é holística” E2.</p> <p>“O corpo da pessoa é uma parte dela, é o corpo que a transporte [...]. Sem o corpo a pessoa não era ela” E3.</p> <p>“O corpo, aquele bocadinho físico é a sua dimensão física, é o corpo, portanto faz parte da pessoa [...]” E5.</p> <p>“[...] O corpo é algo material, que serve para nos transportar [...] que serve para dar corpo ao nosso espírito, portanto aquilo que realmente é importante. O corpo é como “o aluguer de um carro”, não é!... eu sou o passageiro, para me deslocar daqui para acolá vou de carro, mas no fim deixo o carro e eu sou o passageiro (o meu corpo é que me transporta), portanto é algo que nós temos de cuidar com respeito porque é nosso, transmite quem eu sou [...] é uma realidade, que é palpável ” E7.</p> <p>“O corpo é aquilo que eu vejo objectivamente e com o qual tenho o contacto directo, [...], é a parte mais física [...]” E8.</p> <p>“O corpo é a parte física da pessoa, é um conjunto de ossos [...] é matéria, é a nossa parte biológica [...]” E9.</p> <p>“É a materialização da pessoa não é [...] é aquilo que nós podemos ver, que podemos tocar [...]” E10.</p>
	<p>“[...] Porque o corpo é a pessoa, faz parte dela, tento sempre manter a privacidade” E3.</p> <p>“[...] O corpo é uma parte muito importante para a pessoa [...] mais íntima” E4.</p> <p>“O corpo é a parte mais íntima da pessoa, faz parte dela, do seu mundo [...]” E6.</p> <p>“O corpo é a parte mais física e ao mesmo tempo é a parte mais íntima da pessoa, o corpo transmite quem eu sou, o meu interior [...]” E8.</p> <p>“O meu corpo é o meu espelho [...]. Exactamente a parte mais íntima. O corpo transmite todo o meu interior, sou eu [...]” E9.</p>

<p>Intimidade do Corpo</p>	<p>“O corpo é o nosso templo, não é!. É o templo de cada um. O corpo é a imagem da nossa alma, é a imagem da nossa realidade, é a imagem da forma como nós nos cuidamos, como nós cuidamos de nós próprios, portanto, no fundo é a nossa marca, é a marca de cada um” [...]” E13.</p> <p>“No hospital o tratamento de certa forma vai expor um pouco a intimidade e o corpo da pessoa mas tento sempre explicar o que se vai fazer. Nunca, nunca puxo os lençóis para traz e tiro a roupa, não faço isso, primeiro explico o que vou fazer [...] tento criar privacidade, respeitar a privacidade da pessoa, a sua intimidade [...]” E14.</p> <p>“Quando tenho que realizar algumas intervenções como os cuidados de higiene, toco no corpo e tenho sempre o cuidado de pedir permissão para o fazer, o facto de vermo-nos despidos, o vermo-nos tocados por pessoas que nós não conhecemos, pode ser repugnante [...] O nosso corpo o é algo que nos diz respeito só a nós [...], faço questão de respeitar sempre a privacidade e a intimidade da pessoa, a sua integridade” E15.</p>
<p>Integridade do Corpo</p>	<p>“ [...] Quando chego ao pé do doente e vejo o doente com uma expressão facial, seja qual for...de felicidade, de tristeza, de amargura, não terá essa expressão facial, esse olhar transmitir o que é a pessoa o que está a sentir?” E10.</p> <p>“O corpo é o que transporta todo o ser da pessoa [...] O que diz que aquela pessoa é única [...] É a sua história [...]” E11.</p> <p>“Sempre pensei no corpo como um todo, por acaso nunca separei o corpo, vejo-o sempre como um todo, nunca separei a mente do aspecto psicológico do corpo [...] Vejo a pessoa num todo inseparável com um corpo que é a sua matéria-prima, a sua biologia, com uma consciência, um espírito, com a sua cultura, com a sua história a sua família, inseparavelmente” E12.</p> <p>“O corpo é uma parte do conjunto do ser humano [...] é tudo [...] é a união da nossa mente, com o físico, com o psicológico, com o social. É todo um conjunto, é a essência do nosso ser [...] é a razão de nós estarmos aqui, da convivência com os outros [...]” E15.</p>
<p>Pudor Corporal</p>	<p>“O corpo, aquele bocadinho físico é a sua dimensão física, é o corpo, é a pessoa, é a parte mais íntima da pessoa, portanto faz parte da pessoa [...] tenho sempre respeito pelo pudor” E5.</p> <p>“O meu corpo é o meu espelho [...]. Exactamente a parte mais íntima. O corpo transmite todo o meu interior, sou eu, por isso merece todo o respeito toda a privacidade” E9.</p> <p>“[...] Há pessoas que tem pudor. No hospital o tratamento de certa forma vai expor um pouco o corpo da pessoa, a sua intimidade, mas tento sempre explicar o que se vou fazer. Tento sempre respeitar o pudor [...]” E14.</p> <p>“Quando toco no corpo tenho sempre o cuidado de pedir permissão para o fazer, o facto de vermo-nos despidos, o vermo-nos tocados por pessoas que nós não conhecemos, pode ser repugnante [...] O nosso corpo é algo que nos diz respeito só a nós [...] faço questão de respeitar sempre a privacidade intimidade e o pudor” E15.</p>

Neste quadro, tal como se verificou no anterior, os enfermeiros deixam transparecer a ideia de que a evidência sobre o que é o “corpo da pessoa ” é um fenómeno difícil. Curioso foi as respostas dadas pelos enfermeiros quando solicitada uma definição do conceito de “corpo” apercebemo-nos que os quinze enfermeiros entrevistados consideram o corpo como:

“É a parte física da pessoa, é um conjunto de ossos [...] é matéria, é a nossa parte biológica [...]” E9.

Outros enfermeiros consideram que o corpo:

“É a parte exterior do que é uma pessoa, é a parte exterior mas não pode ser só [...] é o “cartão de visitas” daquela pessoa, mas nós não podemos nos restringir só à aquele corpo [...] porque lá está, por dentro daquele corpo está uma pessoa com vivências, com experiência, com a sua cultura e que tem de ser respeitada e temos que ter em conta isso tudo” E6; “O corpo é uma parte do conjunto do ser humano [...] é tudo [...] é a união da nossa mente, com o físico, com o psicológico, com o social. É todo um conjunto, é a essência do nosso ser é a razão de nós estarmos aqui, da convivência com os outros [...]” E15.

Outros profissionais consideram todas as anteriores denominações, e acrescentam ao corpo a “integridade”, como podemos constatar pelo enfermeiro da entrevista 12 (E12)

“Sempre pensei no corpo como um todo, por acaso nunca separei o corpo, vejo-o sempre como um todo, nunca separei a mente do aspecto psicológico do corpo [...] Vejo a pessoa num todo inseparável com um corpo que é a sua matéria-prima, a sua biologia, com uma consciência, um espírito, com a sua cultura, com a sua família, com a sua história [...] inseparavelmente [...] O corpo é a expressão do nosso interior”.

Pela análise do quadro é de realçar que as unidades de significação referenciadas nas subcategorias “Corpo físico”, “Intimidade do corpo”, “Integridade do corpo” e “Pudor Corporal” centram-se de modo idêntico. É de referir que o “Pudor Corporal” encontra-se, de uma forma de outra, caracterizada em todas as outras subcategorias definidas. No entanto, existiram algumas unidades de significação nas entrevistas que nos fizeram considerar esta subcategoria separada das outras, principalmente quando os enfermeiros

referiam a palavra “corpo”, como elemento responsável pelo sentimento de pudor e de alteração da sua intimidade. Estas afirmações vão ao encontro do que Michel Renaud (entre outros autores) reconhece como missão primordial dos cuidados de saúde

“Do ponto de vista do corpo-sujeito, o corpo físico-químico ou corpo orgânico é a alteridade sem a qual o corpo-sujeito com a unidade do seu estilo não podia existir. O corpo-sujeito abriga nele a alteridade objectiva que lhe permite exprimir-se. [...], o direito à saúde não pertence somente ao corpo-objecto, mas ao corpo enquanto torna possível um corpo vivo, uma expressão, um estilo, numa palavra, a unidade dum comportamento humano”⁴³⁴.

Podemos constatar e salientar que os enfermeiros possuem um conhecimento sobre o “corpo” vendo-o para além de uma estrutura anatómica, fisiológica e psicológica perfeita. O corpo habita o mundo, mexe-se e exprime-se de uma forma significativa, e, só, poderá ser entendido como um ser integrado no mundo.

Os relatos do estudo revelam que na óptica dos enfermeiros o corpo exposto é “propriedade” individual. Sendo que esta “evidência do eu” exige respeito pela intimidade da pessoa. Reconhecem que a pessoa doente se encontra vulnerável e constrangida por expor a sua nudez, e que, ao respeitar esta intimidade, estão a conferir dignidade a este processo. Um corpo exposto fomenta ao enfermeiro uma conduta de protecção que adquire carácter adaptativo ou de intenção e que infere os limites da nudez consentida, pois manda a decência que algumas áreas do corpo sejam cobertas. Para estes enfermeiros respeitar o pudor é proteger a pessoa doente do olhar do outro. Para a pessoa doente significa respeito.

⁴³⁴ RENAUD, M. - «A Pessoa humana e o Direito à Saúde». p. 327.

Promover a integridade do corpo é uma preocupação dos enfermeiros compreendida como fundamental para salvaguardar a dignidade da pessoa como comprova o discurso do enfermeiro da entrevista 15 (E15)

“Quando toco num corpo tenho sempre o cuidado de pedir permissão para o fazer, o facto de vermo-nos despídos, o vermo-nos tocados por pessoas que nós não conhecemos, pode ser repugnante [...]. O nosso corpo é algo que nos diz respeito só a nós [...], faço questão de respeitar sempre a privacidade e a intimidade da pessoa, a sua integridade”.

De seguida, passamos à análise da última categoria: *Sentimentos gerados pelo cuidar da pessoa doente e do seu corpo*. Nesta categoria procuraremos descrever a estrutura essencial da concepção de cuidar em enfermagem para os quinze enfermeiros entrevistados. Assim, a análise da forma como os enfermeiros percebem o cuidar da pessoa doente e do seu corpo será abordada com base em cinco subcategorias: *Preocupação, Receio, Ansiedade, Sensação desagradável e Respeito* (Figura 3).



Figura 3 - Categoria: Sentimentos gerados pelo cuidar da pessoa doente e do seu corpo.

Estas serão analisadas nas unidades de significação encontradas, através do quadro número 3.

Os significados identificados pela análise das entrevistas, bem como as unidades de significação ou asserções seleccionadas, dizem respeito quer ao significado propriamente dito, quer ao sentido, de acordo com os princípios enunciados.

Quadro 3 - A acção intencionalizada dos Enfermeiros

CATEGORIA: SENTIMENTOS GERADOS PELO CUIDAR DA PESSOA DOENTE E DO SEU CORPO	
SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
Preocupação	<p>“A minha preocupação quando me aproximo do doente é poder atender às suas necessidades, às suas preferências [...] é prestar cuidados individualizados ao doente [...]” E1.</p> <p>“A minha preocupação ao aproximar-me do doente normalmente é tentar estabelecer uma relação empática, ou seja, tento ser disponível, tento ouvir o doente, as suas dúvidas, as suas tristezas e também as suas alegrias. Sou por natureza uma pessoa que gosto de comunicar e ouvir, não acha que é importante a relação empática? [...] Já durante o meu curso na Escola nos falavam da importância da relação empática e de vermos os doentes de forma holística e eu sinto que dando atenção ao doente ele sente-se melhor e mostra-se mais confiante” E2.</p> <p>“[...] Promover o conforto acaba por ser um dos objectivos principais do cuidar [...]” E3.</p> <p>“[...] Não podemos cuidar de alguém se não nos aproximarmos, se não estabelecemos uma relação de proximidade [...] a minha maior preocupação é ter espaço para estabelecer ajuda [...]. Quando cuido de um doente o meu objectivo é coloca-lo o mais confortável possível [...]” E4.</p> <p>“O que me preocupa quando cuido é o bem-estar do doente e da família [...] ajudar o doente a alcançar o conforto claro!” E5.</p> <p>“Quando toco no corpo o primeiro sentimento que me vem é um sentimento de respeito, além de respeito [...] de alívio à dor... porque a se a pessoa recorre aos cuidados de saúde, provavelmente também é porque está doente, poderá ter alguma dor [...]” E6.</p> <p>“[...] Enfermagem não é mecanizar tarefas, não é [...] Não é trabalhar a granel. É olhar a pessoa como um todo e quando eu olho para um processo clínico de uma pessoa ainda antes de me aproximar dela tento perceber toda a situação para poder estabelecer uma relação de ajuda [...] no fundo sem tomar consciência disso estabeleço uma relação de ajuda [...] é um processo que já faz parte dos cuidados de enfermagem” E8.</p> <p>“A minha preocupação é poder atender às pequenas coisas que são tão importante para o doente e para nós também como profissionais [...] que nos destacam e proporcionam e (são) conforto” E9.</p> <p>“[...] Tento compreender e ajudar da melhor forma possível e tento não provocar dor quando realizo algumas técnicas [...] tenho medo de provocar dor” E12.</p> <p>“Quando estou a cuidar do corpo da pessoa a minha preocupação é proporcionar um bocadinho de conforto, perceber se a pessoa está bem, se precisa de alguma coisa [...]” E13.</p> <p>“[...] Quando cuido de um doente a minha maior preocupação é ajudar a diminuir a dor, isso principalmente [...] Também tenho preocupação em proporcionar conforto ao doente e</p>

