

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

A PERCEPÇÃO DOS DEFICIENTES VISUAIS TOTAIS
SOBRE OS SUJEITOS DA ENFERMAGEM

ROSE MARY COSTA ROSA ANDRADE SILVA

RIO DE JANEIRO

Dezembro, 1994

Ficha Catalográfica

5586 SILVA, ROSE MARY C.R. ANDRADE

A percepção dos deficientes visuais totais sobre os
sujeitos da Enfermagem 'Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva -
Rio de Janeiro: s.n., 1994.

xii, 89 fls

Orientador: Nébia Maria Almeida de Figueiredo

Dissertação (Mestrado) - UFRJ - Curso de Mestrado
em Enfermagem, 1994.

1. Enfermagem; 2. Deficientes Visuais. 3. Fenomenologia
I. Figueiredo, Nébia Maria Almeida. II. UFRJ - Curso de
Mestrado em Enfermagem. III. Título

ÇDD 610.73

**A PERCEPÇÃO DOS DEFICIENTES VISUAIS TOTAIS
SOBRE OS SUJEITOS DA ENFERMAGEM**

ROSE MARY COSTA ROSA ANDRADE SILVA

Dissertação apresentada ao corpo docente do curso de mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de mestre.

Rio de Janeiro, RJ - Brasil

1994

**A PERCEÇÃO DOS DEFICIENTES VISUAIS TOTAIS
SOBRE OS SUJEITOS DA ENFERMAGEM**

ROSE MARY COSTA ROSA ANDRADE SILVA

Aprovada por:

Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Presidente

Regina Lúcia Mendonça Lopes
1ª Examinadora

Isaura Setenta Porto
2ª Examinadora

Telma Aparecida Donzelli
3ª Examinadora

Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Dezembro de 1994

Orientadora

Professora Doutora

Nébia Maria A. de Figueiredo

Agradeço a Deus ter colocado você em meu caminho para que juntas pudéssemos tentar compreender o olhar do deficiente visual sobre nós - sujeitos da enfermagem.

Dedicatória

Ao Deus Pai por ter enviado seu filho ao mundo

Ao Deus Filho por ter aceito, sofrer numa cruz tão fria em meu lugar

Ao Deus Espírito Santo por ser o meu consolador

Aos meus pais Nilton e Áurea pela educação e amor dispensados à minha vida.

Ao meu filho Rafael e a meu esposo Marcos pela paciência que tiveram comigo na jornada da construção desta dissertação.

Aos meus irmãos carnais, Grace, Áurea Valéria, Anne Mary e Nilton José pelo amor à minha vida.

À tia Pituta por não se poupar na tarefa de ter servido a minha avó, a minha mãe, a mim e ao meu filho.

Ao vovô Moacyr por não desistir de orar sempre por mim.

À família Andrade Silva

Ao Instituto Benjamin Constant

Aos depoentes desta tese

Aos irmãos da Igreja Evangélica Congregacional de Vaz Lobo pelo amor e intercessão por mim nas regiões celestiais.

À professora Nilza Santos por ter acreditado que eu fôsse capaz de realizar coisas que nem eu mesma havia imaginado.

Agradecimentos

À UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, pela oportunidade de me dedicar ao curso de mestrado

Aos colegas do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Federal Fluminense, especialmente Cristina e Silvia, pelo apoio na trajetória

Ao corpo docente do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro por terem contribuído na aquisição de novos conhecimentos.

Aos funcionários da secretaria de Pós-Graduação da EEAN pela paciência a mim dispensada neste caminhar.

À professora Regina Lúcia Mendonça Lopes, pela paciência, orientação neste caminhar e pelos empréstimos de seus livros.

À professora Telma A. Donzelli, pelo seu: "sim, é possível fazer o trabalho pela via da fenomenologia" e pelos ensinamentos de alta relevância a mim transmitidos.

À professora Ivis Emília de Oliveira Souza pela contribuição pessoal que deu ao "pródromos" deste trabalho.

À professora Isaura Setenta Porto pelo estímulo que não me negou.

À professora Maria de Lourdes Tanajura pelo amor que dispensa àqueles que a procuram.

"Jesus disse: Que queres que te faça? Ele disse: Senhor, que eu veja. E Jesus lhe disse: Vê: a tua fé te salvou. E logo viu, e seguia-o, glorificando a Deus."

Lucas 18: 41-43

Resumo

Este estudo teve como objeto a percepção dos deficientes visuais totais sobre os sujeitos da enfermagem, originando-se da experiência por mim vivida no momento da entrevista para a coleta de dados do histórico de enfermagem. Pude observar que estes clientes percebiam os sujeitos da enfermagem atribuindo-lhes um significado a despeito da ausência do recurso visual. Esta pesquisa qualitativa, pautada à luz da Fenomenologia, utilizando como referencial o pensamento de Merleau-Ponty, objetiva compreender a percepção dos deficientes visuais totais sobre os sujeitos da enfermagem que passa pela questão do corpo enquanto veículo de execução da tarefa de assistir, quer como portador de condutas, quer como elo de comunicação através da voz e do tato.

Abstract

The aim of this study was the perception the total visually handicapped have of the nursing subject (nursing team). It had its origin when I conducted the historic of the nursing data collecting interview. I was then able to notice that these clients could perceive the nursing subject attributing to them a meaning despite the absence of the visual resource. This qualitative research, based on phenomenology and using as a reference Merleau-Ponty's thoughts, aims to understand the perception that the total visually handicapped have of the nursing subject. This perception deals with the body as a vehicle of the task of nursing, as well as determining behaviors and serving as a communication link through voice and touch.

Sumário

Resumo	ix
Abstract	x
CAPÍTULO I. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES	1
• Pré-reflexões sobre o tema	1
• A questão da deficiência visual	2
• O corpo que porta a deficiência visual	6
• A percepção como fenômeno	12
• Experienciando a percepção do deficiente visual total (DVT) sobre os sujeitos da enfermagem	14
• Situação estudada	18
• Objetivo do estudo	23
Referências Bibliográficas	24
CAPÍTULO II. A TRAJETÓRIA DO ESTUDO	26
• A aproximação ao referencial filosófico	26
• Fundamentação	29
- O referencial filosófico	29
- O pensar merleau-pontyano	35
- A abordagem compreensiva	41
- A entrevista	43
- Em direção ao depoente	43
- O cenário e a ambientação	43
Referências Bibliográficas	46

CAPÍTULO III - ANÁLISE COMPREENSIVA	47
<i>UNIDADE DE SIGNIFICADO I</i> - Pessoas que têm a tarefa de cuidar através de determinados procedimentos que os caracterizam como integrantes da equipe de enfermagem, ou seja, alguém que com o seu corpo cuida do corpo do outro	48
<i>UNIDADE DE SIGNIFICADO II</i> - Pessoas que no momento da relação com seus clientes manifestam, através do corpo, atitudes de acolhimento, afastamento ou indiferença	51
<i>UNIDADE DE SIGNIFICADO III</i> - Pessoas que para o DVT através da voz e do tato deixam emergir o seu modo de vivenciar o mundo; sendo assim voz e tato são veículos de comunicação interpessoal	57
Referências Bibliográficas	60
CAPÍTULO IV - A AVENTURA DA INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA À LUZ DA FILOSOFIA MERLEAU-PONTYANA	61
Refletindo a primeira unidade de significado	63
Refletindo a segunda unidade de significado	67
Refletindo a terceira unidade de significado	72
Referências Bibliográficas	81
CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
Referências Bibliográficas	87
Bibliografia de Apoio	88
Anexo - O dado bruto: A fala dos depoentes	90

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

- **Pré-Reflexões sobre o tema**

“Pensar é ofício de homem , se pensar é sempre voltar a si, inserir entre o diminuto espaço vazio por onde vemos alguma coisa.”

Merleau Ponty

Antes de abordar a situação da pesquisa, é importante tecer algumas considerações acerca da deficiência visual, visto este assunto conferir algumas especificidades que serviram como ponto de partida para a minha reflexão sobre o fenômeno da percepção situado na pessoa deficiente visual.

Estas colocações preliminares fazem parte da minha vivência pré-reflexiva* como enfermeira e, posteriormente, como docente na área de enfermagem responsável pela disciplina Enfermagem Médico-Cirúrgica III e supervisionando o estágio no Serviço de Oftalmologia.

Na verdade, este tipo de conhecimento adquirido através do saber científico e da prática profissional, dirigia o meu “olhar” para a pessoa deficiente visual. Entretanto, o que eu não compreendia é que existia, de forma ainda velada, uma percepção que envolvia a noção de consciência, corpo e mundo e não somente a percepção dita como a dos cinco (5) sentidos, pois, naquela concepção considera-se a

* Vivência pré-reflexiva - também chamada de antepredicativa. É a consciência ingênua, antes de compreender a realidade de forma crítica.

vivência do percepto no mundo, como de fundamental importância no processo perceptivo em relação à coisa percebida. Desta forma, as dimensões consciência, corpo e mundo imbricam-se na própria percepção do sujeito. A minha visão do mundo em relação ao deficiente visual (DV), foi calcada em uma existência pré-dada** à minha reflexão e que, a partir do caminhar por uma abordagem compreensiva, foi-me possível chegar à compreensão da percepção do DV sobre os sujeitos da enfermagem.

- **A questão da deficiência visual**

“A calamidade do cego é imensa e irreparável. Mas não nos tira a nossa parte das coisas que importam - trabalho, afeto, bom-humor, imaginação, sabedoria...”

Hellen Keller

As deficiências, de uma forma geral, dividem-se em mentais, sensoriais e físicas, sendo a visual um tipo de deficiência sensorial. Quanto à classificação, as deficiências podem dividir-se em relação ao tipo em parcial ou total, e quanto à origem em pré-natais, perinatais e pós-natais.

Em relação aos aspectos etiológicos as deficiências pré-natais podem ocorrer nos três primeiros meses de gestação quando se dá a formação do embrião. As causas podem estar relacionadas a doenças maternas transmitidas ao feto como: rubéola, toxoplasmose, sífilis, ingestão de drogas, efeitos de radiação na gestação e também por causas congênitas que dizem respeito à carga genética transmitida hereditariamente ao feto. As peri e pós-natais, chamadas de adquiridas, têm como

** Pré-dada - Que existe antes de mim.

causa acidentes e doenças. O termo pessoas deficientes surgiu da declaração dos direitos das pessoas, aprovada em Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 9 de dezembro de 1975. Sobre a terminologia RIBAS (1983, p.10) declarou que a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 1980, uma classificação dos casos de impedimento, deficiência e incapacidade:

“O impedimento diz respeito a uma alteração (dano ou lesão) psicológica, fisiológica ou anatômica em um órgão ou estrutura do corpo humano. A deficiência está ligada a possíveis seqüelas que restringiriam a execução de uma atividade. A incapacidade diz respeito aos obstáculos encontrados pelos deficientes em sua interação com a sociedade, levando-se em conta a idade, sexo, fatores sociais e culturais.”

Entretanto, em relação à deficiência visual propriamente dita, SHAKESPEARE (1977, p.160) ao defini-la afirma que esta inclui *“a cegueira e a visão parcial e varia em gravidade desde a incapacidade total para ver até um certo grau de dificuldade que afeta a vida cotidiana.”*

A deficiência visual é um problema que afeta a capacidade de enxergar plenamente, acarretando prejuízos para a vida cotidiana. Existem aqueles indivíduos que não enxergam de forma absoluta e outros que conservam ainda algum grau de acuidade visual que também pode sofrer gradações.

A cegueira para fins legais é definida pela *American Foundation for the Blind* apud TELFORD (1978, p.363) e esta definição complementa o conceito de SHAKESPEARE, dizendo que é a: *“acuidade visual de 6/60 ou menos no melhor olho com a correção apropriada ou uma limitação tal nos campos de visão que o maior*

diâmetro subtende uma distância angular não superior a 20 graus". Isto significa que uma pessoa tem uma acuidade visual de 6/60 se ela tiver que se colocar a uma distância de seis (6) metros, para ler o tipo comum que uma pessoa de visão normal pode ler a uma distância de sessenta (60) metros.

Além da deficiência visual total existe também a deficiência visual parcial que se refere ao indivíduo que tem uma acuidade maior do que 6/60, mas que não seja maior do que 6/21 no melhor olho após a correção.

É importante revelar alguns dados sobre a situação da cegueira no mundo, apontados por GRIMES (1992, p.807):

“Mais de 500 milhões de pessoas (10% da população mundial) apresentam algum tipo de incapacidade, dez por cento (10%) desta incapacidade é causada por cegueira, afetando aproximadamente 42-50 milhões de pessoas.... Peritos acreditam que este número pode ser mais que o dobro no final do século XX conforme a população envelhece. As maiores causas de cegueira no mundo são: catarata (17-20 milhões), tracoma (6-9 milhões), xeroftalmia/ceratomalácia (500.000 por ano) e trauma.”

A situação da deficiência visual nos países em desenvolvimento é mais crítica, visto que, segundo o boletim da Organização Mundial de Saúde (OMS) (1992, p.35) mais de noventa por cento (90%) das pessoas cegas vivem nesses países, inclusive na África, onde um vírgula dois por cento (1,2%) da população é cega, assevera o WHO Bulletin (OMS) (1990, p.116).

Em relação aos continentes, o asiático, seguido do africano, é o que apresenta a maior população cega por catarata.

A América Latina está colocada logo em seguida ao continente africano, conforme o boletim da OMS (1992, p.36).

ANON (1988, p.9) afirma que *“noventa e três por cento (93%) dos casos de cegueira estão distribuídos na Ásia, África e América Latina como resultado das desfavoráveis condições socioeconômicas, ambientais, culturais e o limitado acesso da atenção oftalmológica de seus habitantes.”*

Por outro lado, a cegueira infantil tem como maior causa a xeroftalmia, segundo outro boletim da OMS (1991, p.235), e dois terços (2/3) dos casos de cegueira existentes no mundo para Kara José (1984, p.405): *“seriam de causas potencialmente evitáveis.”*

Ainda sobre as causas apontadas para a cegueira infantil encontramos segundo a OMS (1993, p.3), os seguintes fatores:

- *“Fatores relacionados com a concepção (problemas genéticos) distrofias retinianas, atrofia óptica hereditária, glaucoma congênito e o albinismo, macrostalmias, cataratas congênicas;*
- *Fatores relacionados com a vida intra-uterina: rubéola, radiações ionizantes, álcool;*
- *Fatores relacionados com a infância (carência de vitamina A).”*

Somando-se a isto, WOODS (1992, p.761) afirma que a *“degeneração macular vem aumentando a causa da cegueira legal nos países industrializados e a deficiência visual tem aumento no mundo.”*

Hoje, a cegueira já é considerada pela OMS um problema de saúde pública que promove interferência no indivíduo, família e comunidade.

Por isso, se faz mister, de forma efetiva, o engajamento dos profissionais de saúde, dentre eles, o enfermeiro na luta contra este mal, visto que em sua maioria é ocasionado por causas preveníveis. Em relação ao Brasil, GIL (1989, p.46) afirma que:

“A precariedade, a limitação e até mesmo a inexistência de dados sobre a deficiência visual no Brasil tem dificultado intervenções de caráter global na situação social e profissional dos portadores dessa deficiência, favorecendo a adoção de medidas fragmentadas e dificultando o ataque à raiz do problema.”

- **O corpo que porta a deficiência visual**

“Meu corpo é movimento em direção ao mundo, e o mundo, ponto de apoio de meu corpo.”

Merleau-Ponty

Além deste perfil epidemiológico, vários são os problemas existentes no deficiente visual devido à sua incapacidade em perceber o “mundo da visão”, visto ser os olhos o órgão dos sentidos que capta mais de oitenta por cento (80%) das informações do ambiente externo e é também sabido que mais de setenta por cento (70%) dos receptores existentes no corpo humano centram-se nos olhos. A questão da mobilidade física prejudicada dos DV, está relacionada com a falta de memória visual, de confiança para mover-se no espaço físico e com a perda de independência.

Segundo VALENTE (1977:27):

“a deficiência acentuada da visão limita a locomoção individual. Antigamente os preconceitos reinantes faziam com

que os cegos vivessem segregados em escolas residenciais ou oficinas especializadas. A exigüidade de espaço em que eles viviam confinados tornava desnecessário a aprendizagem de recursos apropriados para sua locomoção. É bem verdade que alguns indivíduos superavam as restrições sociais e adquiriam locomoção própria e outros hábitos de independência.”

Desta forma, os diversos autores relatam que o problema da locomoção nos DV pode trazer problemas de desenvolvimento motor e, além disto, dificultar a efetiva participação em grupos sociais. TONAKI (1983, p.13) alerta que:

“o distúrbio visual influi no desenvolvimento físico e na coordenação motora da criança cega na medida em que se constitui em obstáculo à sua participação em atividades físicas que implicam em movimentos.”

Uma vez que não pode ela aprender por imitação visual, todos os movimentos precisam ser-lhe demonstrados e com ela juntamente realizados.

Ao aprofundar os estudos sobre a mobilidade dos DV verifica-se que hoje têm sido desenvolvidas técnicas para auxiliá-los nos problemas de locomoção, tal como o emprego de aparelho eletrônico que é como um dispositivo especial eco-sônico, funcionando como fonte sonora num alto-falante miniaturizado para ajudar no sentido de obstáculos que é em grande parte uma reação a pequenas pistas auditivas.

Além disto, existem outras técnicas para o auxílio da locomoção como a de cão-guia, guias humanos (pessoa que pode desempenhar outras funções além de guia) e bengala longa também para a locomoção independente (técnica de Hoover), desenvolvida no programa de veteranos de guerra cegos nos Estados Unidos; essa

técnica envolve a marcha com uma longa bengala num movimento pendular de exploração, a fim de localizar os obstáculos no trajeto do cego.

É importante observar que a capacidade limitada para perceber objetos distantes e a não-motivação como observado na criança cega, precisa ser estimulada pelo contato, som ou cheiro para despertar a sua curiosidade pela privação de modelos visuais para imitar, desta forma estes fatores são indicados como uma das causas da mobilidade restrita do DV. Os incentivos visuais estimulam a criança que vê, a aprender a rastejar, engatinhar, pôr-se de pé, andar, correr e isto não acontece com a mesma facilidade na criança cega.

TELFORD (1978, p.372) alerta que: *“A criança visualmente incapacitada depende muito mais de fontes auditivas, principalmente verbais, para que a sua locomoção seja motivada.”*

Os muitos arranhões, esfoladuras e traumas provenientes de contusões que a criança incapacitada de enxergar receberá, geram a ansiedade nas pessoas que a cercam, por causa dos perigos tanto reais como exagerados que ela provoca.

Um outro fator de vital importância é que a audição colabora significativamente para a locomoção da pessoa cega, ou seja, para a detecção do obstáculo. O DV se utiliza de forma semelhante a da audição desenvolvida pelos morcegos quando estes querem evitar as paredes de uma caverna, ou seja, emitindo sons e percebendo o eco produzido por eles, evitando assim os obstáculos.

Como vemos, uma das maiores limitações impostas pela cegueira na concepção dos autores, é a mobilidade e com isto, a independência pessoal torna-se afetada, o que traz implicações no relacionamento com as outras pessoas, em sua

segurança e em seu bem estar no sentido de controlar a si mesmo e ao ambiente externo.

Além das dificuldades aqui mencionadas, a literatura especializada faz menção aos estigmas sociais que se manifestam nos estereótipos culturais sobre o cego e sobre o próprio conceito do eu da pessoa deficiente visual.

Para estes autores a cegueira impede o acesso direto à palavra escrita; restringe a mobilidade independente em ambientes não-familiares, limita a percepção direta pela pessoa, do seu meio distante (assim como de objetos excessivamente grandes para serem apreendidos totalmente) e priva o indivíduo de importantes pistas sociais.

VALENTE (1977, p.26) afirma que o deficiente visual *“perde a comunicação não verbal, a expressão facial, vê-se impossibilitado de manter correspondência particular e também de assinar seu nome”*; entretanto, a prática mostra que os DVT assinavam o nome após o devido treinamento.

Na autobiografia de VEIGA (1982, p.9), autor cego total, há registros sobre a situação de integração social do DV. Alguns fatores são relacionados como a questão da ausência de imitação das outras pessoas, o que daria início a uma segregação devido à diferenciação nos gestos, posturas e expressões fisionômicas na pessoa cega.

VEIGA (1982, p.9) ressalta que:

“Meu maior mal tem sido minha falta de integração social, minha dificuldade de absorção e de convívio na sociedade em que gostaria de estar, pelo que gostaria de absorver dela, de aprender com ela, de lutar com ela, de ser julgado por ela, ser

censurado por ela, condenado por ela, enfim, tratado por ela como são as criaturas sem defeito físico.”

Alguns autores dizem que as pessoas cegas têm dificuldades em integrar-se socialmente, pois a própria sociedade a discrimina. NEPOMUCENO (1992, p.14-15) relata que em relação ao DV:

“O seu contato com o mundo se dá, principalmente, através do tato e da audição, mas é necessário a concentração para que possa obter uma boa aprendizagem, reconhecendo, identificando e memorizando em sua mente suas percepções táteis e auditivas.”

Desta forma, os vários autores apontam a questão da não percepção visual no deficiente como chave para uma série de implicações nas diversas áreas de sua vida.

A princípio, estas constatações parecem naturais visto a maior parte das informações do mundo externo entrarem através de nossos olhos, pois é por meio da visão do mundo que podemos julgar e entender coisas e pessoas. O nosso cérebro desempenha a sede do ato visual através da retina, e a faculdade sensorial de ver dá segurança ao animal seja ele racional ou não, além do que, setenta por cento (70%) dos receptores dos sentidos do corpo humano estão localizados nos olhos. Um outro fato curioso é que a maioria dos predadores têm os olhos localizados na parte da frente da cabeça para que possam usar a visão binocular a fim de localizar sua presa, e é interessante notar que os seres humanos também apresentam esta particularidade encontrada nos predadores.

A nossa própria linguagem está baseada nas imagens, ou seja, existe um léxico montado no mundo da visão que na verdade funciona como “detonador das nossas emoções”, captando o simbólico, o aforístico e o multifacetado. Além do que, existe uma tendência que faz de todo o conhecimento tido como legítimo, de alguma forma uma extensão da ótica. A hegemonia da visão na produção do conhecimento está claramente expressa desde Aristóteles, pois acreditava que para algo ser existente no intelecto deveria ser antes nos sentidos.

