

# ENTRE O “VÍNCULO” E O “CUIDADO”: UMA ANÁLISE DAS EMOÇÕES NA ENFERMAGEM EM SAÚDE DA FAMÍLIA<sup>1</sup>

Bruna Motta dos Santos (PPGSA-UFRJ)

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

## INTRODUÇÃO

Desde as primeiras reflexões antropológicas<sup>2</sup> que procuraram estabelecer as emoções como área de investigação autônoma, o dualismo razão/emoção tem se constituído como uma das questões centrais. À vista disso, diversos estudos discutiram este caráter ambíguo e complexo da experiência emocional, através de diferentes abordagens que exploraram as tensões e/ou relações da oposição razão/emoção em âmbitos como a polícia (NOGUEIRA, 2017), a advocacia (O'DWYER, 2019), o jornalismo (CONDÉ, 2017) ou, ainda, o trabalho intelectual nas ciências sociais (COELHO, 2019), estudos que compartilham da conclusão de que as emoções integrariam estes cotidianos, ao emergirem como opostos e/ou complementares à racionalidade característica destes cenários. Contudo, tal dinâmica tem sido marcada, sobretudo, por uma tensão, pois, como afirmou Coelho (2019), os discursos e práticas profissionais constantemente situam as emoções como entraves ao desempenho, para o qual a impermeabilidade à vida emocional se apresenta como uma qualidade desejável e como um atributo positivo associado às capacidades profissionais.

Essa tensão, tributária do estatuto atribuído às emoções na etnopsicologia ocidental (LUTZ, 1988), pode ser evidenciada, também, em profissões do campo da saúde, através da experiência de sujeitos que exercem seu ofício em ambientes ambulatoriais e hospitalares e que lidam, cotidianamente, com sujeitos adoecidos e em condição de sofrimento. Podemos citar os trabalhos de Octavio Bonet (2004) e Rachel Aisengart Menezes (2006) como importantes contribuições que refletem sobre o lugar das emoções no cotidiano da prática médica, por exemplo. Tanto no cotidiano dos

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado na 34ª Reunião Brasileira de Antropologia (Ano: 2024)

<sup>2</sup> Um primeiro esforço do sentido de estabelecer as emoções como objeto de estudo antropológico foi empreendido por Marcel Mauss (1979), em seu clássico ensaio “A expressão obrigatória dos sentimentos”, publicado originalmente no ano de 1921. Contudo, foi somente a partir da década de 70 do século passado que se iniciou a construção sistemática de um campo de investigação direcionado às emoções, tendo como principais expoentes nomes como Catherine Lutz, Lila Abu-Lughod e Michelle Rosaldo (REZENDE, COELHO, 2011).

residentes, trabalhados por Bonet (2004), quanto dos intensivistas, discutidos por Menezes (2006), a experiência das emoções aparecia como uma dimensão desprivilegiada em relação à esfera do saber, representadas pelo diagnóstico no primeiro caso e pelo conhecimento técnico no segundo.

Todavia, ambos os trabalhos abordam uma categoria particular de profissionais da saúde, os médicos, que desempenham um ofício situado na mais alta posição hierárquica dentro do campo. Como afirmou Helman (2009), os profissionais da medicina possuem uma visão de mundo que tem como premissas básicas aspectos como o dualismo corpo-mente, a racionalidade científica e a centralidade em elementos físico-químicos, constituindo um grupo social dotado de saberes, práticas e símbolos específicos. Para Jane Russo (2006) a medicina estaria sujeita a um grau de objetificação do ser humano, um conhecimento forjado a partir de corpos-objetos que se tornam alvo do crivo médico, sendo examinados, manipulados e tratados dentro de uma chave que tem a dualidade como aspecto central e constitutivo.

