

ESPAÇOS EPISTEMOLÓGICOS DE CUIDADO EM SAÚDE E ENFERMAGEM SEGUNDO TEORIA DE HALLDORSDOTTIR

ESPACIOS EPISTEMOLÓGICOS DE CUIDADO EN SALUD Y ENFERMERÍA SEGÚN TEORÍA DE HALLDORSDOTTIR

EPISTEMOLOGICAL SETTINGS OF CARE IN HEALTH AND NURSING ACCORDING TO HALLDORSDOTTIR'S THEORY

Líliam Barbosa Silva¹, Kleyde Ventura de Souza², Elysângela Dittz Duarte³, Sônia Maria Soares⁴

Histórico

Recibido:

08 de Enero de 2016

Aceptado:

22 de Abril de 2016

1 *Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Brasil. Autor para Correspondência. E-mail: ligemeasbh@yahoo.com.br*

2 *Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento Materno Infantil e de Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Brasil. E-mail: kleydev@enf.ufmg.br*

3 *Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Professora Adjunta do Departamento Materno Infantil e de Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: dittzduarte@ig.com.br*

4 *Doutora em Saúde Pública. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Brasil. E-mail: smsoares.bhz@enf.ufmg.br*

RESUMO

Introdução: O cuidado está na essência da existência humana. Entretanto, nos serviços de saúde, observam-se profissionais que ainda mantêm um comportamento de distanciamento, com limites ao diálogo e à reflexão crítica e a perda da relação de cuidado como o foco da atenção à saúde. **Objetivo:** Relatar a reflexão da tríade profissional de saúde/cliente sob a perspectiva epistemológica do cuidado, a partir do debate do filme “Um Golpe do Destino”. **Materiais e Métodos:** Artigo de reflexão fundamentado na Teoria de Halldorsdottir que aborda os cinco modos de ser com o outro, incluindo comportamentos de cuidar e não-cuidar. **Resultados e Discussão:** Observou-se predomínio do cuidado biocídico, bioestático e biopassivo em detrimento do bioativo e biogênico, demonstrando a tecnificação do cuidado moldado pelo modelo biomédico. **Conclusões:** Há necessidade de potencializar as práticas de cuidado no contexto do trabalho em saúde que seja capaz de produzir graus de autonomia que melhorem a qualidade de suas vidas.

Palavras chave: Cuidados de Enfermagem, Teoria de Enfermagem, Serviços de Saúde, Conhecimento. (Fonte: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.333>

RESUMEN

Introducción: El cuidado se encuentra en la esencia de la existencia humana. Sin embargo, en los servicios de salud, se observan profesionales que aún mantienen un comportamiento de distanciamento, con límites al diálogo y a la reflexión crítica y a la pérdida de la relación de cuidado como el centro de la atención a la salud. **Objetivo:** Relatar la reflexión de la tríada profesional de salud/cliente desde la perspectiva epistemológica del cuidado, a partir del debate de la película “Un Golpe del Destino”. **Materiales y Métodos:** Artículo de reflexión fundamentado en la Teoría de Halldorsdottir que trata los cinco modos de ser con el otro, incluyendo comportamientos de cuidar y no cuidar. **Resultados y Discusión:** Se observó el predominio del cuidado biocídico, bioestático y biopasivo en detrimento del bioactivo y biogénico, demostrando la tecnificación del cuidado modelado por el modelo biomédico. **Conclusiones:** Existe la necesidad de potenciar las prácticas de cuidados en el contexto del trabajo en salud de modo tal que sea capaz de producir grados de autonomía que mejoren la calidad de sus vidas.

Palabras clave: Atención de Enfermería, Teoría de Enfermería, Servicios de Salud, Conocimiento. (Fuente: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.333>

ABSTRACT

Introduction: Caring is the essence of human existence. However, in health services, it is noted that professionals who still maintains a detachment behavior, with limits to dialogue and critical reflection and loss of care relationship as the focus of health care. **Objective:** To describe the reflection of professional dyad health / customer in the epistemological perspective of care, from the debate of the movie “The Doctor”. **Materials and Methods:** It is a paper of critical thinking based on Halldorsdottir's Theory that addresses the five ways of being with each other, including caring and non-caring behaviors. **Results and Discussion:** There was a predominance of biocide, biostatic and biopassive care at the expense of bioactive and biogenic, demonstrating the technification care shaped by the biomedical model. **Conclusions:** It is necessary to enhance the care practices in the context of health work so that it could be capable of producing degrees of autonomy that improve the quality of their lives.