Isto inaugura toda uma construção de um olhar que atravessou os séculos da nossa civilização. Este “ver” torna-se uma experiência mágica: é uma magia que o olhar abrigaria e penetraria de forma quase surda no mundo das palavras, de forma irreversível e imbricada.

No momento em que alguém não enxerga, rompe-se, quebra-se esta cadeia mágica, milenar e histórica. Talvez este fato esteja até mesmo associado à raiz dos preconceitos contra a pessoa cega, pois inaugura-se aí a dissemelhança. Entretanto, este mundo que não é percebido pelos olhos do DV é vivido por ele e contém um significado, que emana da percepção que o DV tem acerca do sistema EU-OUTRO-MUNDO e não somente dos seus sentidos remanescentes.

Desta forma, observa-se que, a despeito das constatações e fatos citados na literatura acerca da deficiência visual e as suas restrições, no sentido de locomoção, integração social, concepção de “eu”, diversidade física (postura, maneirismos, expressão facial), preconceitos sociais e estereótipos, eles são pessoas que percebem o mundo e os sujeitos que os cercam.

Na verdade, o evento da percepção não se restringe ao olho e aos demais órgãos responsáveis pelos sentidos, mas caminha também na instância da própria interioridade daquele que percebe. A percepção que me preocupa, portanto, é aquela que não se restringe puramente ao organismo fisiológico, mas que existe no interior da própria relação entre o percepto e o percebido através do corpo, consciência e mundo.

- A percepção como fenômeno

“... a percepção ainda aparecerá como o fenômeno paradoxal que nos torna acessível ao ser.”

Merleau Ponty

É importante refletir sobre o que vem a ser fato e fenômeno:

O fato remete-nos a um tipo de saber que está ao nível da ordenação da experiência e não da vivência, ou seja, pode ser medido, avaliado, quantificado, verificado, testado e repete-se dentro de condições que lhe sejam determinantes. ABBAGNANO (1982, p.408) afirma que o fato é: *“Em geral, uma possibilidade objetiva de verificação, constatação ou de controle, e portanto, também de descrição ou de previsão: objetiva no sentido de que todos podem fazê-la própria nas condições adequadas.”*

Portanto, fato é aquilo que se repete sempre daquela mesma forma desde que na presença de suas variáveis condicionantes.

ABBAGNANO (1982, p.408) ainda ressalta que o fato apresenta “duas (2) características fundamentais: a) a referência a um método apropriado de

verificação ou de controle; b) a independência das crenças subjetivas ou pessoais de quem emprega o mesmo método.”

Todavia, o fenômeno estaria na instância da vivência no sentido que é tudo aquilo que se mostra revelando-se a partir de uma relação com o homem.

Neste sentido, MARTINS (1990, p.141) afirma que fenômeno:

*“É aquilo que surge para uma consciência, o que se manifesta para esta consciência, como resultado de uma interrogação. Do grego “*phainomenon*” significa discurso esclarecedor a respeito daquilo que se mostra para o sujeito interrogador.”*

Fenômeno é, então, tudo o que se mostra, se manifesta, se desvela ao sujeito que o interroga. Desta forma, observa-se que há pontos que diferem entre fato e fenômeno. O fato se dá na ordem da experiência e o fenômeno na ordem da vivência. O fenômeno vai se situando em perspectivas, o fato é controlado. O fato é repetitivo, dependente de determinantes e controlado por suas causas, enquanto que o fenômeno transcende a relação causa/efeito, e por isso, não pode ser explicado e sim compreendido através do seu desvelamento. O fenômeno não é conhecido a partir de juízos contidos num quadro teórico a ele referente, mas tão somente através de sua aparição, a partir daquilo que é dado e se deixa mostrar em sua própria manifestação fenomenal.

Partindo desta premissa, a noção de percepção enquanto fenômeno se manifesta na vivência do outro a partir de uma experiência com ele, seja em uma enfermaria, leito ou corredor de hospital. O fenômeno da percepção do deficiente visual sobre os sujeitos da enfermagem, mostrou, através da convivência e da

experiência, que era preciso desvelá-lo até mesmo para compreender o significado que o DVT dá a esta percepção.

O entendimento da percepção como fenômeno é possível no momento em que se pode apreender sensorialmente uma mesma coisa (objeto) por diferentes pessoas e no entanto, o sentido que elas dão via consciência-corpo-mundo são diferentes visto, a percepção da qual tratamos neste estudo, estar centrada em uma dimensão singular do ser que tem a ver com sua vivência no mundo e também por ser a percepção de uma certa forma paradoxal. Neste sentido, o paradoxal e o ambíguo não podem ser concebidos como fato. Todavia, isto não me impede de captar a essência deste “perceber” que abriga o singular e o universal que há em cada um de nós.

A compreensão do fenômeno leva a pelo menos duas possibilidades: a de chegar no que há de singular no sujeito e ao mesmo tempo no universal que ele acolhe enquanto ser perceptivo.

- **Experienciando a percepção do DVT (deficiente visual total) sobre os sujeitos da enfermagem**

“Nós nunca deixamos de viver no mundo da percepção, mas o ultrapassamos pelo pensamento crítico a ponto de esquecer a contribuição que a percepção compõe a nossa idéia de verdade.”

Merleau Ponty

O meu primeiro contato com os deficientes visuais (DV) ocorreu quando cursei a disciplina Enfermagem Médico-Cirúrgica III, que pertence ao elenco de

disciplinas do curso de habilitação em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Federal Fluminense (UFF), no segundo semestre do ano de 1986. A clientela que ali assistíamos variava entre deficientes visuais totais e parciais, entretanto, para a maioria deles, ainda haviam chances de recuperação da acuidade visual.

Ainda no mesmo semestre, coincidentemente, o meu primeiro emprego foi em um hospital universitário no município do Rio de Janeiro, onde fui designada para exercer as funções de enfermeira assistencial na unidade de internação de oftalmologia. Viver esta experiência possibilitou-me pôr em prática aqueles ensinamentos adquiridos, principalmente no curso de habilitação.

A maneira de eu experienciar o meu mundo de enfermeira na clínica de oftalmologia era instilando colírios nos olhos dos DV para diminuir a pressão intra-ocular, fazendo curativos oclusivos, higienizando pálpebras e cílios, fazendo anotações sobre as características das escleróticas, secreções, avaliando o nível de acuidade visual e fazendo registros sobre os sinais de rejeição de transplante de córnea e prestando orientações sobre o auto-cuidado no domicílio. O “locus” do meu exercício profissional, da minha prática no dia-a-dia nesta clínica, era o olho e a sua recuperação.

Entretanto, mesmo desenvolvendo estas atividades necessárias para a recuperação de uma melhor visão, eu não sentia neste “fazer” uma plenitude; algo me incomodava, faltava. Eu parecia estar em constante “sobrevôo” em relação ao outro e esta circunstância não havia possibilitado em mim uma aproximação maior com este deficiente visual. Havia em meu ser um olhar mecanizado e preciso que examinava, comparava, voltava atrás, retificava e cuidava. Mas ainda assim, era preciso ter a

coragem de decidir pela busca de “algo mais” nesta relação, a fim de que este meu “fazer” se tornasse mais autêntico.

Sentia-me como CORRÊIA (1992, p.7) quando diz:

“Tinha em minha mente algo percebido que sabia ser fundado naquele distanciamento, na divisão e no gasto do meu tempo em tarefas automatizadas, precisava buscar meios para me aproximar do que percebia ser foco de minha preocupação e insatisfação. Enveredei-me em buscas na tentativa de entender o que sentia como inacabado em meus atos como enfermeira.”

No ano de 1990, como docente na UFF, justamente na mesma disciplina, Enfermagem Médico-Cirúrgica III, que contemplava a assistência de enfermagem ensinando estudantes de enfermagem a como cuidar destes clientes DV, deveria sentir-me plenamente realizada. Entretanto, havia um vazio em mim que era o de não poder responder a uma auto-indagação que teve o seu embrião germinado em minha experiência assistencial, mas que aflorou com a experiência docente quando a disciplina começou a desenvolver o histórico de enfermagem na unidade de internação. Na verdade, estas experiências com os DVT foram o meu ponto de partida para a aventura desta investigação. A questão que emergiu da minha experiência com o deficiente visual foi: *Qual será a percepção deste ser que cuida sobre os sujeitos da enfermagem?*

Pude nesta ocasião convivendo não só com o corpo do DV mas também com o seu discurso, observar que apesar de nunca terem tido a experiência de “ver a luz”, eles percebiam a nossa presença e muito mais do que isso, geravam em si mesmos uma concepção acerca dos sujeitos da enfermagem. Comecei a perceber e

refletir que a questão era mais complexa do que eu imaginava, pois a percepção visual dava-me mais de oitenta por cento (80%) de minhas informações sobre o mundo e as pessoas; setenta por cento (70%) dos nossos receptores estavam localizados nos olhos, entretanto no convívio com os clientes, eles expressavam com clareza afirmações como: *“Hoje você está legal!”*; *“Aquela fulana é segura;”* *“Você tem sempre um sorriso nos lábios.”* Na verdade, a cegueira não havia rompido a ligação com aquilo que é visual, pois o “peso” da presença do outro transcendia a própria falta do referencial visual no DV.

Daí a própria facticidade de não enxergar, não rompe o elo de comunicação do cego com o mundo da visão, mesmo que não haja a presença da luz; pois esta comunicação está em um nível que passa pela instância vivencial em um mundo eminentemente visual que não há como seccionar. Aquele que vê como aquele que não vê (vidente e cego) percebem, formam juízos e situam-se no mundo enquanto seres que portam um corpo independentemente de sua situação neurosensorial para a visão. Não há como romper este elo, a não ser pela própria decisão do percepto. O que acontecia era que os DVT nos percebiam e a sua deficiência não rompia o seu elo de comunicação com o mundo.

O “peso da luz” transcende ao das “trevas” quando está em jogo um ser humano frente a outro tendo como fundo o mundo. Não há como fugir daquilo que o mundo da visão dá depois de nossa existência ser lançada ao mundo com ou sem olhos, pois mesmo sem enxergar com os olhos, percebe-se, ajuíza-se e penetra-se no mundo da visão não pelos olhos biológicos, mas pelo discurso, pelo tato, olfato, audição, observação, corpo, grito, silêncio, transmissão da cultura, pele, consciência e

percepção. Perceber equivale a estar num mundo de posse de um corpo que porta modalidades existenciais como tempo, espaço, liberdade, sexualidade. Não há como escapar daquilo que o próprio mundo visual oferece e por isso, o DVT mesmo sem enxergar, vê o mundo no sentido de percebê-lo e através desta percepção tem acesso ao outro e ao próprio mundo, enquanto lugar onde há a possibilidade de se existir.

As experiências adquiridas no convívio com o DVT nos ambulatórios, enfermarias do hospital e centro cirúrgicos foram o ponto de partida de minhas reflexões sobre o fenômeno da sua percepção sobre a equipe de enfermagem e busquei compreender este fenômeno situado no DV neste estudo.

- Situação estudada

“Cada pessoa é um olhar lançado ao mundo e um objeto visível ao olhar do mundo.”

Leyla Perrone - Moisés

Convivendo com os DVT pude observar situações, falas e comportamentos que eles exteriorizavam principalmente quando eu e os alunos do Curso de Habilitação em Enfermagem, colhíamos dados para o histórico de enfermagem.

Observei no discurso do deficiente visual total que havia um caráter denso no sentido de que ele verbalizava as dificuldades em ser cego, por estas estarem centradas no fato de eles receberem um tratamento diferenciado no espaço hospitalar. Para os DVT não havia, por parte da equipe de saúde, o entendimento de que as

peessoas com esta deficiência também gostavam e eram interessadas naquilo que os videntes apreciavam.

Ler, ouvir, falar, cantar, rir também fazem parte da vida de uma pessoa que sofre a privação sensorial. No momento em que estas atividades são ignoradas como possibilidades na vida do DVT, inaugura-se uma limitação maior por parte dos integrantes da equipe de saúde do que pela própria deficiência visual. Um comentário freqüente destes DVT, era o fato de que eles tinham a dimensão exata de até aonde poderiam ir e serem capazes de realizar tarefas, apesar de sua cegueira e de suas limitações eminentes. Na verdade, havia uma queixa tácita de que os integrantes da equipe de saúde, subestimavam o seu potencial remanescente. Além disto, a questão de que as pessoas dirigiam-se a seus guias como se eles não tivessem condições de compreendê-los, era uma situação que os deixava perplexos e conscientes dos problemas sociais que existiam, seja por qual for o tipo de deficiência.

Ao levar um cliente com deficiência visual parcial ao oftalmologista, percebi que o médico pediu-me, todo o tempo, informações sobre as condições de saúde do cliente. Fiquei no papel de interlocutora entre os dois, mesmo sendo o cliente um médico.

Conversando com uma mulher cega, ela contou-me que as pessoas têm o costume de confundir a cegueira com a surdez; inclusive os profissionais de saúde, pois, segundo ela: *“falavam muito alto como se a deficiência visual também fosse auditiva.”*

Muitas outras falas e situações aliadas a estas, mobilizaram-me a buscar, a partir do discurso dos deficientes visuais totais, a percepção que tinham acerca dos

sujeitos da enfermagem, pois neste momento, interessava-me a percepção desta clientela sobre a equipe da qual eu era e sou integrante. Em minha perspectiva da prática de enfermagem, via como algo complicado cuidar, ensinar, compreender, amar, assistir e estabelecer uma relação terapêutica se eu não tinha a dimensão do que vinha a ser este “ver” tão particular como os dos deficientes visuais totais sobre mim. Era necessário começar a interrogar o fenômeno da percepção encarnado nos DVT sobre os sujeitos da enfermagem. Comecei a me perguntar que percepção este outro que assisto tem de mim, via consciência, corpo e mundo. O tipo de deficiente visual que dirigi o meu olhar de forma intencional foi o total, visto ter sido durante a experiência da entrevista com este tipo de DV, ter sido a sua fala densa, ao ponto de eu ter lançado um olhar atento para aquilo que eles comunicavam por uma via verbal e não-verbal.

Este olho anônimo e particular do DVT começou a ser uma presença avassaladora que “mexeu” com o meu mundo - vida de professora e enfermeira no Serviço de Oftalmologia.

Desta forma, após ter dado voz aos DVT através do histórico de enfermagem que oportunizou o conhecimento do outro, um novo olhar foi plantado em meu ser, que casando mente, coração, alma, olhos e mãos, possibilitou um abalo do meu fazer, ao mesmo tempo que engendrou um acolhimento da situação deste cliente no âmbito do meu dia-a-dia.

Fiquei imaginando quantas chagas são abertas no interior das pessoas pelos profissionais da área de saúde ao não olharem de forma atenta para pequenos detalhes que, na verdade, podem determinar a gênese de traumas durante o período de hospitalização ou contato ambulatorial. Comecei a interrogar-me sobre a percepção

que este DVT teria dos integrantes da equipe de enfermagem. Tornou-se de vital importância mais do que entender, compreender esta percepção, mas para tal teria de ouvir que percepção era esta. Urgia uma retomada da fala do cliente que eu assistia onde uma nova ordem seria dada ao meu assistir a partir do seu discurso. Ouvir esta fala seria um risco que eu teria que correr para viver uma prática mais autêntica e articulada com o sujeito que assisto.

Percebi que o corpo teórico de conhecimentos que fez e faz parte da minha bagagem profissional não dava conta sozinho da complexidade que é o ser humano e as suas circunstâncias. A alteridade do outro não poderá jamais ser vista e compreendida somente pela via da ciência, pois o homem é um ser histórico, cultural, social, singular, daí a necessidade do sujeito ser compreendido, talvez até mais do que ser explicado como ser meramente biológico.

Eu não podia mais conceber habitar o meu espaço de professora e enfermeira pois este ficou cheio de lacunas e possibilidades ócultas, como em um ser silencioso e vazio que ainda não se sabe como sujeito. Cristalizar este olhar, seria negar o que se passava ao meu redor e negar o meu próprio projeto de vida como ser humano. A partir daí, o meu movimento encaminhou-se para a busca da compreensão deste fenômeno: **A percepção dos DVT sobre os sujeitos da enfermagem.**

Os atos pessoais dos sujeitos da equipe de enfermagem constituíram uma percepção nos DVT e era preciso desvelá-la para compreendê-la.

Observei em meu cotidiano que mesmo aqueles clientes DVT sem memória visual, que nunca haviam enxergado um raio de luz, eram capazes de perceber os sujeitos da enfermagem, e de lhes atribuir um significado a despeito da

ausência do recurso visual. Situação que ultrapassava o estado bio-oftalmológico destes sujeitos, por esta experiência estar se dando na ordem do vivido. Na verdade, esta percepção não se tratava somente de um mero recebimento de sensações na psiquê, mas de um modo de captar o mundo. Neste sentido, o factual, o biológico e o determinismo científico não dão conta do fenômeno em questão - enquanto aquilo que se manifesta na nossa experiência - somos seres singulares, encarnados num corpo que funciona como veículo do sistema EU-OUTRO-MUNDO. Desta forma, dirigi-me para busca da compreensão da percepção do DVT, não a sensorial, mas aquela que é fundada em um modo de captar, viver o mundo e também de acordo com as circunstâncias do sujeito.

Era necessário agora tomar o outro que eu assistia (e o seu discurso) como sujeito singular e não olhá-lo de forma anônima e impessoal; era preciso ouvir de forma atenta a sua fala, o seu corpo, os seus gestos, perceber o seu espaço e o seu tempo.

- **Objetivo do Estudo**

“... não pensamos que seja possível compreender o homem e o mundo de outra forma senão a partir de sua facticidade.”

Joel Martins

Este trabalho buscou compreender o fenômeno da percepção dos deficientes visuais totais sobre os sujeitos da enfermagem, mostrando que este fenômeno é uma possibilidade da instância fenomenológica enquanto campo existencial.

O objetivo deste estudo foi, então, compreender o fenômeno da percepção, desvelando o seu significado a partir do discurso dos DVT sobre os sujeitos da enfermagem, à luz da fenomenologia de Merleau-Ponty. Este fenômeno foi encarnado e situado no DVT, a partir da experiência de hospitalização, ou outra a qual ele teve contato com os sujeitos da enfermagem. Para tanto utilizei a questão norteadora: *Qual a sua percepção sobre os sujeitos da enfermagem mediado por alguma experiência de hospitalização ou outra?*

Referências Bibliográficas

- ABBAGNANO, Nicola. Dicionário de Filosofia. (trad. coord. e rev. por Alfredo Bosi, com a colaboração de Maurice Cunio et al.) 2.ed. São Paulo: Mestre Jou, 1982. 972 p.
- ANON. Salud ocular comunitaria. En busqueda de soluciones. Rev. Univ. Ind. Santander. Slud, v.16, n.2, p.9-17, 1988.
- CORREIA, Márcia dos Santos Silva. A mulher com o filho vivenciando o estado puerperal. Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1992. 77 p.
- GIL, Marta Esteves de Almeida; ANDRADE, Geraldo Sandoval de. Cegueira e deficiência visual: uma abordagem sociológica. São Paulo: Fundação Atendimento à Cegueira, 1989. 46 p.
- GRIMES, Melissa R.; SCARDINO, Mary A.; MARTONE, James F. Worldwide Blindness. Nursing Clinics of North America, v.27, n.3, p.807-816, sep.1992.
- KARA-JOSÉ, Newton et al. Causas da deficiência visual em crianças. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, v.97, n.5, p.405-413, nov. 1984.
- MARTINS, j.; BOEMER, m.r.; FERRAZ, c.a. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: Algumas considerações. Rev. Esc. Enf. USP. São Paulo, v.24, n.1, p.139-147, abr. 1990.
- NEPOMUCENO, m.a. Estela. A situação do deficiente visual na sociedade brasileira. Monografia apresentada em cumprimento ao requisito para obtenção do título de Especialista em Alfabetização para Deficientes Visuais. UNI-RIO, RJ, 1992. 37.p.
- PREVENTION de la cécité chez l'enfant. Catalogage, à la source: Bibliothèque de l'OMS. Genebra, 1993. 51.p.

- PREVENTION of blindness. Bulletin of the World Health Organization, v.68, p.116-118, 1990.
- RIBAS, João Cintra. O que são pessoas deficientes. São Paulo: Brasiliense, 1983. 103 p.
- SHAKESPEARE, Rosemary. Psicologia do deficiente. Rio de Janeiro: Zahar, 1977. 165 p.
- TELFORD, Charles W. O indivíduo excepcional. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 642 p.
- TONAKI, A.O. et alli. Assistência adequada à criança cega ou portadora de visão subnormal. Rev. Paul. Enf.. São Paulo, v.3, n.1, p.12-14, jan/fev/1983.
- UTILISATION d'implants intra oculaires en chirurgie de la cataracte dans les pays en developpment: memorandum d'une reunion de l'OMS. Bulletin de l'Organization Mondial de la Santé. [S.l.], v.70, n.1, p.35-45, 1992.
- VALENTE, M.A. Aparecida. Percepção visual - aspectos assistenciais de enfermagem. Enf. Novas Dimens, v.3, n.1, p.25-30, 1977.
- VEIGA, J. Espínola. O que é ser cego. Rio de Janeiro: J. Olympio. 1982. 88 p.
- VITAMINA A deficiency and corneal ulceration in South-East Nepal: implications for preventing blindness in children. Bulletin of the World Health Organization [S.l.], v.16, n.2, p.235-239, 1991.
- WOODS, S. Macular degeneration. Nursing Clinics of North America, v.27, n.3, p.761-75, sep/1992.

CAPÍTULO II

A TRAJETÓRIA DO ESTUDO

- A aproximação ao referencial filosófico

“Fenomenologia é o estudo das essências (...), mas é também uma filosofia pela qual o mundo está “já aí” antes da reflexão (...) ela é a procura de uma filosofia que seria uma ciência rigorosa, mas também tenta dar conta do espaço, do tempo e do mundo no qual vivemos.”