	o conforto pode ser de várias formas, pode ser um conforto para lhe tirar a dor ou pode ser apenas um conforto físico e emocional [...]” E15.
Ansiedade	<p>“[...] Inicialmente tinha bastante ansiedade, mas já tenho dez anos de experiência e como tal a experiência ajuda-nos a lidar com situações menos agradáveis, até por vezes repugnantes “nojentas”. Hoje cuido do corpo do doente sem dificuldade, sem nojo, sem repugnância. Cuido com naturalidade” E3.</p> <p>“[...] Apesar de eu não trabalhar assim há tantos anos quanto isso, trabalho há seis, acho que conforme vamos tendo cada vez mais experiência e mais anos de trabalho, acabamos por, vá lá, normalizar e banalizar digo isto com algum cuidado não é o banal daquele banal, vá lá, no sentido da palavra, mas de a ansiedade acabar por desaparecer com o passar do tempo” E5.</p>
Receio	<p>“Já vivi algumas situações em que senti medo não sei bem se é medo em tocar o corpo pela desfiguração que apresenta mas se é nojo, se é receio, não sei [...] A experiência faz com que me sinta mais à vontade com o corpo da pessoa e como é evidente tento respeitar sempre a intimidade e o seu pudor” E2.</p> <p>“[...] há sempre um certo receio de tentar perceber como é que o doente vai reagir perante os nossos cuidados” E6.</p> <p>“[...] Também se calhar os anos de serviço ajudam alguma coisa não é!? Provavelmente quando eu trabalhava só há um ano teria muito mais receio em tocar do corpo da pessoa” E10.</p>
Sensação desagradável	<p>“[...] Por vezes sinto uma sensação desagradável [...] raiva por ver, é que o nosso corpo sofre transformações que nos custa ver, aceitar e tocar [...] mas temos que nos mentalizar que é mesmo assim - a própria idade transforma o corpo” E2.</p> <p>“Quando toco no corpo da pessoa sinto medo, não sei bem se é medo se é repugnância, é uma sensação desagradável. Por exemplo, quando tem feridas profundas ou mutilações, mas também sinto revolta, revolta no sentido do que somos e no que nos tornamos porque o corpo faz parte da pessoa” E3.</p> <p>“[...] Sinto uma sensação de constrangimento, não sei bem...uma sensação desagradável” E7.</p> <p>“Quando cuido da pessoa do seu corpo, às vezes sente-se um bocado não vou dizer repulsa mas... sensações menos agradáveis, porque não é só o toque, entram também em jogo outros órgãos, o cheiro, mesmo a visão, às vezes ver algumas alterações do corpo [...] Pronto acaba por fazer tudo parte de um conjunto de sensações menos agradáveis” E8.</p> <p>“[...] Não são situações agradáveis, são situações que nós procuramos minimizar de alguma forma, pelo menos o mal-estar [...]” E13.</p>
Respeito	<p>“[...] Não quero dizer pena mas é compaixão é tipo empatia é imaginar que a pessoa que está ali sou eu ou o meu pai, é isso que eu penso. É fazer o melhor, é respeitar [...]” E1.</p> <p>“Quando cuido do corpo da pessoa doente, sinto que o corpo representa a pessoa, diz o que ela é, por isso, tento respeitar [...] mas há situações em que temos dificuldade, pelo próprio espaço físico por falta de material [...] É preocupante” E2.</p> <p>“Quando cuido do corpo da pessoa sinto respeito [...] Eu respeito o corpo mesmo quando cadáver” E3.</p> <p>“[...] Tento sempre privilegiar o respeito e o cuidado diferenciado e de qualidade para com o corpo daquela pessoa que precisa do nosso cuidado” E4.</p> <p>“[...] Se queremos ser Enfermeiros que nos comprometemos com a sociedade e conosco próprios de prestar cuidados, independentemente de ser a quem for [...] é um dever respeitar. A essência da enfermagem é o respeito pelas pessoas, o respeito pela dignidade humana [...] É por vezes difícil no contexto hospitalar respeitar a intimidade da pessoa, o espaço físico por vezes é inadequado para o número elevado de doentes, a falta de material, como biombos para manter e respeitar a intimidade e a privacidade principalmente durante os cuidados de higiene” E8.</p> <p>“[...] É com todo o respeito que nós devemos cuidar. O corpo da pessoa não é só matéria prima [...] É um sujeito, é aquela pessoa que temos aos nossos cuidados” E9</p> <p>“Ao cuidar, ao tocar no corpo da pessoa sinto carinho e respeito [...]” E11.</p> <p>“[...] Medo, receio, tristeza e respeito... Respeito, essencialmente o respeito porque penso sempre no outro, na outra posição e que se fosse eu se fosse um familiar meu também iríamos estar naquela situação e também gostaríamos de receber da parte dos enfermeiros respeito [...]” E14.</p>

Pela análise do quadro é de realçar que as unidades de significação referenciadas nas subcategorias “Ansiedade”, “Receio” e “Sensação desagradável” centram-se de modo idêntico. É de referir que através das unidades de significação emergiram dois indicadores da subcategoria *Preocupação*, inseridos nas características do cuidar “Relação empática” e o “Acolhimento conforto” (Figura 4).

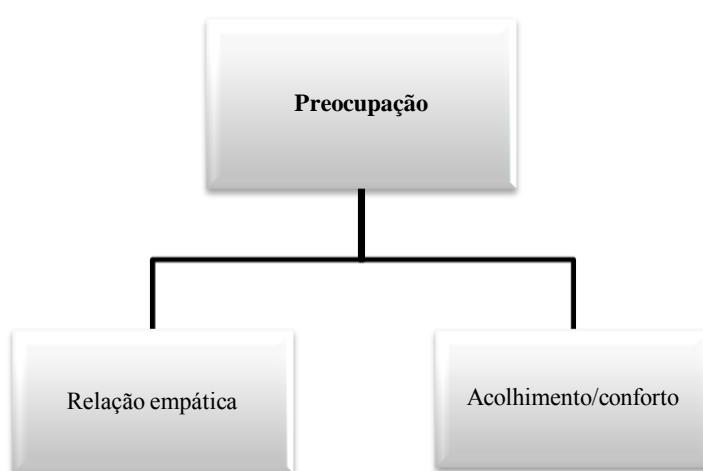


Figura 4 – Subcategoria: Preocupação

Os discursos dos enfermeiros apontam diferentes sentimentos que passamos a descrever: A “ansiedade” foi a menos referenciada pelos enfermeiros. Este sentimento engloba um conjunto de características manifestadas pelos enfermeiros, que vão sendo menos evidentes com os anos de experiência profissional. A exemplificar esta expressão, temos a unidade de significação da entrevista 3 (E3) e da entrevista 5 (E5) ao nos dizer:

“Inicialmente tinha bastante ansiedade, mas já tenho dez anos de experiência e como tal a experiência ajuda-nos a lidar com as situações” E3; “[...] A ansiedade acabar por desaparecer com o passar do tempo” E5.

Relativamente ao sentimento *Receio e Sensação desagradável*. Estes sentimentos são similares ao anterior. De considerar estas subcategorias manifestadas, corresponde ao sentimento de “medo” e “sensação desagradável” de tocar no corpo pela desfiguração e receio de tentar perceber como é que a pessoa doente vai reagir perante os cuidados de enfermagem. Pensamos que o sentimento “medo” é um termo demasiado forte porque os enfermeiros entrevistados mostraram conhecimento no significado que atribuíram à pessoa e ao seu corpo, apenas apresentaram receio no que iriam encontrar, em termos de alterações físicas. Dai terem utilizado mais a palavra “receio” e “sensação desagradável” em detrimento do termo “medo”.

A subcategoria *Respeito* foi a mais referenciada pelos enfermeiros. Este sentimento inserido nas características do cuidar comporta acções muito diversificadas e complexas. No entanto, temos vindo a constatar nos discursos dos enfermeiros que há unanimidade em considerar o *Respeito* como uma característica central do cuidar e o mais fundamental valor profissional.

Assim, no cuidar, o respeito pela pessoa é enfatizado por alguns autores nomeadamente por Watson, que na fundamentação filosófica da sua teoria *Human Care* define cuidar como “ideal moral da enfermagem e a sua finalidade é a protecção, realce e preservação da dignidade humana”⁴³⁵.

Segundo a mesma autora, podemos afirmar que na relação enfermeiro/pessoa doente o respeito deverá estar subjacente e anteceder todos os cuidados. Também os nossos participantes revelam o respeito como pressuposto inseparável do cuidar, quando referem:

⁴³⁵ WATSON, Jean – *Nursing: human science and human care – a theory of nursing*. New York: National League for Nursing, 1988, p. 29.

“[...] Tento sempre privilegiar o respeito e o cuidado diferenciado e de qualidade para com a pessoa e o seu corpo [...]. O cuidar tem a ver com o respeito das pessoas” E4.

Para Lazure “respeitar um ser humano é acreditar profundamente que ele é único, e que devido a essa unicidade só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver de forma que lhe é mais satisfatória”⁴³⁶. O respeito implica olhar para a pessoa no seu todo, tendo em conta o que sente, o que pensa e dando-lhe liberdade para o expressar. Quem cuida deverá ser capaz de assumir a realidade da pessoa de quem cuida tendo em conta o seu bem-estar:

“[...] é com todo o respeito que nós devemos cuidar, a pessoa não é só matéria prima [...] é um sujeito, é a pessoa no seu todo que temos aos nossos cuidados” E9.

Salienta-se ainda que a:

“[...] A essência da enfermagem é o respeito pelas pessoas [...] pela dignidade humana” E8.

Este respeito pela dignidade humana é reflexo do respeito que o enfermeiro tem por si enquanto pessoa e como profissional. Esta questão é evidenciada por um participante do estudo ao afirmar que:

“[...] Respeito, porque penso sempre no outro, na outra posição, e se fosse eu, se fosse um familiar meu, também iríamos estar naquela situação e também gostaríamos de receber da parte dos enfermeiros aquilo que gostaria que me fizessem [...]” E14.

⁴³⁶ LAZURE, H. – *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermagem*. Lisboa: Lusodidata. 1994, p. 51

Também Mayeroff (entre outros teóricos) apresenta a sua concepção de cuidar, quando diz que “no cuidar eu experiencio o que eu cuido como extensão de mim e, ao mesmo tempo, como algo separado de mim que eu respeito por si mesmo”⁴³⁷. E sublinha que o cuidar é ajudar o outro a crescer, não impondo a sua própria direcção.

Por último e como referido anteriormente, através das unidades de significação emergiram dois indicadores da subcategoria *Preocupação*, inseridos nas características do cuidar “A relação empática” e “Acolhimento Conforto”. Os discursos dos enfermeiros referem certas situações que corroboram a ideia de alguns estudos que aferem que a vertente relacional é uma das mais valorizadas pelos teóricos, em especial os teóricos da linha humanista e interpessoal. Watson: realça que para se conseguir uma qualidade de cuidados é necessário que os enfermeiros estabeleçam uma relação de ajuda e confiança⁴³⁸. Indo ao encontro desta ideia, também os nossos intervenientes salientam a necessidade de estabelecer uma relação empática com a pessoa doente:

“A minha preocupação ao aproximar-me do doente normalmente é tentar estabelecer uma relação empática, ou seja, tento ser disponível, tento ouvir o doente, as suas dúvidas, as suas tristezas e também as suas alegrias. Sou por natureza uma pessoa que gosto de comunicar e ouvir, não acha que é importante a relação empática? [...] Já durante o meu curso na Escola nos falavam da importância da relação empática e de vermos os doentes de forma holística e eu sinto que dando atenção ao doente ele sente-se melhor e mostra-se mais confiante”
E2;

“[...] Enfermagem não é mecanizar tarefas, não é [...] Não é trabalhar a “granel”. É olhar a pessoa como um todo e quando eu olho para um processo clínico de uma pessoa ainda antes de me aproximar dela tento perceber toda a situação para poder

⁴³⁷ MAYEROFF, Milton – *On caring*. New York: Harper Perennial. 1990, p.7.

⁴³⁸ WATSON, Jean – *Nursing: human science and human care – a theory of nursing*. p.23

estabelecer uma relação de ajuda [...] no fundo sem tomar consciência disso estabeleço uma relação de ajuda [...] é um processo que já faz parte dos cuidados de enfermagem” E8;

“[...] Não podemos cuidar de alguém se não nos aproximarmos, se não estabelecemos uma relação de proximidade [...]” E4.

Estas unidades de significação vão ao encontro do que é referido por Chalifour (entre outros autores), quando afirma que “para se prestar uma ajuda eficaz a enfermeira deve aceitar investir na relação [...]”⁴³⁹. Também Roach defende que “é a relação que restitui à enfermagem um sentido humano, construindo-se o cuidar numa relação de responsabilidade e confiança [...]”⁴⁴⁰. Watson reforça que o cuidar só pode ser praticado e demonstrado de forma interpessoal, por ser através das relações com os outros que aprendemos a ser humanos, ou seja, ao identificarmo-nos com o outro, a humanidade reflecte-se em nós próprios e é nesta intersubjectividade que o ser humano mantém viva a nossa humanidade⁴⁴¹.

Parece ser consensual que a relação faz de tal maneira parte do cuidar, que também os nossos intervenientes consideram que sem ela não se cuida. O cuidar integra necessariamente uma dimensão relacional, técnica e científica.

O conceito de ajuda orienta a prática de cuidados de conforto numa relação baseada nos conhecimentos nas vivências partilhadas com a pessoa doente e família

“O que me preocupa quando cuido é o bem-estar do doente e da família [...] ajudar o doente a alcançar o conforto claro!” E5.

⁴³⁹ CHALIFOUR, Jaques – *La relation daide en soins infirmiers: Une perspective holistique – humaniste*. Québec: Gaetan Morin. 1989, p. 99.

⁴⁴⁰ ROACH, S. - *The human act of caring*. Ottawa: Ontário Canadian Hospital Association Press. 1993, p. 124.

⁴⁴¹ WATSON, Jean – *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência, 2002.

A finalidade da relação de ajuda para com a pessoa doente envolve a integração máxima da experiência que ela vive, a fim de ir ao encontro da pessoa como um todo, sendo por isso intrínseca aos cuidados de enfermagem. A relação de ajuda na enfermagem é vista numa perspectiva humanística e holística na qual a pessoa é concebida como um ser em relação. O corpo não é apenas uma realidade biológica; é igualmente cultural mas também não deixa de ser interioridade psíquica⁴⁴². Segundo o mesmo autor, a promoção do bem-estar surge como um dever para os profissionais de saúde e engloba as diferentes dimensões da pessoa, atendendo à mesma na sua totalidade. O conforto surge como o objectivo principal da intervenção do enfermeiro, mas para que isso aconteça, é fundamental a compreensão da situação global da pessoa.

Em relação ao indicador “Acolhimento Conforto” os participantes do estudo são igualmente sensíveis às questões relacionadas com o sentido e o significado de cuidar rejeitando a hipótese de encarar a pessoa doente de uma forma reducionista, como um ser-objecto e, obrigando a uma reflexão que leve a pessoa do enfermeiro a interessar-se pelo sentido da pessoa do doente como um todo, tendo em atenção a sua individualidade, em direcção a uma intenção/objectivo do cuidar/cuidado centrado no conforto, tal como podemos perceber pelas diferentes asserções significativas dos enfermeiros:

“[...] Não podemos cuidar de alguém se não nos aproximarmos, se não estabelecemos uma relação de proximidade [...] a minha maior preocupação é ter espaço para estabelecer ajuda [...]. Quando cuido de um doente o meu objectivo é coloca-lo o mais confortável possível [...]” E4;

⁴⁴² SIMÕES, J. – «Reflexão bioética sobre a situação do idoso e sua família». In: *Revista Portuguesa de Bioética*, 5, Setembro, 2008, p. 231 - 248.

“Quando estou a cuidar da pessoa a minha preocupação é proporcionar um bocadinho de conforto, perceber se a pessoa está bem, se precisa de alguma coisa [...]” E13;

“[...] Quando cuido de um doente a minha maior preocupação é ajudar a diminuir a dor, isso principalmente [...] Também tenho preocupação em proporcionar conforto ao doente e o conforto pode ser de várias formas, pode ser um conforto para lhe tirar a dor ou pode ser apenas um conforto físico e emocional [...]” E15.

“[...] Promover o conforto acaba por ser um dos objectivos principais do cuidar [...]” E3.