O presente trabalho pretende, em contrapartida, lançar luz para as experiências emocionais de outra categoria profissional da área da saúde, a Enfermagem, uma profissão que se constituiu ao longo do seu processo de desenvolvimento como um fazer definido pelo cuidado. Comumente referida pela bibliografia da área como a *arte* e a *ciência* do cuidar<sup>3</sup>, a Enfermagem é uma profissão cuja formação também se estrutura em torno do modelo biomédico, mas que possui desafios e questões específicas<sup>4</sup> ao se estabelecer como um saber-fazer constituído a partir da noção de cuidado. Segundo a enfermeira e teórica do cuidado Vera Regina Waldow (2012), embora outros profissionais da saúde compartilhem do objeto e sujeito do cuidar, este se difere em relação ao modo como é dispensado, sendo percebido como a razão existencial da enfermagem. Nas palavras da autora:

Profissionais da área da saúde (e outras áreas relacionadas) não diferem quanto ao objetivo e sujeito do cuidado, mas sim na forma como o expressam. [...] Embora constitua um atributo para todos os seres humanos na área da saúde e, em especial, na enfermagem, o cuidado é genuíno e peculiar. Concordando com várias estudiosas no

---

<sup>3</sup> Enquanto a arte abarcaria a realização das técnicas e dos fazeres pelos sujeitos que dela se ocupam, a dimensão científica se referiria ao campo de conhecimento voltado aos seus saberes e práticas (LIMA, 2005).

<sup>4</sup> Em muito trabalhados em que a enfermagem é citada, ela aparece retratada através do termo “profissionais da saúde”, uma expressão de caráter mais geral e que não demonstra a relevância e complexidades específicas que podem ser vislumbradas a partir do olhar voltado às experiências cotidianas destes profissionais. Assim, ao propor uma etnografia centrada em enfermeiras e enfermeiros, reforço a importância de pensá-la como uma prática específica, com questões e dilemas próprios.

assunto, ele é a razão existencial da enfermagem. (WALDOW, 2012, p.15).

No interior do campo<sup>5</sup>, a categoria tem sido atrelada às noções de unicidade e integralidade, uma concepção que se tornaria expressa nas teorias de enfermagem através de definições como o “*paciente em sua totalidade*” ou “*paciente como um todo*”. Tal percepção está alicerçada em uma compreensão integral do sujeito doente, entendendo-o em sua dimensão biológica, social, psicológica, espiritual e emocional. (MELO; GUALDA, 2013; DIOGO, 2017; LOPES NETO, NÓBREGA, 1999). Nesse sentido, a noção de cuidado passa a ser mobilizada tanto para definir e situar a especificidade da enfermagem enquanto profissão, referindo-se a um conjunto de conhecimentos e atividades próprias da atuação das enfermeiras, quanto para descrevê-la como uma prática que ultrapassaria as atividades técnicas, se estendendo a outras esferas do humano, como a dimensão subjetiva. Conforme afirmam Souza et al (2005, p. 269):

O cuidado de enfermagem consiste na essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser.

Nessa perspectiva, o presente trabalho parte de alguns resultados parciais angariados através da pesquisa de doutorado – em andamento – da autora, que tem como objetivo mais amplo compreender como as emoções são compreendidas e gerenciadas por enfermeiras residentes em saúde da família. Tendo em vista o enfoque dessa investigação, a pesquisa está sendo conduzida através de uma etnografia com residentes e professoras de um curso de residência de enfermagem em saúde da família, cujos cenários abarcam os contextos de formação teórica e a prática no serviço de saúde. Neste trabalho, mais especificamente, traçamos como objetivo a análise de um caso clínico apresentado por uma das residentes, através das narrativas que evocam duas categorias nativas que ganham relevo no que concerne à experiência emocional – cuidado e vínculo.

Assim, apresentaremos no primeiro tópico uma breve discussão bibliográfica sobre a relação entre emoções e cuidado. No segundo tópico, abordaremos o caso

---

<sup>5</sup> Como apontaram Bonet e Tavares (2007), o cuidado enquanto categoria se caracterizaria, sobretudo, pelo seu caráter polissêmico, podendo ser compreendido somente em relação aos contextos nos quais suas significações são produzidas. Nesse sentido, partimos, para os fins desse trabalho, de uma interlocução com a produção bibliográfica da enfermagem.

clínico apresentado por Aurora durante uma das aulas teóricas, cuja experiência emocional será apresentada em formato de cena etnográfica. Por fim, empreenderemos uma análise mobilizando o aporte teórico conceitual da Antropologia das Emoções.