Merleau-Ponty

A decisão por uma abordagem compreensiva do fenômeno em questão - A percepção do DVT sobre os sujeitos da enfermagem - teve a sua razão alicerçada por eu sentir a necessidade de estudar e refletir sobre o assunto não por uma lógica, ou saber factual, mas por uma ótica em que a captação da vivência do outro através da descrição de seu discurso fosse uma possibilidade. Considerando também que o ser humano exorbita e excede ao conhecimento dito “científico” é perigoso colocar tudo no canal da ciência, pois ela, como afirma Telma Aparecida Donzelli^(*), “*nunca dará resposta a todos os níveis da verdade*” e é aí que a fenomenologia entra no sentido de alcançar aquilo que o saber científico não consegue ou não se propõe. Entretanto, é importante esclarecer que uma abordagem não substitui a outra, pois, a fenomenologia é um dos caminhos dentre outros a se estudar um problema ou situação.

^(*) Anotações de aulas na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNI-RIO, em 1993.

O caminhar pela via fenomenológica foi o mais adequado à situação estudada e ao objetivo desta investigação.

Somando-se a isto, o referencial filosófico leva em consideração o estudo do fenômeno tal como ele é e se manifesta na consciência, considerando-a como atribuidora de significados e como intencional, sempre visando a algo. Este referencial remete-nos à instância da compreensão do fenômeno. E por falar nisto, o que é compreender?

Para MARTINS (1989, p.90) é: *“uma expressão imediata daquilo que o ser humano sente na presença do objeto e é um reconhecimento que as coisas são o que a sua natureza exige que elas sejam.”*

A literatura técnico-científica não respondia no sentido de dar conta às questões que emergiam do bojo do meu dia-a-dia, que giravam em torno de:

- *Qual a percepção do DVT sobre nós, sujeitos da enfermagem?*
- *Como se sentem quando cuidados por nós?*
- *O que transmitíamos para eles quando se travavam as relações no espaço hospitalar?*

Na verdade, eu buscava um referencial em que o outro fosse concebido em sua singularidade.

Desta forma, a minha aproximação à fenomenologia fez-se a princípio no curso de especialização em “Novas Metodologias do Ensino da Enfermagem”, oferecido pela Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de

Janeiro, na disciplina de Metodologia da Pesquisa. Este referencial deixou-me surpresa por tentar ver o outro em sua singularidade e não como a soma das partes.

O modo de conceber o outro, a partir de sua vivência, motivou-me a buscar este tipo de saber através da literatura própria. Em seguida, ingressei no Curso de Mestrado na mesma instituição de ensino e ao cursar a disciplina de Metodologia da Pesquisa II, tive a oportunidade de participar de um seminário sobre “Noções de Fenomenologia.”

A partir daí, o interesse por este referencial se aprofundou em mim, levando-me a estudar a temática de minha tese por este enfoque.

Esta decisão teve seu motivo também baseado no fato de eu entender que havia adequação entre a situação estudada, o objetivo do estudo, o meu modo de “visar o mundo” e do meu fazer como pessoa, enfermeira e docente. Por estes motivos cheguei à compreensão de que a situação era da instância fenomenológica.

Pelo fato de o conhecimento filosófico não fazer parte dos currículos acadêmicos desde a escola de 2º grau até às de 3º, de uma forma geral senti dificuldades iniciais com este tipo de saber. Sendo assim, busquei cursar disciplinas de Filosofia oferecidas no próprio curso de Mestrado na Escola de Enfermagem Anna Nery (E.E.A.N.) e na Escola de Enfermagem da Universidade do Rio de Janeiro (UNI-RIO) com profissionais de filosofia e de enfermagem.

A partir desta vivência, foi possível um encontro da minha praxis com a teoria, e foi este referencial que possibilitou o desvelamento da essência do fenômeno em questão, o qual emergiu de minha experiência cotidiana com os DVT na docência e na assistência.

- **Fundamentação**

- **O referencial filosófico**

“É em nós próprios que encontraremos a unidade da fenomenologia e o seu verdadeiro sentido.”

Merleau-Ponty

Algumas considerações sobre a fenomenologia:

A direção escolhida para orientar e fundamentar a investigação foi o referencial da fenomenologia, considerada, pelos diversos autores como o estudo das essências; entretanto, ela pode ser vista em sua forma etmológica, como corrente filosófica, método de pesquisa ou forma de abordagem utilizada pelas ciências humanas.

A fenomenologia surge no início do século XX como um movimento filosófico inaugurado por EDMUND HUSSERL (1859-1938) em contraposição a uma orientação que tendia outorgar à Psicologia a explicação da teoria do conhecimento e da lógica. A fenomenologia em HUSSERL é entendida como ciência rigorosa que pretende chegar a essência do fenômeno. Para HUSSERL (1958, p.22), a fenomenologia é: *“a doutrina universal das essências, em que se integra a ciência da essência do conhecimento.”*

É importante ressaltar que a fenomenologia se apoia em princípios gerais norteadores como:

- 1º) **O caráter intencional da consciência**, elucidado por HUSSERL apud ABBAGNANO (1982, p.548): *“A característica das experiências vividas que*

pode ser indicada deveras como o tema geral da fenomenologia orientada objetivamente, é a intencionalidade. Ela representa uma característica essencial da esfera das experiências vividas, porquanto, todas as experiências têm, de uma forma ou de outra, intencionalidade.”

Isto significa dizer que a consciência sempre visa a algo de forma intencional e esta direcionalidade da consciência está voltada para o mundo, mundo este que está aí antes que a reflexão aconteça em nós e continuará a existir após nossa morte. A intencionalidade também tem a ver com a nossa forma de visar o mundo sendo uma característica da nossa consciência. Ela sugere também um face-a-face consigo mesmo, com o outro e com o mundo. A intencionalidade também é uma doação de sentido e a fenomenologia vai justamente revelar como este sentido é constituído pelo homem.

HUSSERL (1950, p.283) afirma que a intencionalidade é “*característica da consciência (...) e tema capital da fenomenologia.*”

2º) Mostrar e descrever com rigor.

Estas são uma das metas a que se propõe a dar conta a fenomenologia em relação ao fenômeno intencionado pela consciência. Descrever, neste sentido tem o significado de abrir uma possibilidade para se descrever a realidade da existência do sujeito em seu mundo interior e exterior, e a partir daí, propiciar o surgimento da reflexão e a mostraçãõ da essência do fenômeno. A fenomenologia irá descrever as experiências vividas pelo sujeito e flagrar desta descrição o núcleo invariante daquilo que se busca apreender e o significado atribuído pelo sujeito a esta experiência, pois

tem a ver com a sua forma de visar o mundo. Na fenomenologia será pela descrição que se poderá chegar até o núcleo invariante de forma intuitiva. A descrição é uma redução eidética que visa deixar aparecer aquilo que é essencial depurando-se o fenômeno.

Quando se descreve, na verdade mostra-se as diversas formas de como aquele objeto é visto e intencionado por aquele que o percebe, e este objeto é por certo significativo para o sujeito que o acolhe através da percepção. A descrição revela que aquilo que é descrito é somente um dos aspectos, ou seja, a faceta que o fenômeno deixa mostrar, pois ele se dá em perspectiva e não se esgota em uma só descrição. Há sempre algo mais a ser descrito.

É por isso que a rigor no ato de mostrar e descrever, na fenomenologia, é algo imprescindível e que possibilita aquilo que há de invariável emergir do discurso do outro, pois, quando descrevermos, estamos atingindo o vivido e importa que ele seja descrito.

3º) Intuição da essência

Em termos fenomenológicos a intuição é um momento em que há a captação da essência dada à intuição, desta forma o intuir significa ter uma visão essencial, pois a essência do fenômeno é objeto da intuição.

HUSSERL (1980, p.150) asseverou que a intuição é: *“captação ou afiguração que opõe-se ao mero pensar...”*. Na intuição há a possibilidade da captação da singularidade da coisa, enquanto o pensar dirige-se para o geral, o intuir para a ipseidade no sentido de singularidade da coisa individual.

4º) Redução transcendental ou fenomenológica

Colocação entre parênteses ou suspensão dos juízos que visem provar a sua existência. Esta atitude é também chamada de epoché. Quando se realiza a epoché, o sujeito não se despoja de tudo, o que sabe sobre o seu contexto e da sua visão de mundo, mas o que há é uma atitude de procurar ver o fenômeno a partir daquilo que é e não das crenças, juízos e conceitos que há sobre a coisa.

Sobre a epoché, HUSSERL apud ABBAGNANO (1982, p.320) afirmou que:

“... nós colocamos fora de ação a tese geral própria da atitude natural e colocamos entre parênteses, tudo quanto ela compreende; por isso, o mundo natural inteiro que está constantemente ‘aqui para nós’, ou ‘alcance da mão’ continuará a permanecer como realidade para a consciência ainda que a nós agrade colocá-lo entre parênteses. Fazendo isso como está em minha plena liberdade fazê-lo, eu não nego o mundo, como se fosse um cético; mas exerço a epoché fenomenológica que me veta absolutamente todo o juízo sobre o espaço temporal existente.”

Como vemos, na atitude fenomenológica não deixamos de ser o que somos, mas colocamos entre parênteses tudo aquilo que possa impedir de liberar o nosso olhar de ver o fenômeno como se manifesta à nossa experiência, e, com este passo, elimino as imediaticidades do meu juízo para ir de encontro ao mundo que é experienciado pelo outro. HUSSERL (1958, p.29) sobre a atitude fenomenológica da

epoché declara que: “... *fica igualmente suspenso todo o recurso ou qualquer 'saber', a qualquer 'conhecimento': a investigação deve manter-se no puro ver.*”

5º) Ego Transcendental

Quando coloco também entre parênteses o mundo, coloco o meu eu empírico, minha subjetividade, e o resíduo desta é visto como o fundamento, a origem de toda a significação.

Ele é doador de intenção e de significação. A tarefa fenomenológica consistirá, daí por diante e em explicitar esta atividade fundadora e constitutiva do ego transcendental, que é reconhecido como responsável pelo sentido dos fenômenos. O ego transcendental é aquele que busca a essência do fenômeno, despojando-se dos preconceitos e da crença em um mundo pré-existente que permanecerá após a sua morte. Na verdade, o ego transcendental atribui significado àquilo que intencionou.

HUSSERL apud ABBAGNANO (1984, p.178) diz que o eu transcendental tem uma suficiência no sentido de que “*pertence a sua essência a possibilidade de um auto-captar-se ou uma auto-percepção.*”

É importante enfatizar que, na visão fenomenológica, o EU é transcendental porque no momento em que efetua a epoché, ou seja, coloca entre parênteses sua crença naquilo que o cotidiano lhe doa de forma imediata, ele, neste processo, caminha para um outro objeto intencionado que não é ele mesmo e com isto torna-se consciente de si mesmo - há um esvaziamento, daí chamar-se na fenomenologia, de eu puro, não querendo dizer com isto alienação do seu contexto de mundo, mas sim um eu aberto àquilo que o mundo tem em sua base, em sua essência. Neste movimento, o eu se

descobre e se redescobre, pois há uma orientação existencial de envio e reenvio ao originário do significado do mundo experienciado.

Ainda em HUSSERL (1958, p.30), encontramos que a esfera da fenomenologia é a da “claridade absoluta” e como tal ela tem a sua tarefa ou campo das suas tarefas e investigações. Por isso, o filósofo (1958, p.33) assevera que esta será: “... rastrear todas as formas do dar-se e todas as correlações e exercer sobre todas elas a análise esclarecedora.”

Este rastrear implica em “rastrear gradualmente os dados”, tanto aqueles que se dão de um só golpe, como também os que se constituem em perspectiva, passo a passo. HUSSERL (1958, p.75) tinha com a fenomenologia a sua própria meta querendo apreender a essência do fenômeno, criar e ter claridade: “*O que eu quero é a claridade, quero compreender a possibilidade deste apreender, isto é, se examino o seu sentido, quero ter diante dos meus olhos a essência da possibilidade de tal apreender, quero transformá-lo intuitivamente em dado.*”

A contribuição desta orientação filosófica nos diversos ramos do saber, e nos vários temas que tem o homem e as suas questões existenciais como alvo de reflexão, tem sido amplamente aceita e respeitada - pois há nela uma mudança de perspectiva que nos convida a fazer uma reflexão com base naquilo que aparece à nossa consciência - o fenômeno - e a partir daí, prescindir a realidade exterior, pondo-a entre parênteses e caminhar pela trilha da descrição até que o fenômeno se deixe mostrar ou desvelar, em suas muitas perspectivas, o seu núcleo invariante. A fenomenologia tem como lema “a volta às coisas mesmas” significando um reenvio ao mundo prévio (LEBENSWELT), ao mundo-da-vida, ou seja, ao irrefletido e com isto

pôr o homem, sujeito percebido, em uma face-a-face com o mundo e com o outro na forma de encontro interpessoal.

Como pode ser visto, estas foram algumas das idéias em que se apoiou a fenomenologia inaugurada por Husserl; entretanto, os filósofos que basearam suas concepções na fenomenologia avançaram em suas próprias reflexões sem perder de vista o lema de “volta às coisas mesmas” e, principalmente sobre o caráter intencional da consciência.

- O pensar merleau-pontyano

“Perceber é tornar algo presente a si com a ajuda do corpo.”

Merleau-Ponty

A partir do contato que o filósofo francês Merleau-Ponty teve com a proposta fenomenológica husserliana, ele desenvolveu uma fenomenologia existencial que traz, em seu bojo, o projeto filosófico de compreender o homem situado, engajado, encarnado num mundo histórico, social e político, através da leitura que é feita do próprio corpo enquanto elo de ligação entre ele e o mundo e ele e o outro.

A filosofia merleau-pontyana é chamada de filosofia da ambigüidade, visto que MERLEAU-PONTY vê na percepção o primeiro solo em que se enraíza toda a base de nosso conhecimento, e a percepção por sua vez é ambígua. COELHO JÚNIOR (1991, p.16) faz um comentário elucidativo sobre a filosofia merleau-pontyana ressaltando que:

“Com Merleau-Ponty aprendemos que as grandes questões da existência humana não se resolvem de uma forma absoluta e definitiva. A linguagem, o corpo, a relação homem-mundo revelam um movimento ambíguo em que constantemente deslizamos da polaridade universal para a polaridade particular e deste para aquela. Não há verdade absoluta, nem mesmo a do reconhecimento da ambigüidade. A interrogação e a investigação devem permanecer em aberto.”

É importante salientar que a percepção no sentido Merleau-pontyano tem uma grande relevância, pois é através dela que o homem, mediado pelo corpo próprio, inaugura toda uma possibilidade de relação e de conhecimento mesmo preliminar com o outro e com o mundo. Desta forma, as modalidades da existência do homem como liberdade, sexualidade, espaço e tempo remetem ou reencontram a noção de corpo e um corpo que é eminentemente perceptivo. A maneira de se perceber traz em si aquilo que o ser acolhe de seu mundo histórico, político, cultural, existencial, pois ele é um ser que está situado num corpo que interage com um mundo.

Sobre a percepção MERLEAU-PONTY (1990, p.48) nos ensina que:

“(...) A coisa percebida não é uma unidade ideal possuída pela inteligência (...); ela é uma totalidade aberta ao horizonte de um número indefinido de perspectivas que se recortam segundo um certo estilo, estilo esse que define o objeto do qual se trata.

A percepção é, pois, um paradoxo, e a coisa percebida é em si mesma paradoxal. Ela existe enquanto alguém pode percebê-la.”

Desta forma aquilo, que percebo é uma totalidade aberta ao meu ser que acolho segundo um estilo que define a própria coisa percebida.

Na verdade, MERLEAU-PONTY nos convida a fazer uma reflexão mais aprofundada daquilo que percebemos, pois a coisa se dá não de forma total e sim em perspectivas, aos poucos, de forma facetada e é justamente isto que define o seu estilo. Daí, mesmo na análise fenomenológica, aquilo que apreendemos é um filete da “verdade” do que percebo. Somos então convidados pelo filósofo a ver a coisa como uma infinidade de possíveis e não como uma “unidade ideal”.

Neste sentido, a percepção é paradoxal, pois ela só existe se existir alguém para percebê-la - a condição de sua existencialidade é ser percebida pelo outro. Algo é percebido, existente, se houver alguém para olhá-lo, percebê-lo. As coisas só são verdadeiras para mim se estão dentro do meu campo perceptivo, a apodidicidade da coisa tem como primeiro solo a percepção, pois é justamente ela que garante a sua existencialidade. Ainda sobre a percepção, MERLEAU-PONTY (1990, p.49) nos diz que: “... a percepção ainda aparecerá como o fenômeno paradoxal que nos torna acessível ao ser.” Com esta afirmação, MERLEAU-PONTY fecha um conceito que é fundamental em sua “fenomenologia da percepção”, pois é justamente nela que se inaugura a possibilidade de se caminhar na trilha do ser. A percepção, por assim dizer, me põe em contato com o mundo, com o outro e comigo mesmo.

Mas a percepção também é chamada pelo filósofo de fenômeno paradoxal. No momento em que nela se encerra ou se inicia a possibilidade de um primeiro contato com o objeto que pode nos levar a um aprofundamento maior em relação à própria coisa, muitas vezes ela vai de encontro às próprias proposições científicas sobre a percepção.

No desdobramento do pensamento, MERLEAU-PONTY (1990, p.79) avança sobre a questão dizendo que: *“Achamos nela (na percepção) um modo de acesso ao objeto que se reencontra em todos os níveis (...) se trata sob o nome de percepção de toda a experiência que nos dá a própria coisa.”*

Na verdade, o autor considera a percepção como a “mola-mestra” para trilharmos o caminho do ser, daquilo a que se visa com a consciência. Entretanto, o filósofo francês vai caminhar em suas análises ao ponto de, em sua obra, já não mais falar em consciência, mas sim em percepção.

É importante também analisar que a noção ampliada de percepção em MERLEAU-PONTY passa pela questão do corpo de forma fundamental, pois ele não é um objeto, uma coisa, mas algo que, para ser conhecido, exige que venha a ser vivido em todo o seu drama, ou seja, é preciso entrar na relação com ele, pois é justamente via corpo que ponho em ação minha percepção. Eu percebo porque tenho um corpo e ele é meu elo de ligação com o mundo.

Através dele, falo ou silencio, vivo ou morro, percebo e/ou sou percebido, amo e/ou odeio, afasto e/ou acolho, sou anônimo e/ou familiar a outrem, afirmo e/ou nego e é também a forma de eu entrar e sair do mundo; sobretudo com o corpo, vivo as dimensões como o tempo, espaço, liberdade, sexualidade e outras, com as quais eu me conheço e faço-me conhecer não somente no mundo natural, mas principalmente no mundo cultural. Tudo aquilo que o corpo faz ou não faz está investido de um sentido dado pelo próprio sujeito, por isso, MERLEAU-PONTY (1971, p.97) afirmou que *“... mesmo os reflexos têm um sentido, e o estilo de cada*

indivíduo é ainda visível neles como a batida do coração se faz sentir até a periferia do corpo.”

São justamente estes movimentos ditos reflexos que irão permitir denunciar os instrumentos que eu e o outro usamos para construirmos nosso próprio mundo, e esses reflexos constituem uma forma primitiva e não-verbal de dizer o que há em cada um de nós, levando-nos a uma contemplação de nós mesmos.

MERLEAU-PONTY (1971, p.108) diz que: *“ser uma consciência, ou mais certamente ser uma experiência, é comunicar-se interiormente com o mundo, o corpo e os outros, estar com eles em vez de estar ao lado deles”*. Estar “com” tem o sentido de relação, proximidade, manter contato com outrem, e este contato transcende a estar simplesmente fisicamente “ao lado” mas requer uma comunicação interior e isto é que nos faz ser uma experiência.

MERLEAU-PONTY (1971, p.157) alerta que *“o nosso corpo não é somente um espaço expressivo entre todos os outros”*, mas *“a origem de todos os outros, o próprio movimento de expressão, o que projeta para além das significações dando-lhes um lugar, o que faz com que existam como coisas sob nossas mãos e sob nossos olhos.”* Neste sentido a fenomenologia da percepção esbarra com a noção de corpo que dá sentido às coisas, significados e que hierarquiza em nosso mundo cultural o outro ao ponto de selecionar aquilo que passa a ser ou não existente na nossa experiência, o que é familiar ou anônimo, aquilo que tem ou não significado para mim, mostrando com isto que (1971, p.158): *“o corpo é nosso meio geral de ter um mundo.”* O meu estar no mundo consolida-se via corpo, mas também posso ter um corpo e mesmo assim não existir para alguém, por isto ele nos fala de sentido,

significado. Para algo ser existente para mim não basta ter um corpo, mas também terá que ter um significado.

E é justamente na experiência, no vivido, que iremos de encontro ao conhecimento que faz com que os outros sejam uma possibilidade. Cada parte do meu corpo denuncia o seu todo, o meu todo denuncia e anuncia cada parte dele. A minha espacialidade corporal dá a situação do meu corpo em face de suas tarefas e nele acolho o gesto e também a sua finalidade. O corpo também porta as suas tarefas e existe em direção a elas e tem finalidades. O esquema corporal é, pois, para MERLEAU-PONTY (1971, p.112): *“uma maneira de exprimir que o meu corpo está no mundo.”* O filósofo em suas análises irá ocupar-se de compreender como o corpo habita as dimensões humanas espaço e tempo e também da resposta que o corpo dá à tarefa. Em relação a isto, MERLEAU-PONTY (1971, p.134) salienta que:

“... convém que, em cada momento de nossa vida, saibamos onde está o nosso corpo sem ter de procurá-lo como procuramos um objeto deslocado durante nossa ausência; por conseguinte é preciso mesmo que os movimentos “automáticos” se anunciem à consciência, e isto significa que nunca existem movimentos em si no nosso corpo.”

Daí, a necessidade de se conhecer melhor o corpo, de vê-lo como *“nosso ancoradouro no mundo”* e por isso ele detém significado para o sujeito-objeto.

Desta forma, para o filósofo (1990, p.41-2) as bases ontológicas da sua concepção sobre percepção podem se reduzir em:

1º - “A percepção é uma modalidade original da consciência (...). O mundo percebido não é uma soma de objetos, no sentido

que as ciências dão a esta palavra (...) toda percepção tem lugar num certo horizonte e enfim no 'mundo'.