Key words: Nursing Care, Nursing Theory, Health Services, Knowledge. (Source: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.333>

Cómo citar este artículo: Silva L, Souza K, Duarte E, Soares SM. Espacios epistemológicos de cuidado em saúde e enfermagem segundo teoria de Halldorsdottir. Rev Cuid. 2016; 7(2): 1358-65. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.333>

© 2016 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

INTRODUÇÃO

O cuidado antecede toda atitude e situação humana, caracterizando-se enquanto um fenômeno ontológico-existencial, ou seja, o cuidado está na essência da existência humana, sendo inerente ao homem¹.

Ao longo da evolução histórica, observou-se que os serviços de saúde sofreram transformações significativas para chegar ao cuidado atual (passou-se do cuidado como uma prática religiosa/mítico para uma ciência interdisciplinar). Envolve a relação eu e o outro, permeados pelos componentes estruturais, tecnológico e afetivo².

Neste estudo, busca-se desvencilhar das “sombras platônicas” que tendem historicamente, conceituar o cuidado com foco na cura do corpo doente, percebido de forma fragmentada, como objeto ou máquina, o que por sua vez pode desumanizar e embrutecer as relações³. Assim, o cuidado é entendido como fenômeno complexo, que abrange as interconexões sistêmicas com a equipe, o cliente, as famílias, a comunidade e o ambiente dinâmico e mutável⁴, que orienta ações, promove direitos, além de produzir técnicas e tecnologias que corrobora para a construção de um modelo de saúde condizente com outros princípios e valores, reconhecendo e considerando outros potenciais, estabelecendo e restabelecendo a relação criativa entre o real e o simbólico⁵.

Entretanto, compreende-se que aí reside um dos maiores desafios: o desenvolvimento de atitudes e espaços de encontro intersubjetivo no processo de cuidar, não sendo raras situações de não-cuidado. Conforme lembram alguns autores, na atualidade observam-se profissionais mantendo comportamento de distanciamento, em meio do qual o diálogo e a reflexão crítica não encontram eco, desviando o foco da atenção, que deveria centrar-se na relação de cuidado, para as relações puramente institucionais¹.

Mediante o exposto, o artigo objetiva relatar a reflexão da díade profissional de saúde/cliente sob a perspectiva epistemológica do cuidado, a partir do debate do filme “Um Golpe do Destino”. Essa reflexão originou-se do relato de experiência de alunos e docentes na disciplina “Epistemologia do Cuidado”, da Pós-Graduação *stricto sensu* em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Essa experiência consistiu em um dos trabalhos finais da disciplina, em que se discutiram questões relacionadas ao cuidado e os modos de ser com o outro no setor saúde a partir do debate do filme supracitado. Alguns autores ressaltam que este tipo de estudo, por

ser originado de um Programa de Pós-Graduação, pode potencializar a construção do conhecimento em saúde e em enfermagem⁶.

Acredita-se que a temática deste artigo possa encorajar e instrumentalizar os profissionais de saúde a buscarem diferentes formas e meios de cuidar para a construção de novas formas de consciência crítica em relação ao interesse individual e coletivo do ser cuidado. Assim, espera-se contribuir para a melhor qualidade da assistência oferecida ao cliente que busca, nos serviços de saúde, solução de seus problemas ou melhoria na qualidade de vida.

MATERIAIS E MÉTODOS

A disciplina “Epistemologia do Cuidado”

Trata-se de artigo reflexivo desenvolvido durante a disciplina “Epistemologia do Cuidado”, oferecida no Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Sua carga horária total é de 45 horas e, no primeiro semestre de 2014, período de realização do presente trabalho, estavam inscritos 14 discentes.

Essa disciplina busca resgatar a compreensão do cuidado profissional de enfermagem como prática social; discutir aspectos históricos, filosóficos, tendências e desafios para o cuidado de enfermagem na atualidade e analisar a produção do conhecimento sobre o cuidado e sua contribuição para a práxis em saúde e em enfermagem.

Para tanto, uma das atividades propostas aos alunos consistiu no debate do filme “Um Golpe do Destino (1991)” na perspectiva epistemológica do cuidado. A partir das leituras e discussões realizadas ao longo da disciplina, as autoras julgaram oportuna a reflexão mais aprofundada do filme a partir da Teoria de Halldorsdottir que aborda os cinco modos de ser com o outro, incluindo comportamentos de cuidar e não-cuidar, que influenciam consideravelmente a experiência de ser cuidado por outra pessoa⁷.

