

Uma Educação da Sensibilidade: entre emoções, corpos e cuidados

Bruna Motta¹

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Resumo

A enfermagem se estabeleceu ao longo do seu desenvolvimento como um fazer definido pelo cuidado. Na bibliografia da área, tal categoria tem sido mobilizada tanto para definir e situar sua especificidade como profissão, referindo-se a um conjunto de conhecimentos e de atividades próprias da atuação das enfermeiras, quanto para descrevê-la como uma prática que ultrapassaria as atividades técnicas, se estendendo à dimensão emocional. Nesse sentido, por meio de uma etnografia realizada com estudantes e professoras da faculdade de enfermagem de uma universidade pública mineira, o presente trabalho tem como objetivo discutir como dois conjuntos de emoções eram entendidos e vivenciados nos contextos de aprendizado do cuidar. Considerando o corpo e o cuidado como eixos explicativos, procuraremos demonstrar como a tristeza e o sofrimento eram percebidos como entraves para a realização de uma prática satisfatória e como as afetividades, como o carinho e o amor, eram entendidas como elementos potencializadores da assistência dispensada.

Palavras-chave: Enfermagem; Emoções; Cuidado; Corpo.

An Education of Sensitivity: between emotions, bodies and care

Abstract

Nursing has established itself throughout its development as an activity defined by care. In the area's bibliography, this category has been mobilized both to define and situate its specificity as a profession, referring to a set of knowledge and activities typical of nurses' work, and to describe it as a practice that would go beyond technical activities, extending to the emotional dimension. In this sense, through an ethnography carried out with students and professors of the faculty of nursing of a public university in Minas Gerais, the present work aims to discuss how two sets of emotions were understood and experienced in these contexts of care. Considering the body and care as explanatory axes, we intend to demonstrate how sadness and suffering were perceived as obstacles to carrying out a satisfactory practice and how affections, for example, affection and love, were understood as elements that enhanced the assistance provided.

Keywords: Nursing; Emotions; Careful; Body.

Recebido em: 12/03/2024
Aceito em: 09/09/2024



Este trabalho está licenciado sob CC BY-NC-SA 4.0. Para visualizar uma cópia desta licença, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

1 Introdução

Direcionar nossa atenção para fenômenos como a tristeza, o sofrimento, o carinho e o amor implica que trilhemos um caminho comumente associado ao domínio mais íntimo da experiência dos sujeitos, cujas vivências são percebidas como entrelaçadas de modo estrito à esfera privada, sendo, por essa razão, dissociadas dos cenários públicos da vida social. Segundo essa perspectiva, tão cara ao senso comum ocidental moderno, as emoções integrariam uma esfera oposta à razão, vinculadas ao corpo e constitutivas de uma realidade psicobiológica, vistas como um lugar de (des)controle e aquém das intervenções socioculturais (Lutz, 1988). Nessa ótica, espaços atrelados ao trabalho, à política ou à ciência seriam algumas das dimensões apartadas da experiência emocional, consistindo em cenários inapropriados à sua irrupção e manifestação.

No entanto, ao lançar o olhar para as emoções por meio de uma perspectiva antropológica, entrevemos um percurso distinto. Longe de se reduzirem ao domínio biológico ou privado, as análises em antropologia das emoções têm demonstrado como as maneiras de sentir, de expressar e de mobilizar os sentimentos estão atravessadas por aspectos de natureza social e cultural, nos dizendo muito acerca das visões de mundo, práticas e categorias simbólicas acionadas pelos atores em suas experiências cotidianas. Mais que isso: tais estudos evidenciam como as experiências emocionais surgem não somente nos contextos privados, emergindo e impactando, também, as esferas públicas da vida social. Sob o crivo da antropologia, as emoções passam a ser estudadas como uma esfera articulada às múltiplas dimensões do cotidiano, sendo abordadas como constructos referidos ao contexto ocupado pelos atores e como uma esfera que compõe e impacta as relações e cenários nas quais se inserem (Abu-Lughod; Lutz, 1990; Rezende; Coelho, 2010; Bispo; Coelho, 2019).

Nessa perspectiva, no presente artigo, pretendo apropriar-me das emoções como objeto de estudo antropológico¹. O objetivo, mais especificamente, é compreender como elas são experenciadas no cenário profissional e formativo da enfermagem. Consolidada como uma profissão da área da saúde, a enfermagem se constituiu ao longo do seu processo de desenvolvimento como um fazer definido pelo cuidado, sendo comumente referida pela bibliografia da área como a *arte* e a *ciência* do cuidar. Segundo a enfermeira Vera Regina Waldow (2012, p. 15).

Profissionais da área da saúde (e outras áreas relacionadas) não diferem quanto ao objetivo e sujeito do cuidado, mas sim na forma como o expressam. [...] Embora constitua um atributo para todos os seres humanos na área da saúde e,

¹ O presente trabalho é parte da pesquisa de mestrado realizada pela autora, defendida em dezembro de 2020, com o título “Corpos que cuidam: uma etnografia das práticas em enfermagem”. A referida pesquisa teve como objetivo mais amplo compreender como a prática da enfermagem envolvia uma construção corporal particular.

em especial, na enfermagem, o cuidado é genuíno e peculiar. Concordando com várias estudos no assunto, ele é a razão existencial da enfermagem.

Como apontaram Bonet e Tavares (2007), o cuidado como categoria se caracterizaria, sobretudo, pelo seu caráter polissêmico, podendo ser compreendido somente em relação aos contextos nos quais suas significações são produzidas. No campo da enfermagem², mais especificamente, a categoria tem sido atrelada às noções de unicidade e de integralidade, uma concepção que se tornaria expressa nas teorias de enfermagem por meio de expressões como o “paciente em sua totalidade” ou “paciente como um todo” (Melo; Gualda, 2013). Tal percepção está alicerçada em uma compreensão integral do sujeito doente, entendendo-o em sua dimensão biológica, social, psicológica, espiritual e emocional (Diogo, 2017; Lopes Neto; Nóbrega, 1999). Nesse sentido, a noção de cuidado passa a ser mobilizada tanto para definir e situar sua especificidade como profissão, referindo-se a um conjunto de conhecimentos e atividades próprias da atuação de enfermeiras(os), quanto para descrevê-la como uma prática que ultrapassaria as atividades técnicas, se estendendo a outras esferas do ser humano, como a dimensão emocional.

Nesse sentido, parti de uma etnografia realizada durante um semestre letivo com estudantes e professores da faculdade de enfermagem de uma universidade pública mineira, por meio da inserção nos contextos teórico e prático de duas disciplinas ministradas aos terceiros e quartos períodos da referida graduação. Compartilhei das experiências de duas extensas turmas, formadas em sua maioria por mulheres³ jovens, que possuíam entre 19 e 24 anos. Convivi, também, com quatro docentes do Departamento de Enfermagem Básica: Aline, Luciana, Mônica e Esther⁴, que possuíam idade entre 35 e 50 anos. Os contextos de trabalho de campo abarcaram as aulas teóricas e práticas no interior da faculdade de enfermagem e as atividades realizadas no Hospital Universitário e nas Unidades Básicas de Saúde⁵. Além do trabalho de campo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas tanto com as/os discentes quanto com as/os docentes. A escolha pelo contexto de ensino-aprendizado se deu em razão da importância desses cenários para o processo de socialização e de construção do sujeito como profissional da saúde. Como afirmou Bonet (2004), esses cenários formativos são importantes por propiciarem o contato dos sujeitos com a prática, permitindo a reflexão acerca do processo de produção e de aquisição desse *habitus* específico.

² Partimos, neste projeto, de uma interlocução com a produção bibliográfica da enfermagem, dada a escassez de estudos sobre a área produzidos nas ciências sociais.

³ Historicamente, a enfermagem é apontada como uma profissão predominantemente feminina. No Brasil, segundo pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no ano de 2015, por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), as equipes de enfermagem se constituiriam como grupos compostos de cerca de 84,6% de trabalhadoras mulheres (Cofen, 2015). Nesse sentido, ainda que nosso objetivo neste trabalho não compreenda uma discussão da dimensão de gênero presente na profissão, cumpre destacar como as práticas de cuidado têm sido entendidas nos contextos ocidentais como ações femininas e fruto de “qualidades naturais” das mulheres (Guimarães; Hirata; Sugita, 2011; Fisher; Tronto, 1990). De acordo com Lopes e Leal (2005, p. 114), tal perspectiva teria fornecido elementos considerados consonantes e apropriados para a realização do trabalho de mulheres no âmbito da saúde, de modo que os valores simbólicos e vocacionais da enfermagem se conformariam em um “[...] exemplo de concepção de trabalho feminino baseada em um sistema de qualidades, ditas naturais, que persistem a influenciar o recrutamento majoritariamente feminino da área [...]”, fazendo com que a divisão sexual do trabalho de cuidado se estenda, também, ao cuidar realizado no âmbito profissionalizado.

⁴ Os nomes utilizados neste trabalho são fictícios.