2º - A certeza da idéia não fundamenta a da percepção mas repousa nela.

3º - O mundo percebido seria o fundo sempre pressuposto por toda racionalidade, todo valor e toda existência."

- A Abordagem Compreensiva

"Diferentemente da pesquisa quantitativa, a qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que estuda."

Joel Martins

Vista a opção pela fenomenologia, para dar o suporte metodológico a este estudo, optei pela abordagem compreensiva qualitativa. Desta forma, para MARTINS e BICUDO (1989, p.23):

"Diferentemente da pesquisa quantitativa, a qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que estuda. Uma idéia mais geral sobre tal pesquisa é que ela não se preocupa com generalizações, princípios e leis. A generalização é abandonada e o foco da sua atenção é centralizado no específico, no peculiar, no individual, almejando sempre a compreensão e não a explicação dos fenômenos estudados."

A partir dos depoimentos obtidos através das entrevistas gravadas e transcritas, procurei nas falas descritas destacar o núcleo invariante que acompanhou o

fenômeno interrogado pela seguinte pergunta norteadora: *Qual a sua percepção sobre os sujeitos da enfermagem mediado por alguma experiência de hospitalização ou outra?* Na verdade, esta pergunta dirigiu-se para uma experiência vivida pelo sujeito, ou seja, um caso concreto em que tenha vivenciado uma experiência onde lhe foi possível formar alguma percepção sobre os sujeitos da enfermagem. É importante lembrar que, após a leitura das falas, segue-se o momento de tentar apreender as unidades de significado destes depoimentos visto que elas expressam as facetas mais elucidativas do fenômeno em questão, revelando o núcleo idêntico em variedades de vivências singulares. Feito isto, busca-se a apreensão de forma total do sentido de todas as unidades de significado destacados. A compreensão e a interpretação dos dados obtidos na pesquisa qualitativa, baseiam-se no referencial filosófico escolhido, onde não se deve perder de vista o sentido originário daquilo que funda o gesto, a linguagem e os objetos da cultura dentre outros.

Vendo a fenomenologia como alternativa metodológica MARTINS, BOEMER e FERRAZ (1990, p.139) afirmam que:

“a fenomenologia busca a essência do fenômeno situado e para a análise de sua estrutura, o pesquisador obtém descrições dos sujeitos que estão experienciando a situação, buscando a formação de unidades significantes. A hermenêutica é uma forma de interpretação que requer a fundamentação de um referencial filosófico.”

- A Entrevista

Nesta abordagem, a entrevista será mediada pela pergunta ou questão norteadora feita aos depoentes da pesquisa. CAPALBO apud CARVALHO (1992, p.7), declarou que: *“A entrevista se dá sob a forma de existência situada no encontro (...) O encontro apresenta a alteridade radical de outro com o qual deparo, me confronto, que me obriga a reconhecer que é uma realidade estranha a mim, que tem a sua identidade própria, fazendo-me, pois, apelo a meu descentramento de mim mesmo, indo, intencionalmente, à compreensão empática deste outro que aí está diante de mim.”*

- Em direção ao depoente

“Só se pode perceber os outros contemplando suas experiências vividas.”

Joel Martins

- O cenário e a ambientação

O cenário escolhido por mim para a coleta de dados foi o Instituto Benjamim Constant, visto ser ele um campo onde encontrei facilidade para contactar o tipo de depoente que mais chamou a minha atenção no decurso de minha prática profissional - o DVT. Após ter nas mãos uma carta de apresentação da Coordenação do Curso de Mestrado da E.E.A.N./UFRJ, dirigi-me à direção do Instituto, o qual me

encaminhou para um núcleo de assistência pedagógica, já com um parecer favorável, a coleta de dados na Instituição.

A partir dali, fui posta em contato com a diretora do setor de assistência à saúde dos alunos e professores do Instituto Benjamim Constant. Pude, através de apresentações, chegar a diversos professores e estudantes deficientes visuais totais. Nesta ocasião expus-lhes para eles o objetivo do estudo, bem como a questão norteadora. Um dos professores do Instituto que também era deficiente visual, me apresentou aos demais DVT (alunos e professores) e com isto foi dado início à minha ambientação sem dificuldades. Nesta ocasião, foi importante para mim exercitar a atitude fenomenológica da epoché e pôr entre parênteses, o meu pré-reflexivo a fim de “liberar o meu olhar” tão somente para melhor contemplar a fala dos depoentes no momento da entrevista. Dirigi-me para aqueles DVT em que houve uma aproximação empática, uma fusão emotiva entre eu e o DVT que se estabeleceu através da reciprocidade do toque, do tom de voz, do olfato, enfim, do acolhimento do EU no TU e do TU no EU.

É interessante ressaltar que os depoentes tiveram o máximo prazer em serem entrevistados e exporem as suas experiências onde tiveram a oportunidade de terem algum contato com os sujeitos da enfermagem, mesmo que de forma passageira. Os alunos mais jovens sentiam-se privilegiados por poderem participar de uma entrevista.

Os dias da coleta dos depoimentos foram momentos inesquecíveis em minha vida. Procurei deixar o próprio deficiente à vontade para escolher o local de encontro, e geralmente era no Instituto Benjamim Constant o escolhido. Os ambientes

variavam entre a sala de professores, a sala de estudos da UFRJ, o jardim do Instituto e até um refeitório desocupado. Eu gravava as entrevistas, colocava para eles ouvirem o que haviam dito e perguntava se autorizavam a ser divulgado posteriormente, em meu trabalho e eles diziam que sim. Além do que permitiram que seus nomes verdadeiros configurassem na pesquisa por não considerarem as respostas de caráter sigiloso.

Esta etapa da minha trajetória foi linda. Eu vi muita luz na dita escuridão de cada deficiente visual e aprendi muito com cada um deles. Ir ao Instituto foi e sempre será uma lição de vida para todos nós, por conta disto, paralelamente à realização das entrevistas procurei certificar-me sobre a origem das instituições de cegos, pois esta historicidade também fazia e faz parte do mundo do DVT, que se encontra no Instituto Benjamim Constant. Aprendi com eles e com os livros que as primeiras instituições para cegos datam do século IV e em 1260, o Rei São Luis fundou, em Paris, um asilo para cegos que ainda existe hoje. A educação dos cegos foi iniciada por Valentin Haüy, que publicou, em 1784, um livro impresso com letras em relevo, além de ter fundado a primeira escola para cegos: O Instituto Nationale des Jeunes Aveugelles, em Paris.

Este homem foi considerado “o pai da educação dos cegos”. Entretanto, a prática desta educação só se desenvolveu com Louis Braille, que foi discípulo de Haüy e criador do sistema de escrita em pontos salientes. No Brasil, a primeira escola para cegos foi fundada em 1854, sob o nome de Imperial Instituto de Meninos Cegos e que mais tarde foi transformado em Instituto Benjamim Constant.

Referências Bibliográficas

- ABBAGNANO, Nicola. Dicionário de Filosofia (trad. coord. e rev. por Alfredo Bosi, com a colaboração de Maurice Cunio... et al). 2.ed. - São Paulo: Mestre Jou, 1982, 972 p.
- CARVALHO, Anésia de Souza. Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica. 2.ed. Rio de Janeiro: Agir, 1991. p.7.
- COELHO JÚNIOR, Nélon. Merleau-Ponty: Filosofia como Corpo e Existência. São Paulo: Escuta. 1991. 113 p.
- HUSSERL, Edmund. Investigações lógicas: Sexta investigação. Elementos de uma elucidação fenomenológica do conhecimento. São Paulo: Abril Cultural, 1980. 184 p.
- _____. A idéia da fenomenologia. (cinco lições). São Paulo: Martins Fontes, 1958. 127 p.
- _____. Idées directrices pour une phénoménologie. Gallimard, 1950. 565 p.
- MARTINS, J.; BOEMER, M.R. FERRAZ, C.A. A Fenomenologia como Alternativa Metodológica para Pesquisa: Algumas considerações. Rev. Esc. Enf. USP. São Paulo, v.24, n.1, p.139-147, abr/1990.
- MARTINS, Joel & BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. A pesquisa qualitativa em Psicologia. Fundamentos e Recursos Básicos. São Paulo: Moraes. 1989. 110 p.
- MERLEAU-PONTY, Maurice. Fenomenologia da Percepção. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1971. 465 p.
- _____. O Primado da Percepção e suas Conseqüências Filosóficas. Campinas, SP: Papyrus, 1990, 93 p.
- VEIGA, J. Espínola. O que é ser cego. Rio de Janeiro: José Olympio, 1982. 88 p.

CAPÍTULO III

ANÁLISE COMPREENSIVA

“Cumpra que estas descrições sejam para nós a ocasião de definir uma compreensão e uma reflexão mais radicais que o pensamento objetivo.”

Merleau-Ponty

A análise compreensiva é um momento de grande importância no conjunto do estudo com o enfoque fenomenológico e para tal requer uma atenção especial para a fala dos depoentes.

CAPALBO (1984, p.152) diz que:

“A compreensão do que efetivamente está sendo expresso e comunicado, quer pela linguagem oral, escrita ou silenciosa das expressões corporais, é imprescindível para o conhecimento real dos condicionamentos e das situações existenciais.”

Desta forma, procedi à leitura atenta de cada depoimento na busca pela compreensão da percepção dos DVT sobre os sujeitos da enfermagem.

Neste momento, é importante a permanência da atitude fenomenológica da epoché no sentido de garantir a liberdade do fenômeno em desvelar-se naturalmente sob a mira do nosso olhar.

Neste movimento de busca da essencialidade do fenômeno e de releitura das descrições, cheguei a unidades de significação do fenômeno em questão mediada pela intuição. Na última parte deste trabalho estas falas, que configuram fragmentos do vivido destes DVT, encontram-se de “corpo inteiro”.

É bem verdade, que o fenômeno deixa revelar de si algumas de suas facetas, pois ele, enquanto aquilo que se mostra à consciência, se dá em perspectivas e na perspectiva do seu “dar-se” cheguei a três unidades de significado que indicam a percepção dos DVTs sobre os sujeitos da enfermagem.

Entretanto, é importante sempre lembrar que, como disse MERLEAU-PONTY (1990, p.79):

“Eu nunca disse que a percepção, (...) enquanto dá acesso às propriedades mais imediatas dos objetos, tenha o monopólio da verdade. Quis dizer que achamos nela um modo de acesso ao objeto.”

Desta forma os DVTs indicaram, via discurso próprio, perceberem os sujeitos da enfermagem como:

UNIDADE DE SIGNIFICADO I

PESSOAS QUE TÊM A TAREFA DE CUIDAR ATRAVÉS DE DETERMINADOS PROCEDIMENTOS QUE OS CARACTERIZAM COMO INTEGRANTES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, OU SEJA, ALGUÉM QUE COM O SEU CORPO CUIDA DO CORPO DO OUTRO.

“Eu não senti nada que me levasse a pensar da equipe de enfermagem alguma coisa de especial, alguma coisa extraordinária, *eu me senti tratado* pela equipe de enfermagem, nas duas oportunidades como

Destaques feitos em itálico nas falas dos depoentes visam enfatizar as expressões e frases de maior identificação com as unidades de significado.

qualquer paciente. Eu estava hospitalizado, acamado e *as enfermeiras vinham e me davam remédios, traziam comida, me ajudavam quando eu precisava encontrar o banheiro por exemplo* (...) o fato dela se dirigir a mim como integrante da equipe de enfermagem, *ser a pessoa que me trazia o medicamento, ser a pessoa que media a minha pressão, ser a pessoa que fazia esses serviços* que eu reconheço no dia-a-dia como serviço de enfermagem.”

Hersson

“É uma coisa mais ou menos milagrosa que se pode dizer, porque a enfermeira encarna em geral a mãe da gente. Ela tem muita característica de *piedade, de carinho, é difícil se ver uma enfermeira que não tem isso acentuadamente no seu comportamento, no tratamento, no relacionamento* dela com o enfermo, até um hino da enfermagem diz: que o ideal é que o doente *veja na enfermeira um pouco da mãe que há em cada mulher*. Isto acontece, eu acho... é um aspecto muito bom, que alivia o sofrimento, o melhor sedativo que a gente tem é o carinho, é a atenção, é melhor que qualquer medicamento (...) Agora em relação ao deficiente, em especial, eu não sei se há alguma coisa de especial, assim mais acentuado, *seria o cuidado, o cuidado maior, um carinho maior*, questão de piedade é que não é muito produtivo.

“*Servir* como enfermeira eis o lema.”

“Aprendamos ao *dar o remédio* ao enfermo sem perda levar.”

Jessé

“A gente sente muito o comportamento de como eles se comportam na hora de falar:

“*Você quer um chá com quê? Você quer uma injeção? Você quer um comprimido?*”

“... digamos, ele (o enfermeiro), pega você *para dar uma injeção*, se ele pega você assim mais brusco, assim você já não confia muito (...)

“no caso do enfermeiro, que é a pessoa que você entrega a vida nas mãos dele, o primeiro contato é a voz, e o outro é o toque, *quando ele te dá um remédio* por exemplo. Pois é, *na hora que ele te pega para dar injeção*, o toque que ele faz, que *ele passa aquele algodãozinho para dar a injeção...*”

“... *Na hora do toque do algodão* que ele passa, dependendo como ele passa, ele vai transmitir alguma coisa (...) na hora que *ele pega no seu músculo para enfiar a agulha* por exemplo, aquele toque vai ser de primordial importância porque se *ele pega você, pega e quase amassa e enfia a agulha...*”

Saete

“... o pessoal está meio desestimulado, porque sempre quando eles estão atendendo a gente, *estão dando uma injeção*, que eles estão preparando, vão conversando com o paciente.”

Marcelo

“No caso do enfermeiro também:

Bom, *passa o esparadrapo aí*, está tudo certo”

Victor

“estava com a minha garganta muito comprometida, então como tenho *muito medo de injeção...* O pessoal lá (da enfermagem) foi incrivelmente amável comigo, eles fizeram o possível e o impossível

para que eu me mantivesse profundamente calmo e foi assim uma coisa muito legal.”

“... acho que há pessoas interessadas e não interessadas em *servir ao próximo*. Acho que é mais ou menos assim.”

Silvano

“... *tudo eles (o pessoal da enfermagem) colocavam na minha mão, sei lá, eu me sentia como uma criança com menos de cinco anos de idade.*”

Sebastião

UNIDADE DE SIGNIFICADO II

PESSOAS QUE NO MOMENTO DA RELAÇÃO COM SEUS CLIENTES MANIFESTAM ATRAVÉS DO CORPO ATITUDES DE ACOLHIMENTO, AFASTAMENTO OU INDIFERENÇA.

“... *eu não senti assim nenhuma diferença*. Eu acho que tudo que eu pude sentir, de a enfermeira não me sentir, não me entender, *teria sido as mesmas coisas que qualquer pessoa... Não senti assim nada como se eu tivesse algo especial (...)* eu gosto muito de *ser tratado com igualdade, se a enfermeira se dirigir a mim dizendo: Ah! eu estou trazendo aqui o seu remédio, da mesma forma que ela se dirige a qualquer doente, tudo bem.*”

Hersson

“as pessoas normalmente lá (em um hospital geral do Estado do Rio de Janeiro) até por ganharem mal, sei lá porque, *eu percebia muita rispidez no tratamento com as pessoas*, mas no caso, com relação a mim, *quando elas percebiam que sou cego, elas, talvez... senti que elas se sentiam intimidadas em serem tão grosseiras*, por aquela surpresa, por aquilo e tal (...) No caso destas instituições públicas, as pessoas são mais rudes com as outras pessoas, mas no meu caso, sempre que eu cheguei e tal eu senti que as pessoas se assustam ou qualquer coisa, têm uma reação assim, né? As pessoas cegas por serem diferentes, ‘elas sempre trazem uma reação mais ou menos nas pessoas (...) *e se dirigem mais educadamente conosco do que com as outras pessoas.*”

Edgard

“A gente até prefere *ser tratado* com igualdade, mas ela é assim (a enfermeira), não para o deficiente, ela é assim para todo mundo, *ela é carinhosa* (...).

Aprendamos *ao dar o remédio ao enfermo sem perda levar*” (...)

Ela é mais do que o homem pai, *ela alivia mais, ela é melhor para o homem e para a mulher.*

Quer dizer, mesmo a mulher, eu acho que pensa assim também, porque prefere a enfermeira mulher do que o enfermeiro homem, não é questão de sexo não, inclusive esta *relação carinhosa* às vezes pode se tornar um perigo para a mulher, para a enfermeira não é?”

Jessé

“... a gente sente muito o comportamento, de como eles se comportam na hora de falar, você quer um chá com que? Você quer uma injeção? Você quer um comprimido? Então a gente vai examinar

principalmente *a maneira, o modo como a pessoa se dirige a gente*. Quer dizer, então *se a pessoa é por exemplo mais ríspida, já nos causa uma certa irritabilidade, a gente não vai mais muito com a pessoa, se a pessoa é mais tranqüila, a gente já vai confiando mais. O nível de confiança vai sendo adquirido a medida que a pessoa trata bem ou trata mal (...)*

A gente percebe muito a parte auditiva, né, *o comportamento*, com a pessoa faz para tratar a gente (...) *a gente observa sempre é exatamente e o aspecto comportamental (...)* para gente que está numa hora, que está precisando de apoio, precisando de pessoas amigas, acho que é de um significado para mim bastante relevante, porque você está ali, quer seja para ter um filho ou para operar, *você precisa de alguém em quem você confie, e se o enfermeiro, o corpo da enfermagem, passa para você um nível de confiança, a sua estada no hospital vai ser maravilhosa, ao contrário, se ele passa para você insegurança, digamos, ele não tem segurança naquilo que faz, ou ele é um pouco ríspido, ele tem alguma coisa assim nas suas maneiras de agir, que são um pouco ríspidas, você já não vai se sentir tão a vontade, aquele hospital vai ser mais um problema que você está enfrentando entre muitos (...)*.

“Primeiro ele diz: Bom dia, como vai? Aí a gente já vai ter a primeira impressão, depois que você tem a primeira impressão, o primeiro contato, no caso dos cegos, *no contato auditivo*, você vai *prestar atenção no comportamento*. Como é que ele chega, se ela (enfermeira) dá bola para aquilo que você diz; o enfermeiro está prestando atenção no que você diz, isso tudo. *A gente depois passa a observar o comportamento dele, através da voz, das maneiras também*”

“Pois é, na hora que ele *te pega para dar a injeção, o toque que ele faz que ele passa aquele algodãozinho para dar injeção, o toque que*

ele faz, que ele passa aquele algodãozinho para dar a injeção, você já percebe se ele passa com mais *rispidez...*”

“Basicamente *nos toques* ele *tem que passar segurança*, é, eu acho que é basicamente isto.”

“... de repente, o timbre não é agradável, a gente tem aquela primeira impressão, mas depois você vai vendo que ela (a enfermeira) não é aquela pessoa grosseira.”

Salete

“... agente só passa mal de madrugada, só na hora errada, nunca passa mal na hora certa.

Quando cheguei lá, *ai a gente já foi maltratado*, porque o hospital estava em greve (...) e a enfermeira começou a tratá-la mal (sua esposa), a gente tem que entender, é greve...”

“... a minha esposa tem crises de estômago, geralmente ela está lá, (no hospital) então se ele *pega uma enfermeira ruim, uma enfermeira que não tenha paciência*, até ela mesmo, não adianta, ela fica nervosa.

Porque você já está num hospital ruim, você começa a tratar mau o paciente? O que adianta eu ir lá? Então é melhor eu ficar em casa com dor até amanhecer para ir num hospital melhor.”

Marcelo

“O auxiliar, aquela pessoa mais próxima, seria o auxiliar de enfermagem, ou então o atendente, que a gente observa logo de cara. *Pela postura dele*. A postura deles, *a maneira como eles atendiam*, é uma maneira assim, muito de eu não sei como definir exatamente, até na *maneira de se expressar, linguajar, vocabulário*: “oi colega, chega mais para cá, uma coisa assim muito... era uma coisa assim muito, ao mesmo tempo que *informal*, por incrível que pareça, assim meio

impessoal, é uma coisa meio paradoxal, mas não sei se dá para entender o que eu estou colocando (...) é uma coisa assim meio rápida, tudo rapidinho, sem nenhum envolvimento, sem nada.”

“O pessoal do sexo masculino é assim um pouco mais *truculento*, né? Talvez pela própria formação cultural, tudo mais né? Então é *uma coisa mais imediatista*, chega assim; não sei o que, “*não mexe não*”. Então qualquer atitude do paciente é encarada como uma *atitude que deva ser repreendida* porque pode ocasionar algum problema. E por parte das enfermeiras do sexo feminino, penso que existe um pouco... as pessoas são *mais didáticas, mais pacientes*. Eu acho pela própria formação cultural como eu já falei.”

“... no setor de atendimento de emergência, vivi uma situação de muito nervosismo, muito estridente, então isso leva até a umas *atitudes um pouco bruscas* (Perguntei, como por exemplo?)

“*Espera aí, não mexe não! Coisas assim do tipo.*”

Victor

“... apesar de ser um lugar onde trabalha muita gente, *eles recebiam muita gente para atender*, eles tinham assim *uma boa vontade*, assim com as pessoas, dava para você perceber nitidamente neles que eles sempre tinham um sorriso no rosto, estavam sempre sorrindo, sempre alegres, com muita boa vontade de atender as pessoas.”

“Agora teve outra ocasião também com o mesmo problema de amigdalite, estive no hospital X, cheguei lá e o rapaz veio com uma cadeira de rodas. *Todo grosseiro, nojento: ‘Senta aí’* (o depoente falou como se imitando a voz de um robô), eu sentei. ‘Vamos lá, vamos nós’ (fala novamente com a voz de robô).

Aí a cadeira estava ruim, a roda da cadeira travava, aí *ele empurrava a cadeira com muita violência*, entendeu? Aí chegando lá,

lá na presença do médico ele fala assim: Trouxe ele, parece que é garganta ruim (falou novamente com a voz tipo de robô). *A gente percebia, eu percebi nitidamente que era uma pessoa que estava com uma certa...* não sei se ele estava *chateado*, com algum *problema*, mas você percebia nitidamente que tinha *alguma coisa que estava errada com ele*, talvez cansaço, sei lá, mas você sentia que realmente *ele não estava bem*, a gente dava para perceber pela reação dele ...) aí o médico solicitou que ele fosse lá me encontrar, para me levar, me colocar no caminho, para que eu me retirasse do hospital. Aí ele virou para mi e disse ‘*já acabou?*’ (voz de robô), aí eu falei: *já acabei.*, Então tá, eu vou te deixar aí, *aí você se vira, né?* (voz de robô); é, eu me viro. Aí foi assim, entendeu?