São vários os autores que defendem esta ideia, tal como diferentes estudos comprovam, que, efectivamente, numa lógica do cuidar centrada na pessoa, não há margem para dúvida de que os enfermeiros agem em prol da obtenção de vários objectivos terapêuticos, entre os quais o conforto⁴⁴³.

O desconforto e o sofrimento do doente hospitalizado desafiam os profissionais de saúde concretamente os enfermeiros, a questionarem os seus pressupostos sobre as questões que se relacionam não só com a pessoa e o seu corpo, o envelhecimento, a doença e a hospitalização, como também com o seu papel no agir, no cuidar ao doente e na sua relação com este. Watson considera que os enfermeiros devem desenvolver um sistema de valores humanístico-altruísta, procurando reflectir as experiências de vida da pessoa. Assim, deverão procurar cultivar a sensibilidade pra consigo e para com os outros, a fim de poderem desenvolver uma atitude de preocupação com o bem-estar e com o conforto da pessoa, através do autoconhecimento, da autenticidade e do desenvolvimento dos próprios sentimentos. A identificação com a experiência do doente exige envolvimento centrado no

⁴⁴³ MORSE, J., M. – «On comfort and comforting». In: *American Journal of Nursing*. 100 9(2000), pp. 34 - 38; OLIVEIRA, S. de & LOPES, M. J. - «Construir laços de confiança e promover o conforto». In: *Pensar Enfermagem*. 14 1(2010), pp. 67-74.

“insight” empático, o que só tornará possível através da relação enfermeiro-doente, a qual “vive” de um sentido - a procura permanente de conforto⁴⁴⁴.

Em modo de síntese, neste contexto de cuidados, o discurso que enforma as práticas de enfermagem assenta numa lógica centrada na pessoa, entendida como ser único, onde é reconhecida a sua condição e o seu valor como pessoa. O alívio do sofrimento humano, causado pela situação de doença e de hospitalização, é favorecido pelo relacionamento terapêutico. Este relacionamento centra-se num conjunto de saberes e práticas destinadas à pessoa doente e à sua família, respeitando toda a complexidade, limitações e potencialidades dos envolvidos. É um processo de intervenção que se caracteriza por uma relação de proximidade, com a intenção de aproximar o doente de si mesmo e procurar ajuda-lo a dar continuidade ao seu projecto de saúde. A compreensão da pessoa doente e o conhecimento da mesma na sua totalidade revelam a preocupação do enfermeiro com a existência daquela pessoa.

“[...] para podermos confortar o doente devemos individualizar os cuidados e atender às suas preferências” E1;

“A minha preocupação é poder atender às pequenas coisas que são tão importante para o doente e para nós também como profissionais [...] que nos destacam e proporcionam e (são) conforto “ E9.

São estas pequenas coisas que fazem a diferença e como refere Hesbeen “são um contributo essencial para a saúde das pessoas”⁴⁴⁵. Todas “as pequenas coisas” são importantes para a pessoa, pois são aquelas que tem sentido e são significativas. No nosso

⁴⁴⁴ WATSON, Jean – *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*.

⁴⁴⁵ HESBEEN, Walter – *Cuidar no Hospital – enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência, 2000, p. 47.

entender, parece-nos importante realçar que os enfermeiros na sua prática sentem esta preocupação como se verifica na entrevista 9 (E9), pelo que terão de mostrar as decisões que tomam, a fim de tornar visível o invisível, ou seja, tornar visível a “Visão holística da Pessoa”.

3.3.INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS À LUZ DA BIOÉTICA

De acordo com a forma de ser e de estar de uma sociedade, fundada no seu texto constitucional que a consagra, é determinante que o ser humano possua direitos e deveres. Dentro destes direitos temos o direito à saúde como direito social e individual mais primordial⁴⁴⁶. Quando pensamos na “pessoa doente”, pensamos num conjunto de direitos e de deveres que lhe são inerentes e que os prestadores de cuidados de saúde terão de respeitar, que se complementam e que são interdependentes.

No entanto, uma das premissas primordial de toda esta problemática é a que estes direitos não podem ser analisados somente à luz das leis específicas, mas também pressupõem regras que estabeleçam uma relação entre as pessoas doentes, por um lado, e os prestadores de cuidados de saúde, por outro. O sentido ético de viver em sociedade implica padrões de conduta radicados em valores e princípios que são norteados nas escolhas e no agir de cada um.

A Carta dos Direitos do Doente Internado tem como objectivo reforçar as relações de confiança e de colaboração entre a pessoa doente e os prestadores de cuidados. Reúne direitos consagrados em diversos textos legais, nomeadamente na Constituição da

⁴⁴⁶ “Quando a pessoa se encontra em situação de doença, direitos e deveres, mas principalmente os direitos, tornam-se primordiais, dada a vulnerabilidade bio-psico-social invariavelmente ligada a este estado”. Cf. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997, *in* www.min-saude.pt

República Portuguesa, na Lei de Bases da Saúde, na Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina e na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. Prevê também o direito à qualidade dos bens e serviços e o direito à protecção da saúde e segurança física (Lei n.º 24/96 de Julho). Destina-se fundamentalmente aos profissionais de saúde, aos doentes e seus familiares.

A carta refere-se apenas aos direitos das pessoas internadas em estabelecimentos Hospitalares e Centros de Saúde com internamento, não inclui outras situações de internamento, como por exemplo os lares de idosos da responsabilidade da Segurança social. Em relação às crianças a carta refere que as crianças devem ser internadas em locais adequados que correspondam às suas necessidades físicas, psíquicas e afectivas. Em internamentos prolongados deverá ser garantida a continuidade dos seus estudos. Para mais esclarecimento deve ser consultada a “Carta da Criança Hospitalizada” do instituto de Apoio à Criança por se tratar de um documento específico sobre este tema. Em relação aos direitos e deveres do utente dos serviços de Saúde Mental, a carta remete-os para a Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, Lei de Saúde Mental⁴⁴⁷.

Da análise da Carta, e ao centramo-nos apenas no direito - “O doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana”, concluímos que o respeito pelas convicções mais íntimas da pessoa doente e, de um modo particular, pelas convicções culturais, filosóficas, religiosas e sociais é um aspecto fundamental. As instituições de saúde (nomeadamente os Hospitais) e os prestadores de cuidados de saúde (nomeadamente ao enfermeiros) devem respeitá-las e providenciar a sua satisfação. Associado a este direito

⁴⁴⁷ Cf. MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Carta dos Direitos do Doente Internado*. Direcção-Geral da Saúde. www.dgs.pt (consultado em 5-09-2014).

encontra-se a privacidade e a intimidade. A pessoa doente tem direito à preservação da sua privacidade, pelo que na prestação de todo e qualquer cuidado de saúde deve estar implícito o respeito pela salvaguarda da intimidade da pessoa doente.

Apesar do contexto⁴⁴⁸ hospitalar (o ambiente físico) não ter sido objectivo deste estudo como provável causa da alteração da intimidade da pessoa doente internada, acontece que esta realidade necessariamente, interfere de uma forma directa ou indirecta na satisfação deste direito. Não se trata só da forma como os profissionais cuidam mas também no contexto onde decorre o internamento hospitalar. A existência ou a não existência de espaços físicos adequados, equipamentos (etc.) significa que os meios (o meio humano e o meio ambiente físico) terão ambos de existir em simultâneo na satisfação directa deste direito.

A partir das unidades de registo proferidas pelos participantes do estudo, chegámos à conclusão de que os sentimentos gerados nos enfermeiros, relativamente ao cuidar da pessoa doente e do seu corpo são sentimentos vivenciados pelo agir intencionalizado, mas estes sentimentos são muitas vezes manifestados por condições intervenientes⁴⁴⁹ que influenciam as dinâmicas do processo de cuidar dos enfermeiros. Relativamente ao respeito pela intimidade, concluímos que os enfermeiros entrevistados manifestam alguma preocupação e receio em não poderem (por vezes) respeitar a intimidade da pessoa doente pelas condições inadequadas dos espaços hospitalares existentes onde se encontram a prestar os seus cuidados. Esta alterabilidade manifesta-se num conjunto de

⁴⁴⁸ Denominamos de contexto o conjunto de condições ambientais que influenciam a interacção entre os sujeitos. O ambiente pode influenciar a componente física, emocional e psicológica da pessoa influenciando as suas manifestações e percepções.

⁴⁴⁹ Entende-se por condições intervenientes um conjunto de factores que influenciam as dinâmicas do processo de cuidar dos enfermeiros mais concretamente o contexto hospitalar: o meio humano e o meio ambiente físico.

acções interacções de enfermagem representadas por um conjunto de “pudores”, especificamente no pudor da exposição do corpo que cuidam, pudor na exposição do corpo no leito hospitalar, pudor na exposição do corpo no momento dos cuidados de higiene.

A pessoa doente (por vezes) é despida da sua personalidade individual que a define como diferente dos outros, passando a ser considerada como “pessoa dependente” de um novo contexto, de uma nova realidade vivencial. Esta alteração inevitavelmente traz consigo, uma nova forma de readaptação do seu modo de “ser” e de “estar”, da sua intimidade, directamente influenciada pelas pessoas que a rodeiam e pelo espaço físico hospitalar existente.

Assim, um dos temas actuais da Bioética é o da reflexão sobre a pessoa doente e os cuidados de saúde, num contexto de “dependência” – o Hospital. Analisar esta problemática é, sobretudo analisar o contexto de “dependência” entre a pessoa doente e os profissionais de saúde, mais concretamente os enfermeiros. A diversidade das situações e das pessoas são importantes aspectos a ter em atenção na relação por parte dos profissionais de saúde. A existência dos profissionais de saúde deve permitir igualmente que se entenda a pessoa como ela mesma, fundamentada na “dependência” e num outro conceito importante da bioética: a Vulnerabilidade.

Na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos⁴⁵⁰ relativamente à dignidade e direitos humanos afirma-se o seguinte.

“A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitados e os interesses e o bem-estar do indivíduo devem prevalecer sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade”.

⁴⁵⁰ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO CIÊNCIA E CULTURA - *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*, art. 3º, 2006, p. 6.

A mesma declaração faz alusão ao respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal. Assim: “Os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa”⁴⁵¹.

Com base neste princípio, é importante e necessária a protecção da vulnerabilidade. Os profissionais de saúde, no uso das suas competências, ao colocarem em prática os seus conhecimentos devem ter em consideração a vulnerabilidade humana. As pessoas e grupos principalmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos.

A reflexão bioética anglo-americana, nomeadamente a partir da sua estruturação teórica iniciada por Tom Beauchamp e James Childress em *Principles of biomedical Ethics*⁴⁵², veio reforçar a ideia de que a vulnerabilidade, que caracteriza particular e relativamente pessoas ou grupos populacionais, deve ser combatida e estas devem ser protegidas. Neste contexto, cabe então perguntar: o que declara a obrigatoriedade de respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade pessoal? A este respeito Patrão Neves afirma que a “vulnerabilidade humana deve ser tomada em consideração”, reconhecendo-a assim, como indestrutível da condição humana, perspectivada na sua irreduzível finitude e fragilidade como exposição permanente a ser “ferida”⁴⁵³, não podendo como tal jamais ser suprimida. E sublinha ainda que “indivíduos e grupos especialmente vulneráveis devem ser protegidos sempre que a inerente vulnerabilidade

⁴⁵¹ DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS – art. 8º, p. 8.

⁴⁵² BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James – *Principles of Biomedical Ethics*. 5ªed. New York: Oxford University Press, 2001.

⁴⁵³ O termo “vulnerabilidade” é derivado do latim *vulnus* que significa “ferida”, mais especificamente, “susceptibilidade de ser ferido”.

humana se encontre agravada por circunstâncias várias, devendo aqueles ser adequadamente protegidos”⁴⁵⁴.

A condição de vulnerabilidade a que cada grupo de pessoas estão sujeitos exige que cada ser humano sinta-se responsável pelo Outro, ainda mais quando esse Outro encontra-se com sua dignidade de pessoa ferida. Com efeito, a qualificação de pessoas e populações tidas como vulneráveis impõem a obrigatoriedade ética da sua defesa e protecção, para que não sejam feridas, maltratadas e abusadas⁴⁵⁵.

A este respeito Daniel Serrão questiona: A vulnerabilidade, apresentada como princípio que valores pretende explicar? E afirma

“Cada ser humano é, no tempo, uma pluralidade de estados físicos e de situações, com profundas diferenças quanto à sua capacidade para acolher e suportar as acções externas, de todos os tipos, que sobre ele possam ser exercidas. As diferenças nesta capacidade são a medida da vulnerabilidade que parte da diferença como um valor humano digno de respeito e de ponderação”⁴⁵⁶.

E acrescenta ainda que a reflexão ética com base no princípio da vulnerabilidade terá de ser diferente da que faremos sobre um adulto saudável, autónomo e feliz. O “cuidado” que devemos prestar às pessoas que necessitam de cuidados de saúde (idosos dependentes e terminais entre outros) tem de apoiar-se em uma discriminação positiva, ou seja, que não atenda a critérios economicistas e a ponderações custo-benefício porque nestas perspectiva o bem-estar de um moribundo não será considerado um benefício que

⁴⁵⁴ NEVES, Maria do Céu Patrão – «Sentidos da vulnerabilidade: características, condição, princípio». In: *Revista Brasileira de Bioética*. 2006, pp. 157 - 172.

⁴⁵⁵ Cf. NEVES, Maria do Céu Patrão - «Sentidos da vulnerabilidade: características, condições e princípio».

⁴⁵⁶ SERRÃO, Daniel – «Vulnerabilidade: uma proposta ética». In: *Revista Autopoética. Sentir, pensar e Agir*. S. d. (Texto a ser publicado numa revista do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa).

justifique custos⁴⁵⁷. Desta forma, corroborámos com Daniel Serrão ao dizer que “a ética da vulnerabilidade deve fazer-nos olhar para o mundo como algo muito frágil, como uma realidade viva que necessita de cuidados especiais e de protecção permanente”⁴⁵⁸.

A atenção dada por alguns enfermeiros (nomeadamente os enfermeiros participantes do nosso estudo) revela o cumprimento pelo respeito da pessoa como ser singular, pela sua vida privada e familiar. Da Declaração e da Convenção Europeia⁴⁵⁹ para os direitos do homem, cada país estabeleceu, nas suas constituições políticas fundamentais, o direito à protecção da saúde dos seus cidadãos.

O direito à protecção da saúde está consagrado na *Constituição da República Portuguesa* e assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade, nomeadamente a Lei de bases da saúde (lei 48/90, de 24 de Agosto) e o Estatuto Hospitalar (Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de Abril de 1996)⁴⁶⁰, do qual salientamos:

“O doente tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana”. É um direito fundamental, que adquire particular importância em situação de doença. Direito do qual decorrem todos os restantes, entre eles:

“O doente deve ser respeitado por todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados, no que se refere quer aos aspectos técnicos, quer aos aspectos de acolhimento, orientação, encaminhamento dos doentes. É também indispensável que o doente seja informado sobre a identidade e a profissão de todo o pessoal que participa no seu tratamento. Este direito abrange ainda as condições das instalações e equipamentos, que tem de proporcionar o conforto e o bem-estar

⁴⁵⁷ *Ibidem*.