Os cinco modos básicos de ser com o paciente podem ser traduzidos como vida-destruição ou biocídio; vida-repressão ou bioestático; vida-neutralização ou biopassivo; vida-sustentação ou bioativo, e vida-doação ou biogênico⁸.

O modo biocídio envolve transferência de energia negativa, sendo representado por todos os tipos de violência. Nos serviços de saúde, pode se manifestar

de distintas maneiras: fazer os clientes dependentes ou promover infantilismo; ser ameaçador; envolver manipulação, coação, ódio, agressão e humilhação; implicar vários tipos de abuso; e, muitas vezes abranger um desejo evidente de poder, seguido pela dominação e despersonalização do outro. Portanto, este modo de estar com a pessoa na maioria das vezes a muda para pior, o dano dependerá de sua força para suportar. Atitudes de não-cuidado ou ser descuidado em situações de dependência e carência desenvolvem sentimentos de impotência, de perda e de ser traído por aqueles com quem se conta para ser cuidado, provocando angústia e desespero, destruindo sua alegria de viver e aumentando sua vulnerabilidade. Assim, pode ser considerada como a forma mais severa de indiferença ao cliente como pessoa e mais desumana de estar com o outro^{7,8}.

O modo bioestático de ser com o outro consiste em afetar negativamente a vida de outra pessoa por meio da repressão, ou interferir ou desordenar a energia existente. Denota insensibilidade ou indiferença para com a outra pessoa, e provoca desencorajamento e mal-estar do outro. Muitas vezes, envolve imposição da própria vontade sobre o outro, dominando-o e controlando-o. A percepção dos pacientes é de que a enfermeira não se importa e é insensível aos seus sentimentos, devido a sua atitude para com eles. Aqui, a enfermeira, muitas vezes trata o cliente como um incômodo, ou seja, como se a sua não existência tornaria a vida da mesma muito mais fácil. O cliente começa a sentir que ele está incomodando a enfermeira quando pede ajuda, e a encontra, muitas vezes fria e cruel^{7,8}.

O modo biopassivo de ser com outra pessoa ocorre quando não existe interesse, e quando uma pessoa não provoca nenhum efeito na energia vital do outro. Este modo de ser diz respeito mais a uma falta de abordagem positiva ou de cuidado, do que propriamente à presença de algo destrutivo que, embora não tenha efeito real sobre a vida do outro, por vezes, cria um sentimento de solidão pela ausência de contato pessoa-a-pessoa. Os clientes referem uma visível desatenção apática para com suas necessidades específicas, e muita preocupação com rotinas e tarefas a serem desempenhadas. Além disso, a enfermeira é muitas vezes percebida pelo cliente como insensível, distraída, cansada, insatisfeita em seu trabalho, faltando-lhe alguma qualidade para cuidar, por exemplo, a cordialidade na voz. Não existe nenhum envolvimento nesse modo de cuidar^{7,8}.

O modo bioativo de ser com outra pessoa envolve benevolência, disposição, atenção genuína, preocupação, consideração, beneficência e afeto. Neste modo de

ser, existe respeito e reconhecimento do outro como pessoa. Atitudes de conforto, encorajamento, consolo e suporte acrescentam outras dimensões para o modo bioativo. De fato, existe o desejo sincero de não fazer mal. Esse modo de estar com um cliente significa que a enfermeira é habilidosa, conhecedora de suas atividades e comprometida com o cuidado personalizado, sabendo defender a dignidade e a integridade dos clientes. Competência compassiva, alegria sóbria, atenção indivisível e preocupação genuína com o cliente como pessoa estão estreita e harmonicamente ligadas neste tipo de cuidar/cuidado, denominado cuidado profissional de enfermagem. Quando a enfermeira consegue dar esse tipo de cuidado profissional, promove sentimentos de confiança nos clientes, o que facilita o desenvolvimento do vínculo entre eles. É precisamente esta ligação que constitui a base de uma presença vivificante onde a abertura e a transferência de energia positiva, o que afeta o outro de uma maneira profunda, predominante^{7,8}.

O modo biogênico de ser com outra pessoa é o modo verdadeiramente humano de ser, representado pelo amor restaurador. Envolve benevolência amorosa, responsividade, generosidade, misericórdia e compaixão. Ainda, promove sentimento de confiança nos pacientes, o que conduz ao desenvolvimento de uma relação de proximidade entre paciente-enfermeira, podendo haver inclusive comunhão espiritual. Entretanto, esta ligação envolve uma distância criativa de respeito e compaixão, necessária para manter o cuidado no domínio profissional. Esse modo de ser com o outro alivia sua vulnerabilidade; fortalece e aumenta seu crescimento; e restaura, reforma e potencializa seu aprendizado e cura. É uma presença pessoal que transforma profundamente o homem^{7,8}.