⁵ O processo de formação das estudantes durante as disciplinas observadas passava por duas temporalidades distintas. A primeira era a do laboratório-enfermaria, ambiente simulado que buscava reproduzir as características dos ambientes de prática efetivos, direcionada ao aprendizado e ao treinamento das técnicas características da enfermagem. A segunda, por sua vez, consistia no contato com os pacientes reais nos ambientes do serviço de saúde, onde realizavam as práticas em corpos humanos e no qual estabeleciaam relações efetivas com o cotidiano do fazer em enfermagem.

Para o autor, essa compreensão só pode se concretizar por meio do compartilhamento das experiências dos sujeitos da pesquisa, como proposto no presente trabalho.

Assim, no texto que se segue, apresento a maneira como dois conjuntos de emoções eram entendidos e vivenciados nos contextos de cuidado em enfermagem. Em um primeiro momento, tratarei das experiências associadas à tristeza e ao sofrimento e, posteriormente, discutirei as vivências em torno do carinho e do amor. A partir de um olhar voltado para as narrativas de estudantes e de professoras referidas à irrupção de tais emoções, buscarei demonstrar os modos específicos pelos quais elas compreendidas e experenciadas.

2 Emoções Inoportunas: um aprendizado da evitação

As atividades práticas realizadas no Hospital Universitário eram comumente mais temidas pelos estudantes, que viam esse ambiente como propício ao contato mais direto e profundo com o sofrimento dos pacientes. Aquele era o local no qual se efetivava o primeiro contato com as questões envolvidas nas interações do cuidado, um acontecimento que presenciei já no primeiro mês de aula devido à participação em um dos grupos de prática. Naquele dia, a professora Aline combinou de nos encontrar na portaria do hospital às 13 horas e, após nos identificarmos na recepção, fomos levados a todos os setores da instituição, a fim de nos ambientarmos com o local. Em meio ao trajeto pelos corredores, víamos os pacientes e seus familiares, assim como diferentes categorias de profissionais da saúde, que circulavam de um lado para o outro em um ritmo intenso de atividades.

Após conhecer o HU, haveria o treinamento da aferição dos sinais vitais e do exame físico, procedimentos anteriormente aprendidos e praticados nos laboratórios-enfermaria. Acompanhei os estudantes até o posto de enfermagem, que ficava no mesmo piso da enfermaria feminina, onde deveriam higienizar as mãos e preparar a bandeja com os materiais necessários para os procedimentos. Aquele espaço era destinado ao armazenamento de materiais e prontuários com as informações dos pacientes e, também, um ambiente por onde circulavam tanto a equipe de enfermagem – composta de enfermeiros, técnicos e auxiliares –, quanto médicos e outros profissionais. Ali, os estudantes foram apresentados e, após rápida interação, dividiram-se em duplas que deveriam realizar a prática em alguma das pacientes internadas na enfermaria⁶.

Seguindo as orientações da professora, segui com Beatriz e Amália para os quartos. Circulamos pelos vários quartos dispostos no corredor da enfermaria, quase todos com leitos ocupados. Algumas pacientes dormiam, enquanto outras recebiam atendimento pelos profissionais da instituição. Encaminhamo-nos, então, até o leito de uma senhora de 67 anos que, devido à idade, estava acompanhada por sua filha. Acima de seu leito, havia uma ficha de identificação, contendo informações básicas, como o nome e data de nascimento, o dia da internação e o seu diagnóstico. A paciente havia sido diagnosticada com leucemia e apesar de bastante debilitada, era colaborativa e interagia com as alunas mesmo diante de suas limitações. O exame durou mais de duas horas e, por meio dele, as estudantes perceberam algumas alterações, como anormalidades na pele e o volume alterado do rim, aspectos que deveriam ser posteriormente analisados de acordo com o caso clínico da paciente.

⁶ Excepcionalmente naquele dia, os alunos escolheriam em quem treinariam os procedimentos, explicando que eram acadêmicos de enfermagem e solicitando a permissão da paciente para a sua realização.

Quando conversei com Amália, a estudante falou-me positivamente sobre a experiência, me explicando questões do quadro patológico e ressaltando que, em termos de aprendizado, tivera a oportunidade de aprender aspectos de modo mais efetivo do que nos treinamentos realizados no laboratório. Já Beatriz sentiu-se profundamente impactada pelo estado debilitado da senhora e, sobretudo, pela esperança que a paciente e a filha conservavam diante da gravidade do diagnóstico. Beatriz me disse: “*parecia que nem ela e nem a filha sabiam do grau que tava ali. Elas tinham aquele otimismo, que ia melhorar e tal, mas era uma situação bem complicada*”. Por compreender as condições através de um olhar clínico, Beatriz se comovia com a situação da paciente e de sua filha, pois não julgava que pudesse haver uma melhora no seu quadro. Mas, na presença da paciente, era preciso controlar suas emoções, ocultando as sensações que sentia naquele momento: “*perto da paciente eu tô plena, mas por dentro minha garganta tá dando nó e eu tô tipo: ‘quero sair daqui’*”.

Ao chegar em casa, distante da paciente e do ambiente hospitalar, Beatriz me disse ter vivenciado uma experiência de grande tristeza diante das reflexões sobre o dia de estágio, o que a levou às lágrimas. Embora considerasse comum o impacto do sofrimento sobre profissionais de saúde, tal episódio lhe trouxera a dúvida se deveria ou não continuar sua trajetória na área da saúde.

Eu cheguei em casa com a cara de esgotada, parecia que tinham me sugado completamente e eu chorei. E isso é uma coisa comum. Se você fala com o pessoal da saúde, eles falam que a primeira vez que eles vão no hospital, eles sempre choraram, porque, sei lá, é um baque e não preparam a gente para esse baque. Agora, eu tenho pensado na minha cabeça, se eu ainda quero [a área da] saúde. [...] Isso gera na gente essa coisa, ‘será que eu vou conseguir?’. A gente fica pensando, isso gera ansiedade na gente. A gente fica ou a gente desiste? Então, eu tô um pouco nesse dilema. (Beatriz, estudante, grifo meu).

Beatriz me contou que depois desse episódio, se via buscando outros espaços, pesquisando sobre áreas distintas: “*eu fico procurando buraquinhos em que eu possa me encaixar, algum cursinho, alguma coisa, uma engenharia, um direito ou alguma outra coisa*”. E me dizendo gostar das práticas e do conteúdo que aprendia na faculdade, a estudante enfatizava que a questão que lhe gerava angustia era “*ter que lidar com essas coisas*”, ou seja, a tristeza diante do sofrimento do outro e a dúvida se em algum momento conseguiria defrontar-se com ele.

A escolha profissional pela área da saúde conduzia as estudantes de enfermagem ao contato profundo com espaços outrora desconhecidos. Se, no passado, eles haviam frequentado ambientes hospitalares e ambulatoriais como pacientes, acompanhantes ou visitantes, no presente, as alunas ocupavam uma posição distinta, assumida de modo efetivo naquele momento da graduação, ao serem inseridas nas lógicas internas dessas instituições e colocadas em relação direta com sujeitos adoecidos, a quem deveriam dispensar seus cuidados. Quando acompanhei o grupo de práticas de Beatriz durante as atividades no Hospital Universitário (HU), pude notar quanto o ambiente causou comoção a outros estudantes, como Isabela, que havia se sensibilizado principalmente durante a passagem pelo setor de pediatria.

Ao entrar naquele espaço, percebíamos de imediato como o local era especialmente organizado para receber os pequenos pacientes, com paredes preenchidas por desenhos, imagens de super-heróis, personagens de histórias infantis e profissionais de saúde vestidos com roupas coloridas. Contudo, quando olhávamos pelo vidro que separava os quartos, víamos a imagem contrastante de crianças abatidas, com seus corpos portando acessos

venosos e curativos. Durante o nosso trajeto, era possível ver pacientes nas mais diversas condições, mas transitar pela pediatria foi o momento mais doloroso para Isabela:

Quando a gente foi pro HU, a gente foi naquela parte de neonatal, que tinha um monte de criança, a mãe deitada, o bebezinho cheio de coisa. Me deu vontade de chorar quando eu vi aquilo, eu pensei 'isso aqui não é pra mim'. (Isabela, estudante).

Para Amália, estudante, lidar com crianças adoecidas também se constituía em um momento de extrema dificuldade já que, considerando ter por elas muito apreço, julgava não conseguir controlar suas emoções:

Eu acho que para trabalhar com criança eu não vou conseguir. Porque eu, assim, eu gosto muito. Eu acho que vai me atrapalhar esse excesso, eu não vou ter controle. Eu não gostaria de trabalhar com crianças porque eu acho que eu ficaria muito abalada". (Amália, estudante).