⁴⁵⁸ *Ibidem*.

⁴⁵⁹ Em 1950, a Convenção Europeia dos Direitos do Homem, no seu artigo 8º, diz que: “toda a pessoa tem direito ao respeito da sua vida privada e familiar, do seu domicílio e da sua correspondência”.

⁴⁶⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE - *In*: www.min-saude.pt

exigidos pela situação de vulnerabilidade em que o doente se encontra, como é o caso das instalações hospitalares”⁴⁶¹.

Não temos a mínima dúvida de que a sociedade actual tem à sua disposição orientações para novos rumos, mas é necessário passar de um plano teórico, reflexivo para a acção efectiva. Neste sentido, e apesar da conjuntura económica que o país atravessa, pensamos que é um imperativo ético que os profissionais de saúde alertem as entidades responsáveis em criar e manter as condições (meios humanos e físicos) necessárias para o cumprimento do Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de Abril de 1996, salvaguardando a dignidade humana.

Actualmente os códigos deontológicos dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), a 8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde Declaração de Helsínquia sobre Saúde em Todas as Políticas⁴⁶², e a Carta dos Direitos do Doente Internado, contêm determinações que os responsabilizam pela protecção dos direitos do doente. A deontologia e ética profissional⁴⁶³ implicam que, independentemente daquilo que se possa pensar quanto à vivência da ética, todos temos de reconhecer que qualquer profissional que considere os princípios éticos como motor das suas escolhas, das suas acções e do seu agir, os resultados adquirem vivências que moldam não só o comportamento profissional, mas também conferem um modo de estar, que lhe proporciona uma forma de entender o ser humano, alcançando uma relação de grande qualidade, não apenas técnica, mas também humana.

⁴⁶¹ *Ibidem*.

⁴⁶² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE - 8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde - *Declaração de Helsínquia sobre Saúde em Todas as Políticas*. 2013. Trad. UIPES/ORLA – Brasil 24/06/2013.

⁴⁶³ Cf. BRITO, José Henrique Silveira (coord.) - *Ética das Profissões*. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia UCP, 2007.

O cuidar humano centrado na pessoa envolve “valores”, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e as suas consequências. No dia-a-dia dos enfermeiros há, cada vez mais, momentos em que as decisões têm de se apoiar nas regras da ética e da deontologia. Estas constituem pilares essenciais na assunção das nossas responsabilidades no processo de cuidar. Perante os dilemas éticos, os cuidados de enfermagem assumem, pela sua natureza, uma função primordial nos cuidados de saúde e a responsabilidade dos enfermeiros é, por esta razão, aumentada. No sentido de reforçar o que foi dito anteriormente Manuela Martins diz “ o futuro é um real desafio aos actores pois as dificuldades extremam-se entre as questões económicas e a humanização”⁴⁶⁴.

Assim verificou-se que a visão dos enfermeiros participantes do estudo, sobre os sentimentos vivenciados ao cuidar da pessoa e do seu corpo, objecto do nosso estudo, reconhecem a necessidade de resolução de algumas situações que poderão estar, de facto, muitas vezes, associadas a pressões, à falta de recursos (humanos e materiais) e dificuldades nos locais de trabalho. No entanto, alguns também reconhecem a falta de sensibilidade, o que poderá levar a um mal-estar provocando; nomeadamente, falta de respostas adequadas que podem levar a comportamentos menos éticos.

No entanto, parece importante reforçar a ideia de que alguns enfermeiros, como o caso dos participantes do estudo, compreendem a promoção da integridade do corpo como intervenção fundamental para manter a dignidade da pessoa doente hospitalizada. Entendem que preservar a imagem do corpo, apresentação do “eu” é primordial à manutenção do relacionamento interpessoal, ele é assim, um mediador do processo de

⁴⁶⁴ MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva – *A Presença da Família no Internamento Hospitalar. Estudo Exploratório*. Porto: Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto, 2004. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

relação com uma expressividade ímpar. A atenção dada por alguns enfermeiros à aparência corporal indica que estes possuem consciência da sua importância para manter a identidade.

Também um estudo realizado por Picco, Santorob e Garrinob⁴⁶⁵, revelou que a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros é influenciada por dificuldades nos locais de trabalho (falta de recursos humanos e materiais), reconhecendo que a enfermagem tem um papel central no cuidar do corpo da pessoa doente, considerando que cuidar do corpo da pessoa doente é gratificante porque permite estabelecer um relacionamento mais próximo com o doente (ver o doente como sujeito), promovendo o seu bem-estar. Outro estudo realizado por Arthur, Pang, Wong, Alexeander, Drury, Eastwood, Johansson, Jooste, Naude, Noh, O'Brien, Sohng, Stevenson, Sy-Sinda, Thorne, Van der Wal, Xiao⁴⁶⁶, envolveu 1.957 enfermeiros de 11 países diferentes (Ásia, Africa, América e Europa). Este estudo revelou que os enfermeiros em todo o mundo não têm muito em comum. Os atributos do cuidar (carinho, relacionamento, respeito) na sua prática profissional são influenciados pelas diferentes culturas (cultura de cada um), e reconheceram que cuidar da pessoa e do seu corpo é a imagem da qualidade da enfermagem. Os enfermeiros do Canadá, Nova Zelândia, Escócia e Suécia, são da opinião de que a tecnologia não trouxe mais tempo livre à enfermagem, e apresentaram uma opinião mais negativa sobre a influência da tecnologia nos cuidados de enfermagem.

⁴⁶⁵ PICCO, E.; SANTOROB, R.; GARRINOB, L. - «Dealing with the patient's body in nursing: nurses' ambiguous experience. In clinical practice».

⁴⁶⁶ ARTUR, D.; PANG, S.; WONG, T.; ALEXANDER, M. F.; DRURY, J.; RASTWOOD, H.; JOHANSSON, I.; JOOSTE, K.; NAUDE, M.; NOH, C.H.; O'BRIEN, A.; SOHNG, K. Y.; STEVENSON, G.R.; SY-SINDA, M.T.; THORNE, S.; VAN DER WAL, D.; XIAO, S. - «Caring attributes, professional self concept and technological influences in a sample of registered nurses in eleven countries». In: *International Journal of Nursing Studies*. Department of Nursing & Health Sciences, The Hong Kong Polytechnic University, Hung Hom, Kowloon, Hong Kong, May, 36(1999), pp. 387 - 396.

Com a reflexão deste estudo fica mais claro afirmar que o intuito do enfermeiro (da profissão de enfermagem) é o bem-estar de outros seres humanos. É uma finalidade de ordem moral que assenta em conhecimentos, capacidades e competências que se vão desenvolvendo e que se direccionam em prol de uma resposta – humanizar a vida.

4. PRINCIPAIS CONTRIBUTOS DO ESTUDO PARA A CONSTRUÇÃO DE UM CUIDAR HUMANIZANTE

Colocando no centro dos cuidados a pessoa doente hospitalizada, a intencionalidade beneficente constitui o fundamento do agir dos enfermeiros participantes do estudo que acreditam que as suas acções se destinam a promover o bem-estar da pessoa doente, enquadrando os cuidados realizados em valores humanistas. Os dados encontrados valorizam a unicidade e integralidade da Pessoa do doente e baseiam-se em convicções de que esta merece respeito pelo simples facto de existir. Também neste estudo, os enfermeiros participantes reflectiram na importância de que o contexto de doença influencia a construção de uma acção confortadora e promotora de bem-estar, pelo que aprender a interpretar e a compreender a linguagem da pessoa e da sua subjectividade é premissa essencial.

Desta forma, há que conhecer, compreender e perceber a dimensão humana no sofrimento existencial da pessoa doente hospitalizada, numa relação de empatia e cumplicidade. Neste sentido, Clara Costa Oliveira refere que é importante uma antropologia da saúde na qual o cuidador não se esqueça que actua como observador, com capacidade de lidar com as suas representações mentais sobre as pessoas das quais cuida como se essas representações tivessem realidade ontológica, ou seja, como se elas fossem o espelho daqueles de quem cuida⁴⁶⁷. Assim, a realidade dos dados alerta para a importância dos enfermeiros conhecerem as vivências, as necessidades, as vontades, os desejos e expectativas confortadoras da pessoa doente no sentido de

⁴⁶⁷ OLIVEIRA, Clara Costa – *Dor e sofrimento humano: em defesa de uma antropologia da saúde*.

personalizar/individualizar o cuidado (condição do processo de cuidar em enfermagem) considerado pelos enfermeiros como facilitador da compreensão e de uma melhor intervenção do enfermeiro para obtenção de resultados centrados na integridade e individualidade da pessoa doente.

Um estudo realizado em Portugal por Maria Manuela Cerqueira⁴⁶⁸, com o título *As dinâmicas do processo de cuidados face ao sofrimento: as intersubjectividades de quem cuida e é cuidado*, revelou que os enfermeiros referem que a intervenção fundamental para manter a dignidade da pessoa é a promoção da integridade corporal, e entenderam que preservar a imagem corporal, apresentação do “eu”, é primordial à manutenção do relacionamento interpessoal, o corpo é assim, um mediador do processo de relação com uma expressividade ímpar e que a atenção dada por alguns enfermeiros à aparência corporal indica que estes possuem consciência da sua importância para manter a identidade⁴⁶⁹.

Se é verdade que muitos enfermeiros prestam cuidados de qualidade, é verdade que outros, na sua actividade, evidenciam lacunas. A maneira de ser/estar de cada enfermeiro, possibilitará elevar a qualidade dos cuidados prestados que, possivelmente se coadune com a perspectiva da qualidade que cada um possua. Mas, também se pode aludir (pelos conhecimentos, opiniões e atitudes dos participantes do estudo), que a formação em enfermagem integra um processo educativo, não apenas de conhecimentos científicos e de desenvolvimento de técnicas, práticas e atitudes inerentes à profissão, mas também de

⁴⁶⁸ CERQUEIRA, Maria Manuela Amorim - *As dinâmicas do processo de cuidados face ao sofrimento: as intersubjectividades de quem cuida e é cuidado*. Lisboa: 2010. (Tese de doutoramento em Enfermagem apresentada à Universidade Nova de Lisboa, 2010).

⁴⁶⁹ *Ibidem*.

competências de domínio ético, de modo que promovam uma formação de saber antropológico que valorize uma filosofia humanística dos cuidados de enfermagem.

Salientamos que os nossos participantes possuem uma formação em enfermagem ao longo da vida (dos quinze enfermeiros participantes do estudo 40% possuem uma especialidade na área da enfermagem), o que poderá confirmar que a enfermagem, enquanto profissão que interfere no campo da saúde do indivíduo/família, da comunidade e da sociedade em geral, confronta-se a cada momento, com o desafio da doença, com a alteração rápida da realidade social, com o referencial de valores da sociedade presente, procurando acompanhar a evolução da informação científica e técnica, o que a obriga como ciência da área da saúde ao acompanhamento veloz da tecnologia, da medicina e a uma constante recriação do agir profissional humano abrangente e responsável. Neste contexto, cremos que a formação holística do profissional de enfermagem assenta num *continuum* ao longo da vida.

Um estudo realizado por Ana Reis, com o título *O Ensino da Ética e da Deontologia nas Licenciaturas em Enfermagem*, envolveu 22 (vinte e dois) estabelecimentos (escolas Superiores de Saúde, Institutos Politécnicos e Universitários), conclui que, apesar de haver já um fio condutor que pretende guiar e ser suporte no modelo pedagógico da Licenciatura em Enfermagem, as recomendações do ensino da Ética e da deontologia em Enfermagem não são seguidas em todos os estabelecimentos de ensino⁴⁷⁰.

⁴⁷⁰ REIS, Ana - *O Ensino da Ética e da Deontologia nas Licenciaturas em Enfermagem*. Braga: 2010.(Doutorada em Filosofia, especialização Ética) – Universidade Católica Portuguesa, Braga.

Perante este resultado (entre outros) Ana Reis e Clara Costa Oliveira⁴⁷¹ ressaltam a importância de seguir-se na formação superior de enfermeiros, as orientações preconizadas no documento, *Recomendações Relativas ao Ensino da Ética e Deontologia no Curso de Enfermagem*, editado pela Ordem dos Enfermeiros⁴⁷². Em relação a este documento, as autoras são da opinião de que apesar do mesmo referir os temas de interesse para o ensino da Ética, Deontologia e Bioética. Não refere em que ano curricular deve ser leccionado a Bioética, a Ética e a Deontologia, mas preconiza que primeiro deve ser a Ética, a Deontologia e posteriormente a Bioética. Na opinião das autoras, a Bioética deve ser leccionada seguida da Deontologia. Mas, o ideal seria uma integração interdisciplinar, supervisionada por um coordenador com formação específica nestas áreas⁴⁷³.

Noutro estudo realizado pelas mesmas autoras⁴⁷⁴, e atendendo aos resultados do estudo realizado por Ana Reis (*Ensino da Ética e da Deontologia nas Licenciaturas em Enfermagem*), estas referem que os resultados “despertam para a necessidade de realizar o enfoque da dimensão pedagógica da formação de enfermeiros na filosofia personalista, que assentará necessariamente num processo diagonal educadores-educandos”⁴⁷⁵. E, salientam que é preciso a mensagem do personalismo na educação⁴⁷⁶ para que os estudantes (entre eles os de enfermagem)

⁴⁷¹ REIS, Ana; OLIVEIRA, Clara Costa - «Formação ética dos enfermeiros: qual a realidade Portuguesa?». In: *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília: jul-ago, 65, 4(012), pp. 653 - 9.

⁴⁷² Este documento salienta que “o percurso de formação inicial deve responder às competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, designadamente às do domínio da prática profissional, ética e legal”. CONSELHO JURIDICIONAL – *Recomendações Relativas ao Ensino da Ética e Deontologia no Curso de Enfermagem*. (documento na internet) 2006. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedestaques/cj_recomendacao_ensino_etica_deontologia_originais.pdf. As Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, definidos pela Ordem dos Enfermeiros, estão divididos em três, domínios: “Prática profissional, ética e legal”, “Prestação e gestão de Cuidados” e “Desenvolvimento profissional”. CONSELHO DE ENFERMAGEM – *Divulgar: competências do enfermeiro de cuidados gerais*.

⁴⁷³ REIS, Ana; OLIVEIRA, Clara Costa - «Formação ética dos enfermeiros: qual a realidade Portuguesa?».

⁴⁷⁴ REIS, Ana; OLIVEIRA, Clara Costa – «Refletir Sobre o Ensino da Ética na Graduação de Enfermagem, em Portugal». In: *Revista Reflexão e Ação*, Santa Cruz do Sul, v.21,n.esp., jul./dez, (2013), pp. 221 - 241.

⁴⁷⁵ *Ibidem*, p. 237.

“sejam sempre em defesa da pessoa, que permitam a pessoa viver como pessoa, com outras pessoas, enfrentando os obstáculos existenciais, não permitindo o isolamento dos doentes, não se fechando em si mesmos, mas ligados ao mundo através da consciência”⁴⁷⁷.