## **I. Experiência emocional em contextos de cuidado**

Muitos estudiosos já discutiram a associação entre as emoções e o domínio do cuidar em suas diferentes dimensões e fronteiras. Para Saillant e Gagnon (1999), o cuidado consiste em uma série de gestos e palavras direcionados ao apoio e acompanhamento de sujeitos fragilizados, uma atividade que envolve o domínio das emoções ao ser atravessado pela presença e pelo encontro. Debert e Hirata (2016) afirmam também que o cuidado é uma noção utilizada para tratar de processos, interações e emoções entre sujeitos que cuidam e que são cuidados, conectando as dimensões cognitiva e emocional e contemplando relações edificadas nas mais diversas esferas do social. Já Hirata (2020) define o cuidado como uma atividade que conjuga aspectos materiais, técnicos e emocionais, cujas relações são marcadas pela intersecção entre gênero, raça e classe através das interações estabelecidas entre diferentes atores – provedoras, beneficiários e também aqueles que administram, supervisionam e prescrevem o cuidado –, podendo ser uma relação de serviço, de apoio ou assistência, sujeita ou não a uma remuneração.

Nessa perspectiva, quando falamos de cuidado, não tratamos de uma atividade situada somente na dimensão privada e no âmbito doméstico; falamos também de uma atividade profissional remunerada, composta por diversos estágios de profissionalização<sup>6</sup>. Conforme demonstra a literatura sobre o cuidar, as emoções são entendidas tanto como parte do cuidado realizado no âmbito doméstico/íntimo, quanto do cuidado realizado de modo remunerado, cruzando e atenuando as fronteiras entre as dimensões pública e privada. Citando Hirata e Guimarães (2012):

O amor, o afeto, as emoções não parecem ser do domínio exclusivo das famílias, do mesmo modo que o cuidado, o fazer, a técnica não parecem ser do domínio exclusivo das “cuidadoras”, das “acompanhantes”, das “auxiliares” remuneradas. O trabalho do care [...] é ao mesmo tempo trabalho emocional e trabalho material, técnico. Nele são indissociáveis postura ética, ação e interação. (HIRATA; GUIMARÃES, 2012, p. 3).

---

<sup>6</sup> Nesta acepção, as empregadas domésticas estariam no seu primeiro estágio, seguidas pelas cuidadoras, auxiliares e técnicas de enfermagem no segundo estágio e, por fim, a enfermagem profissional, localizada no mais alto nível de profissionalização do trabalho de cuidado (HIRATA, 2010).

Segundo o sociólogo Ângelo Soares (2012), o trabalho de cuidado seria caracterizado por diferentes dimensões, como as esferas física, cognitiva, relacional, sexual e emocional. Ao voltar sua análise especificamente para a última, o autor aponta que a esfera emocional se situaria em um domínio intrínseco ao trabalho de cuidado, um fazer que envolveria, permanentemente, um trabalho emocional por parte daqueles que cuidam. Em suas palavras, “nem todo trabalho emocional é, necessariamente, trabalho de cuidados, mas todo trabalho de cuidados envolve, sempre, o trabalho emocional” (SOARES, 2012, p. 49). Esse trabalho emocional não diz respeito somente à mobilização das emoções na realização do cuidado, mas está vinculado a uma gestão do eu e das próprias emoções, bem como a adequação às regras de expressão presentes em cada contexto de interação, função ou organização onde a atividade é realizada<sup>7</sup>. Nesse sentido, Soares (2012) observa que mesmo nos contextos nos quais o cuidado é realizado de forma profissionalizada e remunerada, as emoções emergiriam como parte integrante das relações ali estabelecidas.