“... como o pessoal mesmo do hospital diz, você tem que suportar vários tipos de situações, entendeu? Você recebe pessoas de vários níveis de educação, se é que a gente pode colocar desta forma. *Então as pessoas percebem aquela carga*, chega um dado momento que também as pessoas... Você precisa considerar que *as pessoas não são de ferro*; eles chegam a uma hora que não conseguem mais guardar aquilo, suportarem aquilo tudo e acabam transbordando, então às vezes chega você, chega num momento, você encontra a pessoa dessa forma, nesse ponto.”

Silvano

“Todas as pessoas que não são acostumadas com o cego nos *tratam como se a gente fosse pessoas anormais*, estive internado no hospital fora daqui e lá o pessoal, eu me senti até anormal, tudo bem, eu tinha doze anos, às vezes parece que *me tratava como uma criança talvez menos de 5 anos.*”

Sebastião

UNIDADE DE SIGNIFICADO III

PESSOAS QUE PARA O DVT ATRAVÉS DA VOZ E DO TATO DEIXAM EMERGIR O SEU MODO DE VIVENCIAR O MUNDO, SENDO ASSIM VOZ E TATO SÃO VEÍCULOS DE COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL.

“Se você chega, tem um contato com um cego, naturalmente você fala com ele, *ele* (o cego) *não vai perceber a sua presença se você não falar*, provavelmente não vai te identificar, porque *nós identificamos as pessoas pelas voz*, isto as pessoas vão percebendo a medida que convivem com a gente.

Hersson

“... *o que fica muito para nós em enfermagem é a percepção auditiva, e a percepção interior...*”

“*a percepção auditiva em primeiro lugar, a gente não se incomoda com a aparência, porque a gente não está vendo, a gente percebe muito a parte auditiva, né, e o comportamento, como a pessoa faz para tratar a gente*”

“Se o enfermeiro, *o corpo de enfermagem passa para você um nível de confiança através da voz através daquilo que é dito, através das palavras*”

“... *o primeiro contato, no caso dos cegos, é o auditivo, você vai prestar atenção no comportamento, como é que ele chega, ela dá bola para aquilo que você diz, o enfermeiro está prestando atenção no que você diz, isso tudo (...) digamos ele pega você para dar uma injeção, se ele pega você assim mais brusco, assim você já não confia muito, se ele vai mais delicado, você diz: neste aqui eu posso confiar, ele*

sabe o que está fazendo, se ele pega você de maneira insegura, você diz: ‘ih, ele não está muito seguro’ ou ‘ele estava nervoso’. Se ele pega você tranquilamente, firme, você vai dizer: ‘Ah, então esse aqui tem segurança realmente naquilo que ele está fazendo. A gente percebe *pelos toques, pela voz, toque, voz e maneira de falar é muito importante para nós.*”

“*O toque é importante*, porque se você não tem (o pessoal costuma dizer assim, o cego tem um sexto sentido), isto não é verdade, o que acontece com o cego é o seguinte, ele como é uma pessoa que não enxerga, porque o mundo agora é totalmente visual (...) *ele apura os outros sentidos.*”

“... *audição, tato, olfato, paladar, ele apura mais* (o cego); então por exemplo, no caso do enfermeiro, claro, o *primeiro contato é a voz*, como é que você vai colocar as palavras, e o outro é o *toque*, quando ele te dá um remédio, por exemplo.”

Saletê

“Olha, tem muita formas da gente perceber, não só ao nível de enfermagem, mas a gente percebe como as pessoas estão mais ou menos, pela nossa vivência diária e por exemplo, na *maneira de falar, na maneira de respirar*, são coisas que não são visuais, a maneira de *se mexer, de se movimentar* de um lado para o outro, a gente percebe essas coisas todas, principalmente sendo ligado, a gente percebe essas coisas todas com detalhes, coisas que talvez vocês com a visão não percebam, porque vocês têm a visão a disposição, não tem problema. Mas nós, temos a necessidade de perceber isso, diversas nuances, é por aí. *Maneira de respirar, maneira de andar, maneira de mexer, de pegar*, tudo, tudo a gente presta atenção, isso que para vocês não tem muito sentido, para nós tem.”

“... a visão supri as necessidades mínimas de vocês, *para nós tem muito sentido, o apalpar, o manusear, o se movimentar, o respirar, enfim, tudo*”

“Às vezes, uma determinada emoção, a gente percebe, não visualmente, *pela maneira de respirar, pela maneira pausada de falar ou não, se a pessoa fala muito depressa*”

Victor

“*A gente percebe até pelo timbre de voz, quando você tem uma forma de emoção, esta forma de emoção, ela é expressa através da sua voz, se você está com raiva, chateada, com alguma coisa, a sua voz, é bem verdade que eu nunca vi uma pessoa, o rosto de uma pessoa com raiva, eu não sei como é, mas a voz exprime nitidamente este sentimento; a mesma coisa é o sorriso, quando você sente que ela está alegre, você sente nitidamente pela voz da pessoa que ela está alegre, entendeu? Isto é uma coisa que fica muito claro para gente através disto. Então é uma coisa assim, entendeu? Então as pessoas, inclusive, tem muita dificuldade para entenderem quando a gente fala: ‘Poxa, hoje você está alegre!’ ‘Hoje você está bem!’ Justamente porque a voz exprime isso para a gente, através da voz a gente sente, capta isto.*”

“... você sentia que ele (um componente da enfermagem) realmente não estava bem, *a gente dava para perceber pela reação dele, porque como te falei a voz indica este tipo de reação para a gente.*”

Silvano

Referências Bibliográficas

CAPALBO, Creusa. Alternativas Metodológicas de Pesquisa. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. In 3º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. Florianópolis 1984. Anais, Florianópolis: Editora da UFSC, 1984. 404 p.

MERLEAU-PONTY, Maurice. O primado da Percepção e Suas Conseqüências Filosóficas. Campinas, SP: Papyrus, 1990. 93 p.

CAPÍTULO IV

A AVENTURA DA INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA À LUZ DA FILOSOFIA MERLEAU-PONTYANA

“A atitude hermenêutica não aceita que a reflexão se faça sem ser em situação, como se fosse possível uma consciência: a histórica e a cósmica.”

Creusa Capalbo

A fenomenologia em seu bojo traz um caráter hermenêutico que denuncia um estilo voltado para a interpretação da existência onde o pensamento do homem aí se situa. Com isto, inaugura-se a possibilidade de se captar o significado atribuído pela nossa consciência às mais diversas situações existenciais.

A interpretação caminha pela via da epoché, ou seja, uma atitude fenomenológica que leva-nos a “suspender crenças e juízos” de forma prévia a cerca do fenômeno que se investiga, e com isto abrir-se para contemplar aquilo que o fenômeno quer deixar mostrar. É um momento de acolhimento e que requer do observador entrar em sintonia com o movimento próprio do que se observa.

É importante também efetuar uma síntese que nos conduza à significação da fala do outro e neste movimento de busca chegar ao sentido procurando aquilo que me é manifesto, revelado, mas também aquilo que me é velado, até mesmo porque é do próprio fenômeno, como já disse, este movimento de se dar e de se esconder.

Desta forma, a interpretação ocorre mediada por uma característica de nossa consciência chamada de intencional, significando com isto que a consciência sempre visa algo, e esta visada é investida de um significado que contém o sentido.

Como diz CAPALBO (1977, p.51): *“O papel de hermenêutica consistiria em restaurar o sentido latente que é dirigido sob a forma de mensagem.”*

O que procurei foi trazer à tona o significado atribuído implícito e explícito da fala dos depoentes (DVT) sobre os outros existentes (os sujeitos da enfermagem).

A percepção dos DVT sobre os sujeitos da enfermagem remetem à própria noção de corpo dada por MERLEAU-PONTY, pois reflete uma espécie de encontro, numa atitude existencial onde existe um face-a-face que inegavelmente acontece quando ambos se vêem em relação numa atitude que pode acolher o outro mesmo na vigência de sua alteridade. Todavia, o lugar dos outros dentro de nós mesmos, é indispensável para a nossa realização existencial, pois nós somos seres que estamos em mundo encarnados e situados.

O fato de se perceber demonstra uma abertura aos outros, ao mundo, a nós mesmo e às coisas desta forma, no que se percebe, busca-se a compreensão. Como disse MERLEAU-PONTY (1990, p.42): *“... toda consciência é consciência perceptiva, mesmo a consciência de nós mesmos”*.

Desta forma, a própria percepção das coisas é mediada pelo corpo e por uma situação vivida pelo sujeito em um mundo cultural que foi vivido pelas gerações que existiram antes dele e que acolhe a presença presente dos outros. Nesta situação vivida mediada pelo meu corpo próprio recebemos e damos, partilhamos e ganhamos.

Ainda sobre a questão da percepção, é importante lembrar que é através dela que o sentido da própria existência das coisas e do sujeito vai se revelar: aí, flagramos da fala dos DVT que a percepção por eles constituída em relação aos

sujeitos da enfermagem, assume um lugar de primazia no próprio processo reflexivo, pois é, justamente ela que vai definir o nível de troca ou conexão entre o sujeito, os outros e o mundo. MERLEAU-PONTY (1971, p.214) disse que: *“Todo o saber se instala nos horizontes abertos pela percepção”*.

Na verdade o sujeito via corpo próprio ou corpo vivido direciona-se para o mundo-vida, situando-se nele intuitivamente e procurando pela reflexão distinguir o ser e a aparência.

Esta percepção irá transcender a própria concepção dos cinco sentidos pois ela está calcada na visão-de-mundo do sujeito, do seu mundo cultural e não somente no sensível, pois, se assim fosse seria difícil do DVT ter uma percepção sobre os sujeitos da enfermagem além do que os sentidos remanescentes lhe dariam. MERLEAU-PONTY (1971, p.232) afirma que: *“A experiência sensorial é instável e estranha à percepção natural que se forma com todo nosso corpo ao mesmo tempo e se abre sobre um mundo inter-sensorial.”*

Refletindo a Primeira Unidade de Significado

Ao refletir sobre a primeira unidade de significado compreendi que a percepção dos deficientes sobre estes sujeitos reenvia ao cuidado do corpo por um outro corpo que como o dele, está aí no mundo. Quando os deficientes falam de percepção sobre os sujeitos da enfermagem existe uma relação forte com o próprio mundo da assistência de enfermagem: comprimido, remédio, injeção, esparadrapo,

algodão, músculo, agulha mas também há a relação com afeto, a figura da mãe, da mulher, piedade, carinho, servidão ao próximo.

Tudo isto está muito ligado como se uma coisa fosse quase sinônima da outra. Nesta percepção emerge também a concepção do corpo, como um corpo que está ali para o desempenho da função, do assistir, do cuidar. MERLEAU-PONTY chama o corpo da tarefa de corpo virtual (da vivência) e este engloba o físico para o desempenho da função. O corpo virtual é fundado em um modo de existir singular de cada sujeito, grupo ou nação. O corpo da vivência, desta forma, funda qualquer experiência mediada pelo corpo.

Neste sentido, o filósofo (1971, p.256) declara ser este corpo *“um sistema de ações possíveis, um corpo virtual, cujo “lugar” fenomenal é definido por sua tarefa e por sua situação, meu corpo está onde há algo a ser feito”*. Justamente esta visão acompanha o “olhar” do DVT sobre os sujeitos da enfermagem: Ali existe um corpo que está onde há algo a ser feito. Que algo seria este? Dar um remédio, trazer uma comida, ajudar quando se precisa ir ao banheiro, medir a pressão, dar um chá, administrar uma injeção, passar o “algodãozinho” para introduzir uma agulha no músculo e ensinar a passar um esparadrapo no machucado. Todavia, este corpo virtual, que desempenha funções (pois é um “sistema de ações possíveis”) também deve neste seu fazer desempenhar a sua tarefa investido de uma atitude de servir com carinho que, na concepção do DVT deve coexistir com o corpo que “está onde há algo a ser feito”, ou seja, com o corpo da tarefa. Espera-se algo mais do corpo da tarefa, uma atitude de acolhimento que transcenda mesmo o simples desempenhar da função. Como emergiu

no próprio discurso de um dos depoentes, “o melhor sedativo que a gente tem é o carinho, é a atenção, é melhor que qualquer medicamento”.

Em outra fala encontramos que: “o pessoal lá (da enfermagem) foi incrivelmente amável comigo, eles fizeram o possível e o impossível para que eu me mantivesse profundamente calmo, e assim foi uma coisa muito legal.”

Esperava-se dos sujeitos da enfermagem não só o cumprimento da sua tarefa - “dar a injeção”, mas aquele sentimento que o depoente chamou de “incrivelmente amável comigo”.

Desta forma, o corpo também deve expressar não só a função de cuidar do corpo objetivo, mas também uma atitude valorativa do outro e da sua circunstância, mesmo aquele “suor frio” que o cliente diz sentir ao imaginar a possibilidade da injeção, deve ser olhado e visto na sua intenção total, pois cada um é um e como disse MERLEAU-PONTY (1971, p.152): “*meu corpo tem seu mundo*”. Este foi um pedido quase tácito que decifrei ao olhar o rosto de cada depoente que referiu alguma experiência com o corpo da enfermagem: **Um resgate do humano que há em cada um de nós, além do nível técnico-científico.** Na verdade, a relevância do corpo se dá, no momento em que, como diz MERLEAU-PONTY (1971, p.94): “*O corpo é o veículo do ser no mundo, e ter um corpo é para uma pessoa viva, juntar-se a um meio definido, confundir-se com alguns projetos e engajar-se continuamente neles.*” Desta forma, o corpo vai ser o veículo do cuidado, da assistência prestada ao DVT e através daquilo que os sujeitos da enfermagem desempenham em suas funções, eles são caracterizados como sujeitos da equipe de enfermagem.

Na verdade esta primeira unidade de significado revela que a pergunta norteadora remete o DVT a falar do mundo dos cuidados assistenciais de enfermagem deflagrando assim um estilo do próprio fazer que identifica a enfermagem por aquilo que ela faz. Para MERLEAU-PONTY (1971, p.332-3), estilo é:

"... uma certa maneira de tratar as situações que identifico ou que compreendo num indivíduo ou num escritor, ao retomá-la por minha conta numa espécie de mimetismo, mesmo que eu seja incapacitado para definir, e cuja definição, por mais correta que possa ser, nunca fornece o equivalente exato e só tem interesse para aqueles que tiveram sua experiência."

Desta forma, os sujeitos da enfermagem têm, na percepção dos DVT, uma certa maneira de tratar as situações e de desempenhar a sua função que identifica-os como sendo da enfermagem.

Estes sujeitos têm um corpo e é através dele que as pessoas são cuidadas. É gente cuidando de gente, é o EU lidando com o TU e este EU é visto pelo TU como um corpo que no desempenho de sua função reenvia-o a um mundo de injeção, seringa, esparadrapo, comprimido, remédio, pressão arterial e ao mesmo tempo ao seu modo de vivenciar a prática com seu corpo próprio. O corpo que cuida e o corpo que é cuidado são fundados em um modo de existir singular e as suas expressões de singularidades formam um estilo próprio que lhes são característicos.

Refletindo a Segunda Unidade de Significado

Além disto, compreendi ao refletir sobre a segunda unidade de significado que o DVT ao olhar este corpo que cuida e que se expressa por atitudes seja de acolhimento, afastamento ou mesmo indiferença, ele revela com isto o seu caráter ambíguo.

Que corpo é este que cuida, mas também pode afastar no momento do cuidado? É como disse MERLEAU-PONTY (1971, p.208): “*A experiência do corpo próprio (...) nos revela um modo de existência ambígua.*” Este corpo não é um corpo “estéril” ao próprio movimento do mundo. Ele sofre influências e influencia o meio em que vive, ele reage a ter ou não ter condições de trabalho, à presença de uma greve, à alguma situação de vida que no momento do cuidado do outro, flui como algo que não se consegue reprimir, pois emerge do seu vivido. Desta forma, apareceu no discurso do DVT: “*o pessoal está meio desestimulado, porque sempre quando eles estão atendendo a gente, estão dando uma injeção, que estão preparando, vão conversando com o paciente*”. E mesmo o DVT sem nunca ter visto percebe este movimento do SER dos sujeitos da enfermagem. Este corpo, que é o corpo da execução da tarefa, carrega também o seu caráter ambíguo, pois ele pode afastar e acolher. Desta forma, vemos a precisão de MERLEAU-PONTY (1971, p.104) ao comentar que o corpo não é “*mais um objeto no mundo, mas meio de nossa comunicação com ele.*” No momento em que eu entro em relação com o DVT o meu corpo comunica de forma direta e/ou indireta, dada e/ou velada o meu modo de vivenciar o mundo e a assistência que presto ao outro. MERLEAU-PONTY (1971, p.196) asseverou que: “*É pelo meu corpo que*

compreendo o outro, como é pelo meu corpo que percebo as 'coisas'. O sentido do gesto assim 'compreendido' não está por detrás dele."

É importante também ressaltar que o desvelar do fenômeno indica em uma de suas facetas que a percepção dos DVT sobre os sujeitos da enfermagem, anuncia que no momento da relação destes sujeitos com os seus clientes emerge via corpo condutas que expressam para o DVT acolhimento, afastamento e/ou indiferença. Esta percepção traduzida do vivido dos DVT indica que o sujeito da enfermagem, é um ser que não está unicamente nele nem unicamente fora dele mas ele "está com". No momento em que este ser encontra-se em relação há um "vir à tona" através do corpo próprio, todavia não estamos sós naquilo que somos, existe um tu, uma alter-ego, que mesmo de forma velada está à espera de um contato.

Neste sentido, Merleau-Ponty (1971, p.357) lembra que:

"Em torno do corpo percebido se abre um turbilhão para o qual meu mundo é atraído e como que aspirado: nesta medida não é somente meu, não me é mais presente só para mim, está presente só para x, para outra conduta que começa a se delinear nele. O outro corpo já não é mais um simples fragmento do mundo, mas o lugar de uma certa elaboração e como que de uma certa "vista" do mundo."

Desta forma quando entro em relação com o outro, a minha conduta, o meu gesto, até a minha própria respiração passa a ser visada e o meu corpo neste momento inscreve no horizonte do TU aquilo que sou em "carne e osso".

Nos discursos encontrei *"as pessoas lá, até por ganharem mal, sei lá, porquê, são... eu percebia muita rispidez."* Já em outra fala: *"A gente até prefere ser trarado com igualdade, mas ela é assim, não para o deficiente, ela é assim para todo*

mundo, carinhosa". Desta forma, no fenômeno, pude observar que apesar das falas aparentemente serem contraditórias existe um fio condutor que percorre a estrutura do fenômeno. Ele nos leva à direção de que o corpo seja para o trato ríspido, carinhoso ou indiferente anuncia a sua própria "intenção de significar" e esta intenção é que faz do corpo lugar em que se efetuam as relações intra-mundanas que são investidas de um significado atribuído pelo próprio sujeito.

Um dos depoentes fez um hino para a enfermagem e na letra ele se coloca, expressando aquilo que quer receber da enfermeira, colocando em seus lábios as palavras: *"Aprendamos ao dar o remédio ao enfermo sem perda levar, para as almas tão cheias de tédio, o evangelho que os pode salvar."*

O corpo que cuida através do remédio também pode ser o corpo que "enuncia e que leva a perda às almas cheias de tédio."

É como disse o filósofo (1971, p.458):

"Você mora em seu ato mesmo. Seu ato é você... Você muda ... sua significação se mostra, deslumbrante.

É seu dever, e seu ódio, é seu amor, é sua fidelidade, é sua invenção."

O corpo que traz o remédio pode ser o mesmo que leva à perda. O corpo que "pega você para dar uma injeção bruscamente" pode ser também aquele que "pega você tranqüilamente." Via corpo manifestam-se atitudes de acolhimento, afastamento ou indiferença. Na relação emerge o seu ato e como diz MERLEAU-PONTY: *"Seu ato é você."* Na relação flui a possibilidade de fazer do meu alter-ego alguém anônimo ou familiar. Nós sempre estamos exprimindo alguma coisa e é necessário portanto no seio

das minhas relações (na existência concreta) cuidar para que eu não rompa com a comunicação EU-TU através do discurso do corpo. O meu corpo comunica e este discurso do corpo apresenta um caráter dialético, ambíguo e ele deve ser compreendido, não como máquina ou objeto, mas como algo singular.

É também em relação que há a possibilidade de des-investir-se para se re-investir de modo diferente e poder retomar no vivido a aproximação que de forma velada surge como solicitação por parte dos DVT. Há um momento do discurso que um dos depoentes diz: *"...para gente que está numa hora, que está precisando de apoio, precisando de pessoas amigas (...) você precisa de alguém em quem você confie, e se o enfermeiro, o corpo de enfermagem passa para você um nível de confiança através da voz, através daquilo que é dito, através das palavras, se ele passa para você uma nível de confiança, a sua estada no hospital vai ser maravilhosa."* É importante que este corpo que tem "intenção de significar" esteja atento para a importância que a sua presença tem no mundo e na vida das pessoas. Neste sentido MERLEAU-PONTY (1971, p.359), disse que:

"Percebo o outro como comportamento, por exemplo, percebo o luto ou a cólera do outro em sua conduta, no seu rosto e em suas mãos, sem nenhum recurso à uma experiência "interna" do sofrimento ou da cólera, isto porque o luto e a cólera são variações do ser no mundo, indivisíveis entre o corpo e a consciência, e que se colocam tanto sobre a conduta do outro, visível em seu campo fenomenal como sobre minha própria conduta tal como se oferece a mim."

Apesar desta unidade ter emergido do vivido dos DVT é importante lembrar que esta percepção vai nos dar um "acesso" a este ser que se lança ao "olhar" do DVT e que como diz o filósofo (1971, p.359):

"... o comportamento do outro e mesmo as palavras do outro não são o outro.