Ser capaz de controlar-se ou não diante da irrupção desses sentimentos era um dos obstáculos frequentes enfrentados pelos estudantes, que relatavam experiências nas quais haviam chorado ou, ainda, situações em que tiveram que conter as lágrimas diante dos pacientes. Mas, por que era necessário controlar as emoções vinculadas ao sofrimento? O tema do controle tem sido muito discutido no campo da Antropologia de Emoções, e tal debate remonta às primeiras abordagens sobre o tema. No clássico ensaio “*A expressão obrigatória dos sentimentos*”, publicado originalmente no ano de 1921, Marcel Mauss (1979) se colocou diante do objetivo de demonstrar como as expressões orais dos sentimentos, ao contrário de serem fenômenos puramente psicológicos ou fisiológicos, se constituíam em fenômenos sociais, atravessados por manifestações obrigatórias e não espontâneas. Esse empreendimento foi concretizado por meio de um estudo dos rituais funerários australianos, pelo qual o autor constatou como as manifestações de sentimentos, por exemplo, gritos, lágrimas ou cantos, seriam dotadas de um caráter ritual e coletivo, sendo socialmente reguladas em termos de quem poderia expressá-las, quando e como seria adequado fazê-lo. A partir da análise desses rituais, Mauss (1979) mostrou que, como fenômenos simbólicos, as emoções consistiriam em uma linguagem cujos códigos ou mensagens seriam comunicados entre os sujeitos ao expressarem seus sentimentos uns aos outros, comunicando ao mesmo tempo o que sentem a si mesmos.

Os gritos são como frases e palavras. É preciso emitir-los, mas se é preciso só porque todo o grupo os entende. É mais que uma manifestação dos próprios sentimentos, é um modo de manifestá-los aos outros, pois assim é preciso fazer. Manifesta-se a si, exprimindo aos outros, por conta dos outros. É essencialmente uma ação simbólica (Mauss, 1979, p. 153).

Nessa acepção, partindo do pressuposto de que as expressões das emoções são socialmente reguladas e que sua manifestação transmite uma mensagem particular, podemos nos perguntar qual código se esperava ou não comunicar por meio do seu controle. Considero que as experiências iniciais de Lara, ocorridas quando integrava a liga de transplantes⁷, podem ser elucidativas a esse respeito. O acontecimento narrado pela estudante aconteceu em um dia no qual a equipe da liga havia se deparado com uma situação de morte encefálica. Naquela ocasião, conversariam com a família para noticiar o falecimento da paciente e tratariam

⁷ Em algumas situações específicas, o primeiro contato com os pacientes se dava em um momento anterior à inserção prática propiciada pelas disciplinas de fundamentos, por meio da participação em atividades extracurriculares, como ligas acadêmicas e projetos de extensão.

de questões relacionadas à doação dos seus órgãos. Lara me contou que acompanhou os profissionais durante o comunicado e que o fato de ter presenciado o sofrimento das filhas lhe ocasionara um sentimento de dor, o que quase se tornou manifesto por meio do choro: “*eu vou te falar que eu quase chorei junto [...] Tem coisas que eu sinto muito, [ver] aquela família chorar doe em mim*”. Contudo, Lara considerava que o choro, naquele momento, não era uma conduta adequada, ao reconhecê-lo como não compatível com a sua posição naquele contexto: “*Eu me segurei e falei ‘eu estou aqui como profissional, eu não posso chorar, eu tenho que ser forte’. Meu olho encheu de lágrima, mas eu falei ‘eu não vou chorar’*”.

Rezende e Coelho (2010) explicam que a tensão entre sentir e expressar é constitutiva da forma como as sociedades ocidentais modernas vivenciam as emoções, cuja visão fundamental está alicerçada na noção de que o sujeito possui uma dimensão interna e privada que se diferencia daquilo que é apresentado publicamente. Nesse sentido, ainda que Lara sentisse tristeza diante do contato com o sofrimento daquela família, ela entendia que não poderia manifestá-lo, pois seu lugar social estava situado no âmbito público; ela estava ali como uma profissional da área da saúde. Nas palavras das autoras,

As emoções localizam-se assim nessa interioridade, surgindo daí a ideia de uma distinção entre o sentimento sentido e o sentimento expresso. Essa diferenciação reproduz então aquela entre as esferas privada e pública, que, no caso das emoções, ganha uma valoração específica: o que é sentido no privado é verdadeiro enquanto o que é apresentado no público pode ser falso (Rezende; Coelho, 2010, p. 99).

Ao serem entendidas como uma linguagem (Mauss, 1979), as emoções são atravessadas por normas socialmente estabelecidas, referidas à sua manifestação, mas também a sua não expressão, determinando quais delas seriam consideradas apropriadas em certos contextos e quais deveriam ser evitadas. Nessa ótica, observamos como a tristeza e o sofrimento eram emoções entendidas e vivenciadas de modo específico pelos estudantes de enfermagem, sendo concebidas como um domínio negativo de suas experiências cotidianas, como obstáculos ao exercício profissional. Assim, as demonstrações coletivamente concebidas como manifestações desses sentimentos, como as lágrimas e outras expressões faciais e corporais, deveriam ser repelidas e controladas, pois eram compreendidas como opostas à autoimagem de profissional da saúde que se buscava construir.

De acordo com Coelho (2019), os discursos e as práticas profissionais têm constantemente situado as emoções como “poluidoras”, como entraves ao desempenho profissional, para o qual a impermeabilidade à vida emocional se apresenta como uma qualidade desejável, fazendo do distanciamento um atributo positivo associado às capacidades profissionais. Essa forma de compreender as emoções, situando-as em oposição às esferas públicas da vida social, teria se estabelecido como parte da compreensão de que as sociedades ocidentais modernas forjaram acerca das emoções. Como mostrou-nos Catherine Lutz (1988), tal concepção teria se estabelecido em torno de um princípio fundamental, pelo qual as emoções são situadas como uma estrutura psicobiológica e como um aspecto individual, sendo tributárias de um estado pessoal e circunscritas ao domínio privado, fazendo com que espaços atrelados ao trabalho sejam percebidos como uma das dimensões apartadas da experiência emocional.

Em diversos outros estudos antropológicos, a dicotomia público-privado tem sido trabalhada como uma das questões centrais quando se trata da experiência emocional, cujas reflexões se voltam para distintas áreas profissionais, como a polícia (Nogueira, 2017), a advocacia (O'Dwyer, 2019), o jornalismo (Condé, 2017) ou, ainda, o trabalho intelectual nas

ciências sociais (Coelho, 2019). No campo da saúde, mais especificamente, podemos citar os trabalhos de Octavio Bonet (2004) e Rachel Aisengart Menezes (2006) como importantes contribuições que refletem sobre o lugar das emoções no cotidiano da prática médica, por exemplo. Tanto no cotidiano dos residentes, trabalhados por Bonet (2004), quanto dos intensivistas, discutidos por Menezes (2006), a experiência das emoções aparecia associada à ideia de controle, como uma vivência que deveria ser reprimida. No caso aqui eluculado, ainda que fossem vivenciadas em momentos anteriores às práticas ou, posteriormente, durante as reflexões acerca de um dia de estágio, era na presença dos pacientes que sua discordância com a postura profissional emergia mais profundamente, sendo mobilizadas estratégias para dissimular o que era sentido.

Como vemos, o corpo ocupa um lugar de centralidade quando se trata da relação entre controle e emoções. Segundo a visão de mundo ocidental, as emoções estariam alocadas nos corpos dos sujeitos, tendo nele sua origem e manifestação. Nessa perspectiva, enquanto o pensamento se constituiria como um processo puramente mental e racional, as emoções⁸ seriam corporalmente situadas, sendo concebidas como dados naturais da experiência, produtoras de reações corporais específicas e entendidas como espontâneas e potencialmente incontroláveis (Lutz, 1988). Assim, se é no corpo que as emoções são sentidas, é, sobretudo, sobre ele que devem ser depositadas as normas e as regras de sua expressão e controle. Sob essa chave, tornam-se mais evidentes as razões pelas quais os estudantes buscavam controlar sensações corporais ou treinar maneiras de não comunicar corporalmente as emoções sentidas, ordenando e moldando o corpo em termos de quais sentimentos deveria manifestar e de que forma seria adequado fazê-lo.

Proponho aprofundar um pouco mais essa reflexão por meio da experiência de Helena, que também aconteceu durante a sua participação na liga de transplantes. Numa manhã de estágio, os participantes da liga foram informados que havia ocorrido um transplante hepático emergencial e que a paciente ainda não tinha conhecimento do ocorrido, já que após ingerir altas doses de certa medicação, fora encontrada desacordada e levada à instituição hospitalar. Os profissionais iriam, então, informá-la, enquanto Helena somente acompanharia, dado o estágio inicial da sua formação. Mas quando entrou no quarto, Helena se surpreendeu ao notar que ela e a paciente tinham a mesma idade e que a razão para seu transplante havia sido uma tentativa de suicídio. Apesar de não ter realizado nenhum procedimento, Helena se referia àquele momento como o mais marcante de sua trajetória, por colocá-la diante do sofrimento da paciente e, principalmente, em razão da identificação que a situação lhe causava.