A actuação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros e a envolvimento dos serviços de saúde (contexto hospitalar), pela relação de proximidade que têm com a pessoa doente, constitui-se como uma pedra basilar no agir ético.

Um estudo realizado por Nilza Corbane, Ana Cristina Bretas, Maria Clara Matheus⁴⁷⁸, refere que as instituições de saúde, nomeadamente os hospitais e a actuação dos enfermeiros constituem os elementos responsáveis em enobrecer e dignificar o verdadeiro cuidado⁴⁷⁹. Também os depoimentos dos participantes do nosso estudo revelam que a actuação dos enfermeiros e o contexto onde estes se realizam (contexto hospitalar), pela relação de proximidade que tem com a pessoa doente, constitui-se como uma pedra basilar no agir ético.

“[...] Não podemos cuidar de alguém se não nos aproximarmos, se não estabelecemos uma relação de proximidade [...] a minha maior preocupação é ter espaço (físico) e tempo para estabelecer ajuda [...]. Quando cuido de um doente o meu objectivo é coloca-lo o mais confortável possível [...]” É colocar-me no lugar do outro (...) E4;

“ [...] Quando cuido do doente tento sempre respeitar os seus valores, os seus sentimentos, as suas crenças a sua religião a sua ideologia política [...]. A pessoa é

⁴⁷⁶ “Imprescindível, numa educação personalista, é conduzir o educando a pensar por si mesmo, a agir de acordo com o que pensa e a comprometer-se, responsabilmente, nas suas acções” *Ibidem*, p. 326.

⁴⁷⁷ *Ibidem*.

⁴⁷⁸ CORBANI, Nilza Maria de Sousa; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella; MATHEUS, Maria Clara Cassul – «Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso». In: *Revista Brasileira de Enfermagem*. Universidade Federal de São Paulo. Brasília, maio-junho: 62, 3(2009), pp. 349 - 54.

⁴⁷⁹ “O verdadeiro cuidado não domina, antes reconhece o outro como sujeito de sua própria história”. *Ibidem*, p. 353.

um todo [...]. Nós enfermeiros temos que agir moralmente e eticamente, isto é, cuidar [...] E6.

Vários autores, entre eles, Collière, Watson, defendem que as ciências de enfermagem têm algo que lhe é nobre - o cuidar. A dimensão do cuidar como já foi referida ao longo do enquadramento teórico tem sofrido alterações na sua concepção, pois esta é influenciada pela cultura e valores. Se houve períodos em que se privilegiou o modelo biomédico, podemos dizer que na actualidade assiste-se uma mudança importante. Mudança onde o enfoque é a relação de ajuda que, como intervenção junto da pessoa doente, implica uma comunicação eficaz e respeito pela dignidade humana. Neste sentido podemos dizer que a formação académica ao longo da vida (nomeadamente dos profissionais de saúde) deve assentar em pilares que sensibilize e que consciencialize e desenvolva o sentido de responsabilidade nos (futuros) enfermeiros. É este saber com sentido que permite edificar uma intervenção diferenciada e personalizada, garantindo “Cuidados Humanizados”.

Watson, na base filosófica da ciência do cuidar, salienta as orientações axiológicas que devem fazer parte integrante da formação do estudante de Enfermagem, e estas devem ser afirmadas pela aquisição de conhecimentos e pela experiência face ao outro ser humano. Também Ana Reis e Clara Costa Oliveira partilham “que as competências éticas e os valores humanos devem ser desenvolvidos em contexto da prática clínica”⁴⁸⁰.

Considerando os resultados do estudo e dada a complexidade e a especificidade dos problemas que a pessoa doente vivencia em contexto hospitalar, evidencia-se a necessidade

⁴⁸⁰ REIS, Ana; OLIVEIRA, Clara Costa – «Reflectir Sobre o Ensino da Ética na Graduação de Enfermagem». p. 236.

de elaboração de um Guia de recomendações sobre o modo como lidar com o corpo da pessoa doente. Também é de considerar que neste estudo não foi notório o facto de os nossos participantes exercerem a sua actividade em realidades diferentes (hospitais centrais e distritais) e serviços também eles distintos. As suas vivências não geraram perspectivas diferentes da realidade, pelo que este guia de recomendações coaduna-se a qualquer realidade hospitalar.

Assim passamos a enumerar os aspectos (bio)éticos que pensamos serem os mais importantes na formação académica ao longo da vida dos enfermeiros e que conduzam a uma intervenção humanizante à pessoa doente e ao seu corpo.

Os Enfermeiros deveram possuir formação ao nível (bio)ético:

Ter conhecimentos científicos, técnicos e uma educação orientada pela ética humanizante, de modo a promover a formação de saber antropológico que valorize uma filosofia humanística dos cuidados de enfermagem que lhes permita:

- 1- Interpretar as ideologias, crenças da pessoa doente de modo a personalizar/individualizar o cuidado (condição do processo de cuidar em enfermagem);
- 2- Dirigirem uma acção confortadora e promotora de bem-estar, de modo a compreender a linguagem da pessoa e a sua subjectividade;
- 3- Dirigirem as Intervenções para obterem resultados centrados na integridade e individualidade da pessoa doente;
- 4- Respeitar a privacidade, pelo que na prestação de todo e qualquer cuidado de saúde deve estar implícito o respeito pela salvaguarda da intimidade da pessoa doente;
- 5- Respeitar o pudor corporal;

- 6- Respeitar a integralidade como intervenção fundamental para manter a dignidade da pessoa doente hospitalizada;
- 7- Ter em consideração a vulnerabilidade humana;
- 8- Promover a autonomia da pessoa doente e, estabelecer uma relação de parceria, o que implica estabelecer uma relação especial com a pessoa doente. Relação esta, assente em pilares de humanidade num verdadeiro encontro/envolvimento que possa levar à tomada de decisão informada permitindo à pessoa doente o controlo que lhe é possível sobre a sua própria situação de vida.
- 9- Conhecer, compreender e perceber a dimensão humana no sofrimento existencial da pessoa doente hospitalizada, numa relação de ajuda e confiança;
- 10- Terem um agir profissional humano abrangente e responsável, o que implica o respeito pela Carta do Doente Internado e pelo Código Deontológico do Enfermeiro;
- 11- Tomar decisões apoiando-se nas regras da ética e da deontologia. Estas constituem pilares essenciais na assunção das nossas responsabilidades no processo de cuidar;
- 12- Estarem preparados e motivados para intervirem juntos da pessoa doente e suas famílias, em especial nos contextos de risco como é o caso dos serviços de urgência;
- 13- Dirigirem uma acção confortadora e promotora de bem-estar, utilizando os recursos gerais da comunidade de modo a promoverem a continuação dos cuidados de saúde;
- 14- Terem capacidade reflexiva e crítica de modo a alertar as entidades responsáveis em criar e manter as condições (meios humanos e físicos) necessárias para o

cumprimento do Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de Abril de 1996, salvaguardando a dignidade humana.

Este é o maior contributo que o nosso trabalho pretende transmitir, na implementação de uma maior humanização nos cuidados de saúde hospitalares.

Termino aludindo a duas citações que no meu entender se complementam. Uma citação do Sr. Professor Daniel Serrão que com o seu saber nos transmite que

“Honrar a dignidade humana é fomentar uma cultura de respeito absoluto pela vida humana desde o seu início e até ao seu fim natural”. Daniel Serrão

A outra citação é de uma teórica do cuidar a Jean Watson, que alude à enfermagem como ciência humana e do cuidar.

“A enfermagem como ciência humana e do cuidar está sempre ameaçada e frágil. Porque o cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros [...]”. Watson

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegados à fase final do nosso trabalho, um conjunto de inquietações emerge através da verificação de que o caminho percorrido na elaboração deste trabalho foi longo e só termina academicamente porque, como diz Merleau-Ponty, toda a obra ou expressão é inacabada. No entanto, surge a agradável compensação de que se conseguiu algo que durante tanto tempo pareceu distante e difícil de concretizar. Esta conclusão terá somente um sentido indicativo, limitando-se a apontar em linhas gerais as conclusões mais pertinentes do trabalho.

Quanto aos objectivos específicos traçados, pensamos tê-los atingido na totalidade através da pesquisa bibliográfica e do estudo empírico. As respostas, a estes objectivos, foram expostas ao longo deste trabalho de investigação.

Sendo este trabalho um estudo de cariz exploratório e descritivo, uma vez que se trata de uma pesquisa com uma orientação fenomenológica em que se tenta compreender o que os enfermeiros pensam, sentem e a forma como agem nos seus ambientes de trabalho, consideramos que a análise efectuada é, por si só, fonte de algumas reflexões e interpretações.

Assim, na compreensão do homem, colocámos a pessoa no centro da fenomenologia e analisámo-la como um conceito abrangente, tanto como ser individual concreto, com vida orgânica bioquímica, como ser relacional, organizado em grupos e em comunidades. De seguida, fizemos uma reflexão filosófica acerca do «pensamento» do corpo, da existência corpórea do homem e o seu significado «humano», na linha desenvolvida por Merleau-Ponty entre outros filósofos. Esta análise da estrutura da pessoa teve como elemento essencial o corpo e o espírito, abrangendo, numa primeira parte, a

relação corpo e espírito como relação de identidade do «eu» com o «corpo». Por outro lado, procurando ultrapassar o «pensamento objectivo», que contempla o corpo como objecto, que o compreende como um mecanismo «*em si*» e a consciência como um «*ser para si*», o que o torna, deste modo, uma máquina orgânica objecto de conhecimento científico, um perigo para a humanização dos cuidados de saúde.

O «pensamento fenomenológico» considera o corpo como um conjunto de significações vividas, ou seja, o corpo sujeito ou corpo próprio é expressão, é fala, é linguagem, é o «lugar de comunicação» do sujeito e do objecto. Assim, o homem é, de uma ponta a outra, corpo expressivo, e é pelo seu corpo que o homem se encontra no mundo, entre as coisas e os outros. Efectivamente, o homem é um ser possuidor de um espírito sempre encarnado e de um corpo físico, material, palpável e visível. Só na perspectiva do ser-no-mundo é que os profissionais de saúde podem compreender o sentido da doença para a pessoa doente, ou seja, só considerando a pessoa doente como um ser vivo no mundo é que o seu corpo tem um sentido - um corpo vivido numa experiência histórico-temporal, o corpo que emana da linguagem que diz «eu».

Analisada a estrutura da pessoa, tendo como elemento constitutivo primordial o corpo e o espírito, envolvendo a sua dimensão relacional, em que esta foi contextualizada como um *ser bio-psico-espiritual e social*, fizemos uma análise da dimensão de pessoa, tendo como pensamento principal a linha desenvolvida por Pedro Laín Entralgo e Max Scheler; num segundo momento foi feita uma reflexão sobre o corpo à luz das concepções de Entralgo.

Para finalizar o percurso do enquadramento teórico deste trabalho, fez-se uma análise conceptual de cuidados de saúde cujo sustentáculo é o valor da dignidade humana,

alicerçado na relação entre quem cuida e quem é cuidado. Mostrou-se também a dimensão do corpo na doença, através de uma análise sobre o corpo vivido doente, partindo dos binómios corpo-objecto e corpo-vivido. Ao longo deste capítulo fomos reflectindo sobre várias questões inerentes ao cuidar em enfermagem. Abordamos o cuidar como a essência da profissão da enfermagem e a sua dimensão ética. O avanço progressivo da ciência e da tecnologia permitirá por certo descobrir novas formas de encarar a saúde e a doença, mas não dispensa a atenção e disponibilidade em relação ao outro, à sua pessoa, a esse ser único pertencente a um certo contexto familiar, socio-económico e cultural.

Neste âmbito partimos para o estudo empírico cujo tema central versa a percepção dos enfermeiros sobre as questões ligadas ao conceito de pessoa, corpo e aos sentimentos vivenciados pelos enfermeiros ao cuidar do corpo da pessoa doente em contexto hospitalar. Ao longo do estudo empírico, foram analisadas três categorias: *Conceptualização de Pessoa, Dimensão de Corpo* e os *Sentimentos gerados pelo cuidar da pessoa doente e do seu corpo*.

Na primeira categoria, *Conceptualização de Pessoa*, os enfermeiros deixaram transparecer que a conceptualização sobre a definição de pessoa é um fenómeno complexo. No entanto parece-nos ser consensual que os enfermeiros conceberam a pessoa como um ser com uma dimensão física, psicológica, emocional, espiritual, social e económica. Assumiram que a pessoa é uma unidade que vive em família e se relaciona com a comunidade. É de salientar que as subcategorias incluídas centram-se mais no aspecto “físico”, “psicológica” e “social”. Estas afirmações prendem-se de acordo com a Organização Mundial da Saúde que reconhece que a missão primordial do enfermeiro, na

sociedade é ajudar os indivíduos as famílias e grupos a determinarem e alcançarem o seu potencial no campo físico, mental e social

Na segunda categoria, *Dimensão de Corpo*, é identificado as sub-categorias: “Corpo físico”, “Intimidade do corpo”, “Integridade do corpo” e “Pudor Corporal”. Estas centram-se de modo idêntico. É de salientar que os enfermeiros possuem um conhecimento sobre o “corpo” vendo-o para além de uma estrutura anatómica, fisiológica e psicológica perfeita.

De uma maneira geral, para os enfermeiros o corpo exposto é “propriedade” individual, que esta “evidência do eu” exige respeito pela intimidade da pessoa. Reconhecem que o meu corpo é anatómico e biologicamente igual aos outros corpos. No entanto, o meu corpo é único e singular, porque expressa o meu comportamento transbordando do meu corpo objectivo.

Também na visão dos enfermeiros a pessoa doente encontra-se mais vulnerável e constrangida por expor a sua nudez, e, ao respeitar esta intimidade, estão a conferir dignidade a este processo de cuidar. Para estes enfermeiros respeitar o pudor é proteger a pessoa doente do olhar do outro. Para a pessoa doente significa respeito.

Na nossa experiência profissional, quantas vezes os doentes invisuais nos reconhecem pelo andar e pelo toque, apesar de as minhas mãos, os meus pés serem iguais a todas as mãos e a todos os pés. Todavia, a forma como eu toco, como eu ando é particular, pois eu sou o meu corpo, e o meu corpo sou eu, e esta experiência é única. Eu sou o meu corpo, o corpo-para-mim não é objecto, não o posso tratar como algo que possuo, eu sinto-o. A vivência do corpo-para-si permite ao homem dizer que não existe separação entre o

corpo e o indivíduo. O homem é corporal, ou seja, o corpo não é uma coisa que se tenha, é uma dimensão que se vive.

É de salientar que algumas conclusões deste estudo prende-se com a promoção da integridade do corpo, sendo esta uma preocupação dos enfermeiros, compreendida como fundamental para salvaguardar a dignidade da pessoa.