O luto do outro e sua cólera nunca têm exatamente para ele o mesmo sentido que para mim."

É necessário se ir além daquilo que o comportamento do outro me dá de forma velada e buscar o seu significado.

Dentro desta perspectiva, o corpo da tarefa carrega o significado do seu gesto inclusive no momento de assistir, pois não há como separar o mundo em que vivo do meu corpo, do meu fazer do meu gesto, da minha consciência. Desta forma tudo conflui para o meu corpo e não é fora dele, ou melhor dizendo, não é "por detrás dele", que o significado do meu gesto é percebido e "compreendido" pelo outro. Neste sentido, MERLEAU-PONTY (1971, p.363) assevera que: *"sou dado, isto é, já me encontro situado e engajado num mundo físico e social - Sou dado a mim mesmo, isto é, esta situação não me é nunca dissimulada, nunca está em torno de mim como uma necessidade estranha, e nunca estou fechado como um objeto numa caixa."*

Apesar do corpo da tarefa estar ali para assistir ele não está "fechado com um objeto numa caixa" em relação ao seu mundo físico e social e é isto que faz o sujeito da enfermagem reagir com a presença da greve, de se ter ou não condições melhores de trabalho dentre outras.

Refletindo a Terceira Unidade de Significado

Além destas perspectivas apreendidas do fenômeno, compreendi também que na terceira unidade de significação, os DVT percebem os sujeitos da enfermagem como pessoas que através da voz e do tato deixam emergir seu modo de vivenciar a própria práxis sendo assim, voz e tato são veículos de comunicação interpessoal.

MERLEAU-PONTY (1971, p.333) escreveu que:

"Da mesma forma que, com o sujeito que ouve, a ausência de sons não rompe a comunicação com o mundo sonoro, assim também com um sujeito surdo e cego de nascimento, a ausência do mundo visual e do mundo auditivo não rompe a comunicação com o mundo em geral, há sempre algo diante dele, do ser a decifrar."

Este ser DVT tem sempre algo diante dele, do ser a decifrar e o elo de comunicação com aquilo que é visual se dá via voz e tato.

Em muitos depoimentos a questão da voz e do tato foram preponderantes para um elo de comunicação entre os deficientes visuais e os sujeitos da enfermagem. O corpo da tarefa, do desempenho da função é enunciado para o deficiente através do tato, do toque do corpo objetivo (a ser cuidado).

No momento do toque algo é transmitido ao DVT. Uma intenção, um mistério, uma percepção. Este toque é revestido de uma intenção: O desempenho da função - Há aí um mistério: o de sentir o outro ao tocar, mas ao mesmo tempo o de se sentir tocado. A mão que toca também é tocada. A experiência perceptiva funda-se e constitui-se também através deste toque, pois ele (o toque) é uma abertura, é um acesso

inaugurador no ser que pode me levar a algo mais na relação, a algo que transcenda a relação mediada pelo corpo da tarefa. Via toque pode se estabelecer uma proximidade maior, é um ato do lado de fora (na minha pele) que pode gerar um significado que vem de dentro.

A pele é algo vivo, ela respira, produz secreções, protege-me contra os raios vindos do sol, dos ataques oriundos do meio externo provocados pelos microorganismos, isolando-me do calor e do frio, na verdade, nossa pele é o que fica entre nós e o mundo, entretanto ela também nos aprisiona e é a única parte do nosso corpo que efetivamente entra em contato com o outro.

MERLEAU-PONTY (1991, p.184) declarou que: "... *sou obrigado a dizer que o tato está espalhado em meu corpo, que o corpo é 'coisa que sente', 'sujeito-objeto'.*"

Desta forma, a mão tocada, como diz ele mesmo (1991, p.184), "*torna-se tocante.*"

É interessante fazer um reenvio aos próprios discursos quando os DVT exprimem que através do "pegar" (que na verdade é o tato, é o toque da pele), forma-se o conceito do outro, mesmo que temporariamente: "...*digamos, ele pega você para dar uma injeção, se ele pega você assim mais brusco, assim você já não confia muito, se ele vai mais delicado, você diz: neste aqui eu posso confiar, ele sabe o que está fazendo; se ele pega você de maneira insegura, você diz: Ih! Ele não está muito seguro...*"

A fala do vivido do DVT expressa a ligação existente entre a forma de pegar, de exercer a função do tato pelo sujeito e a sua própria maneira de exercer a sua

práxis. O modo de tocar indica uma forma atual de como vivencio o mundo, o outro, a minha profissão. O toque comunica, o toque é veículo de comunicação do ser-no-mundo.

Através das nossas mãos, e principalmente das pontas dos dedos exercemos a magia do tocar e é verdade que ficamos mais satisfeitos quando alguma coisa nos "toca", pois o toque pode representar uma profunda penetração no âmago de uma pessoa. Na verdade, é surpreendente a quantidade de informações transmitidas por meio de um toque. De volta aos discursos, um dos deficientes falou que: "*Maneira de respirar, maneira de andar, maneira de se mexer, de pegar, tudo, tudo a gente presta atenção, isso que para vocês não tem muito sentido, para nós tem.*"

Como o depoente mesmo falou: "o pegar" para eles têm o seu sentido.

Entretanto, é importante lembrar que o tato não está sendo visto aqui como algo isolado, mas como investido de um sentido profundamente imbrincado com o nosso ser total. MERLEAU-PONTY (1992, p.141) declara que: "o sentir está disperso em meu corpo", e esta dispersão não se limita, mas ela vai de encontro à minha própria estrutura como um todo, transcendendo o meu contorno corporal chegando até à minha construção ontológica. No tato existe também o significado de minha totalidade dando-nos a chave da nossa própria espécie. Quando a gente se refere à própria preservação dizemos: "Preciso salvar a minha pele". Com isto, vemos o significado e a urgência do tato para o ser humano e principalmente para os DVT, pois ele auxilia e esclarece aquelas pessoas onde existe a ausência da visão. E é justamente na experiência do toque que se oportuniza abrir nossa fortaleza lacrada ao outro e deixarmos que algo mais aconteça na nossa relação com o sujeito. Na verdade, os

enfermeiros e enfermeiras são "profissionais do tato" e muitas vezes o que se quer mesmo enquanto cliente deste corpo virtual (da tarefa) é ser apalpado, acariciado, ouvido, inspecionado, ou mesmo manuseado. Desta forma, estes profissionais transmitem também através do "pegar" a sua maneira de vivenciar a própria práxis.

ACKERMAN (1992, p.151) afirma que: *"o tato é tão importante em situações emocionais, que somos levados a tocar-nos da maneira que gostaríamos que os outros nos consolassem. As mãos são as mensageiras da emoção."*

Os sujeitos da enfermagem via corpo próprio manifestam a maneira que eles têm de vivenciar o ato de cuidar e o seu cuidar está para o cliente basicamente centrado nas suas mãos e no momento em que este toque não estabelece uma comunicação satisfatória para o cliente isto comunica o afastamento ao invés de acolhimento. Em uma das falas o depoente deixa claro que o modo como o "enfermeiro" empurrava a cadeira-de-rodas expressava que algo não estava bem com ele (o enfermeiro) mesmo a rodinha da cadeira não estando funcionando tão bem assim: "ele empurrava a cadeira com muita violência". Esta "violência" expressava-se através da força do corpo do sujeito da enfermagem contra a cadeira. O toque do corpo contra a cadeira nesta situação revelou para o DVT, o modo como o sujeito vivenciava a sua práxis (pelo menos naquele momento). E este corpo que se projetou de forma violenta contra a cadeira comunicou, através deste toque (violento) do EU, uma recusa ao toque (terapêutico) sobre o DVT. É como diz MERLEAU-PONTY (1989:200): *"A própria vida do outro só me é dada com seu comportamento. Seria preciso, para ter acesso a ela, que eu fosse o próprio outro."*

Ao ler parte de um poema de HELLEN KELLER apud MONTEIRO (1982, p.255) vejo a importância do toque para aqueles que não desfrutam da visão:

"No reino maravilhoso em que habito, exploro a vida com minhas mãos, reconheço as coisas e sou feliz; meus dedos estão sempre sequiosos pela terra, aspiram suas maravilhas com alegria, retirando dela as mais queridas delícias; meus pés estão carregados de murmúrios e a palpitação de todas as coisas que crescem."

É importante também lembrar que DU GAS (1978, p.187) afirma que:

"A enfermeira não deve esquecer do efeito terapêutico do tato como meio de comunicação. (...) sobre - posição das mãos, atitude tão freqüente da enfermeira em relação ao paciente, mostrou ter propriedades terapêuticas, tanto do ponto de vista físico quanto psicossocial."

A presença da enfermeira significa que o paciente tem com quem conversar, e o rodízio da equipe de enfermagem permite que várias pessoas mantenham contato com ele, sendo por conseguinte mais estimulado."

A importância dos sujeitos da enfermagem na promoção do bem-estar dos clientes em sua dimensão total é de alta relevância. E justamente por isso a responsabilidade daquilo que transmitimos através da nossa presença e por conseguinte do nosso corpo é fundamental para a própria percepção do DVT sobre nós.

É importante lembrar que como asseverou MERLEAU-PONTY (1971, p.361): *"uma vez existindo o outro, uma, vez que o olhar do outro sobre mim,*

inserindo-me em seu campo, me despojou de uma parte de meu ser, compreende-se bem que só possa recuperá-la travando relação com o outro..."

O fenômeno da percepção situado no DVT sobre os sujeitos da enfermagem toca na questão da voz como veículo de comunicação interpessoal. A prática de enfermagem envolve muitas nuances e uma das suas nuances mais fortes é esta comunicação interpessoal que deve ser terapêutica. Posso como sujeito da enfermagem manter a sobrevivência do meu cliente aliviando o seu sofrimento, ajudá-lo a obter segurança ao ir ao encontro de suas necessidades e ajudar a restaurar a sua saúde prevenindo e combatendo a doença. É também verdade que a observação e a comunicação são cruciais numa enfermagem eficiente, e no caso dos DVT esta comunicação dá-se primeiramente através da voz. É a partir daí que ele percebe este outro, o qual muitas vezes, como apareceu nos discursos, coloca a vida em suas mãos: *"... no caso do enfermeiro, que é a pessoa que você entrega a sua vida nas mãos dele, o primeiro contato é a voz (...) e o outro é o toque."*

A fala desta DVT expressa o quanto espera-se deste sujeito: que seja um ser humano honesto, responsável, competente, mas que também e sobretudo, seja capaz de agenciar a questão do medo, do fracasso, da angústia e da frustração do cliente e de si mesmo.

Por outro lado, ACKERMAN (1992, p.222) relembra que: *"os cegos usam seus ouvidos para mapear o som, ouvindo cuidadosamente os ecos das batidas de sua bengala."* Desta forma, o som que emito na forma de palavra é de suma importância para eles, pois o som de uma forma geral, é algo que nos cativa, que nos excita. A voz é o veículo pelo qual me comunico com o outro, mas esta voz é dada ao

outro na forma de palavra, de linguagem. No momento em que o sujeito da enfermagem transmite via voz uma mensagem existe concretamente aí um conteúdo, mas também uma intenção, pois nós somos pessoas e como pessoas temos uma consciência intencional que via corpo (no caso via voz, palavra, linguagem) emite ao outro num processo interpessoal, uma mensagem cujo núcleo, traz a sua intenção.

Como diz MERLEAU-PONTY (1971, p.393): "*A linguagem nos ultrapassa, não só porque o uso da fala supõe um grande número de pensamentos (...) esses pensamentos (...) nunca foram "puros" pensamentos, neles já havia excesso de significado sobre o significante...*"

A voz, a palavra, a linguagem, investida de um sentido, causa no outro um impacto. Este impacto no outro está na dependência das experiências de vida do sujeito, ou seja, na sua maneira de vivenciar o mundo.

Por isso ainda em MERLEAU-PONTY (1971, p.392) encontraremos que: "*A fala é, pois, esta operação paradoxal em que tentamos reencontrar, por meio de palavras cujo sentido é dado, e de significações já disponíveis, uma intenção que em princípio vai além e modifica, fixa, em última análise, o sentido das palavras pela qual traduz.*"

Entretanto, mais do que a voz, ou mesmo a palavra, deseja-se o diálogo que pode surgir através desta fala. A comunicação mesma vai se atualizar através da ação dialogal e é nela que também vislumbro a possibilidade de ter acesso ao outro e com ele instaurar uma reciprocidade.

No momento em que através do diálogo alcanço a reciprocidade vou de encontro às necessidades daquele que assisto pelo cuidado de enfermagem.

MERLEAU-PONTY (1971, p.358) irá justamente nos dizer que:

"Na experiência do diálogo, é constituído entre o outro e eu um terreno comum, meu pensamento e o seu formam um único tecido, meus propósitos e os do interlocutor são exigidos pelo estado de discussão, eles se inserem numa operação comum da qual nenhum de nós é o criador.

Há aí um ser a dois, e o outro, aqui, não é mais para mim um simples comportamento no campo transcendental, nem aliás eu no seu, somos um para o outro colaboradores numa reciprocidade perfeita, nossas perspectivas deslizam uma na outra, coexistimos através do diálogo."

Desta forma, a voz do sujeito da enfermagem possibilita uma comunicação, entretanto, ela se efetua no momento em que há o diálogo. A voz simplesmente não dá conta da comunicação, é necessário gerar através dela o diálogo e a partir daí formar com o outro "um único tecido" onde se pode "deslizar" perspectivas.

Na verdade, a voz em si e o tato em si, podem até servir como veículo (no corpo) de comunicação, mas a plenitude do tato é o toque e da voz o diálogo. Quando os sujeitos da enfermagem tocam e dialogam aí sim, verdadeiramente, são mais do que corpo da tarefa, ou seja, um sujeito que faz enfermagem e não somente um sujeito da enfermagem.

MERLEAU-PONTY (1992, p.150) lembra que Valery disse: *"a linguagem é tudo, pois não é a voz de ninguém, é a própria voz das coisas, ondas e florestas."*

É importante notar que no discurso do DVT existe uma momento em que a importância do sentido daquilo que é dito vai além da voz: "se o enfermeiro, o corpo de enfermagem passa para você um nível de confiança através da voz, através daquilo que é dito, através das palavras"... A voz em si é somente o veículo da palavra e do seu sentido que quando se dirige ao outro deixa emergir a sua própria maneira de vivenciar o mundo a sua práxis e o sujeito.

A palavra traz em si o significado. Do mesmo modo, processa-se com o tato, pois ele é veículo de comunicação interpessoal que faz também emergir a maneira do sujeito da enfermagem vivenciar o mundo. Através do toque posso indicar algo de minha direção existencial.

No discurso do DVT existe um momento em que ele diz: "digamos: ele pega você para dar uma injeção, se ele pega você assim mais brusco, assim você já não confia muito, se ele vai mais delicado, você diz: neste aqui eu posso confiar, ele sabe o que está fazendo".

O "pegar mais brusco" pode até indicar a maneira do outro experienciar aquele momento de sua assistência, do seu "fazer enfermagem".

Além disto, o que o DVT capta através da audição o leva à observação do outro como o seu mexer, apalpar, manusear, movimentar, respirar. Como diz MERLEAU-PONTY (1971, p.94): "*O corpo é o veículo do ser no mundo e ter um corpo é para uma pessoa viva juntar-se a um meio definido, confundir-se com alguns projetos e engajar-se continuamente neles.*"

A audição lhe dá "pistas" que o ajuda a situar-se no mundo e também a situar o outro.

Por isto o autor (1992, p.140) relata que: "... *sou um ser sonoro, mas a minha vibração, essa é de dentro que ouço.*"

Referências Bibliográficas

ACKERMAN, Diane. Uma História Natural dos Sentidos. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1992. 366 p.

CAPALBO, Creuza. Fenomenologia e Ciências Humanas. Rio de Janeiro: J.Ozon, 1977. 118 p.

DU GAS, Beverly Witter & DU GAS, Barbara Marie. Enfermagem Prática. 3ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1978. 526 p.

MERLEAU-PONTY, Maurice. Maurice Merleau-Ponty - Textos selecionados Marilena de Souza Chauí: (Os Pensadores). São Paulo: Nova Cultural, 1989. 208 p.

_____. O Primado da Percepção e Suas Conseqüências Filosóficas. Campinas, SP: Papiruss, 1990. 93 p.

_____. Fenomenologia da Percepção. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1971. 465 p.

_____. O Visível e o Invisível. 3.ed. São Paulo: Perspectiva, 1992. 271 p.

_____. Signos. São Paulo: Martins Fontes, 1991, 271 p.

MONTEIRO, Irineu. Helen Keller. Pensamento, Criatividade Estética, Ação. São Paulo: Alvorada, 1982. 222 p.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Da mesma forma que com o sujeito que ouve, a ausência de sons não rompe a comunicação com o mundo corporal, assim também com um sujeito, sendo cego de nascimento, a ausência do mundo visual e do mundo auditivo não rompe a comunicação com o mundo; em geral, há sempre algo diante dele, do ser a decifrar.”

Merleau-Ponty

O estudo da percepção dos DVT sobre os sujeitos da enfermagem nos reenvia à noção de corpo, pois é o corpo que cuida do outro corpo, através da injeção, do remédio, do aferimento da pressão arterial do outro corpo; é pelo corpo que exteriorizo as minhas ações de acolhimento, afastamento ou indiferença.

É pelo corpo também que o tato e a voz são veículos de comunicação entre os DVTs e os sujeitos da enfermagem, indicando assim que através dele é possível se ter acesso, mesmo que preliminar, ao modo como este sujeito vivencia o seu próprio mundo e a sua práxis. Neste sentido, a percepção dos DVT sobre os sujeitos da enfermagem é fundado no seu modo de ser que tem a ver com o seu modo de ver o mundo e estar nele.

Desta forma, fica claro para nós, sujeitos da enfermagem, que a questão do corpo, a questão do outro e da nossa práxis devem ser objetos de nossa reflexão permanente. Desta forma, devemos contribuir para a humanização da assistência à saúde ao sujeito em sua forma singular, enquanto membro de uma família, comunidade e cidadão de uma nação, pois o processo de desumanização que hoje é vivido pelo cliente no espaço hospitalar, nos inquieta. Este trabalho requer um aprofundamento

ainda maior sobre as questões que foram desveladas ao se procurar no fenômeno a sua essência mesma. Todavia, ao olhar agora para o DVT já terei compreendido que ao se falar sobre os sujeitos da enfermagem, isto reenvia o DVT ao mundo da própria assistência de enfermagem. A um mundo de esparadrado, remédio, comprimido, aferição de pressão arterial (PA) e outros, mas também há um sujeito que tem um corpo e que através dele, pode deixar vir à tona ações que expressam acolhimento, afastamento ou indiferença.

Neste sentido, é importante lembrar que, como disse MERLEAU-PONTY (1971, p.360): *"Sem reciprocidade não há Alter-Ego, pois o mundo de um engloba então o do outro e um se sente alienado em proveito do outro."*

Na verdade, é importante que os sujeitos da enfermagem reflitam também sobre a importância de desenvolver parceria com o seu cliente, a fim de que o seu cuidar o seu assistir, o seu fazer, seja mediado por uma atitude de troca.

DU GAS (1978, p.151) lembra que:

"A enfermagem está relacionada primariamente com a assistência a um indivíduo para enfrentar as atividades diárias vitais, para promover seu nível ótimo de saúde, ou para atender às exigências do final da doença, se for o caso. A fim de auxiliar, o indivíduo, a enfermeira necessita conhecer alguma coisa sobre ele como pessoa, suas habilidades para resolver problemas, as interferências nesta habilidade."

Nesta busca de *"conhecer alguma coisa sobre ele como pessoa"* como asseverou DU GAS, é importante não esquecer que o processo de comunicação é fundamental. Reportando-me para a fala do DVT quando ele diz: "... lá fui eu para o

hospital X, cheguei lá o rapaz veio com uma cadeira de rodas. Todo grosseiro, nojento: "Senta aí", aí eu sentei. "Vamos lá". Vamos nós. Aí ele me botou na cadeira, saiu me empurrando, empurrando a cadeira, e aí fomos nós. Aí a cadeira estava ruim, a roda da cadeira travava, aí ele empurrava a cadeira com muita violência, entendeu?"

Qual será a percepção que estas ações constituem na consciência do meu cliente?

MERLEAU-PONTY (1971, p.364) diz:

"Na verdade o olhar do outro só me transforma em objeto, e meu olhar só se transforma em objeto se um e outro nos retirarmos no fundo de nossa natureza pensante, se nos fizermos um olhar inumano, se cada um sentir suas ações, não retomadas e retomadas e compreendidas, mas observadas como as de um inseto."

No exercício da enfermagem é importante lembrar que o outro é mais que um objeto, do que uma coisa, mas um ser investido de sentimentos, que atribui significados, que tem um tempo e espaço próprios e que precisa ser compreendido de forma integralizadora sem perder de vista sua singularidade e sobretudo também compreender que esta singularidade não é a de todos.

A enfermagem é uma prática voltada para a assistência do homem o sucesso deste fazer está imbricado com o nível de relacionamento que se estabelece com o cliente. Esta relação envolve escolher e ser escolhido, passividade e atividade, encontro e desencontro. É preciso então compreender que o mundo singular do cliente nunca será o mundo de todos, que adentrar neste mundo e captar sua direção é um desafio para os sujeitos da enfermagem.

A pessoa se mostra no momento em que entra em relação com as outras e neste contato com o TU tudo pode acontecer, até mesmo nos oferecermos ao encontro com o outro. É necessário que nós, sujeitos da enfermagem, não nos privemos da oferta do encontro e da presença onde dois seres humanos se revelam. É importante tentar então buscar o humano em sua singularidade.

IRVING (1978, p.1) lembra que: *"A maneira como cuidamos do paciente - o que dizemos e como o dizemos, o que fazemos e como o fazemos - dirá ao mesmo se nos preocupamos ou não como ele e determinará se nosso cuidado de enfermagem é ou não terapêutico, excessivo e útil."*

Com efeito, o meu corpo quando entre em relação com o outro através do toque, do gesto, da voz, de respiração, do mexer, do dar, do ouvir, do falar, da cultura, da história e da instituição, sinalizam o encontro ou o desencontro que este momento pode cravar tanto na minha vida como na do outro.