E a menina tava, assim, você via a expressão dela, sabe? Ela tava muito assustada. E ela tava chorando. Ela tava querendo meio que desabar ali na hora, só que ela tava segurando. E ela me encarava que, sério, eu fiquei com o olhar dessa menina. Assim, vai ficar comigo pro resto da vida, sabe? [...] Eu fiquei muito impactada, eu tava muito chocada. Eu cheguei em casa e eu só fiquei pensando nisso. (Helena, estudante).

Diante do impacto gerado pela situação, a estudante me contou que por pouco não chorou: “ela estava com o braço todo roxo, machucado. Então na hora que eu vi, a minha reação foi

⁸ A oposição entre pensamento e emoção é problematizada pela abordagem de Rosaldo (2019). Segundo a autora, a vida afetiva consistiria em uma dimensão atrelada ao pensamento, sendo o sentimento formado no pensamento e este, por sua vez, permeado de significado emocional. Dessa discussão surgiria sua conhecida definição das emoções, entendidas como pensamentos vivenciados corporalmente “[...] em rubores, pulsos, ‘movimentos’ de nossos fígados, mentes, corações, estômago e pele” (Rosaldo, 2019, p. 38).

de '*meu deus*' e eu pensei '*não posso fazer isso*'. Aí eu fiquei séria, sabe?'. A irrupção da tristeza e sua expressão pelo choro foram atravessadas pela reflexão a respeito da posição por ela ocupada e pelo entendimento de que o semblante de seriedade se constituía em uma não manifestação das emoções que sentia naquele momento; era manter-se neutra. Mas esse não era um comportamento empreendido sem esforço, já que Helena considerava ter dificuldades para esconder os sentimentos que sentia: "*eu sou uma pessoa que eu não consigo esconder minha emoção pelo rosto, eu não consigo. Só que é uma coisa que eu tenho que treinar. Eu treino isso desde o inicio*". Por considerar ainda não ter as habilidades necessárias para lidar com tais acontecimentos, Helena recorria ao uso da máscara que, para além de um equipamento de segurança, funcionava como uma estratégia⁹ para ocultar suas emoções: "*no momento eu estava de máscara e ajudou muito*".

Para o antropólogo David Le Breton (2019), a relação entre emoção e corpo se fundaria não em seu caráter naturalizado, mas em um simbolismo pelo qual o corpo se tornaria um comunicador das experiências emocionais. Por meio das manifestações corporais e faciais seriam disponibilizados sinais que desvelariam as emoções sentidas, traduzindo-as em termos comunicáveis e tornando possível que elas sejam apreendidas pela coletividade. Para o autor, rosto e corpo se constituiriam na cena em que esses sinais se tornariam compreendidos, de modo que os gestos, as posturas e as expressões mobilizadas para manifestá-las não poderiam dar-se senão pelo aprendizado, instituindo o corpo que expressa as emoções como socialmente modulado. Abu-Lughod e Lutz (1990) também enfatizaram a dimensão de aprendizado das emoções, ao mobilizarem a noção bourdiesiana de *hexis corporal*. Para as autoras, as emoções podem ser entendidas como experiências corporificadas que envolvem a pessoa em sua totalidade, demandando o aprendizado de um conjunto de técnicas do corpo, como posturas, gestos e expressões.

Inegavelmente, as emoções eram sentidas pelas estudantes de enfermagem, mas, como vemos, era preciso controlá-las, e tal controle passava, acima de tudo, pelo corpo. No caso aqui elucidado, o aprendizado corporal das emoções envolvia um treinamento que passava tanto pelo controle das reações corporais – tidas como quase inevitáveis – quanto pelo gerenciamento gestual para encobrir ou não manifestar emoções indesejadas, ainda que elas fossem sentidas em dada situação. Essas condutas envolviam aprender a segurar/engolir o choro, controlar os tremores e não transparecer as sensações de tristeza nas expressões faciais, sendo preciso saber manipular e conduzir o corpo na vivência das emoções.

Partindo das relações entre corpo, cultura e emoções, compreendemos, primeiramente, que as experiências emocionais de tristeza e sofrimento eram concebidas pelos estudantes como opostas à postura profissional, vistas como formas de envolvimento malquisto, uma vez que situados como indesejáveis à realização do cuidado e como sentimentos inapropriados para lidar com as condições dos pacientes. Ao se tornarem manifestas durante as interações do cuidado, sua expressão poderia comunicar um código particular e indesejado àquela posição e contexto, ao ser entendida pelo paciente como um indicativo de despreparo ou perigo. Nesse sentido, em consonância com as proposições de Rosaldo (2019), entendemos que, embora sentidas no corpo, as emoções constituem uma experiência permeada por aspectos culturais e contextuais, fazendo das subjetividades e suas expressões edificações tributárias de um idioma cultural que influí não só em como pensamos, mas em como

⁹ Nessa lógica, as máscaras também eram utilizadas durante procedimentos nos quais havia contato com regiões genitais dos pacientes ou atividades com presença de odores mais severos.

sentimos. Consideradas sob esse prisma, enquanto concepções e experiências socialmente construídas e mobilizadas, compreendemos as razões pelas quais as estudantes buscavam afastá-las do ambiente profissional.

Em segundo lugar, observamos como as experiências emocionais dos estudantes de enfermagem eram atravessadas por um manejo constante do que poderia ou não ser expresso. Essa modulação corporal passava por um entendimento específico acerca de determinadas emoções – como apontado acima –, e funcionavam como “performance comunicativa”, sendo sua expressão ou controle um “ato pragmático” direcionado a um fim específico para usar os termos de Abu-Lughod e Lutz (1990). O controle da emoção era, assim, direcionado à construção de uma identidade vinculada a um contexto de interação particular, no qual diversos aspectos relacionais estavam em jogo. Aqui, o caráter fundamental do corpo é evidenciado mais uma vez, já que era por meio dele que os sujeitos entendiam vivenciar suas emoções, descritas a partir de sensações corporais características. Era a partir o corpo, também, que as emoções se tornavam manifestas, sendo lidas pelos próprios sujeitos e pelos outros durante as interações sociais.

Nesse sentido, a experiência corporal, como parte desse universo simbólico específico, conformava uma corporalidade própria das emoções, cujo controle associava-se a uma gestão daquelas que eram consideradas adequadas nos contextos de cuidado. Em trabalhos anteriores (Motta, 2020, 2023a, 2023b) demonstrei como a formação em enfermagem envolvia o aprendizado de um amplo repertório de gestos, posturas e sensorialidades específicas, cujo aprendizado se dava pelo corpo por meio de treinamentos constantes. Aqui, busquei demonstrar como era preciso educar o corpo também em relação às emoções manifestas através dele, adquirindo um conjunto de expressões e de posturas que, tal como as técnicas do corpo definidas por Mauss, implicavam um aprendizado que também se efetivava corporalmente.

3 “A gente tem que oferecer acalanto”: os afetos do cuidado

Naquela tarde reservada para a aula teórica, a sala não estava organizada tal como de costume. Ao contrário de mesas enfileiradas umas atrás das outras em frente à figura da professora, nos deparamos com cadeiras dispostas em formato circular. A novidade tinha uma razão, já que especialmente naquele dia, não seriam discutidos os conteúdos teóricos e práticos sobre as técnicas mobilizadas durante os procedimentos, mas uma questão com a qual os estudantes se defrontariam em algum momento da profissão: a morte e a terminalidade. Como vimos na seção anterior, a participação em rotinas hospitalares e ambulatoriais fazia com que o contato com o sofrimento e, em última instância, com a morte, se tornasse experiências próximas e cotidianas para os estudantes que, diante dessas ocasiões, vivenciavam sentimentos com os quais ainda não estavam habituados. Desse modo, no intuito de situar os alunos diante da possibilidade de enfrentá-las, uma das aulas da disciplina de Fundamentos I era voltada para a discussão de questões relacionadas ao fim da vida.

Dispostos pela espaçosa sala de aula, todos se olhavam e interagiam. A professora não tinha o domínio da fala e ouvia atentamente as histórias e as concepções que eram compartilhadas. Entre as apresentações dos seminários, divididos por subtemas relacionados

à questão mais ampla, os alunos colocavam em pauta seus dilemas, faziam questionamentos para a professora e apontavam as condutas que julgavam adequadas para lidar com a finitude. O assunto era delicado e, em diversos momentos, se podia notar a presença de olhares marejados, falas embargadas e manifestações de tristeza, decorrentes de eventos passados ou vindouros.

Todavia, mesmo diante do reconhecimento das dificuldades enfrentadas por um profissional diante da perda, a ênfase era direcionada para a dimensão relacional do cuidado. Sentada no centro da roda com seu caderno de anotações, a professora Aline explicava a importância da presença naquele ofício: “*as pessoas morrem nos hospitais e é onde vocês vão estar. Ninguém gosta de morrer sozinho e o enfermeiro é o profissional que mais fica com o paciente*”. Partindo da centralidade da presença durante o cuidado, a professora falou sobre como a enfermagem exercia um ofício marcado pelo *encontro*, uma dimensão que jamais se daria de modo imparcial ou indiferente:

Esse encontro nunca vai ser neutro e às vezes vai ser mais importante que a técnica, porque é nele que o paciente vai se apoiar. Nós temos que avaliar a dor que pode não ser só física e acolher tanto os pacientes quantos os familiares. (Aline, docente).