Na categoria, *Sentimentos gerados pelo cuidar da pessoa doente e do seu corpo*, os enfermeiros referem diferentes sentimentos. A *ansiedade*, *receio* e *sensação desagradável*, centram-se de modo idêntico. Estes sentimentos englobam um conjunto de características manifestadas pelos enfermeiros de tocar no corpo pela desfiguração e receio de tentar perceber como é que a pessoa doente vai reagir perante os cuidados de enfermagem. O sentimento *medo* é um termo demasiado forte porque verificamos no estudo que os enfermeiros possuem conhecimentos nos significados que atribuíram à pessoa e ao seu corpo. Referiram apenas receio no que iriam encontrar, em termos de alterações físicas. Dai terem utilizado mais a palavra “receio” e “sensação desagradável” em detrimento do termo “medo”.

O sentimento *respeito* foi o mais referenciado pelos enfermeiros. Este sentimento inserido nas características do cuidar contém acções muito diversificadas e complexas. É de salientar que nos discursos dos enfermeiros há unanimidade em considerar o *Respeito* como uma característica central do cuidar e o mais fundamental valor profissional.

O respeito implica olhar para a pessoa no seu todo, na sua singularidade, na sua identidade, tendo em conta o que sente, o que pensa e dando-lhe liberdade para o expressar. Quem cuida deverá ser capaz de assumir o projecto de vida da pessoa de quem cuida tendo em conta o seu bem-estar. A essência da enfermagem é o respeito pelas

peças, pela dignidade humana. Este respeito pela dignidade humana é reflexo do respeito que o enfermeiro tem por si enquanto pessoa e enquanto profissional.

Por último, dois indicadores emergiram do sentimento, *Preocupação*, inserido na característica do cuidar: “Relação empática” e o “Acolhimento conforto”.

Os achados confirmam e complementam que o conhecimento actual sobre a relação, o acolhimento e o conforto fazem de tal maneira parte do cuidar, que sem estes não se cuida. O cuidar integra necessariamente uma dimensão relacional, técnica e científica.

Mas se a razão última dos profissionais de saúde nomeadamente dos enfermeiros é ajudar quem sofre, prestar cuidados de saúde é uma intenção do coração e da razão que se concretiza numa acção. Neste sentido, o que se entende por cuidar? Cuidar é prestar atenção global e contínua a um doente, nunca esquecendo que ele é, antes de tudo, uma pessoa. Cuidar é ajudar o outro a ser, é ser com ele no seu mundo. É um gesto, é um acto intencional cuja essência é a relação que se estabelece entre quem cuida e quem é cuidado. É na esfera desta relação que o profissional de saúde acolhe o pedido de ajuda da pessoa doente.

A relação com qualquer pessoa doente deverá ser uma relação entre pessoas, baseada na compreensão e calor humano, na capacidade de saber ouvir e escutar, onde o diálogo esteja sempre presente. Nunca poderá ser superficial, distante, desprovida de interesse e de afecto.

Assim, a relação entre quem cuida e quem é cuidado é antes de tudo uma relação genuína, baseada no respeito mútuo e centrada na escuta daquele que sofre. É uma elevação comum que se constrói num tempo e num espaço. É reciprocidade, é partilha, é

um dar e receber conducentes a um pôr em comum. Cuidar do outro é ajudar, é compreender, é responder ao seu apelo.

É nesta abertura ao outro e no respeito pela sua singularidade, identidade, que o profissional de saúde nomeadamente o enfermeiro encontra a pessoa e a sua circunstância. Quando olhamos o outro desprovido da sua singularidade, privámo-lo da sua história pessoal e ficamos perante um sujeito universal, ou seja, ficamos perante um indivíduo vago e intemporal. É olhando o outro como sujeito, um eu em sentido pleno, que se estabelece uma relação de abertura e respeito pelo outro.

O profissional de saúde nomeadamente o enfermeiro pode e deve ir além da doença, é responsabilidade sua conferir existência visível à experiência vivida das pessoas doentes. Descobrir a forma particular como cada pessoa doente vive sua situação de doença é uma exigência ética que se impõe a todos os profissionais de saúde, porque só quando concebemos a pessoa doente na sua totalidade e unicidade compreendemos que na sua doença se projecta uma pessoa real, única, irrepetível e com a sua história a narrar.

Mas compreender o sofrimento humano não é fácil, porque “suscita compaixão, inspira respeito e, a seu modo intimida. Nele, efectivamente, está contida a grandeza de um mistério específico”⁴⁸¹. Com estas palavras João Paulo II transmite que o sofrimento, qualquer sofrimento humano deve ser respeitado de uma forma particular e abordado com o coração e com fé, porque só a compaixão e o amor nos impõem vencer a timidez, proporcionando-nos a fé a virtude de tocarmos naquilo que parece ser tão intocável em cada um dos homens — o sofrimento.

⁴⁸¹ JOÃO PAULO II – *Carta Apostólica Salvifici Doloris, Sentido Cristão do Sofrimento Humano*. Braga: Editorial A.O., 1996, p. 7.

O homem que sofre solicita alívio para o seu sofrimento, ou seja, o homem que sofre tem a esperança de ser acolhido por outros no seu sofrimento, porque só através do reconhecimento por outrem é que o homem que sofre restabelece a esperança de que é possível transpor o próprio sofrimento.

Ao terminarmos a nossa reflexão, ficamos convictos de que não basta ao profissional de saúde nomeadamente ao enfermeiro o conhecimento científico, que sendo deveras importante, não é suficiente, uma vez que é omissivo relativamente à forma particular como cada pessoa doente vive a sua situação de doença. Só quando o nosso saber se entrelaça com a realidade vivida do doente é que ganha sentido. É este saber com sentido que permite edificar uma intervenção diferenciada e personalizada, garantindo a Humanização dos Cuidados de Saúde.

Temos consciência da complexidade da tese que abraçamos; todavia, apesar das dificuldades e limitações, consideramos que a nossa reflexão poderá, porventura, vir a construir um alicerce de um trabalho mais amadurecido sobre o Cuidar em Enfermagem e os Valores Humanos subjacentes. Ainda que não nos diga nada de novo, não deixa de ter a sua pertinência, uma vez que, a dimensão do cuidar tem sofrido alterações na sua concepção, pois esta é influenciada pela cultura e valores e, em tempo de mudanças rápidas e de desafios constantes mas de horizontes incertos, é necessário abrir caminho e explorar oportunidades, descobrir novas formas de prestar cuidados, novos meios a utilizar para chegar junto das pessoas e chamar para o campo de competências da Enfermagem os valores humanos subjacentes, e que estes sejam desenvolvidos em contexto da prática clínica (professores, estudantes, enfermeiros orientadores) de modo a clarificar a aprendizagem ao nível de aprender a cuidar holisticamente.

Termino corroborando António Jácomo, como seres conscientes e criativos, habitando determinado ambiente cultural, fomos (e somos) capazes de criar as regras e normas da ética, codificá-las em leis e moldar a aplicação das mesmas; a cultura fez (e faz) o resto, estabelecendo um certo grau de liberdade que permite ao indivíduo a sua realização pessoal⁴⁸².

⁴⁸² JÁCOMO, António - «E se o nosso eu fosse sináptico? Notas para um debate». *Cadernos de Bioética*. (2012), pp. 43-63.

BIBLIOGRAFIA

- ANDORNO, R. – *Bioética y Dignidad de la Persona*. Madrid: Tecnos, 1998.
- ADORNO, R. – «La notion de dignité humaine est-elle superflue en bioéthique?». In: *Revue Générale de Droit Médical*, 16(2005).
- ALMEIDA, MENESES, Lúcio – «Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*». Vol. 23, nº 1, Janeiro/Junho (2005), pp. 91-96.
- ANJOS, Márcio Fabri dos - «A vulnerabilidade como parceira da autonomia». In: *Revista Brasileira de Bioética*. (2006), pp. 173-186.
- ANTUNES, Alexandra - «Princípios da Ética Biomédica». In: SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui (coord). *Ética em cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora, (1998), pp.13-16.
- ARCHER, L.; BISCAIA, J.; OSSWALD, W. (coord.) – *Bioética*. Lisboa: Editorial Verbo, 1996.
- ARCHER, Luís - «Fundamentos biológicos». In: ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter (coord.). *Bioética*. Coimbra: Verbo, (1996), pp.17-33.
- ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter (coord.). In: *Bioética*. Coimbra: Verbo, 1996.
- ARDITA, M.G.- «Dignidade Humana». In: LEONE, Salvino; PRIVITERRA, Salvatore. *Dicionário de Bioética*. Vila Nova de Gaia: Editorial Perpétuo Socorro, (2001), p.275.
- AZEVEDO, L., F.; COSTA PEREIRA, A.; MENDONÇA, L.; DIAS, C.,C.; CASTRO LOPES, J., M. – «Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal». In: *J. Pain*; 13, 8(2012), pp. 773-83.

AQUINAS, St. Th. - «subsistens in rationali natura» In: *Summa Theologiae*. Formmann Verlag, Stuttgart, I, q. 29, a.3. (1985).

AQUINO, S. Tomás. – *Princípios da Natureza*. Porto: Porto Editora, 2001.

ARCHER, Luís – «Homem, Transparente, de Genoma Publicado». Texto terminado em 27 de Abril (2003), pp. 1-9.

ARTUR, D.; PANG, S.; WONG, T.; ALEXANDER, M. F.; DRURY, J.; RASTWOOD, H.; JOHANSSON, I.; JOOSTE, K.; NAUDE, M.; NOH, C.H.; O'BRIEN, A.; SOHNG, K. Y.; STEVENSON, G.R.; SY-SINDA, M.T.; THORNE, S.; VAN DER WAL, D.; XIAO, S. – «Caring attributes, professional self-concept and technological influences in a sample of registered nurses in eleven countries». Department of Nursing & Health Sciences, The Hong Kong Polytechnic University, Hung Hom, Kowloon, Hong Kong. In: *International Journal of Nursing Studies*. 36, May, (1999), pp.387-396.

BARDIN, L - *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1995.

BARBOSA, A.; NETO, I.G. - «Sofrimento». In: *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2006, p. 399.

BEAUD, JEAN-PIERRE - «amostragem». In: B. Gauthier (coord). *Investigação social da problemática à colheita de dados*: Loures: Lusociência, 2003.

BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James – *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press, 2001.

BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James – *Princípios de Ética Biomédica*. Versão espanhola da trad. do inglês de Teresa Garcia, Miguel, F. Javier Júdez Gutiérrez e Lydia Feito Grande. Barcelona: Masson, 1999.

- BERDIAEFF, N. – *Cinco Meditações Sobre a Existência*. Lisboa: Guimarães Editores, 1961.
- BOGDAN, R.; BICKLEN S. - *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e método*. Porto: Porto Editora, 1994.
- BRITO, José Henrique Silveira de (coord.) – *Ética das Profissões*. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia UCP, 2007.
- BRITO, José Henrique Silveira de (coord.) – «Das Éticas Gerais às Éticas Aplicadas». In: *Arquipélago*. Série Filosofia, 7(2000), p. 143.
- BRITO, José Henrique Silveira - «Deontologia e Direitos Humanos». In: *Revista Ordem dos Enfermeiros*. 31(2008), pp. 12-15.
- BUBER, M. – *Je et tu*. Préface de G. Bachelard. Paris: Aubier, 1938.
- CABRAL, Roque – *Temas de Ética*. Braga: Universidade Católica Portuguesa, 2000.
- CABRAL, Roque - «Princípio de autonomia». In: ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter (coord.). *Bioética*. Lisboa: Editorial Verbo, 1996, pp. 53-55.
- CABRAL, Roque - «Princípio de beneficência». In: ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter (coord.). *Bioética*. Lisboa: Editorial Verbo, (1996), p. 56.
- CABRAL, Roque - «Bem Comum». In: ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter; RENAUD, Michel (coord.). *Novos desafios à Bioética*. Porto: Porto Editora, (2001), pp. 31-32.
- CARVALHO, Ana Sofia (coord.) - *Bioética e Vulnerabilidade*. Coimbra: Edições Almedina, 2008.
- CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça - *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de Formação*. Loures: Lusociência, 2006.

CARTA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA UNIÃO EUROPEIA, de 30 de março de 2010. In: *Jornal Oficial da União Europeia*. C 83/0 (20102), pp. 389-403.

CASSELL, E., J. – *The nature of suffering and the goals of medicine*. Oxford: Oxford University Press, 2004.

CASSELL, E., J. – «Diagnosing suffering: a perspective». In. *Ann Intern Med*. Oct 5, 137, 7(1999).

CANTISTA, Maria José (coord.) – *A dor e o sofrimento - Abordagens*. Porto: Campo das Letras, 2011.

CERQUEIRA, Maria Manuela Amorim - *As dinâmicas do processo de cuidados face ao sofrimento: as intersubjectividades de quem cuida e é cuidado*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2010. Tese de doutoramento em Enfermagem. Universidade Nova de Lisboa, 2010.

COLLIÈRE, Marie Françoise – *Soigner...Le premier art de la vie*. Paris: Masson S. A. 1996.

COLLIÈRE, Marie-Françoise - *Promover a Vida*. Lisboa: Lidei Edições Técnicas Lda., Março, 1999.

CORNELLI, G.; PYRRHO, M. – «Para que serve a dignidade humana? Crise do conceito e nova operacionalização em bioética». In: *Revista brasileira de Bioética*, 3, 2(2007), pp. 236-248.

CORBANI, Nilza Maria de Sousa; BRÊTAS, Ana Cristina Passarela; MATHEUS, Maria Clara Cassul – «Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso». In: *Revista Brasileira de Enfermagem*. Universidade Federal de São Paulo. Brasília, maio-junho: 62,3(2009), pp. 349-54.

- CORTINA, Adela; MARTÍNEZ, Emilio – *Ética*. Madrid: Ediciones akal, 1996.
- CHALIFOUR, Jaques – *La relation daide en soins infirmiers: Une perspective holistique – humaniste*. Québec: Gaetan Morin. 1989.
- CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA (CNECV). *Reflexão ética sobre a dignidade humana*. (doc. Nº 26/CNECV/99). [Consultado a 2 -5-2014]. Disponível www.cnev.pt/admin/files/.../11273058936_P026_Dignidade_Humana.pdf.
- CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA (CNECV). Parecer n.º14/CNECV/95. *Questões Éticas na Distribuição e Utilização dos Recursos para a Saúde*. Lisboa: presidente do Conselho de Ministros, 1996. [consultado a 16-3-2014]. Disponível em [www.cnecv.gov.pt/www.cnecv.pt/admin./1273059327_P014_Recursos de Saúde.pdf](http://www.cnecv.gov.pt/www.cnecv.pt/admin./1273059327_P014_Recursos_de_Saude.pdf).
- CONSELHO DE ENFERMAGEM – *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Setembro, 2002, pp.1-16.
- CRUZ, Jorge - «Uma bioética das virtudes». In: *Revista Portuguesa de Bioética*. 17(2012), pp. 9-19.
- DAMÁSIO, António – *O sentido de si*. 13ª ed.. Lisboa: Publicações Europa América, 2011, pp. 30-40.
- DAMÁSIO, António – *O Erro de Descartes – Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Lisboa: Círculo de Leitores, 2011.
- DELBEN, A.; FREIRE, D. – «A dignidade como um conceito de vida». In: *Anais do XVIII Congresso Nacional da Conpedi*. Florianópolis: Fundação boiteux, 2009.