É necessário que a enfermagem e seus sujeitos possam se oferecer ao outro como um grande olhar que apreenda a sua unidade latente e com isto, através da atitude interpessoal vê-lo como um parceiro. IRVING (1978, p.4) nos diz que:

"Antes que você possa depositar sua confiança em alguém, precisa sentir que essa pessoa se interessa verdadeiramente por você e é honesta consigo.

Isto é essencial para se estabelecer um relacionamento verdadeiro - a base para o sucesso do cuidado de enfermagem."

Sim, sem dúvida, a enfermagem e seus sujeitos são de suma importância no processo terapêutico de seus clientes e como vimos, a questão da relação é base para a efetivação deste fazer, contudo, é importante também lembrarmos que os

sujeitos da enfermagem quando se relacionam com o outro se relacionam também com o social que cada cliente representa e traz dentro de si.

MERLEAU-PONTY (1971, p.365) ressalta que: "*Nossa relação com o social é, como nossa relação no mundo, mais profunda do que toda a percepção expressa ou todo julgamento.*" É necessário portanto que ao lançarmos nosso olhar ao outro o vejamos com relação ao social que o próprio sujeito funda antes de qualquer generalização.

Mas para tanto é preciso também ter algo que MERLEAU-PONTY (1971, p.385) disse não ter nome: "*... o amor não tem nome, não é uma coisa que se possa acentuar e dignar, não é o mesmo amor de que falam os livros e os jornais, porque é a maneira pela qual ele estabelece sua relação com o mundo, é uma significação existencial.*"

Compreendi que a percepção dos DVT sobre os sujeitos da enfermagem nas três unidades de significado remetem à concepção merleau-pontyana de percepção, no sentido de que ela (a percepção) é uma modalidade original da consciência, pois a consciência do DVT mostrou-se todo tempo como perceptiva.

A percepção do DVT constitui, tendo como horizonte o próprio mundo, pois é nele que as experiências acontecem e por isso, como diz o filósofo (1990, p.42): "*O mundo percebido seria o fundo sempre pressuposto por toda racionalidade, todo valor e toda existência.*"

Referências Bibliográficas

DU GAS, Beverly Witter & DU GAS, Barbara Marie. Enfermagem Prática. 3^a ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1978. 526 p.

IRVING, Susan. Enfermagem Psiquiátrica Básica. 2.ed. Rio de Janeiro: Interamericana [1978]. 292 p.

MERLEAU-PONTY, Maurice. Fenomenologia da Percepção. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1971. 465 p.

_____. O Primado da Percepção e Suas Conseqüências Filosóficas. Campinas, SP: Papiruss, 1990. 93 p.

BIBLIOGRAFIA DE APOIO:

- ARANHA, Maria Lucia de Arruda. Filosofando: introdução à filosofia. São Paulo: Moderna, 1986. 443 p.
- BUBER, Martin. EU e TU. 2.ed. São Paulo: Moraes, 1974. 170 p.
- CARKHUFF, Robert, R. O Relacionamento de Ajuda para Pais, Professores, Psicólogos. Belo Horizonte - MG: CEPED, 1973. 187 p.
- CONDILLAC, Étienne de. Tratado das Sensações. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1993. 260 p.
- DARTIGUES, André. O que é Fenomenologia? 3.ed. São Paulo: Moraes, 1992. 174 p.
- Ética / Organização Adauto Novaes - São Paulo: Companhia das Letras, 1992. 394p.
- GAGLIARDI, Ligia Garcia. Introdução à Filosofia. Rio de Janeiro: Livraria e Papelaria Mercurio Star, 1981. 82 p.
- GEORGE, Julia B e colaboradores. Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos para a Prática Profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- HENDERSON, Virgínia. Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1989. 69 p.
- HUSSERL, Edmund. A idéia da Fenomenologia. Lisboa: Edições 70, 1958. 127 p.
- KIRK, Samuel A. Educação da Criança Excepcional. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 502 p.
- LYOTARD, Jean-François. A Fenomenologia. São Paulo: Edições 70, 1954, 119 p.
- LOWENSTEIN, Otto. Os sentidos. Rio de Janeiro: Biblioteca Popular Universal, 1968. 236 p.

MERLEAU-PONTY, Maurice Elogio da Filosofia. 3.ed. Lisboa: Guimarães; 1979. 86 p.

_____. Humanismo e Terror: sobre o problema comunista. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1968. 183 p.

_____. Merleau-Ponty na Sorbonne - Resumo de Cursos. Filosofia e linguagem. Campinas, SP: Papyrus, 1990. 246 p.

MORA, José Ferrater. Dicionário de Filosofia. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1982. 456 p.

O Desejo /Organizador Aduino Novaes. São Paulo: Companhia das Letras, 1990. 503 p.

O olhar / Aduino Novaes et al. São Paulo. Companhia das Letras, 1988. 465 p.

PENHA, João da. O Que é Existencialismo. 10.ed. São Paulo: Brasiliense, 1990. 122 p.

REZENDE, Antonio Muniz de. Concepção Fenomenológica da Educação. São Paulo: Cortez, 1990. 95 p.

SILVA, Mário Camarinha da . Normas Técnicas de editoração: Teses, monografias, artigos, papers. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1992. 75 p.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. A Pesquisa Qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

VANNUCCHI, Aldo. Filosofia e Ciências Humanas. São Paulo: Loyola, 1977. 146 p.

VAZIN, Arlete Spencer (e outros). Assistência de Enfermagem do Adulto a Nível Ambulatorial. 2.ed. Porto Alegre: D.C. Luzzatto ed. 1988.

ANEXO

O DADO BRUTO: A FALA DOS DEPOENTES

ANEXO

O DADO BRUTO: A FALA DOS DEPOENTES

“O dado é o ponto de chegada da pesquisa porque é o que se obtém libertando o campo de indagação de preconceitos, opiniões ou superestruturas falsificadoras, e fazendo aparecer e manifestar-se a própria realidade enquanto tal.”

ABBAGNANO

Depoente - Herisson

- Qual a sua percepção sobre os sujeitos da enfermagem, mediado por alguma experiência de hospitalização ou outra?

- Eu já tive duas experiências de hospitalização. Uma durou mais ou menos uma semana. Eu era muito jovem, tinha uns vinte e três anos mais ou menos, e uma outra que durou vinte e quatro horas mais ou menos. Não durou mais do que isto. Já mais para cá, em 85, a primeira deve ter sido em 62, há uma diferença de 23 anos, mais ou menos entre uma e outra. Eu não senti nada que me levasse a pensar da equipe de enfermagem alguma coisa de especial, alguma coisa de extraordinário, eu me senti tratado pela equipe de enfermagem, nas duas oportunidades como qualquer paciente. Eu estava hospitalizado, acamado e as enfermeiras vinham e me davam remédios, traziam comida, me ajudavam quando eu precisava encontrar o banheiro por exemplo, como qualquer pessoa me ajuda, isto é, eu não senti assim nenhuma diferença, me entende, teria sido as mesmas coisas que qualquer pessoa, não senti assim nada como eu tivesse como especial.

- E essa outra experiência?

- Nas duas experiências, eu acho que foi mais ou menos a mesma coisa pode se dizer, embora as situações tenham sido completamente diferentes, eu acho que o tratamento foi o mesmo.

- E qual a sua percepção sobre os sujeitos da enfermagem, mediado nesta experiência?

- Eu não tenho, eu nunca me preocupei em pensar especialmente da equipe de enfermagem, a equipe de enfermagem, é evidente que da mesma forma que eu encontro na rua uma pessoa que não me entende, e que por exemplo quer me carregar no colo, eu acredito que eu posso encontrar alguma enfermeira que queira me carregar no colo, da mesma forma que, é alguém que sinta mal com a minha presença, sintam-se chocados pelo contato com um cego, que eu encontro na rua, talvez eu pudesse encontrar também entre as enfermeiras; da mesma forma que eu encontrar uma pessoa que me entendesse muito em qualquer lugar; também poderia encontrar entre as enfermeiras. Essa é a impressão que eu tenho, não penso na enfermeira, ou na equipe de enfermagem com alguma coisa assim especial, alguma coisa extraordinária, eu acho que a minha condição de cego não cria uma relação especial com a enfermeira, com a enfermagem, a equipe de enfermagem, aí a enfermeira também não tem uma concepção a meu respeito, a respeito da cegueira e trata na medida do possível, como trata qualquer paciente, e qualquer coisa que ela faça em função da cegueira é o mesmo que qualquer outra pessoa faria. Não sei se isto responde a sua pergunta.

- Você pode detalhar mais?

- Bom, o fato dela se dirigir a mim como integrante da equipe de enfermagem, ser a pessoa que me trazia o medicamento, ser a pessoa que media a minha pressão, ser a pessoa que fazia esses serviços que eu reconheço no dia a dia como serviço de enfermagem.

A partir do serviço que ela presta, se ela não se dirigisse a mim falando, aliás qualquer pessoa que se dirige a um cego deve falar, se você se dirige a um cego deve falar com ele, é um mais, eu acho que até que isto é um tanto quanto indutivo. Se você chega, tem um contato comum cego naturalmente você fala com ele, ele não vai perceber a sua presença se você não falar, provavelmente não vai perceber a sua presença, não vai te identificar, porque nós identificamos as pessoas pela voz, isto as pessoas vão percebendo a medida que convivem com a gente.

- Como assim?

- Sim, se ela não se dirigisse a mim, mas normalmente a enfermeira, eu acredito que ela, eu não me lembro de alguma vez que a enfermeira viesse me atender em alguma coisa e não falasse.

- Gostaria de falar algo mais?

- Eu acho que devo ser tratado por todas as pessoas com a mesma cordialidade, com a mesma atenção que qualquer pessoa gosta de ser tratado, a gente gosta que as pessoas nos entendam, eu gosto muito de ser tratado com igualdade, se a enfermeira se dirige a mim dizendo: Ah! que você, eu estou trazendo aqui o remédio, da mesma forma que ela se dirige a qualquer doente, tudo bem.

- E você percebeu assim?

- Na época que estive hospitalizado, senti exatamente assim, não senti nenhuma maneira, nenhuma forma diferente, não consegui sentir que houvesse alguma, eu também não sinto também necessidade de que haja essa diferença de tratamento, eu acho que a enfermeira tem que nos tratar da mesma forma que trata a qualquer pessoa, é lógico que, ou que qualquer pessoa que lide conosco nos trata, a gente oriente sobre como agir e a pessoa age.

- Como assim?

- Olha, eu acho que o nosso problema é que as pessoas normalmente, elas esperam de nós sempre a dificuldade que a gente sempre tenha dificuldade de fazer as coisas, que a gente não entenda as coisas; eu já tive contato com pessoas que achavam até que eu não sabia onde estava, mas é lógico que a gente tenta, à medida que o tempo vai passando, a gente tenta transformar isto, a gente tenta mudar a cabeça das pessoas, fazer com que elas entendam que não é assim; que na realidade nós somos pessoas tão inteligentes, tão perceptuais quanto elas, a exceção da visão a gente trabalha todo o resto do corpo; então a gente não, eu acho que é isso mesmo, elas tem que chegar para gente, conversar e ouvir o que a gente diz e tudo bem. Se disser: você quer que eu, é você. Este comprimido vai ser difícil? Não, engolir comprimido

não é difícil, é a mesma coisa que qualquer pessoa. Subir na cama é a mesma coisa que qualquer outra pessoa, descer da cama é a mesma coisa que qualquer pessoa, a dificuldade que ela tem para entender isso, é a mesma coisa que qualquer outra pessoa, e cabe a gente saber orientá-la, acho que não há nada de extraordinário. Eu acho que por exemplo a enfermeira não necessita de um treinamento especial para lidar com a gente, acho que não, acho que há uma tendência da parte de todo mundo é nos fazer especiais demais, nós somos muito menos especiais do que as pessoas tentam fazer.

Depoente - Edgard

- Qual a sua percepção sobre os sujeitos da enfermagem, mediado por alguma experiência de hospitalização ou outra?

- Bom o seguinte, eu tive a oportunidade de freqüentar alguns hospitais, por exemplo, tipo assim o Getúlio Vargas, então as pessoas normalmente lá, até por ganharem mal, sei lá porque, são, percebia muita rispidez, no tratamento com as pessoas, mas no caso, com relação a mim, quando elas percebiam que sou cego, elas talvez, eu senti que elas se sentiam intimidadas em ser tão grosseiras, por aquela surpresa, por aquilo e tal. Quando você começa a falar também, as pessoas percebem que você tem algum nível, porque lá, as pessoas estão acostumadas a lidar com pessoas de nível de instrução baixo, então quando você começa a falar, você percebe uma diferença nas pessoas. Eu lido muito, constantemente também com clínica particular, problema do meu filho, eu estou sempre lá, e normalmente nestas clínicas as pessoas são mais educadas mesmo, primeiro que você já vai por um convênio, por alguma coisa, digamos, é a aparência mesmo, aí no caso destas clínicas a impressão é boa, as pessoas são gentis e tal, normal não tem diferença.

- Como assim?

- No caso é uma coisa que eu sinto que é genérico mesmo. Está bem já que você está querendo saber a respeito de enfermagem, eu senti isto mesmo que eu te falei anteriormente. No caso destas instituições públicas as pessoas são mais rudes com as outras pessoas, mas no caso, sempre que eu cheguei e tal, eu senti que as pessoas se assustam ou

qualquer coisa, tem uma reação assim né, a pessoas cega por ser uma pessoa diferente, ela sempre traz uma reação mais ou menos nas pessoas. Então as pessoas não têm conhecimento de causa, então elas acham que uma coisa diferente, e se dirigem mais educadamente do que normalmente, do que as outras pessoas.

- Você pode detalhar mais?

- Olha se é bom para mim eu lido da seguinte forma com essas questões: como eu não fujo dos problemas que a cegueira me traz, também não reclamo das vantagens, no caso isto seria uma vantagem em relação a outras pessoas. Mas como eu não fujo dos problemas, eu não tenho como fugir, eu posso brigar para solucionar, mas não tem como fugir deles, eu convivo com eles simplesmente. Eu não fico grilado quando me tratam bem, como também procuro não ficar quando por exemplo uma pessoa, você vai subir no ônibus por exemplo, essa coisa da gente entrar pela frente eu acho errado, mas até que eu, quer dizer, eu prefiro gastar minhas energias com outras coisas que me dêem resultado imediato. Já que eu tenho que conviver com estes problemas. A pessoa que se levanta para me dar lugar, eu sei que não tem necessidade, mas se eu for mostrar para ela que não tem, eu sei que e até uma coisa comodista da minha parte, que não tem necessidade, mas se eu for explicar, a pessoa não vai entender e ainda vai achar que eu fui mal educado. Então eu prefiro, eu convivo com esses problemas simplesmente.

Depoente - Jessé

- Qual a sua percepção sobre os sujeitos da enfermagem, mediado por alguma experiência de hospitalização ou outra?

- É uma coisa mais ou menos milagrosa que se pode dizer, porque a enfermeira encarna em geral a mãe da gente. Ela tem muita característica de piedade, de carinho, é difícil se ver uma enfermeira que não tem isso acentuadamente no seu comportamento, no tratamento, no relacionamento dela para com o enfermo, até um hino da enfermagem diz: que o ideal é que o doente veja na enfermeira um pouco mãe em cada mulher. Isto acontece, eu acho que é um aspecto muito bom, que alivia o sofrimento, é o melhor sedativo que a gente

tem é o carinho, é a atenção, é melhor do que qualquer medicamento. E isto a gente encontra sempre invariavelmente na enfermeira, eu acho que quem não tem isto não foi vocacionada para a enfermagem.

Agora em relação ao deficiente, assim pessoal, eu não sei se há alguma coisa de especial, assim mais acentuado, seja o cuidado, o cuidado maior, um carinho maior, questão de piedade que não é muito produtivo. A gente até prefere ser tratado com igualdade, mas ela é assim, não para o deficiente, ela é assim para todo mundo, ela é carinhosa. Eu acho enfermagem muito bom, eu tive um contato muito bom com enfermeiras quando eu era capelão do hospital das clínicas Centro Goiâno, a clínica fica em Ceres na cidade de Goiás, uma cidade do interior de Goiás, e eu fui capelão, inclusive eu fiz um hino, letra e música para a escola de enfermagem, que lá era uma escola, hospital escola, eu tive um contato muito grande, aí era eu o pai, porque elas eram enfermeiras alunas e ficavam longe da família, ficavam lá internas, então tudo era comigo, procuravam-me para tudo, todo relacionamento foi eu, mas mesmo assim elas eram umas filhas muito carinhosas.

- O senhor não quer cantar ou dizer a letra?

- Servir como enfermeira eis o lema

Que abraça nosso coração

Quem exerce missão tão suprema

Ideal tem mais que profissão

Aprendendo já travamos solene batalha

Contra a dor, contra a morte cruéis

Oh! que mesmo em momentos de falha

Nos achemos lutando fiéis

Pela vida, contra a morte

Capacite-nos, Deus, a lutar!

A segunda estrofe diz: esse pela vida contra a morte, é o estribilho, canta-se no fim de cada estrofe.

A segunda estrofe diz:

- Ao entrar nesta escola nós temos
Lar querido, um templo de Deus
E o preparo que aqui recebemos
É selado com a bênção dos céus
Aprendemos ao dar o remédio ao enfermo
Sem perda levar
Para as almas tão cheias de tédio
O evangelho que os pode salvar
Pela vida, contra a morte
Capacite-nos Deus, a lutar

- Qual a sua percepção sobre isto?

- Isso tem um significado psicológico muito positivo, essa presença é indispensável, eu, inclusive, me dou muito bem, conheço bons enfermeiros, mas eu gosto mais da enfermeira, eu acho que enfermagem e escola primária deveria sempre ser servidas por mulheres.

- Mas como, pastor? Como assim?

- Porque ela é mais mãe do que o homem pai, ela alivia mais, ela é melhor para o homem e para mulher. Quer dizer, mesmo a mulher, eu acho que pensa assim também, porque prefere a enfermeira mulher do que o enfermeiro homem, não é questão de sexo, de nada não; inclusive essa relação carinhosa às vezes pode se tornar um perigo para mulher, para enfermeira, não é? Mas não há dúvida que é preferível que seja enfermeira, eu prefiro que seja enfermeira, eu prefiro a presença mais suavizante, o conforto é maior.

Eu gostaria de dizer que você encarna essa enfermeira materna, terna, e carinhosa que eu sempre gosto de ver na figura de toda enfermeira.

Depoente - Salete

- Qual a sua percepção sobre os sujeitos da enfermagem, mediado por alguma experiência de hospitalização ou outra?

- Bom, a percepção que eu formei acerca da enfermagem, isso depende muito, de que tipo? As pessoas variam, né? Eu não posso dizer que tipo de enfermagem, eu só posso dizer os aspectos que a gente repara na enfermagem, por exemplo, percepção visual nem pensar, não é? Porque eu nunca tive, por isso, eu nasci assim, nasci cega já, então percepção visual nem pensar, o que fica muito para nós em enfermagem, é a percepção auditiva, e a percepção interior; e nós no caso, a gente sente muito o comportamento, de como eles se comportam na hora de falar, você quer um chá com quê? Você quer uma injeção? Você quer um comprimido? Então a gente vai examinar principalmente a maneira, o modo como a pessoa se dirige à gente. Quer dizer, então se a pessoa é, por exemplo, mais ríspida, já nos causa uma certa irritabilidade, a gente já não vai muito com a pessoa, se a pessoa é mais tranqüila, a gente já vai confiando mais. O nível de confiança vai sendo adquirido à medida que a pessoa trata bem ou trata mal, mais ou menos isso, é o que eu pude. Muito mais a percepção auditiva em primeiro lugar, a gente não se incomoda com a aparência, porque a gente não está vendo, a gente percebe muito a parte auditiva, né, e o comportamento, como a pessoa faz para tratar a gente.

- E essa experiência que você teve foi justamente quando foi ter os seus filhos?

- Essa percepção eu tive em três momentos, foi quando fui ter meus filhos, dois filhos, portanto duas vezes em hospital, e uma vez também que fui operar os olhos. Só que um detalhe, quando fui ter meus filhos, fui pra uma casa de saúde particular e quando fui operar os olhos, fui pra uma clínica do INAMPS. Então de qualquer maneira a percepção não muda não, a percepção é a mesma, os aspectos que a gente observa sempre é exatamente esse, o aspecto comportamental.

- Você pode detalhar melhor?

- Eu acho que para gente que está numa hora, que está precisando de apoio, precisando de pessoas amigas, acho que é um significado para mim bastante relevante, porque você precisa de alguém em quem você confie, e se o enfermeiro, o corpo de enfermagem passa para você um nível de confiança através da voz, através daquilo que é dito, através das palavras, se ele passa para você um nível de confiança, a sua estada no hospital vai ser maravilhosa, ao contrário, se ele passa para você insegurança digamos, ele não tem segurança naquilo que faz, ou ele é um pouco ríspido, ele tem alguma coisa assim nas suas maneiras de agir, que são um pouco ríspidas, você já não vai sentir tão à vontade, aquele hospital já vai ser mais um problema que você está enfrentando entre muitos. Graças a Deus, que comigo nos três casos, nas três operações que tive, não aconteceu nada de ruim para mim com o corpo de enfermagem. Foi tudo bem.

- Você gostaria de acrescentar mais algum comentário?

- Nas três vezes, por isto que eu fiz questão de ressaltar ali em cima do problema da casa de saúde particular e do INAMPS, é que nas três vezes, eu fui assim super bem tratada. Então hospital a gente já não está se sentindo bem, porque vai estar no hospital evidentemente, aí é um clima de insegurança que vai acontecer, mas dentro disto, na própria insegurança eu me senti segura nas três vezes que fui, até no INAMPS não tinha um corpo de enfermagem muito grande, como na casa de saúde particular, que você toca a campanha, vem logo a pessoa solícita; mas mesmo não tendo um corpo de enfermagem grande, tinha poucos enfermeiros, mas aqueles poucos que tinha, foi muito proveitoso a minha estada lá. De pessoas ótimas.

- Como assim?