Durante esse encontro, o cuidado deveria voltar-se à presença, ao acolhimento e ao apoio: “*Você não pode ser frio e deixar de prestar uma assistência necessária*”, disse Aline. Se durante todo o semestre, as professoras destacavam a importância da precisão e do rigor na realização das técnicas, naquele dia despontavam aspectos como a pessoalidade [“*cuidar da pessoa e não da doença*”] e a ênfase em domínios que ultrapassavam o caráter operacional do cuidado [“*temos que ter uma formação psicossocial e social*”, “*a enfermagem deve cuidar não só do físico, mas do espiritual*”].

Mas o que parecia apresentar-se como um dilema central para os estudantes era a experiência emocional do profissional, expressa pela presença ou não da afetividade durante a prática do cuidado. Questionada a esse respeito por uma das estudantes, Aline enfatizou: “[a enfermagem] também é baseada no carinho, para além do conhecimento técnico-científico. A gente tem que oferecer acalanto”. A explicação da professora nos encaminhava para a dimensão do acolhimento e da proximidade, que Aline reforçava aconselhando aos alunos que olhassem nos olhos, chamassem pelo nome e tratassesem de igual para igual, condutas que possibilitariam uma abertura do paciente com o profissional: “*existe um envolvimento, por isso temos que tratar o paciente com carinho*”, disse a professora. Os alunos seguiram se manifestando acerca de como compreendiam a presença dos sentimentos na profissão até que Isabela pediu para se pronunciar, resumindo os dizeres ali proferidos:

Não é que a gente não tenha que ter sentimentos. A gente tem que ter, porque a gente lida com o cuidado, que envolve carinho e amor. Mas [temos que] usar esse sentimento para trazer resultado para o paciente e para a família. (Isabela, estudante).

O discurso da estudante situava o amor e o carinho como dimensões constituintes do cuidado em enfermagem, como elementos mobilizados para “trazer resultado” na assistência dispensada ao paciente. Ao retomar a palavra, Aline enfatizou o lugar dos sentimentos no ofício de enfermagem, elogiando a fala da estudante: “*Eu achei muito bonito o que a Isabela falou. O objetivo da enfermagem pode ser o profissionalismo, mas o amor é muito importante*”. Diante dos discursos emocionados, Aline parecia gerenciar não só o debate, mas os sentimentos que circulavam por meio das falas e das experiências partilhadas. Seus comentários orientavam

e aconselhavam, apontando como aquelas questões fariam parte da futura trajetória profissional dos alunos, fazendo deste um ofício permeado pelas emoções: “*como a gente se emociona, como mexe com a gente. Vocês acham que é possível ter um equilíbrio na sensibilidade?*”, questionou aos alunos, que responderam positivamente. E como que lhes deixando um dever de casa, Aline pediu que os estudantes pensassem sobre o que havia sido discutido naquele dia e que trabalhassem consigo mesmos os sentimentos que permeavam o cuidado.

No convívio com os interlocutores desta pesquisa, pude notar como a presença junto ao paciente era mobilizada como alguns dos aspectos centrais que definiam e diferenciavam a prática de cuidado, um fazer pautado na proximidade durante as interações. Ao ocupar-se do cuidado, o estudante de enfermagem era orientado a observar aspectos diversos como medicação, higiene, conforto e estado emocional do paciente, acompanhando todo o seu processo de adoecimento, desde a entrada até a alta. Assim, a dimensão temporal do cuidado, atrelada à presença e proximidade, parecia se constituir como um aspecto que concedia à profissão um caráter específico e diferenciado frente a outras áreas da saúde. Os relatos de Lara e Mônica elucidavam tal perspectiva:

O cuidado é o cuidado mais direto com a pessoa, sabe? Por que a medicina não é conhecida pelo cuidar? Porque o médico vai ali, te passa um remédio, te examina e vai embora. A enfermagem te acompanha em todo o processo que você tá no hospital e eles te proporcionam o seu bem-estar ali dentro. O primeiro cuidado é a enfermagem. [...] Eu acho que o cuidar é você ter uma relação mais junto com a pessoa, você tem um contato maior e mais direto. (Lara, estudante).

O fisioterapeuta, por exemplo, ele vai lá, faz a sessão de fisioterapia com o paciente e vai embora, vai para outro paciente. E assim ocorre com a maioria dos demais profissionais: vai lá, tem um contato um tempinho com o paciente, despede e vai embora, vai para outro paciente. E a enfermagem? A enfermagem é a profissão da área da saúde que está 24 horas com o paciente. A gente não tem essa questão de 'ah, vou cuidar da paciente Bruna agora, dei banho, dei comida, dei remédio, conversei, rezei com ela e agora vou para a paciente Sara'. A enfermagem não tem isso, porque se enquanto eu tô cuidando da Sara, a Bruna me requisitar, sei lá, a Bruna evacuar no leito, eu tenho que voltar lá. Então, o nosso trabalho, o nosso contato com o paciente é, de fato, 24 horas por dia. A carga afetiva é gigante. (Mônica, docente).

Nas relações terapêuticas operadas pela Enfermagem, havia o pressuposto não somente de que esse era um ofício interpessoal, estabelecido na relação entre enfermeiro e paciente, mas que tal relação era caracterizada pela proximidade, fortemente marcada pela emergência da afetividade, tal como descreveu Mônica. Assim, para os estudantes e professores com quem convivi, não era possível falar de cuidado sem recorrer a uma dimensão afetivo-emocional da experiência. Em outras palavras, era por ser propriamente um ofício de cuidado que a enfermagem se constituiria como uma profissão vinculada às afetividades.

Como mostraram Saillant e Gagnon (1999), ao tratar de questões associadas ao cuidado, nos direcionamos não somente a um campo de práticas e gestos, mas somos conduzidos a um domínio de relações e afetividades, sendo o cuidado uma esfera inherentemente relacional. Para os autores, o cuidado se constituiria, de modo geral, como um conjunto de gestos, palavras e valores que visam ao auxílio e ao acompanhamento de sujeitos em situações de fragilidade ou limitação, envolvendo uma dimensão de alteridade, produzindo interações e colocando em questão a relação com o outro. Nessa mesma direção, Hirata e Debert (2016) afirmam que o cuidado consistiria em uma noção utilizada para tratar de processos, interações e sentimentos entre sujeitos que cuidam e que são cuidados, contemplando relações entre seres vivos – humanos e não humanos – e objetos nas mais

diversas esferas do social. Nesse sentido, ao ser edificado em torno da noção de cuidado, o ofício de enfermagem era definido como uma prática associada a aspectos como o amor, o carinho e a empatia, elementos constantemente mobilizados não só para descrever no que consistia o cuidar, mas para situar a forma como ele deveria ser dispensado.

Era nessa perspectiva que Amália, estudante, relatava as razões pelas quais havia escolhido a enfermagem, enfatizando seu caráter presencial e próximo: “*a relação do enfermeiro com a pessoa é uma relação mais próxima, porque é um cuidado*”. Indecisa entre enfermagem e medicina, Amália me contou que sua escolha teria se fundamentado em experiências pessoais que revelavam tais características. A primeira era a relação de parentesco que tinha com um médico e com uma enfermeira que, mesmo trabalhando juntos, tinham condutas distintas diante de um mesmo paciente. Enquanto o primo médico tinha o conhecimento restrito ao diagnóstico e modos de tratar a sua patologia, a prima enfermeira descrevia com detalhes elementos que ultrapassavam a doença: “*ela conhece o paciente*”, me disse Amália.

A segunda constatação teria se dado a partir da experiência como acompanhante de sua mãe, que havia passado por uma internação hospitalar durante três meses. Naquele contexto, a presença integral e constante era desempenhada pela equipe de enfermagem: “*eram eles que sabiam o que ela gostava e o que não gostava, até as coisas mais simples. Quem conheceu, ficou o dia a dia com ela foi a equipe de enfermagem*”. Desse modo, ao compreender esse ofício como baseado na presença e na proximidade, Amália o associava a uma dimensão afetiva, expressa por meio das categorias amor, carinho empática.

Eu acho que o cuidado você tem que ter empatia, você tem que ter amor e tem que ter disponibilidade, é o mais importante. Eu acho que não faz enfermagem sem amor e sem carinho. [...] É fornecer um tratamento, uma atenção com o que eu tenho de conhecimento e promover o bem-estar e a qualidade dele. Cuidado é chegar lá e ajudar ele ir no banheiro, é cuidar da medicação, é ouvir quando ele precisa falar, identificar se ele precisa fazer acompanhamento com psicólogo, é saber o que ele gosta e o que ele não gosta, ver se o acompanhante tem disponibilidade de vir ficar com ele. (Amália, estudante).