Sinopse do filme “um golpe do destino”

O filme *Um Golpe do Destino* de 1991 centra-se na história de um médico cirurgião renomado, mas arrogante e com atitudes eticamente não adequadas (Dr. Jack MacKee). O médico identifica seus pacientes como números, leitos ou doenças. O seu lema, que é inclusive ensinado aos residentes que acompanha, é: “*corta, entra e sai, sem nenhum envolvimento*”. Na família, Dr MacKee mantém uma relação conflituosa, pois a excessiva dedicação ao trabalho tornou-o um homem solitário. Inesperadamente, depois de sinais que indicavam problemas em sua garganta, o médico foi diagnosticado com câncer maligno na laringe. A partir de então, em busca da cura, passa a ver sua profissão, os hospitais e os médicos/equipe sob outra perspectiva: a do paciente, acontecimento este que incitou mudanças no

seu modo de ser com o outro, o que lhe engrandeceram como profissional e como homem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tecnificação do cuidado moldado pelo modelo biomédico, dito flexneriano

No início do filme, observa-se predomínio do cuidado biocídico, bioestático e biopassivo, que remetem a uma visão fragmentada e burocrática do saber/fazer, marcada pelo excessivo poder técnico-burocrático. Fica evidente a dominação e decomposição do corpo, regado às teorias da ciência de forma minuciosa, em detrimento da indivisibilidade e fixidez do indivíduo e da razão. Na atualidade, sabe-se que apesar de incessante discurso sobre a integralidade do cuidado, é premente a supremacia do enfoque mecanicista e simplificado da assistência prestada aos pacientes.

A cena que apresenta a cirurgia de um rapaz que tentou suicídio ilustra o desrespeito da equipe cirúrgica, que brinca com o corpo do rapaz e com o motivo da sua fatalidade, sendo desrespeitada a dimensão ética do cuidado.

Lembra-se que a prestação de cuidados implica sempre lidar com uma escala de valores, tanto daquele que cuida quanto daquele que é cuidado e que os mesmos são a referência para a forma de estar e viver, na relação com o mundo e com os outros. Dessa forma, pode-se compreender a importância, que a decisão ética ocupa no processo de cuidados, até mesmo porque é ela que qualifica o agir no cuidar^{9,10}.

Assim, enfatiza-se que todas as profissões da área da saúde devem ser regidas por ética e valores. Porém, nem sempre essa é uma verdade, constatada nos diversos serviços de saúde, inclusive no ensino. A esse respeito, estudos mostram que a formação profissional na área da saúde ainda sofre influência do modelo biomédico, que desconsidera o fato da pessoa cuidada viver dentro de um contexto, ter um nome, família, vida social, não querendo ser identificado por meio de um número ou por uma doença^{11,12}.

Resgatando o filme, importante enfatizar que a transecção da aorta decorrente de uma queda de cinco andares por um rapaz que tentou o suicídio, pode até ser “consertada” por meio de uma cirurgia. Entretanto, os fatores determinantes que o levaram ao suicídio não são “consertados” com a intervenção cirúrgica. Conflitos familiares, alterações emocionais, dificuldade

de adaptação social e de relações interpessoais, uso de substâncias psicoativas e outras questões existenciais¹³, podem determinar tal ação e que deverão ser trabalhados pela equipe de saúde a partir de um cuidado interativo e ético.

Outro personagem que caracteriza bem a tecnificação do cuidado diz respeito à Dr^a Leslie que foi responsável pelo tratamento inicial de Mackee. Durante a consulta, Mackee se vê perante uma profissional tipicamente moldada pelo modelo biomédico, muito semelhante a ele, mostrando-se arrogante, desinteressada pelo paciente enquanto pessoa que necessita de outros cuidados que não exclusivamente o diagnóstico/cura.

O cuidado limitou-se apenas à mecanicidade de um procedimento técnico, com busca de dados objetivos (relação de causa-efeito), a partir de uma concepção de distinção cartesiana entre mente e corpo, minimizando os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais, não oportunizando momentos de interação profissional/paciente. Como resultado, Mackee mostrou grande tensão e desconforto durante o exame, pois foi negligenciado pela profissional, até que veio a comunicação abrupta do diagnóstico: nódulo na laringe.