- Isso, primeiro ele diz: Bom dia, como vai? Aí a gente já vai ter a primeira impressão, depois que você tem a primeira impressão, o primeiro contato, no caso dos cegos, auditivo, no contato auditivo, você vai prestar atenção no comportamento. Como é que ela chega, ela dá bola para aquilo que você diz, o enfermeiro está prestando atenção no que você diz, isso tudo. A gente depois passa a observar o comportamento dele, através da voz e através

das maneiras também, digamos ele pega você para dar uma injeção, se ela pega você assim mais brusco, assim você já não confia muito, se ele vai mais delicado, você diz: neste aqui eu posso confiar, ele sabe o que está fazendo, se ele pega você de maneira insegura, você diz: Ih! Ele não está muito seguro ou ele estava nervoso. Se ele pega você tranquilamente, firme, você vai dizer: Ah! então esse aqui tem segurança realmente naquilo que ele está fazendo. A gente percebe pelos toques, pela voz, toque e voz e maneira de falar é muito importante para nós.

- Você pode detalhar para mim?

- O toque é importante, porque se você não tem (o pessoal costuma dizer assim, o cego tem um sexto sentido) isto não é verdade, o que acontece com o cego é o seguinte: ele como é uma pessoa que não enxerga, porque o mundo agora é totalmente visual. Tudo é visual, aí o pessoal diz assim, cego, mas o cego tem um sexto sentido. Cego não tem sexto sentido, o que acontece é o seguinte: Pela falta de visão ele apura os outros. Ele passa a ver não só, procura sentir não só o exterior da pessoa, que esse ele não vê mesmo o exterior para ela não existe e passa apurar os sentidos, que por exemplo, audição, tato, olfato, paladar. Ele apura mais, então por exemplo, no caso do enfermeiro que é a pessoa que você entrega a sua vida, no caso, você se entrega nas mãos dele, do enfermeiro; claro o primeiro contato é a voz, como é que você vai colocar as palavras, e o outro é o toque, quando ele te dá um remédio por exemplo. Pois é, na hora que ele te pega pra dar injeção, o toque que ele faz, que ele passa aquele algodãozinho para dar a injeção, você já percebe se ele passa com mais rispidez, se passa um pouco mais rápido; aí você já começa ter uma impressão. Quando você está numa situação de doença, você está se preparando para operar ou ter um filho. qualquer coisa, você está assim muito sensível, qualquer coisinha que te façam, você começa a questionar aquilo. Então por exemplo, na hora do toque do algodão que ele passa, dependendo de como ele passa, ele vai transmitir alguma coisa, segurança ou insegurança e naquela hora o enfermeiro precisa passar segurança, porque se passar alguma coisa assim, na hora que ele pega no seu músculo para enfiar a agulha por exemplo, aquele toque vai ser de primordial importância. Porque se ele pega você, pega e quase amassa e enfia a agulha, quer dizer, você já não vai, já vai ficar com o pé atrás, com aquela pessoa. Basicamente nos toques ele tem que passar segurança, é, eu acho que é basicamente isto.

- Você gostaria de acrescentar algo mais?

- Bom, o tom de voz é uma coisa engraçada, é claro que a primeira impressão, o tom de voz é muito importante, depois digamos o timbre, o timbre as vezes é muito agradável, então é a primeira impressão; e as vezes no toque ele passa insegurança; as vezes o timbre não é agradável, mas com o decorrer do dia você diz: aquela fulana até que não parecia tão! parecia assim mas não é, não é assim uma pessoa grosseira, de repente o timbre não é agradável, a gente tem aquela primeira impressão mais depois você vai vendo que ela não é aquela pessoa grosseira. Agora o tom de voz, a inflexão que a pessoa dá, aquilo é muito importante para nós, o timbre você pode modificar o conceito que você tenha formado daquela pessoa, se for uma pessoa de timbre agradável ou desagradável, mas isso vai ser modificado de acordo com as inflexões que ele der e também com os toques; isso com o comportamento, com o decorrer vai ser modificado. Agora o tom de voz é muito importante para gente, não posso negar que é muito importante, ou a pessoa é ríspida ou a pessoa é mais agradável, é claro que o mais importante é ser mais agradável.

- E qual a sua percepção sobre os sujeitos da enfermagem?

- Foram muito agradáveis, eu nunca tive comigo particularmente, é o que está em questão, que é a pessoa cega, né? Eu nunca tive digamos uma pessoa desagradável me servindo como enfermeira não, foram pessoas ótimas, tanto no INAMPS quanto em casa de saúde particular, tudo ótimo.

Depoente - Marcelo

- Qual a sua percepção sobre os sujeitos da enfermagem, mediado por alguma experiência de hospitalização ou outra?

- Eu tive duas vezes no hospital Carlos Chagas, esse hospital do estado, tive de madrugada, de madrugada o atendimento no hospital é difícil, enfermeiro está dormindo, médico não está, médico foi para outro lugar; então um dia desses eu tive uma crise de madrugada de epilepsia e não sei o que aconteceu que comecei a vomitar e tive que ir para o

hospital. Fui para o hospital e cheguei lá, já morrendo de dor de cabeça, e ainda estava vomitando, então eu tinha que tomar uma injeção para o vômito e melhorar um pouco a dor de cabeça. E a minha sogra que é enfermeira também, entrou lá, ela já conhecia mais ou menos o hospital, ela entrou, viu que o médico estava dormindo, bateu na porta, o médico foi, me atendeu hiperbem, me atendeu rapidamente, de questão de me dar uma agulhada e me mandou embora. O atendimento dele foi um espetáculo.

E uma outra vez que eu tive no Carlos Chagas pelo mesmo motivo de crise, não foi de crise, eu tive uma a minha esposa, eu fui levá-la para o hospital. Eu fui levá-la para o hospital e era de madrugada, que a gente só passa mal de madrugada, só na hora errada, nunca passa mal na hora certa. Quando cheguei lá aí a gente já foi mal tratado, porque o hospital estava em greve, estava em greve o hospital e a companhia do hospital, lá no Carlos Chagas e a enfermeira começou a tratá-la mal, a gente tem que entender, é greve, falta de material também. Eu acho que em parte a gente foi bem atendido, sempre tem alguém que vacila no campo, mas foi legal taí, bem atendidos, eu e a minha esposa fomos bem.

- E o que é que você percebeu neles, o que você percebeu na enfermeira ou alguém da enfermagem que cuidou de você?

- Bem, no hospital de estado onde fui atendido, sinto que o pessoal está meio desestimulado, porque sempre quando eles estão atendendo a gente estão dando uma injeção, que eles vão preparando, quando eles vão preparando, vão conversando, com o paciente. Eles estão sempre reclamando do salário, hospital, ou é falta de material, hospital sujo, o Carlos Chagas é um horror, sujo, passa rato. Ali onde eu fui, sempre reclamam, não é só ali não, eu trabalho no Souza Aguiar, eu tiro plantão no Souza Aguiar, a gente mesmo lá reclama e o Souza Aguiar é bem melhor que Calos Chagas e a gente reclama: que salário mais micha, que lugar brabo, sempre reclama. Hospital hoje não está como era em 80, o pessoal reclama muito disto, de melhoria de salário, material humano, acho que é isso aí.

- Você quer acrescentar algo mais em cima disto?

- É triste, eu até concordo, mas é um pouco triste, porque tem algumas enfermeiras consegue conversar legal.

- Como Assim?

- É conseguir ter uma , tem enfermeira que é paciente, vamos supor, a minha esposa tem crises de estômago, geralmente ela está lá, então se ela pega uma enfermeira ruim, uma enfermeira que não tenha paciência, até ela mesma fica, não adianta, ela fica nervosa. Porque você já está num hospital ruim, você começa a tratar mal o paciente, que adianta eu ir lá, então é melhor eu ficar em casa com dor até amanhecer para ir num hospital melhor. Então quando eu digo conversar legal, é reclamar sem prejudicar o serviço dela.

- Como assim?

- É falar, puxa o salário é um horror, esse hospital aqui não tem ninguém, e realmente quando ela fala não tem ninguém, ela começa a procurar um funcionário para pedir ajuda e cadê? Não tem funcionário. Os próprios colegas não estão, ou quando está em greve, só tem uma enfermeira, até tem de três a cinco enfermeiras, mas na hora de procurar só tem uma. A chefe vai procurar a auxiliar, não tem auxiliar, está sumida porque está em greve mesmo. Então já não querem levantar de madrugada, querem mais é que durmam, e acho que é isso aí.

Bom, eu sei que a gente vê diversos tipos de profissional, estava me referindo aos diversos tipos de profissional na área de paramédico, de enfermeiro. O contato vai depender do tipo de atendimento que vai ser dado, ou no hospital de emergência ou no ambulatório que é uma coisa muito mais calma mais tranquila. No ambulatório a gente percebe que as pessoas têm um pouco mais de cuidado, são mais vagarosas, mais tranquilas.

- Qual a sua percepção?

- Olha, tem muitas formas da gente perceber, não só a nível de enfermagem, mas a gente percebe como as pessoas estão mais ou menos, pela nossa vivência diária e por exemplo, na maneira de falar, na maneira de respirar são coisas que não são visuais, a maneira de se mexer, de se movimentar de um lado para o outro, a gente percebe essas coisas todas, principalmente sendo ligado, sendo ligado, a gente percebe essas coisas todas com detalhes, coisas que talvez vocês com a visão não percebem, porque vocês têm a visão à disposição, não tem problema. Mas nós temos a necessidade de perceber isso, diversas nuances, é por aí.

Maneira de respirar, maneira de andar, maneira de se mexer, de pegar, tudo, tudo a gente presta atenção, isso que para vocês não tem muito sentido, para nós tem.

- Como assim?

- Isto que acabei de descrever, nuances e particularidades, que para vocês talvez não faça muito sentido, não tem importância, digamos assim, porque a visão supre as necessidades mínimas de vocês, para nós tem muito sentido, o apalpar, o manusear, o se movimentar, o respirar, enfim, tudo.

- Professor, em cima disto, qual é o significado desta percepção que o senhor teve acerca dos integrantes da enfermagem? O que é que isto representou para o senhor? Como foi enveredar por esta via?

- Gostaria de acrescentar algo mais?

- Houve já diversos contatos, uns contatos calorosos, contatos de pessoas que digamos assim, estavam realmente a fim da profissão, tinham uma ligação afetiva com o que faziam.

- Como assim?

- Os cuidados, a maneira como as pessoas tratam, a gente percebe, como eu já falei. As vezes uma determinada emoção a gente percebe, não visualmente, pela maneira de respirar, pela maneira pausada de falar ou não, se a pessoa fala muito depressa. Se, por exemplo, a gente vê até em nível médico, não só de enfermeiro. Se a pessoa escreve muito, depois dá um papel na sua mão e vai para, tudo bem, está livre, é porque não tem, está ali só para cumprir uma função determinada, muito restrita. Agora se a pessoa conversa, olha você vai tomar isto, vai fazer aquilo, não sei o que toma de tal forma, assim, assim.

Depoente - Victor

- Qual a sua percepção sobre os sujeitos da enfermagem, mediado por alguma experiência de hospitalização ou outra?

- É, eu tive uma experiência de enfermagem, um pouco assim difusa. Bom, eu tive uma experiência como operado de hérnia e também como atendido em pronto socorro, quando enfiei o pé, o pé não, até o joelho num bueiro e ralei da perna até o joelho. Então tive também atendimento especial.

De enfermeiro e enfermeira, eles me parecem assim pessoas um pouco distantes dali do processo, para mim; quer dizer, mais ligados à papeleta, aquela coisa, mais tendência burocrática. O auxiliar, aquela pessoa mais próxima, seria o auxiliar de enfermagem, ou então o atendente, que a gente observa logo de cara. Pela postura dele, a postura deles, a maneira como eles atendiam, é uma maneira assim, visto que eu não sei como definir exatamente, até na maneira de se expressar, linguajar, vocabulário.

- Como assim?

- Oi, colega, chega mais para cá, uma coisa assim muito...

- Então era uma coisa assim muito, ao mesmo tempo que informal, por incrível que pareça, assim meio impessoal, é uma coisa meio paradoxal, mas não sei se dá para entender o que estou colocando, ou se estou fazendo me entender. Então é uma coisa assim meio rápida, tudo rapidinho, sem nenhum envolvimento, sem nada. Bom, então digamos assim particularidades no atendimento, digamos assim, pessoas do sexo feminino é um pouquinho diferente das pessoas do sexo masculino.

- Descreva, por favor.

- O pessoal do sexo masculino é assim um pouco mais truculento né? Talvez pela própria formação cultural, tudo mais né, então é uma coisa mais imediatista, chega assim não sei o que, não mexe não. Então qualquer atitude do paciente é encarada como uma atitude que deva ser repreendida porque pode ocasionar algum problema. E por parte das enfermeiras do sexo feminino penso que existe um pouco, as pessoas são um pouco mais didáticas mais pacientes. Eu acho pela própria formação cultural eu já falei. Na formação cultural a mulher é

mais dada, uma certa flexibilidade. Bom, não tem nada de genético, não tem nada biológico na minha opinião, mas é mesmo de ordem formativa. Então o que é que posso dizer, sob o aspecto do profissional, o que chega mais perto de nós realmente é o atendente, e o auxiliar de enfermagem, aquele que opera as coisas de um modo geral. O enfermeiro muito poucas vezes chega até nós. Parece, quer dizer, chega mais para conferir, nem sempre. Bom eu sei que há uma certa, num todo a uma certa distância no enfermeiro em si.

A equipe de enfermagem é uma equipe muito, no setor, não poderia ser de outra forma, também, mas às vezes a coisa chega ao clímax, mas no setor de atendimento de emergência, vivi uma situação de muito nervosismo, muito estrepidante, então isso leva até há umas atitudes um pouco bruscas.

- Como assim?

- Espera aí, não mexe não! Coisas assim do tipo. Bom, a gente vê isto talvez um pouco mais de, não sei como posso

Agora também não levando ao exagero, porque tem momentos que as pessoas sentem que são tratadas como crianças praticamente. Olha, você sabe o que é isto. Olha, você toma isto assim. Olha, você sabe o que é isso? Isto também digamos é falta de tato das pessoas, quando as pessoas começam enveredar por um caminho de tentar, é vamos dizer assim, tratar as pessoas de uma maneira que as colocam como crianças, perguntando cada coisa que a outra diz já não é muito legal também. É uma forma de dar a entender superioridade. Está vendo, eu sou superior a você, então tem que explicar tudo isso a você se não você não vai entender nada. A pessoa tem que partir do princípio que a outra sabe alguma coisa, não é? Então tem esses dois lados. Tem o lado do cuidado, do calor humano, você chega assim, você toma isto, faz isso assim. E tem o outro lado da questão, que é indiferença, tem três lados afinal ou mais, quantos você quiser, mas os três que eu senti assim né, é o outro lado do aspecto da indiferença, que a pessoa escreve, escreve, não toma nem conhecimento de você. Toma, pode ir embora, está tudo bem. Mas doutor o que é que eu tenho que fazer? Está tudo escrito aí. No caso do enfermeiro também, bom, passa o esparadrapo aí, está tudo certo. Mas o que houve? Precisa fazer alguma coisa? Não, não. É como você tem por exemplo, uma pessoa a quem você pergunta no local, eu vou extrapolar um pouquinho, para dar a entender a você. Eu digo o que é. Eu pergunto uma rua a uma pessoa. Onde fica esta rua? Aí a pessoa, entre a esquerda e fica lá. Não é, a pessoa quis se ver livre de você,. Ou o outro lado da

questão é a pessoa super-explicar, explicar até de uma maneira tão pouco delicada que a pessoa inferioriza a outra. Então tem estes três lados que eu distingo mais. Mais dominância digamos, assim, que é o lado da indiferença, o lado da explicação calorosa, a pessoa ter o cuidado de explicitar, e o outro lado que a pessoa super explica nos mínimos detalhes ao ponto de, se a pessoa não entende vai continuar a não entender e a outra pessoa que entende se irrita, você que entende pouco não se irrita, porque se sente humilhada, sabe o que é isto? Olha você senta, fica sentadinho aí, depois você fica assim, assado. Não tem o cuidado de perceber se a pessoa sabe ou não alguma coisa, são esses fatos da mesma questão.

Depoente - Silvano

- Qual a sua percepção sobre os sujeitos da enfermagem, mediado por alguma experiência de hospitalização ou outra?

- Bem, eu tive algumas experiências, eu nem vou dizer porque foram muitas, mas tive algumas como por exemplo: estive num posto de saúde em Guarapari; e tenho pânico, verdadeiro pânico, eu me lembro que eu tenho amigdalite e estava com a minha garganta muito comprometida, então como tenho muito medo de injeção, fico suando frio quando vou tomar injeção, o pessoal lá foi incrivelmente amável comigo, eles fizeram o possível e o impossível para que eu me mantesse profundamente calmo e foi assim uma coisa muito legal. Porque deu para você perceber, que por exemplo, apesar de ser um lugar onde trabalha muita gente, eles recebiam muita gente para atender, eles tinham assim uma boa vontade, assim com as pessoas, dava para você perceber nitidamente neles, que eles sempre tinham um sorriso no rosto, estavam sempre sorrindo, sempre alegres, com muita boa vontade de atender as pessoas.

- Como assim?

- É o seguinte, a gente, a forma mais direta que a gente tem de comunicação com as pessoas de meio vidente, como a gente costuma classificar, vidente são todas aquelas pessoas que enxergam, nós classificamos estas pessoas como vidente.

A gente percebe até pelo timbre de voz, que quando você tem uma forma de emoção, esta forma de emoção, ela é expressada através da sua voz, se você está com raiva,

chateada com alguma coisa, a sua voz, é bem verdade que eu nunca vi uma pessoa, o rosto de uma pessoa com raiva, eu não sei como é mas a voz exprime nitidamente este sentimento, a mesma coisa é o sorriso, quando você sente que ela está alegre, você sente nitidamente pela voz a pessoa que ela está alegre, entendeu? Isto é uma coisa que fica muito claro para a gente através disto. Então é uma coisa assim, entendeu? Então as pessoas inclusive tem muita dificuldade para entenderem quando a gente fala: Poxa, hoje você está alegre! Hoje você não está bem. Justamente porque a voz exprime isso para gente, através da voz a gente sente, capta isto.

Agora teve outra ocasião também que com o mesmo problema de amigdalite, estive no Antônio Pedro, chegando lá no hospital, estava cheio, eu estava com muita febre, aí o pessoal disse: vai no Antônio Pedro, você tem que ver esta garganta e lá fui eu pra o Antonio Pedro, cheguei lá o rapaz veio com uma cadeira de rodas. Todo grosseiro, nojento; senta aí. Aí eu sentei. Vamos lá, vamos nós. Aí ele me botou na cadeira, saiu me empurrando, empurrando a cadeira, e aí fomos nós. Aí a cadeira estava ruim, a roda da cadeira travava, aí ele empurrava a cadeira com muita violência, entendeu? Aí chegando lá na presença do médico ele falou assim: trouxe ele parece que é garganta ruim. A gente percebia, eu percebi nitidamente que era uma pessoa que estava com uma certa, não sei se ele estava chateado, com algum problema, mas você percebia nitidamente que tinha alguma coisa que estava errada com ele, talvez um cansaço, sei lá, mas você sentia que ele realmente não estava bem, a gente dava para perceber pela reação dele, porque como te falei. A voz indica este tipo de reação para a gente. Então ele me botou lá, e tal, depois fui medicado, o médico passou os medicamentos e tal, aí o médico solicitou que ele fosse lá me encontrar, para me levar, me colocar no caminho para que eu me retirasse do hospital. Aí ele virou para mim e disse: Já acabou? Aí falei: Já acabei. Então tá eu vou te deixar aí, você se vira, né? É eu me viro. Aí foi assim, entendeu? Quer dizer duas situações críticas com pessoas completamente diferentes, pelo menos com atitudes bastante diferentes, então foi isso.

- Qual é a sua percepção?

- Olha, é meio relativo, é difícil você formular um conceito porque por exemplo, você lida com um hospital Antônio Pedro, é um hospital que atende basicamente pessoas carentes, pessoas que você acaba, como o pessoal mesmo do hospital diz, você tem que suportar vários tipos de situações, entendeu? Você recebe pessoas de vários níveis de

educação, se é que a gente pode colocar desta forma. Então as pessoas recebem aquela carga, chega um dado momento que também as pessoas, você também precisa considerar que as pessoas não são de ferro. Elas chegam a uma hora que não conseguem mais guardar aquilo, suportarem aquilo tudo e acabam transbordando, então às vezes você chega num momento, você encontra a pessoa dessa forma, nesse ponto. Por exemplo em Guarapari é uma cidade pequena, você atende praticamente sempre as mesmas pessoas, então é muito mais fácil de levar. Agora não sei o que eu fiz, é o seguinte, existe uma classe, existe pessoas que têm muita boa vontade, e existem pessoas que também têm muita má vontade. E vejo isso no meu próprio hospital, onde eu trabalho e, apesar de trabalhar no setor de radiologia, eu circulo por várias partes do hospital, e percebo lá as pessoas tratando paciente, alguns tratando muito mal, outros tratando muito bem. Quer dizer, a gente também não pode generalizar, a gente não pode dizer que a classe de enfermagem por exemplo, é uma classe ruim, você não pode dizer isto, porque existe gente, pessoas muito boas, sensacionais como existem também aqueles maus profissionais, a gente pode dizer, então é isto, não sei se você formou um conceito, não dá, acho que há pessoas interessadas e não interessadas em servir o próximo, acho que é mais ou menos por aí.

Depoente - Sebastião

- Qual a sua percepção sobre os sujeitos da enfermagem, mediado por alguma experiência de hospitalização ou outra?

- Todas as pessoas que não são acostumadas com o cego nos tratam como se a gente fosse pessoas anormais; eu fui tratado é, não sei, quando eu tive internado, isso fora daqui; eu já estive muitas vezes internado aqui no Benjamim mesmo; aqui o pessoal conhece, tudo bem. Mas estive internado no hospital fora daqui e lá o pessoal, eu me senti até anormal (elevado tom de voz), tudo bem, eu tinha doze anos, às vezes parece que me tratavam como uma criança com talvez menos de cinco anos. Tudo por exemplo, tudo eles colocavam na minha mão, sei lá eu me sentia como uma criança com menos de cinco anos.