O cuidado parecia, assim, compreender não somente um conjunto de técnicas realizadas sobre um corpo doente, mas uma série de outras condutas relativas à atenção e à preocupação, comumente associadas a um domínio afetivo das relações. Desse modo, o amor, o carinho e a empatia eram entendidos não como contrários ao exercício profissional, mas como um domínio intrínseco ao cuidado, sendo as afetividades um domínio valorizado e incentivado. Contudo, vimos na seção anterior uma postura distinta em relação ao sofrimento e à tristeza. Como explicar posturas tão dissonantes e até opostas direcionadas à experiência emocional?

De acordo com Lutz (1988), na etnopsicologia euro-americana, a experiência emocional seria dotada de um caráter ambivalente, sendo entendida por meio de dois contrastes fundamentais: emoção/pensamento e emoção/estranhamento. Se, na primeira, as emoções se oporiam ao pensamento e, por isso, seriam associadas à irracionalidade, ao descontrole e ao perigo, na segunda, as emoções estariam contrapostas ao afastamento, passando a se constituir como um lócus de valores humanos. A partir dessa dupla oposição, as emoções receberiam atribuições valorativas distintas, sendo ora avaliadas de modo negativo, ora positivamente qualificadas.

O conceito de emoção desempenha um papel central na visão ocidental do mundo. Embora palavras como “inveja”, “amor” e “medo” sejam invocadas por qualquer pessoa que fale sobre si mesmo, sobre o privado, sobre o intensamente

significativo ou sobre o inefável, elas também são usadas para falar sobre aspectos desvalorizados do mundo – o irracional, o incontrolável, o vulnerável e o feminino (Lutz, 1988, p. 3, tradução nossa).

Desse modo, se no interior da dupla dicotomia que ampara as visões ocidentais das emoções, a tristeza e o sofrimento eram compreendidos a partir da oposição pensamento/emoção, as afetividades eram percebidas como contrárias ao afastamento, sendo, assim, consideradas como experiências positivas. Quando entendidas por meio da oposição emoção/estranhamento, a experiência emocional vê-se associada a aspectos como a vida em contraposição à morte, a conexão em contraste com a alienação e a relação em oposição ao individualismo. Nessa perspectiva, as emoções passam a ser percebidas como experiências que agem na contramão de um mundo racionalizado, como consonantes com o que é considerado genuinamente humano e verdadeiro, contrárias à ausência de autenticidade do pensamento. Como pontuou a autora, “[...] enquanto o emocional é geralmente tratado como o membro inferior do conjunto no contraste emoção/pensamento, aqui a avaliação é invertida. É melhor, a maioria concordaria, ser emocional do que estar morto ou alienado” (Lutz, 1988, p. 57, tradução nossa).

Desse modo, ao lidar com sujeitos doentes, em condições de fragilidade e sofrimento, os estudantes e as professoras viam nos afetos uma forma de cuidar. Assim como Amália, Beatriz compreendia as afetividades como parte do cuidado, mobilizando essa dimensão por meio da noção de vínculo: “*se você não cria vínculo com o paciente, se você não diz ‘bom dia’, ‘como você tá se sentindo’, ‘como você passou a noite’ para um paciente que tá internado, aquele cara não vai confiar em você*”. Para Beatriz, o vínculo – expresso por meio de condutas atentas às experiências do outro – se constituía como uma condição para a realização de um cuidado eficaz, que possibilitasse a abertura e confiança do paciente: “*a questão é você saber fazer o vínculo afetivo que vai gerar uma confiança no paciente, que você vai conseguir fazer uma assistência de qualidade*”. Assim, a estudante atrelava a dimensão dos afetos à definição de cuidado: “[cuidado] é você orientar, é você educar, é você criar um vínculo com a família e com o paciente, porque a família participa do processo de recuperação. Eu acho é você aplicar o amor. O amor é intrínseco ao cuidado”. Contudo, a narrativa de Beatriz destacava outra dimensão, que deveria associar-se ao domínio afetivo da profissão:

É um cuidado, mas não é um cuidado ‘ah, vou ali dar uma água com açúcar pra pessoa que tá nervosa’. É um cuidado científico, um cuidado embasado. E você tem que saber muito para fazer esse cuidado. Para mim esse cuidado, além de amor, de respeito, de carinho, de você estar ali presente para a pessoa, você também tem que ter o conhecimento científico, você tem que estar muito bem estudado, porque aquilo vai direcionar até mesmo como você aplica esse amor, eu acho, na minha visão. [...] Eu acho que além do amor, do sentimento, é importante você ter o aparato científico, porque você tem que saber aplicar [o amor] em cada caso e direcionar, ‘como é que eu posso fazer o melhor aqui?’. (Beatriz, estudante).

Se falar sobre enfermagem era tratar de uma prática científica, era também falar de um ofício no qual as emoções não cessavam de emergir durante as interações. Assim, a afetividade era entendida como uma forma de cuidado que transcendia as técnicas, devendo ser mobilizada para promover o acolhimento e o bem-estar do paciente. Como vemos pelo relato de Beatriz, as emoções – especificamente o carinho e o amor – não eram entendidas como uma dimensão oposta à cientificidade da enfermagem, já que, para aqueles sujeitos, a enfermagem consistia na ciência do cuidado. Pelo contrário, o conhecimento científico

deveria ser mobilizado para que essas emoções fossem dispensadas de maneira eficiente. Desse modo, a afetividade e o conhecimento científico deveriam ser dispensados conjuntamente, o que fazia da ciência e da experiência afetivo-emocional duas dimensões constituintes do cuidar em enfermagem. Na narrativa de Amália, tais dimensões também emergiam de modo atrelado, como esferas complementares:

Eu acho que o mais importante é ter amor, carinho e a gente ter comprometimento quando a gente tá fazendo a nossa formação. Porque não adianta ter amor e carinho e eu não me dedicar às matérias e aprender o que eu preciso, de ter bagagem de conhecimento. Então eu preciso ter essa responsabilidade com o conhecimento. Mas eu acho que, sobretudo, amor e carinho pra ser enfermeiro. (Amália, estudante).

Tais proposições nos levam a uma questão importante. No contexto da sociedade ocidental moderna, a biologia alcançou grande destaque na explicação dos processos de saúde-doença, o que tornou a biomedicina o modelo predominante no entendimento e no tratamento das patologias, instituindo o desenvolvimento das ciências médicas. Sua constituição como uma ciência da doença esteve ancorada na racionalidade científico-mecanicista, que nos séculos XVI e XVII tornou o mundo inteligível por meio de explicações metódicas e racionalistas, possibilitando que ela se consolidasse como um saber científico, englobando um conjunto de saberes, práticas e símbolos caracterizados pelo dualismo corpomente, a racionalidade científica e a centralidade em elementos físico-químicos (Bonet, 2004; Helman, 2009). Como afirmou Octávio Bonet (2006), a biomedicina, ao se tornar um dos âmbitos impactados pelo processo de racionalização do mundo, edificou um discurso racionalizado sobre o corpo e as doenças, apoiando nos estudos de anatomia e fisiologia sob os moldes do mecanicismo que, entre outras implicações, culminou na separação entre os domínios emocional e racional da experiência.

Contudo, quando lançamos o olhar para a mobilização conjunta de emoções e conhecimento científico no campo da enfermagem – entendida como uma forma de potencializar a realização do cuidado –, parece-nos possível entrever uma forma específica de articular as dimensões racional e emocional. Nessa ótica, presenciei por diversas vezes nos contextos do trabalho de campo a referência à prática da enfermagem como um fazer que transcendia às atividades técnicas, o que parecia reforçar, por um lado, o caráter científico do cuidado, situando-o como a manifestação do saber-fazer em enfermagem e enfatizar, por outro lado, a dimensão afetivo-emocional do ofício que realizavam.

A esse respeito, professora Mônica me explicou que a formação em enfermagem, além de transmitir ao aluno diversos conteúdos acerca das práticas, também fornecia um conhecimento responsável por desenvolver nele uma série de outros *conhecimentos, habilidades e atitudes* que precisavam ser mobilizadas no momento em que as técnicas e procedimentos eram empreendidos: “*tem tantas outras ações, tantos outros conhecimentos, habilidades e atitudes que ele tem que desenvolver durante os cinco anos de graduação, que extrapolam as técnicas e os procedimentos em si*”. Para a Mônica, essa competência para além da prática técnica dizia respeito à esfera afetiva das relações, entendida por meio de comportamentos de atenção, preocupação e, em suma, pela habilidade da empatia em relação ao paciente.