Dr^a Leslie: “E isso é tudo que preciso. Dr, você tem um nódulo.” Mackee se espanta e pergunta: “O quê?” Dr^a Leslie: “Um tumor laríngeo. Aqui na corda vocal.” Mackee: “Eu sei o que é laríngeo.” Dr^a Leslie: “Você vai precisar de raios-X de pulmão, bioquímica [...]. Tenho que checar com minha secretária, mas se for remotamente possível, gostaria de fazer uma biópsia amanhã, ok?” Mackee assustado: “Obrigado.” Dr^a Leslie: “Não há de quê.” Sai da sala, deixando Mackee sentado, com semblante que demonstrava espanto e decepção mediante a notícia.

Mediante a cena do filme, preocupa o fato de muitas vezes os profissionais de saúde estarem despreparados ou até mesmo mostrarem-se insensíveis para a comunicação de notícias ruins aos pacientes/familiares, não oferecendo suporte emocional, o que gera silenciamentos, falsas promessas de cura ou comunicações abruptas de prognósticos adversos com sérios prejuízos à relação terapêutica, promovendo verdadeiros desencontros entre quem cuida e o ser cuidado¹⁴.

A esse respeito, lembra-se que o encontro entre quem cuida e quem é cuidado se estabelece no próprio ato de cuidar o qual não apenas é permeado pela objetividade

técnica do cuidado e pelo conhecimento, mas também entremeia-se pela subjetividade dos sujeitos envolvidos na relação, influenciando nas formas de se comunicar com o outro e consigo mesmo.

A relação estabelecida no encontro entre aquele que cuida e o cliente é mediada por um espaço intersubjetivo que permite a comunicação e conduz a interação entre eles. Esse encontro implica, também, em construção de conhecimento a partir de um sistema de diferenças e em um compromisso entre os sujeitos para entender tais diferenças. Os saberes, os afetos e as paixões imbricam-se entre si permeando esta relação^{15:328}.

A despersonalização da pessoa enferma

A despersonalização da pessoa enferma é encenada várias vezes no filme, sendo a mais marcante, a consulta de uma paciente que, ao ficar com cicatrizes decorrentes da cirurgia cardíaca, questiona ao médico o fato de estar afetando sua vida conjugal, o que foi ignorado de forma irônica pelo profissional, fazendo a paciente se sentir como um objeto da prática médica, não pensando em seu bem-estar. O médico ao entrar na sala não menciona o nome da paciente e se atém à leitura da ficha, em uma clara atitude de desrespeito à paciente, despersonalizando-a. Inclusive a técnica de enfermagem que, ao entrar na sala, apenas dispõe material para retirada dos pontos e não estabelece diálogo. Essa ação foi acompanhada pelo olhar da paciente que se mostrava apreensiva, enquanto a profissional mostrava-se indiferente e insensível a ela. Nesses casos, não há envolvimento no processo de cuidar, caracterizando, nesses casos, os modos biocídio e biopassivo de ser com o paciente.

Paciente: “Dr, meu marido [...] é um bom homem. Eu acho que ele está um pouco nervoso. A cicatriz vai sempre ficar assim tão [...]?” Dr Mackee: “Diga ao seu marido que você parece uma garota do pôster central da Playboy. Você tem até as marcas dos grampos para provar.” Riso.

Esses modos de ser com o paciente possuem similaridade com um dos elementos estruturais do modelo biomédico suposto como flexneriano, o individualismo. O modelo flexneriano é, duplamente, individualista, pois ao eleger como seu objeto, o indivíduo, promove sua alienação, excluindo da sua vida os aspectos sociais. Daí, poder-se imputar à pessoa, a responsabilidade pela sua própria doença¹⁶.

Mediante ao exposto, observa-se a necessidade do resgate dos elementos subjetivos do cuidado e de sua dimensão ética, de modo a permitir ser sensível ao sofrimento do outro e saber ouvir seus anseios e necessidades, pois aproxima o profissional do paciente, que se sente ansioso, angustiado e amedrontado diante da incerteza da recuperação após um procedimento cirúrgico. Por isso, é preciso conhecer a singularidade de cada paciente e realizar o cuidado de forma individualizada e humanizada¹⁷.

Até mesmo porque, conforme conceitua a teórica Betty Neuman, o homem é visto como sistema, em que existem relações com variáveis do âmbito fisiológico, psicológico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual¹⁸, variáveis estas que deverão, portanto, ser consideradas durante o cuidado às pessoas no pós-operatório, de tal modo ultrapassar a dimensão unicamente racional e assistencialista do fazer para alcançar a dimensão relacional e multidimensional do cuidado¹⁹.