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

No que concerne mais especificamente ao campo da Enfermagem, é possível notar como a dimensão emocional aparece como uma das esferas presentes no trabalho das enfermeiras. Nesse sentido, alguns trabalhos que nos dão importantes pistas acerca especificidades e complexidades das experiências emocionais vivenciadas por essas profissionais. Pascale Molinier, psicóloga e pesquisadora em Psicodinâmica do Trabalho, apontou como é exigida uma *postura psíquica* das enfermeiras, marcada pela necessidade de sentir o sofrimento do outro, ao mesmo tempo em que lida e sente o próprio sofrimento. De acordo com a autora, esse sentimento é a *compaixão*, cuja dinâmica envolveria uma conduta de *sofrer-com* o outro, esforçando-se para atingir esse sofrimento e amenizá-lo. Longe de se constituir como um sentimento natural e inato, Molinier explica que a *compaixão* é produzida pelo ofício de enfermeira, dizendo

---

<sup>7</sup> Para além do reconhecimento das emoções como parte do trabalho de cuidado, alguns trabalhos abordam as implicações de sua experiência para os sujeitos que as vivenciam, sendo o controle das emoções muitas vezes apontado como uma estratégia para a continuidade da atividade. Sobre a relação entre emoções, controle e cuidado ver Debert e Pulhez (2019) e Araújo (2018).

respeito a uma transformação da subjetividade gerada pela especificidade desse trabalho.

O trabalho de Bárbara Brandi (2021) teve como objetivo refletir sobre os sentidos atribuídos à categoria “trabalho humanizado”, tendo como recorte o entendimento de enfermeiras e enfermeiros atuantes em Unidades de Terapia Intensiva. Através de uma análise sociológica, a autora mobilizou a categoria *trabalho emocional* para compreender as experiências e concepções dessas profissionais, apontado como a equipe de enfermagem nomeava esse tipo de trabalho através da categoria “humanização”, “trabalho humanizado” ou “assistência humanizada”. Tais categorias eram vinculadas a determinadas condutas como preocupação, zelo e conforto e envolviam a avaliação, compreensão e administração tanto dos próprios sentimentos, quanto dos sentimentos dos pacientes, evidenciando a relação íntima estabelecida entre as dimensões técnica e emocional do trabalho.

Na pesquisa de Ana Paula Silva (2022), realizada no contexto pandêmico, o medo e a tristeza apareceram como os sentimentos mais recorrentes entre os membros da equipe de enfermagem. Através dos relatos de suas interlocutoras, a autora aponta como quadros depressivos e crises de ansiedade eram atribuídas tanto ao risco presente no ambiente de trabalho, quanto pela necessidade de afastamento físico dos familiares. Contudo, o cuidado em sua dimensão emocional deveria ser uma constante mesmo em um contexto de perigo, medo e incerteza, pois era percebido como um dever profissional. Como afirmou a autora, “havia a necessidade de ‘permanecer cuidando’ por uma questão de responsabilidade profissional, isto é, de não se eximir de suas obrigações mesmo cientes dos fatores de risco e dos perigos em questão” (idem, p. 51).

Durante minha pesquisa de mestrado (MOTTA, 2020), realizada com estudantes e professoras do curso de graduação em enfermagem, refleti sobre como os sujeitos gerenciavam suas emoções privilegiando determinados sentimentos, destinando outros à evitação. Para minhas interlocutoras, a tristeza e o sofrimento eram percebidos como entraves à realização satisfatória do cuidado, enquanto o carinho e o amor eram entendidos como elementos potencializadores da assistência dispensada. Era necessário, dessa maneira, suprimir ou “aprender a lidar” com as emoções inoportunas e realizar o cuidado a partir da mobilização de daquelas vistas como apropriadas. Esse complexo emocional (COELHO, 2019) se associava intimamente à narrativa acerca da natureza do fazer em enfermagem, descrito como um ofício de cuidado e, por isso, vinculado às emoções.

Essa vinculação entre cuidado e emoções é evocada, ainda, nas produções no interior do campo da enfermagem, denotando ser esta uma preocupação não só de ordem prática, mas uma questão teórica para esses profissionais. Um exemplo é o trabalho da enfermeira Paula Diogo (2017), que ressalta a presença da dimensão subjetiva no trabalho de enfermagem, uma esfera que se manifestaria na relação terapêutica estabelecida entre enfermeiro e paciente. Tal relação seria marcada pelo compartilhamento das emoções que, por um lado, são experienciadas pelo sujeito doente e, por outro, pela enfermeira que vivencia emoções durante o contato com o seu sofrimento. Assim, a autora aponta como as emoções se constituiriam como uma dimensão do ato de cuidar, mobilizadas para trazer resultados terapêuticos aos pacientes.