O profissional precisa ter essa habilidade da empatia que eu sempre falo, de se colocar no lugar do outro, de entender o que o outro tá sentindo. É uma habilidade muito importante para o enfermeiro, porque ele tá ali o tempo todo. [...] Não é só eu chegar lá: ‘bom dia, vou passar uma sonda aqui em você’. Aí vai, coloca um cano no seu nariz e tchau. Nem te ouve, nem quer saber o que você

tá sentindo, se você sentiu dor, se você sentiu desconforto. Então, é muito além da técnica. Se fosse só a técnica, pronto, era só preparar o material, chegar lá na pessoa, colocar o trem na pessoa e ir embora. E não é isso. Tem toda a parte afetiva, tem todo um sentimento que tá envolvido com aquela situação. Às vezes é só você ouvir a pessoa. E ela está desconfortável porque tá com saudade dos netos que estão em casa. [...] Às vezes você conversando, ela vai se sentir mais acolhida por você. (Mônica, docente).

Embora a enfermagem se constitua como um ofício cuja formação se fundamenta no modelo biomédico, é uma profissão que elabora o seu cotidiano profissional de maneira particular, colocando desafios e questões específicas ao propor uma prática que se funda em torno da noção de cuidado. Nesse sentido, a relação entre prática e dimensão afetiva pode ser pensada como vinculada à perspectiva atual de cuidado na qual se fundamenta a área, associada à noção de integralidade. Essa noção foi construída e continua a ser pautada na crítica e na oposição ao modelo biomédico, epistemologia que enfatiza a dimensão fisiológica e dualista nos processos de cura (Silveira; Gualda; Sobral, 2003). Assim, a relação desses profissionais com os pacientes suscita reflexões, por se constituir uma profissão formada de acordo com os princípios da biomedicina e que carrega os impactos desta, mas, ao mesmo tempo, um fazer que mobiliza a concepção de uma prática específica que, pautada no cuidado, enfatiza a importância da dimensão emocional¹⁰.

Quando voltamos nosso olhar para a literatura antropológica e sociológica acerca do cuidado, observamos como alguns estudos ressaltaram de modo enfático a associação entre o domínio do cuidar e a esfera das emoções, como os já citados Saillant e Gagnon (1999), Hirata e Debert (2016) e outros como Hirata (2020), Debert e Pulhez (2019) e Guimarães e Hirata (2012). Ao voltar sua análise especificamente para a dimensão emocional, o sociólogo Ângelo Soares (2012) aponta como essa esfera se situaria como um domínio intrínseco ao trabalho de cuidado, um fazer que envolveria, permanentemente, um trabalho emocional por parte daqueles que cuidam: “[...] nem todo trabalho emocional é, necessariamente, trabalho de cuidados, mas todo trabalho de cuidados envolve, sempre, o trabalho emocional” (Soares, 2012, p. 49). Esse trabalho emocional se referiria à mobilização das emoções na realização do cuidado, mas também estaria vinculado a uma gestão do eu e das próprias emoções, bem como a adequação às regras de expressão presentes em cada contexto de interação, função ou organização onde a atividade é realizada. Nesse sentido, Soares (2012) observa que, mesmo nos contextos nos quais o cuidado é realizado de forma profissionalizada e remunerada, as emoções emergiriam como parte constituinte das relações ali estabelecidas.

O amor e o envolvimento são dois componentes vistos como inevitáveis, essenciais e positivos na relação entre quem cuida e quem é cuidado. Mesmo quando o trabalho de cuidar é feito no âmbito de uma organização, mediante um pagamento, o amor e o envolvimento, mesmo não fazendo parte do trabalho prescrito, estão presentes no trabalho real, escapando, de certa maneira, à mercantilização (Soares, 2012, p. 55).

Na bibliografia da Enfermagem, é possível encontrar trabalhos que abordam como a dimensão afetivo-emocional emerge como uma habilidade necessária ao exercício do

¹⁰Ainda que não seja o foco de nossa argumentação no presente trabalho, considero as noções de abnegação e altruísmo dois importantes elementos para pensar a relação entre emoções, cuidado e gênero. Esses valores tiveram lugar importante no processo de institucionalização da profissão, levada a cabo por Florence Nightingale e a elite inglesa no final do século XIX. Entre seus objetivos, estava a edificação de um novo perfil para a Enfermagem, afastando-a do estereótipo a que estava associada para torná-la uma profissão feminina (Oguisso, 2007; Silva, 1986). Nesse sentido, o altruísmo e a abnegação não somente constituíram a Enfermagem como profissão, mas ecoam ainda hoje no exercício de sua prática cotidiana.

cuidado, sendo necessário aliá-lo ao “cuidado científico objetivado” (Monteiro, 2016), numa tríade composta de habilidades cognitivas, motoras e afetivas (Santiago; Carvalho, 2006). Em outros estudos, a dimensão das emoções tem se destacado nos esforços internos de construção de uma epistemologia do cuidar, a partir da qual o cuidado científico é concebido como inseparável das emoções humanas (Watson, 2007, 2008), tendo como foco o âmbito dos afetos (Waldow, 1995, 2012). Como apontou Dias da Silva (2014), ao situar a noção de cuidado como uma premissa ontológica, a enfermagem estabelece uma forma específica de relação com o outro, fazendo dessa categoria um valor que os define como profissionais da saúde. Seguindo a perspectiva da autora, parece-nos que as afetividades eram referidas não somente como aspectos que emergiam na prática cotidiana da profissão, mas um atributo inerente e indissociável daquele cotidiano.

4 Considerações Finais

Tratar das experiências emocionais de estudantes e professores de enfermagem exigiu que nos direcionássemos aos contextos em que eram vivenciadas, compreendendo-as como parte de um discurso mais amplo, social e culturalmente situado. Ao se referirem à tristeza e ao sofrimento, os interlocutores falavam de emoções que deveriam ser coibidas em sua experiência e manifestação, uma evitação que se efetivava por meio de estratégias forjadas para esse fim. Busquei, assim, relacionar a experiência das emoções com seus significados e gestão emocional, procurando compreender como esses aspectos impactavam o controle sob os corpos. Quando os estudantes de enfermagem falavam sobre suas emoções, vinculavam o seu controle ao modo como desejavam ser vistos pelos seus pacientes e professores, ou seja, um controle estrategicamente mobilizado como forma de construir uma autoimagem de profissional da saúde. Esse aspecto pode ser entendido pela perspectiva contextualista como um “ato pragmático” e como “uma performance comunicativa”, uma vez que possui um direcionamento específico. Em suma, pode ser entendido como uma ação social que tem efeitos no contexto social em que irrompem.

Por outro lado, busquei elucidar também que, quando narravam vivências e concepções relacionadas ao amor, carinho e empatia, os estudantes e as professoras as situavam como uma dimensão valorizada para o trabalho. Por se constituir como uma profissão responsável pelo cuidado e marcada por uma maior presença junto ao paciente, a/o enfermeira/o deveria direcionar suas ações para a preocupação, o acolhimento e para o apoio, sendo as afetividades entendidas como emoções intrinsecamente vinculadas à prática profissional. Nesse aspecto, avulta-se a dissociação entre dimensões cognitiva e emocional operada pela biomedicina *versus* a abertura às emoções por meio da mobilização da noção de cuidado, dimensões supostamente opostas que frequentemente eram articuladas no discurso e na experiência dos sujeitos da pesquisa. As emoções, nesse sentido, não eram somente concebidas de modo específico no interior dos contextos da enfermagem, mas eram mobilizadas como parte importante daquela profissão, demonstrando como, se tratando do campo aqui estudado, a dicotomia razão/emoção deve ser pensada de modo particular e contextualizado.

Assim, entendo que esse modo de sentir e de expressar as emoções envovia uma espécie de saber que pode ser definido nos termos de uma *educação da sensibilidade*. Era preciso saber se envolver, ou melhor, gerenciar as emoções para cuidar ou mesmo potencializar o

cuidado. Mas o aprendizado das emoções não estava presente nos roteiros e manuais e, como demonstramos, eram adquiridos na prática, muitas vezes à custa de experiências frequentemente perpassadas por diversos dilemas. Ou seja, era preciso que estivessem lá, ativamente engajados no cotidiano de cuidado por meio de relações e de contextos múltiplos – com pacientes, professores e outros profissionais –, ou seja, por meio de uma “aprendizagem situada” nos termos conceituados por Jean Lave (2015).

Por último, ressalto que, ao optar por discutir esses dois conjuntos de emoções – sofrimento-tristeza/amor-carinho – como um complexo emocional (Coelho, 2010) da enfermagem, não tive como intenção restringir o olhar ou abster-me de tratar de emoções hostis ou morais tão presentes nessas atividades, como é o caso do nojo e da repulsa, por exemplo. Este trabalho pretende ser um ponto de partida para a reflexão dessas e de outras tantas emoções que se conjugam e atravessam o cuidado, evidenciando as complexidades que se fazem ver no universo prático e epistemológico da Enfermagem.