DESCARTES, R. - *Tratado das Paixões. Obras Escolhidas*. Trad. J. Guinsburg, Bento Prado Jr., Newton Cunha e Gita K. Ginsburg, Lisboa: Perspectiva, 2010.

COMISSÃO NACIONAL DA UNESCO – PORTUGAL - *Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos*. Artigo 8º, p.8. [consultado a 20 – 8-2014]. Disponível em unesdoc.unesco.org/images/001461/146180 por pdf.

DINIS, Alfredo - «Ética e identidade pessoal na perspectiva das ciências cognitivas». In: *Brotéria*. Vol. 156, (2003), pp. 119-215.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - «Do código deontológico do enfermeiro». *Diário da República* – I série A– Nº. 93 – 21-4-1998. SECÇÃO II, p.1754.

DUARTE CORREIA – «Artigo de opinião» In: *Notícias do Douro Online*, 11-10-2012, (consultado em 6-5-2014).

FEIO, A. & OLIVREIRA, C. – «modelo das crenças da saúde (health belief model) e a teoria da autopoiesis». In: *Reflexão e Acção*, 18, 1(2010).

FEITOR, Pinto - «Humanização e Qualidade de Vida». In: *Servir*. vol. 44, 1(1996), p. 20.

FERRELL, B., R.; COYLE, N. – «The nature of suffering and the goals of nursing». In: *Oncology nursing forum*, 35, 2(2008).

FERREIRA, Vergílio – «Subjectividade do corpo». In: *invocação ao meu corpo*. Lisboa: Bertrand, 253-262, (1994), p. 260.

FORTIN, M. Fabienne - *O processo de investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 2003.

FREIRE, Paulo - *Pedagogia do Oprimido*. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1994.

GADAMER, Howard – *O Mistério da Saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: ed. Nova Biblioteca 70, 1993.

- GARDENER, Howard – *Inteligências Múltiplas a Teoria na Prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
- GEVAERT, J. – *El Problema del Hombre – Introducción a la Antropología filosófica*. Salamanca: Ediciones Sígueme, 2001.
- GONZÁLEZ, M., Barón – *Tratado de Medicina Paliativa Y Tratamiento de Suporte en el Enfermo com Cáncer*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1996.
- HESSEN, Johannes – *Filosofia dos valores*. Red. e Pref. de Prof. Cabral de Moncada. Coimbra: Edição Almedina, 2001.
- HESBEEN, Walter – *Cuidar no Hospital – enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência, 2000.
- HESBEEN, Walter – *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência, 2004.
- HEIDEGGER, M. – *Ser e tempo*. § 41, Vol. I. Trad. Márcia de Sá Cavalcante. Petrópolis: Vozes, 1989.
- HENRY, Michel - *Incarnation: Une Philosophie de la chair*. Paris: Seuil, 2000.
- HONORÉ, Bernard – *Persévérer ensemble dans l'existence*. Paris: Seli Arslan, 2001.
- HONORÉ, Bernard – *Cuidar - Persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência, 2004.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN – [Consultado a 4-5-14]. Disponível em [http// www.iasp-pain.org/](http://www.iasp-pain.org/).
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSE – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Versão Beta 2. Lisboa: Versão oficial em português, 2006.
- JÁCOMO, António - «E se o nosso eu fosse sináptico? Notas para um debate». *Cadernos de Bioética*. (2012), pp. 43 - 63.

JOÃO PAULO II - «A Locução de 9 de Janeiro e 20 de Fevereiro de 1980». In: *Insegnamenti III/I*, (1980), pp. 428-434.

JOÃO PAULO II – *Carta Apostólica Salvifici Doloris, Sentido Cristão do Sofrimento Humano*. Braga: Editorial A.O., (1996), p. 7.

JONAS, H. – *O princípio responsabilidade. Ensaio de uma ética para a civilização tecnológica*. Rio de Janeiro: Contraponto – Editora PUC, 2006.

KANT, Immanuel – *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Trad. Paulo Quintela. Lisboa: 1988.

KANT, Immanuel - *Réflexion sur L' Éducation*. Trad. introduction et notes par Alexis Philonenko. Paris: Librairie Philosophique J. Vrin, 2004.

KANT, Immanuel – *Traité de Pédagogie*. trad. par J. Barni, revue et actualisée, introduction et notes par Pierre-José. Col. About. Paris: Haschett, 1981.

KARLI, Pierre – *O cérebro e a liberdade*. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

LAÍN ENTRALGO, P. – *O que é o homem: Evolução e sentido da vida*. Trad. do espanhol por Anselmo Borges; Daniel Serrão; João Maria André. Lisboa: Editorial Notícias, 2002, p.48.

LAÍN ENTRALGO, P. – *El cuerpo humano: Teoría actual*. Madrid: Espasa-Calpe, 1989.

LAÍN ENTRALGO, P. – *Teoria y realidad del otro*. Madrid: Alianza Editorial, 1988.

LAÍN ENTRALGO, P. – «La espera y la esperanza: Historia y teoría del esperar humano». In: *Revista de Occidente*. Madrid: Editorial, (1957), p. 280.

LAÍN ENTRALGO, P. – «La comunicación entre el médico y el enfermo». In: *La relación médico-enfermo*. Madrid: Editorial, (1983). p. 303.

- LAÍN ENTRALGO, P. – «El momento afectivo de la relación medica». In: *La relación médico-enfermo*. Madrid: Editorial, (1983), pp. 466-479.
- LAÍN ENTRALGO, P. – «Teoria y realidad del otro. El otro como otro yo. Nosotros, tú y yo». Vol. I; Madrid: *Revista de Occidente*, (1961), pp. 277-278.
- LALANDE, A. – *Vocabulaire Technique et Critique de la Philosophie*. Paris: PUF, 1976.
- LANDRY, Rejean – «análise do conteúdo». In: GAUTHIER, Benoît. *Investigação social: da problemática à colheita de dados*. Loures: Lusociência, 2003.
- LAZURE, H. – *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermagem*. Lisboa: Lusodidata. 1994.
- LAZCANO, Rafael. – «Sobre los valores». In: *Revista Agustiana*, vol. XXXVI, 345-359, (1995), p. 345.
- LEININGER, Madeleine, M – *Caring: an essencial human need*. Detroit: Wayne State University Press, 1988.
- LÉVINAS, Emmanuel - *Du Sacré au saint, Minuit*, Paris: Librairie Arthème Fayard, 1977.
- LÉVINAS, Emmanuel – *Éthique et Infini. Dialogues avec Philip Nemo*. Paris: Librairie Arthème Fayard, 1972.
- LEVINAS, E. – *Totalité et Infini. Essai sur L' Exteriorité*. La Haye, Martinus Nijhoff, 1961.
- LEVINAS, Emmanuel – *Totalidade e Infinito*. Lisboa: Biblioteca de Filosofia Contemporânea, Edições 70, 1988.
- LEONOR, N.; MATHIEU, B. – *Les normes internationales de la bioéthique*. Paris: PUF. 1998.

- LOBIONDO – WOOD, G.; HABER, J. – *Pesquisa em enfermagem – métodos avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- LÓPEZ, E. Azpitarte - *Ética y Vida: Desafíos Actuales*. Madrid: Ediciones Paulinas, 1990.
- MAGALHÃES, V. P. - «A Pessoa Humana». In: ARCHER, L; BISCAIA, J.; OSSWALD, W. (Coord.) – *Bioética*. Lisboa: Editora Verbo, 1996.
- MACINTYRE, Alasdair – *Dependent Rational Animals. Why Human Beings Need the Virtues*. London: Duckworth, 1999.
- MADISON, G.B. – *La Phénoménologie de Merleau Ponty une recherche des limites de la conscience*. Paris: Éditions Klincksieck, 1973.
- MAGALHÃES, V. - «Distribuição de recursos para a saúde». In: *Bio-Ética*. 1994.
- MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva – *A Presença da Família no Internamento Hospitalar. Estudo Exploratório*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto, 2004.
- MAX SCHELER – *La situation de L'homme dans le monde*. VI Traduit et preface par M. Dupuy. Paris: Editions Montaigne, 1951.
- MAX SCHELER – *El puesto del hombre en el cosmos*. Buenos Aires: Editorial Losada, 1938.
- MATOS, DIAS, I. - *Elogio do sensível. Corpo e reflexão em Merleau-Ponty*. Lisboa: Litoral Edições, 1989.
- MATOS DIAS, I. – *Uma Ontologia do Sensível – A aventura filosófica de Merleau-Ponty*. Lisboa: Editorial Franciscana, 1994.
- MARCEL, Gabriel. – *Être et avoir*. Paris: Aubier-Montaigne, 1958.

- MARCONI, Marina; LAKATOS, Eva – *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas, 1999.
- MARTINS, F. – *Recuperar o Humanismo – Para uma Fenomenologia da Alteridade em Michel Henry*. Cascais: Principia - Publicações Universitárias e Científicas, 2002.
- MAYEROFF, Milton – *On caring*. New York: Harper Perennial, 1990.
- MERLEAU-PONTY, M. – *Phénoménologie de la Perception*. Paris: Gallimard, 1945, Avant Propos, XII.
- MERLEAU-PONTY, M. – *Le visible et l'Invisible*. Trad. José Artur Gianotti e Armando Mora d'Oliveira. 4ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2003, p. 157.
- MERLIN, Donald – *Origens do Pensamento Moderno*. Trad. Carlos de Jesus. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1999.
- MELIA, Kath M; BOYD, Kenneth M – *Ética em Enfermagem*. Trad. Pereira, Helena; Rosa, Margarida Cunha. Loures: Lusociência, 2004.
- MELZACK, R.; WALL, P. – *O desafio da dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1982.
- MENESES, Ramiro Délio Borges- *O Desvalido no Caminho. O Bom Samaritano, como paradigma da Humanização em Saúde*. Santa Maria da Feira: Edições Passionistas, 2008.
- MENESES, Lúcio – «Da prevenção primordial à prevenção quaternária». In: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 23, nº 1 – Janeiro/Junho (2005).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Plano Nacional de Saúde 2004/2010. Mais Saúde Para Todos*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Decreto-Lei n.º 161/96 - «Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros».

MINISTÈRIO DA SAÚDE – Decreto-lei n.º 157/99 de 10 Maio. (revogado pelo art.º 30 do DL n.º 60/2003, ¼).

MINISTÈRIO DA SAÚDE – «Carta dos Direitos do Doente Internado». Direcção-Geral da Saúde. [consultado a 5-09-2014] em www.dgs.pt

MOUNIER, Emmanuel – *Revolución Personalista y Comunitaria*. Obras Completas.I, Salamanca: Edições Sígueme, 1992.

MOUNIER, Emmanuel – *El personalismo. Obras Completas*. III, Salamanca: Edições Sígueme, 1990.

MOREOVER, Zaner – «The Body». In: TOOMBS, K. – *Meaning of Illness: A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Phisician and Patient*. 1981.

MORSE, J., M. – «On comfort and comforting». In: *American Journal of Nursing*. 100, 9(2000), pp. 34-38.

NEVES, Maria do Céu Patrão – «Sentidos da vulnerabilidade: características, condição, princípio». In: *Revista Brasileira de Bioética*. (2006), pp. 157-172.

NEVES, Maria do Céu Patrão - «A teorização da Bioética». In: NEVES, Maria do Céu Patrão (coord.). *Comissões de ética. Das bases teóricas à actividade quotidiana*. Coimbra: Gráfica de Coimbra /Centro de Estudos de Bioética - Polo dos Açores, 2002.

NEVES; Maria do Céu Patrão - «Repensar a ética Hipocrática». In: *Cadernos de Bioética*. 26(2011), pp. 5-20.

NEVES, Maria do Céu Patrão; OSSWALD, Walter – *Bioética Simples*. Lisboa: Verbo, 2007 ANO XXI: 26(2001), pp.5-20.

NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana (coord.) - *Para uma ética da Enfermagem, desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.

- NUNES, Luiz António – *O Princípio constitucional da dignidade da pessoa humana: Doutrina e jurisprudência*. São Paulo: Editora Saraiva. 2002.
- NUNES, Etelvina - «Que É Ser Pessoa». In: *Cadernos de Bio-Ética*. 1998.
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006.
- OLIVEIRA, Clara Costa – *Auto-organização, Educação e Saúde*. Coimbra: Ariadne, 2004.
- OLIVEIRA, Clara Costa – *Linguagens da Comunicação Humana*. Braga: Instituto de Psicologia da Universidade do Minho, S.d.
- OLIVEIRA, Clara Costa – *Aprendizagem e sofrimento: Narrativas*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2012.
- OLIVEIRA, Clara Costa – *Suffering, Education and Health. Sgnified Bodies: Exploracion in Biosemiosis and Health*. Ed.: A. Dinis, J. C. Major, S. Steffensen, S. Cowley. Braga: Catholic of Portugal – Faculty of Philosophy of Braga; University of Southern Denmark; University of Hertfordshire, 2010.
- OLIVEIRA, Clara Costa – *Dor e sofrimento humano: em defesa de uma antropologia da saúde*. (IE- CEH- UM – Portugal), S.d.
- OLIVEIRA, Clara Costa; REIS, Ana – «Questões epistemológicas e bioéticas da prevenção quaternária». In: *Revista de Saúde Coletiva*. vol. 22 nº 4, Rio de Janeiro, (2012), pp. 1493-1494.
- OLIVEIRA, S. de & LOPES, M. J. - «Construir laços de confiança e promover o conforto». In: *Pensar Enfermagem*, 14, 1(2010); pp. 67-74

OSSWALD, W. – «A Relação enfermeiro-doente». In: *Cadernos de Bioética*. (2000), p. 43.

OSSWALD, Walter – «Da bipolarização à triangulação: a relação médico-doente». In: OSSWALD, Walter. *Um fio de ética*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.

OSSWALD, Walter- «Humanização, ética, solidariedade». In: *Cadernos de Bioética*. Ano XII: 29 (2002), pp.15-20.

ORRINGER, Nelson, R. - *La antropología médica de Pedro Laín Entralgo*. Barcelona: Círculo de Lectores, 2004, p. 103.