A relação ensino-aprendizagem que pode promover o “não-cuidado”

Várias são as passagens no filme que ilustram uma relação ensino-aprendizagem ainda moldada pelo paradigma cartesiano que postula uma visão dualista da realidade, tendo como uma das possíveis implicações, a de percepção de corpo como uma máquina deposta dos aspectos sociopsicológicos e ambientais que constituem o fenômeno doença²⁰. A seguir, transcreve-se uma das cenas que ilustra tal situação:

Dr Mackee: “Há perigo em apegar-se demais com os seus pacientes. [...] Cirurgia é um julgamento. Para julgar você precisa estar desapegado.” Residente 1: “Mas não é contra natural não se envolver com o paciente?” Dr Mackee: “Não há nada natural na cirurgia. Você está abrindo o corpo de alguém. Isso é natural? Um dia, você terá suas mãos em volta do coração de alguém. E ele está batendo. E você vai pensar: ‘Eu não deveria estar aqui’.” Residente 2: “Bem, então mais uma razão para se importar sobre o que o paciente sente.” Dr Mackee: “O paciente se sente doente. O trabalho do cirurgião é cortar. Você tem uma chance. Você entra, conserta e sai fora. Envolver-se exige muito tempo. Eu prefiro que você corte logo e se importe menos.” Outros residentes se entusiasma e repetem com vigor a expressão: “conserta, sai fora, sai fora, ééé”.

Ora, se o cuidado determina a estrutura da prática e o modo de ser e agir nos sistemas sociais e de cuidado em saúde¹⁹, caso no decorrer do processo de formação profissional não for adotado mudanças no ensino e na própria prática daqueles que já atuam/ensinam, será perpetuado um cuidado fragmentado, isolado de seu contexto de origem, insensível. Nesse sentido, o profissional tenderá a ver um órgão doente, não uma pessoa enferma, o qual privilegiará a interpretação dos fatos, fenômenos e situações, seguindo uma perspectiva linear de causa e efeito, não permitindo seu envolvimento com o paciente e, portanto, mantendo um cuidado biocídico, bioestático e/ou biopassivo.

Entretanto, importante ressaltar que o conceito de cuidado adotado pelo profissional depende além de sua visão de mundo, do referencial de vida e da própria prática profissional¹⁹, o que é ilustrado pelos Residentes 1 e 2, que apesar de estarem inseridos no sistema de ensino moldado pelo cartesianismo, questionam sobre a importância de se envolverem com o paciente, indo além da técnica, respeitando as idiossincrasias, o que demonstra uma sensibilidade para o cuidado bioativo e biogênico.

Outra situação importante de ensino que resultou em um cuidado biocídico e que merece ser destacado neste trabalho refere-se à cena em que Dr Mackee juntamente com seus residentes discutem o caso do rapaz que tentou o suicídio, causando desconforto ao paciente devido aos comentários inadequados à situação (“*Você quer o meu conselho, Robert? Da próxima vez dê a você um verdadeiro castigo [...] tente o golfe. Não há tortura maior.*” Riso) e principalmente a um detalhe que foi negligenciado pelo médico: no momento em que adentraram na enfermaria, o paciente recebia visita de um religioso, o qual se viu forçado a se retirar do recinto, ignorando assim o momento de conforto espiritual do rapaz.

Sabe-se que, apesar do amplo reconhecimento da necessidade do cuidado espiritual, a relevância da espiritualidade no cuidado à saúde ainda não é valorizada por grande parte dos profissionais de saúde, inclusive do enfermeiro, caracterizando-se como um desafio. Isso porque, para que se possa dar a devida atenção aos aspectos que compreendem o cuidado espiritual, é importante que cada profissional conheça a sua própria linguagem espiritual, pressupostos e experiências, o que é negado/negligenciado por aqueles que estão sobre a influência do modelo biomédico. Profissionais conscientes de sua espiritualidade promovem melhor cuidado, pois se tornam mais sensíveis e capazes de

estabelecer um diálogo mais profundo com o paciente, participando de forma voluntária do processo de elaboração de sentidos e de mobilização interior, que são próprios da dinâmica de enfrentamento, diante da crise por que passa durante o adoecimento²¹.

Ainda sobre essa cena, importante destacar a legitimação do poder médico sobre as outras categorias profissionais. Antes de adentrar na enfermaria, tanto religioso quanto profissional de enfermagem poderiam ter autonomia para deliberar junto ao médico sobre o tipo de cuidado a ser prestado naquele momento: Será que a discussão do quadro clínico do paciente seria mais importante do que o conforto espiritual e a privacidade do paciente naquele momento? Será que aquela ‘visita’ não poderia ser adiada? A aceitação de ambas as partes de ceder espaço para a categoria médica corrobora a visibilidade e aceitação social do poder médico sobre a prestação de cuidados nos serviços de saúde, sendo negado aos outros o poder de decisão²². Tal realidade é historicamente instituída, a qual deverá ser mudada a partir de profissionais mais autônomos, competentes, pró-ativos e motivados em dar maior visibilidade à sua profissão e conseqüentemente ao cuidado que presta ao outro.