Referências

- ABU-LUGHOD, Lila; LUTZ, Catherine. Introduction: emotion, discourse and the politics of everyday life. In: ABU-LUGHOD, Lila; LUTZ, Catherine. (org.). **Language and the politics of emotion**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990. p. 1-23.
- BISPO, Raphael; COELHO, Maria Claudia. Emoções, Gênero e Sexualidade: apontamentos sobre conceitos e temáticas no campo da Antropologia das Emoções. **Cadernos de Campo**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 186-197, 2019.
- BONET, Octávio. **Saber e sentir**: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- BONET, Octávio; TAVARES, Fátima Regina Gomes. O cuidado como metáfora nas redes da prática terapêutica. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (org.). **Razões Públicas para a Integralidade**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Cepesc; Abrasco, 2007. p. 263-277.
- COELHO, Maria Claudia. As emoções e o trabalho intelectual. **Horiz. Antropol.**, Porto Alegre, ano 25, n. 54, p. 273-297, maio-ago. 2019.
- COELHO, Maria Claudia. Narrativas da violência: a dimensão micropolítica das emoções. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 268-285, 2010.
- COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem**: diagnóstico da profissão aponta concentração regional, tendência à masculinização, situações de desgaste profissional e subsalário. Em 6 de maio de 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html. Acesso em: 2 ago. 2020.
- CONDÉ, Geraldo Garcez. As emoções diárias: ensaio sobre a etnopsicologia do jornalismo, **Interseções**, [s.l.], v. 19, n. 1, p. 253-173, 2017.
- DEBERT, Guita Grin; PULHEZ, Mariana Marques. **Desafios do cuidado**: gênero, velhice e deficiência. Campinas, SP: Unicamp-IFCH, 2019.
- DIAS DA SILVA, Cristina. De improvisos e cuidados: a saúde indígena e o campo da enfermagem. In: TEIXEIRA, Carla Costa; GARNELO, Luiza. (org.). **Saúde Indígena em Perspectiva**: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 181-212.
- DIOGO, Paula. Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento *versus* Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. **Pensar Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 1, p. 20-30, 2017.

- FISHER, Berenice; TRONTO, Joan. Toward a feminist theory of caring. In: FISHER, Berenice; TRONTO, Joan. **Circles of care**: Work and identity in women's lives. Albany: State University of New York Press, 1990. p. 35-62.
- GUIMARÃES, Nadya Araujo; HIRATA, Helena Sumiko; SUGITA, Kurumi. Cuidado e cuidadoras: o trabalho de care no Brasil, França e Japão. **Sociol. Antropol.**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 151-180, 2011.
- GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H. (ed.). **Cuidado e cuidadoras**: as várias faces do trabalho do "care". São Paulo: Atlas, 2012.
- HELMAN, C. **Cultura, saúde & doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- HIRATA, Helena. Comparando relações de cuidado: Brasil, França, Japão. **Estudos Avançados**, São Paulo, SP: v. 34, n. 9, p. 25-40, 2020.
- HIRATA, Helena. Teorias e práticas do care: estado sucinto da arte, dados de pesquisa e pontos de debate. In: FARIA, Nalu; MORENO, Renata. (org.). **Cuidado, trabalho e autonomia das mulheres**. São Paulo: SOF, 2010. p. 42-56.
- HIRATA, Helena; DEBERT, Guita Grin. Apresentação. **Cadernos Pagu**, Dossiê Gênero e Cuidado, [s.l.], v. 7, n. 15, p. 7-15, 2016.
- HIRATA, Helena. O trabalho de cuidado. In: OLIVEIRA, Juliana Andrade; MATSUO, Myrian (org.). **O trabalho emocional e o trabalho de cuidado – I Seminário de Sociologia da Fundacentro**. São Paulo, SP: Fundacentro, 2014. p. 27-35.
- LAVE, Jean. Aprendizagem como/na prática. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 21, n. 44, p. 37-47, jul.-dez. 2015.
- LE BRETON, David. **Antropologia das Emoções**. Petrópolis: Editora Vozes, 2019.
- LOPES, Marta Júlia Marques; LEAL, Sandra Maria Cezar. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, SP, n. 24, p. 105-125, 2005.
- LOPES NETO, David; NOBREGA, María Miriam Lima da. Holismo nos modelos teóricos de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, [s.l.], v. 52, n.2, p. 233-242, 1999.
- LUTZ, Catherine. **Unnatural emotions**: everyday sentiments on a Micronesian Atoll and their challenge to western theory. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.
- MAUSS, Marcel. A expressão obrigatória dos sentimentos. In: OLIVEIRA, Roberto Cardoso (org.). **Marcel Mauss**: antropologia. São Paulo: Editora Ática, 1979. p. 147-153.
- MELO, Lucas Pereira de; GUALDA, Dulce Maria Rosa. Ciências Sociais e enfermagem no Brasil. In: MELO, Lucas Pereira de; GUALDA, Dulce Maria Rosa; CAMPOS, Edemilson Antunes. **Enfermagem, antropologia e saúde**. Barueri, SP: Editora Manole, 2013. p. 1-30.
- MENEZES, Rachel Aisengart. **Difíceis decisões**: etnografia de um Centro de Tratamento Intensivo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- MONTEIRO, Priscila de Vasconcelos *et al.* Quando cuidar do corpo não é suficiente: a dimensão emocional do cuidado de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 20, n. 957, 2016.
- MOTTA, Bruna Motta. **Corpos que cuidam: uma etnografia das práticas em enfermagem**. 2020. 130p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2020.
- MOTTA, Bruna. Corpos que ensinam, corpos que aprendem: um estudo sobre corporalidade do cuidado em Enfermagem. **Campos – Revista de Antropologia**, [s.l.], v. 24, n. 1, p. 269-287, 2023.
- MOTTA, Bruna. A sensorialidade do cuidado em enfermagem: um saber-fazer corporificado. **Revista de Estudos e Investigações Antropológicas**, [s.l.], v. 9, n. 2, p. 125-157, 2022.

- NOGUEIRA, Silvia Garcia. Percepções e afetos de policiais federais: interações com estudantes estrangeiros. **Interseções**, [s.l.], v. 19, n. 1, p. 150-170, 2017.
- O'DWYER, Brena. "Emoção", "técnica", raiva e amor na aplicação da Lei do Feminicídio em um júri público no Rio de Janeiro. **Cadernos de Campo**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 198-216, 2019.
- OGUISSO, Taka. **Trajetória histórica e legal da Enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2007.
- REZENDE, Cláudia Barcellos; COELHO, Maria Cláudia. **Antropologia das Emoções**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.
- ROSALDO, Michele Zimbalist. Tradução de Mauro Guilherme Pinheiro Koury. Em direção a uma antropologia do self e do sentimento. **RBSE Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, [s.l.], v. 18, n. 54, p. 31-49, 2019.
- SAILLANT, Francine; GAGNON, Éric. Vers une anthropologie des soins? **Anthropologie et Sociétés**, [s.l.], v. 2, n. 23, p. 5-14, 1999.
- SANTIAGO, Patrícia Sarsur Nasser; CARVALHO, Daclé Vilma. Habilidades afetivas na formação do profissional de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 10, n. 3, p. 292-296, 2006.
- SILVA, Graciete Borges da. **Enfermagem profissional, análise crítica**. São Paulo: Cortez Editora, 1986.
- SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; GUALDA, Dulce Maria Rosa; SOBRAL, Vera R. S. Corpo e enfermagem: (ainda) uma relação tão delicada! **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, RJ, v. 2, n. 3, p. 3-10, 2003.
- SOARES, A. As emoções do "care". In: GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H. (ed.). **Cuidado e cuidadoras**: as várias faces do trabalho do "care". São Paulo: Atlas, 2012. p. 44-59.
- WALDOW, Vera Regina. **Cuidar**: expressão humanizadora da Enfermagem. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.
- WALDOW, Vera Regina. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- WATSON, Jean. **Nursing: The Philosophy and Science of Caring**. Colorado: University Press of Colorado, 2008.
- WATSON, Jean. A teoria do cuidado humano de Watson e as experiências subjetivas de vida: fatores caritativos/caritas processos como um guia disciplinar para a prática profissional de enfermagem. **Texto Contexto – Enferm.**, [s.l.], v. 16, n. 1, p. 129-135, 2007.

Bruna Motta

Cientista Social pela Universidade Federal de Alfenas e mestra em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Atualmente cursa doutorado em Antropologia Cultural no Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Compõe o Laboratório de Etnografias e Interfaces do Conhecimento (LEIC/UFRJ) e o Núcleo de Estudos de Sexualidade e Gênero (NESEG/UFRJ), atuando, também, como colaboradora no Laboratório de pesquisas antropológicas em Política e Saúde (LAPS/UFJF). Possui experiência na área de Antropologia da Saúde, com interesse mais específico em temáticas ligadas ao corpo, emoções, enfermagem, saber biomédico e cuidado.

Endereço profissional: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Largo de São Francisco de Paula, n. 1, sala 420, Centro, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20051-070.

E-mail: s.brunamotta@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8730-6058>

Como referenciar este artigo:

MOTTA, Bruna. Uma Educação da Sensibilidade: entre emoções, corpos e cuidados. **Ilha – Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 27, n. 1, e99019, p. 98-117, janeiro de 2025.