ORRINGER, Nelson R. – *La aventura de curar, La antropologia médica de Pedro Lain Entralgo*. Barcelona: Círculo de Lectores, S.A., Janeiro, p.62.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Les Soins Infirmiers en Action. Renforcer les Soins Infirmiers et L'appui de la Santé pour tous*. Publication Régionales de l'OMS, Série Européenne, n. 48. Copenhagen: ed. J. Salvage, (1993), p. 18.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO CIÊNCIA E CULTURA - *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Lisboa: Comissão Nacional da UNESCO – Portugal, (2006), p. 6.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE - *8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde - Declaração de Helsínquia sobre Saúde em Todas as Políticas*. 2013. Tradução da UIPES/ORLA. Brasil: 24/06/2013.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, (2012). p. 15.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Divulgar: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Outubro, 2011.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Conselho de Enfermagem, Dezembro, 2011.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.
- PATRÃO NEVES, Maria do Céu; PACHECO, Susana (coord.) - *Para Uma Ética Da Enfermagem*. Coimbra: Edição Gráfica de Coimbra.
- PATRÃO NEVES, Maria do Céu – «Autonomia e responsabilidade da pessoa». In: *Poderes e limites da genética*. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros 1998.
- PATRÃO NEVES, Maria do Céu – «Repensar o homem». In: *Brotéria*, vol. 142, 5/6, (1996).
- PEGORARO, Olinto A. – *Ética e bioética: da subsistência à existência*. Petrópolis: Editora vozes, 2002.
- PESSINI, L. – *distanásia: Até Quando Prolongar a Vida?*. São Paulo: Loyola, 2001.
- PESSINI, L. – *Morrer com Dignidade*. Aparecida: Editora Santuário, 1990.
- PICCO, E.; SANTOROB, R.; GARRINOB, L. - «Dealing with the patient's body in nursing: nurses' ambiguous experience in clinical practice». Azienda Sanitaria Universitaria San Giovanni Battista, Turin, Italy, University of Turin, Turin, Italy. In: *Nursing Inquiry*. 17(2010), pp.39– 46.
- PINTO DE MAGALHÃES, Vasco – «O Sofrimento, que solução para os nossos dias?» In: *Cadernos de Bioética*. 2011.
- PHANEUF, M. – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência. 2005.
- PLATÃO - *Fédon*. Lisboa: Lisboa Editora, 2011.

PLATÃO - *Fédon, Cartas, O primeiro Alcibíades*. Trad. Carlos Alberto Nunes. Belém: EDUFPA, 2007.

PORTUGAL, Decreto-Lei N.º161/96. - «Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro». Diário da República Portuguesa. I Série - A, n.º 205. Capítulo II, Art.º 4.º. pp. 2959-2962.

PORTOCARRERO, M. L. – «A Relação Corpo-Espírito». In: ARCHER, L.; BISCAIA, J.; OSSWALD, W. (Coord.) – *Bioética*. Lisboa: editorial Verbo, 1996.

POLIT, F. Denise; HUNGLER, Bernardette P. – *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Medicas, 1995.

POTTER, Van Rensselaer – *Bioethics: Bridge to the Future*. New Jersey: Prentice Hall, 1971.

QUIVY, R - *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Grádiva Publicações, Lda. 1992.

RAMOS, N. – *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta. 2004.

RENAUD, Isabel - «Situações do corpo e a ética do cuidado». In: *Cadernos de Bioética*. Dez; 36(2004), pp. 5-15.

RENAUD, Isabel - «A Pessoa humana e o Direito à Saúde». In: *Brotéria*. (1994), p. 324.

RENAUD, Isabel - «O corpo enigmático». In: *Cadernos de Bioética*. (2004), p. 35.

RENAUD, Isabel - «O Corpo Vivido». In: *Cadernos de Bioética*: (2001), p. 80.

RENAUD, Michel - «O coração e a razão no acompanhamento dos doentes terminais». In: *Cadernos de Bioética*. (2002), p. 23.

REIS, F.; RODRIGUES, V. – *A axiologia dos valores e a sua comunicação no ensino de enfermagem*. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.

- REIS, Ana - *O Ensino da Ética e da Deontologia nas Licenciaturas em Enfermagem*. Braga: 2010. Tese de doutoramento em Filosofia, especialização Ética. Universidade Católica Portuguesa, Braga.
- REIS, Ana; OLIVEIRA, Clara Costa - «Formação ética dos enfermeiros: qual a realidade Portuguesa?». In: *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília: jul-ago; 65,4(2012), pp. 653-9.
- REIS, Ana; OLIVEIRA, Clara Costa – «Reflectir Sobre o Ensino da Ética na Graduação de Enfermagem, em Portugal». In: *Revista Reflexão e Ação*, Santa Cruz do Sul, v.21,n.esp., jul- dez, (2013), pp. 221-241
- ROCCHETTA, C. – *Hacia una teologia de la corporeidad*. Madrid: Ediciones Paulinas, 1993.
- REICH, Warren T. – *Encyclopedia of Bioethics*. New York: The Free Press, 1978.
- RENAUD, Michel - «O Encontro com o Outro». In: *Cadernos de Bio-Ética*. 1999.
- RENAUD, Michel - «A dignidade do ser humano como fundamentação ética dos direitos do homem». In: *Brotéria*, 148, (1999)
- RENAUD, Michel. - «Os Valores Num Mundo Em Mutação». In: *Brotéria*: 299-322,(1994), p.300.
- ROACH, S. - *The human act of caring*. Ottawa: Ontário Canadian Hospital Association Press. (1993), p.124.
- ROCCHETTA, C. – *Hacia una teologia de la corporeidad*. Madrid: Ediciones Paulinas, (1993), p. 95.
- SARTRE, Jean-Paul – *O ser e o nada*. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

SERRÃO, Daniel – «A dignidade humana no mundo pós-moderno». In: *Cadernos de Bioética*. 2010.

SERRÃO, Daniel. - «A Medicina e a Ética do Século XXI». In: *Brotéria* 2. Vol. 144, Fevereiro, (1997), pp. 213-222.

SERRÃO, Daniel - «O Ensino da Bioética». In: ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter (Coord.) – *Bioética*. Lisboa/São Paulo: Editora verbo, (1996), p. 171.

SERRÃO, Daniel – «Vulnerabilidade: uma proposta ética». In: *Revista Autopoética. Sentir, pensar e Agir*. S. d. (Texto a ser publicado numa revista do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa).

SERRÃO, Daniel - «Saúde e Doença». In: NEVES, M^a do Céu; PACHECO, Susana – *Para uma Ética da Enfermagem*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, (2004), p. 350.

SERRÃO, Daniel - «O encontro ‘a dignidade da pessoa no ocaso da vida’» In: *Cadernos de Bioética*. 150(2000), pp. 137-139.

SCHELER, Max – «Ética, Nuevo ensayo de fundamentación de um personalismo ético». In: *Revista Occidente*. Trad. do alemão por Hilário Rodrigues Sanz, Tomo II, Madrid. (1942), p. 383.

SCIACCA, M. F. – *El hombre este desequilibrado*. Barcelona: Edições Miracle, 1958.

SGRECCIA, Elio – *Manual de Bioética. Fundamentos e ética biomédica*. Cascais: Principia, 2009.

SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira - *Metodologia das ciências sociais*. Porto: Afrontamento, 2007.

SIMÕES, J. – «Reflexão bioética sobre a situação do idoso e sua família». In: *Revista Portuguesa de Bioética*, 5, Setembro, (2008), pp. 231-248

- SOARES, M. – *Da blusa de brim à touca branca*. Lisboa: Educa, Associação Portuguesa de Enfermeiros, 1997.
- SURRIBAS, M. Busquets – *Ética e legislación en Enfermería*. Barcelona: Masson, 1995.
- URBANO, Zilles – *Gabriel Marcel e o Existencialismo*. Porto Alegre: Acadêmica/PUC, 1998.
- TERNEL, Francisco Mora – «Neurociências e humanismo en Laín Entralgo: Algumas notas e reflexiones». In: *Arbor* CXLV, 572, Agosto, (1993), pp.101-114.
- TERRY, W.; OLSON, L., G. – Unobvious the suffering of hospice patients. *International In: medicine Journal*, vol. 34, (2004), pp. 604-607.
- THOMPSON, I.; MELIA K, BOYD, K. - *Ética em Enfermagem*. Loures (PT): Lusociência, 2004.
- TOOMBS, K. – «The Healing Relationship». In: TOOMBS, K. – *Meaning of Illness: A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Phisician and Patient*. Dordrecht; Boston; London: Kluwer Academic Press, (1993), pp. 89-119.
- URBANO, Zilles – *Gabriel Marcel e o Existencialismo*. Porto Alegre: Acadêmica/PUC, 1998.
- VALERIANI, in: GEVAERT, J. – *El Problema del Hombre – Introducción a la Antropología filosófica*. Salamanca: Ediciones Sígueme, 2001.
- VERGÉS RAMÍREZ, Salvador – *Dimensión trascendente de la persona*. Barcelona: Biblioteca Herder, 1978.
- VERGÉS RAMÍREZ, Salvador – «La persona es un valor por si misma, segundo Max Scheler». In: *Revista Pensamento*, Vol. 55, nº 212, p. 250.

WAELEHENS, A. – *Une philosophie de l'ambiguïté – L'existentialisme de Merleau-Ponty*.

Louvain: Publications Universitaires de Louvain, 1951.

WATSON, Jean – *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*.

Loures: Lusociência, 2002.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J.; JACKSON, D. – *Pragmática Da Comunicação Humana*. São Paulo: Edição Cultrix. 1996.

WATSON, Jean – *Nursing: the Philosophy and Science of Caring*. United States of America. Colorado: Associated University Press, 1985.

WATSON, Jean – *Nursing: human science and human care – a theory of nursing*. New York: National League for Nursing, 1988.

WRIGHT, L. – *Espiritualidade sofrimento e doença: ideias para curar*. Coimbra: Ariadne Editora, 2005.

ZANER, M., citado por: GEVAERT, J. – *El Problema del Hombre – Introducción a la Antropología filosófica*. Salamanca: Ediciones Sígueme, 2001.

ZUBEN, N.A.V. - «Vulnerabilidade e Decisão: tensão no pacto médico». In: *Revista O Mundo da Saúde* - ano 30v. 30, nº3, Jul/Set (2006), p. 442.

ANEXOS

ANEXO I

CONSENTIMENTO INFORMADO DOS ENFERMEIROS

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Confirmando que expliquei ao Enfermeiro, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ACTO acima referido. As entrevistas, feitas com conhecimento prévio do Presidente do Conselho de Administração desta Instituição de Saúde, destinam-se unicamente para fins académicos em âmbito de Doutoramento em Bioética. Surgem em sequência do projecto que se está a desenvolver, no Instituto de Bioética da Universidade Católica no Porto, ficando à guarda da Doutoranda Maria Clara de Oliveira Simões. Pretende-se elaborar um trabalho de investigação, intitulado, *Respeito pela Integridade da Pessoa Doente: uma Virtude Indispensável na Enfermagem*. É objectivo deste trabalho fornecer um guia de recomendações sobre o modo como lidar com o corpo da pessoa doente. Neste sentido, e numa primeira fase deste trabalho, pretende-se auscultar profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros em diferentes Unidades Hospitalares que prestam cuidados à pessoa e ao seu corpo.

É garantido que a presente autorização pode ser retirada em qualquer altura. Será garantido o anonimato bem como a confidencialidade dos dados.

Maria Clara de Oliveira Simões

____ / ____ / ____ Assinatura _____

.....

Por favor leia o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/ Verifique se todas as informações estão correctas. Se tudo estiver conforme então assine este documento. Agradecemos desde já a sua colaboração.

Declaro que concordo com o que me foi proposto e explicado pelo entrevistador que assina este documento, tendo podido fazer todas as perguntas sobre o assunto. Autorizo a realização do acto indicado nas condições que me foram explicadas.

_____ (local) ____ / ____ / ____ (data)
Assinatura

ANEXO II

FORMULÁRIO DA ENTREVISTA



INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

PARTE I

Caracterização do Participante

Sexo: Masculino (____) Feminino (____)

Idade: (____) Anos

Anos de Profissão: (____)

Categoria Profissional: _____

Tempo de Serviço neste Hospital _____

PARTE II

Guião da Entrevista

- Que preparação faz para se aproximar da pessoa doente;
- Como vivencia a sua aproximação com a pessoa doente;
- Que sentimentos vivencia quando cuida do corpo da pessoa doente;
- O que sente quando toca no corpo da pessoa doente;
- Que dificuldades sente ao cuidar do corpo da pessoa doente.

ANEXO III

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

PARA GRAVAÇÃO AUDIO DA ENTREVISTA

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

PARA GRAVAÇÃO AUDIO DA ENTREVISTA

Confirmando que expliquei ao Enfermeiro, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ACTO acima referido. As gravações, feitas com conhecimento prévio do Presidente do Conselho de Administração desta Instituição de Saúde, destinam-se unicamente para fins académicos em âmbito de Doutoramento em Bioética. Surgem em sequência do projecto que se está a desenvolver, no Instituto de Bioética da Universidade Católica no Porto, ficando à guarda da Doutoranda Maria Clara de Oliveira Simões. Pretende-se elaborar um trabalho de investigação, intitulado, *Respeito pela Integridade da Pessoa Doente: uma Virtude Indispensável na Enfermagem*. É objectivo deste trabalho fornecer um guia de recomendações sobre o modo como lidar com o corpo da pessoa doente. Neste sentido, e numa primeira fase deste trabalho, pretende-se auscultar profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros em diferentes Unidades Hospitalares que prestam cuidados à pessoa e ao seu corpo.

É garantido que a presente autorização pode ser retirada em qualquer altura. Após a transcrição das entrevistas, a gravação será destruída. Será garantido o anonimato bem como a confidencialidade dos dados.

Maria Clara de Oliveira Simões

_____/_____/_____/ Assinatura _____

Por favor leia o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido. Verifique se todas as informações estão correctas. Se tudo estiver conforme então assinie este documento. Agradecemos desde já a sua colaboração.

Declaro que concordo com o que me foi proposto e explicado pelo entrevistador que assina este documento, tendo podido fazer todas as perguntas sobre o assunto. Autorizo a realização do acto indicado nas condições que me foram explicadas.

_____(local) ____/____/_____(data)
Assinatura

ANEXO IV

AUTORIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Conselho de Administração

Acta n.º 48 do 10, 11, 20

autuado

Presidente C.A.	Adm. Executivo	Adm. Executivo	Adm. Executivo	Dir. Clínica	Enf. Directora
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
Dr. José Maria Dias	Dr. Ivo Sá Machado	Dr. Luís A. Costa	Eng.º Victor A. Boucinha	Dr.ª Helena Rodrigues	Enf.ª Deolinda Vale



Exm^a Senhora,
Prof. Doutora Ana Sofia Carvalho
Instituto de Bioética
Universidade Católica Portuguesa
Campus da Foz
Rua Diogo Botelho, 1327
4169-005 PORTO

N/ Comunicação nº: 1/CA

VI Referência: 12.10.2011

Data: 05.01.2011

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário a profissionais de saúde

Na sequência do pedido efectuado para aplicação de questionário a enfermeiros no âmbito de um projecto de Doutoramento da Mestre Maria Clara de Oliveira Simões e, uma vez obtido o parecer da CES que reproduzimos abaixo, informamos V. Ex^a que o mesmo se encontra autorizado nos termos deste mesmo parecer:

A Comissão de Ética entendeu nada a opor sob o ponto de vista ético à proposta apresentada, desde que na sua execução a candidata siga os princípios aplicáveis na deliberação nº 227 da Comissão Nacional de Protecção de Dados... .

Com os melhores cumprimentos.

António Barbosa
Presidente do Conselho de Administração