A aproximação da dimensão relacional e multidimensional do cuidado que rompe o modelo tradicional

Durante o filme, observa-se mudança de comportamento empreendida pelo protagonista a partir da descoberta do diagnóstico de uma doença sabidamente grave. Em busca do tratamento, Mackee vivencia uma inversão de papéis, perdendo o seu *status* de médico renomado para ser o paciente. Começa então a estranhar o familiar e familiarizar o estranho em seu próprio contexto²³ que vai refletir radicalmente na sua forma de cuidar. Suas ações começam a romper as fronteiras que permeiam o modelo biomédico, superando o simples diagnóstico e o tratamento de doenças individuais, aproximando-se de um cuidado bioativo e biogênico, mais relacional e ético.

Fatos como sentar-se em uma cadeira de rodas; submeter-se à consulta médica mecanizada, com busca de dados objetivos; exposição do corpo (vestir a camisola do hospital, ausência de lençóis ou lençóis finos); compartilhamento de espaço com pessoas desconhecidas; submissão a procedimento não condizente à sua patologia (enema) e ausência de um plano de cuidado compartilhado são alguns exemplos de estranhamento do personagem que permitiu a ele refletir sobre sua prática.

Gradativamente, Mackee passa a compreender melhor o fato de que o tratamento e a cura de uma doença não ocorrem apenas pela intervenção técnica-tecnológica-medicamentosa, pois a doença não habita um corpo material biológico somente, mas o corpo de um ser que, como tal, expressa, na sua materialidade biológica, a dimensão sensível que o qualifica como humano²⁴, passando a valorizar determinados aspectos que antes eram negligenciados.

Nessa perspectiva, busca ensinar essas premissas aos seus residentes, a partir da vivência de situações de doença nas quais se encontram os pacientes hospitalizados. O trecho abaixo ilustra essa situação:

Dr Mackee: “Doutores, vocês passaram um bocado de tempo aprendendo os nomes em latim de possíveis doenças de seus pacientes. Agora é hora de aprender algo mais simples sobre eles. Todos os pacientes têm um nome. Eles se sentem [pausa] assustados, [pausa] constrangidos e vulneráveis, sentem-se doentes. E mais importante, querem se curar. Por isso, põem suas vidas em nossas mãos. Podia tentar lhes explicar isso até cansar. Mas não significaria nada. Como não significou para mim. Nas próximas 72 horas, cada um será um paciente com uma doença específica. Dormirão em camas de hospital, comerão comida de hospital, farão todos os exames necessários. Exames que um dia pedirão. Não são mais médicos, são pacientes de um hospital.”

A cena destacada faz refletir sobre a necessidade de “conhecer para cuidar melhor”, um dos triédros emancipatório do cuidar proposto por Pires²⁵, que representa o cuidado como forma de reconhecer, vivenciar, criar e reinventar culturas e cotidianos. Esse

reconhecimento só é possível quando o olhar que é lançado a ele não é um olhar que enxerga apenas as próprias experiências, carregado de preconceitos e pré-noções, mas um olhar relativizador, que o percebe a partir de suas especificidades e que torna familiar (no sentido de que não causa estranhamento objetivado) qualquer manifestação da diferença.

Além disso, possibilitará reconhecer a si próprio, já que pressupõe que deve estranhar o familiar e familiarizar o estranho, não no sentido de que deve tornar próxima qualquer diferença, mas de que deva lançar um olhar estrangeiro para o interior do próprio grupo considerado, muitas vezes, considerado “normal” e “homogêneo”. O que significa dizer, integrar aquilo que é novo, dando sentido ao desconhecido. Assim, começará a transformar a própria prática social, mudando primeiro a si próprio²³.

CONCLUSÕES

O estudo evidenciou a necessidade de potencializar as práticas de cuidado na luta nada simples pela busca de um processo produtivo de cuidado às pessoas capazes de construir, conjuntamente, graus de autonomia que lhes causem impacto na qualidade de vida.

A reflexão sobre a prática do cuidado na perspectiva epistemológica nos cursos de Pós-Graduação potencializa a construção de conhecimento na área da Enfermagem, impulsionando reflexões, questionamentos e críticas para futuras e necessárias contribuições, de modo a ultrapassar as fronteiras do ensino como uma instância puramente auxiliar nos processos de disseminação ou divulgação de práticas e de conhecimentos produzidos e formulados.

Conflito de interesses: Os autores declaram que não há conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. **Ballarin MLGS, Carvalho FB, Ferigato SH.** Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. *Mundo Saúde.* 2009; 33(2): 218-24.
2. **Maia AR, Vaghetti HH.** O cuidado humano revelado como acontecimento histórico e filosófico. In: Sousa FGM, Koerich MS, organizadores. *Cuidar-cuidado. Reflexões Contemporâneas.* Florianópolis: Papa-Livro Editora; 2008. p. 15-33.
3. **Moreira TMM, Araújo TL.** O modelo conceitual de sistemas abertos interatuantes e a teoria de alcance de metas de Imogene King. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2002; 10(1): 97-103. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000100015>
4. **Backes DS, Backes MS, Dalcin CB, Erdmann AL.** The nursing care system from a Luhmannian perspective. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2012; 20(5): 873-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000500008>
5. **Silva CRL, Carvalho V, Figueiredo NMA.** Aspectos epistemológicos do cuidado e conforto como objetos de conhecimento em enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2009; 14(4): 769-72. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i4.16398>

6. **Soares AN, Silveira BV, Santos FBO, Alves PNM, Lana FCF.** Giving (new) meaning to mental health care centers: an experience report. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22(4): 1214-22. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400041>
7. **Halldorsdottir S.** Five basic modes of being with another. In: Gaut DA, Leininger M, editors. *Caring: The Compassionate Healer.* New York, NY: National League for Nursing; 1991. p. 37-49.
8. **Waldow VR, Lopes MJ, Meyer DE.** Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
9. **Mendes G.** A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2009; 18(1): 165-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100020>
10. **Lima JOR, Esperidião E, Munari DB, Brasil VV.** A formação ético-humanista do enfermeiro: um olhar para os projetos pedagógicos dos cursos de graduação em enfermagem de Goiânia, Brasil. *Interface.* 2011; 15(39): 1111-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000031>
11. **Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernández A.** Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PLoS ONE* 2014; 9(2): e89554. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0089554>
12. **Melo SCC, Santana RG, Santos DC, Alvim NAT.** Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(6): 840-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000600005>
13. **Hildebrandt LM, Zart F, Leite MT.** A tentativa de suicídio na percepção de adolescentes: um estudo descritivo. *Rev Eletr Enf.* 2011; 13(2): 219-26. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.8951>
14. **Pedraza HMP, Collazos HAG.** La comunicación del diagnóstico de cáncer como práctica saludable para pacientes y profesionales de la salud. *Rev Cuid.* 2015; 6(1): 964-9. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.160>
15. **Ferreira MA.** A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(3): 327-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000300014>
16. **Almeida Filho N.** Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad Saude Publica.* 2010; 26(12): 2234-49. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200003>
17. **Bastos AQ, Souza RA, Souza FM, Marques PF.** Reflections on nursing care in the pre- and postoperative period: an integrative literature review. *Cienc Cuid Saude.* 2013; 12(2): 382-90. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v12i2.15724>
18. **Rosa MCG.** Cuidar de enfermeiros - os enfermeiros como beneficiários de cuidados. Stress ocupacional dos enfermeiros numa equipa de tratamento [Dissertação]. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde; 2013.
19. **Backes DS, Sousa FGM, Mello ALSF, Erdmann AL, Nascimento KC, Lessmann JC.** Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(esp): 71-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000500008>
20. **Capra F.** O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix; 1982.
21. **Nascimento LC, Oliveira FCS, Moreno MF, Silva FM.** Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(3): 437-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000300021>
22. **Santos SR, Rodrigues Filho J.** Enfermagem: fatores de satisfação. *Rev Bras Enferm.* 1995; 48(3): 242-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671995000300007>
23. **Pagamunici A.** Psicologia e educação: dialogando com o diferente - a convivência e a pluralidade cultural. In: Ploner KS, Michels LRF, Schlindwein LM, Guareschi PA, organizadores. *Ética e paradigmas na psicologia social.* Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2008. p. 126-39.
24. **Pagliuca LMF, Campos ACSC.** Teoria humanística: análise semântica do conceito de Community. *Rev Bras Enferm.* 2003; 56(6): 655-60. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000600013>
25. **Pires MRGM.** Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. *Cienc Saude Coletiva.* 2005; 10(4): 1025-35. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400025>