Se nos ampararmos mais amplamente na literatura em enfermagem sobre o tema, observamos como a dimensão das emoções tem se destacado nos esforços internos de construção de uma epistemologia do cuidar<sup>8</sup>, a partir da qual o *cuidado científico* é concebido como inseparável das emoções humanas, sobretudo dos afetos. (WATSON, 2008; WALDOW, 2012). Em outros estudos, a dimensão afetivo-emocional é apontada como uma das habilidades necessárias ao exercício do cuidado, numa tríade composta por habilidades cognitivas, motoras e afetivas, sendo os afetos e o envolvimento emocional, apontados como qualidades fundamentais para o cuidado em enfermagem. (SANTIAGO; CARVALHO, 2006, MONTEIRO, 2016).

Nesse sentido, podemos dizer que as emoções integram a experiência profissional das enfermeiras e que se constituem, também, como parte de um esforço de conjunção – e não somente tensão – que se expressa, inclusive, nas elaborações teóricas do campo. Assim, parto da premissa de que, ao se ocuparem e se definirem em torno da categoria *cuidado*, enfermeiras e enfermeiros possuem uma forma particular de articular e/ou tensionar as esferas do saber e do sentir, para usar os termos de Bonet (2004). Como buscarei mostrar no tópico seguinte, o campo da enfermagem parece configurar-se como um cenário em que se opera uma “abertura” às emoções, uma relação vinculada, sobretudo, à questão do cuidado. Contudo, como veremos, o caso elucidado

---

<sup>8</sup> A segunda metade do século XX data um período importante na história da enfermagem, marcada por um movimento cuja intenção era construir um corpo de conhecimentos específico para a área. Esse empreendimento foi orientado, sobretudo, pela construção de teorias, um esforço central na busca de autonomia e especificidade, o que permitiu a delimitação dos seus limites de atuação e a sua consolidação como um campo específico de saber (ALMEIDA; ROCHA, 1986). Em minha tese de doutorado, discuto como as emoções são mobilizadas em algumas das principais teorias de enfermagem. Meu argumento é de que as emoções estão situadas, de modo mais ou menos evidente, como parte do esforço de construção de um saber específico da área.

traz algumas especificidades, a partir da relação com outro universo epistemológico – a saúde da família.

## **II. “Ele diz que sou da família”: o caso clínico de Aurora**

Aquele era mais um dia de trabalho de campo nas aulas teóricas da residência. Cheguei cedo, como de costume. Estava animada, já que havia sido informada por uma das residentes que os casos clínicos apresentados teriam um grande teor emocional. Na ocasião, os estudantes deveriam escolher algum paciente que esteve ou ainda estava sob os seus cuidados na clínica de família e apresentá-lo para os colegas. A apresentação deveria contemplar aspectos clínicos, como o diagnóstico, tratamento e resultados, além de aspectos referentes ao contexto social do paciente, como o ecomapa. Esse mapa, obrigatório em todas as apresentações, era exibido através de uma representação gráfica que deveria identificar uma espécie de sistema de apoio do contexto no qual paciente estava inserido. O esquema abarcava, por exemplo, as relações familiares, de vizinhança, de amizade, de trabalho e aquelas estabelecidas com a clínica de família e a equipe responsável pelos seus cuidados, especificando na perspectiva do paciente se os laços com cada um desses sujeitos/grupos eram fracos, fortes ou conflituosos.

Várias daquelas apresentações me chamaram a atenção naquele dia, mas tratarei aqui de forma mais detida do caso clínico apresentado por Aurora<sup>9</sup>. A residente iniciou seu relato contando-nos que seu paciente era um homem jovem de 31 anos que havia amputado o pé recentemente. Diabético, o homem percebeu que estava com uma ferida em um de seus pés e se encaminhou a uma unidade de pronto atendimento ao perceber que também apresentava um quadro de febre alta. Nas três vezes que foi a UPA, foi encaminhado de volta para a casa com alta da equipe médica. Após a quarta ida à instituição e a quarta alta da equipe médica, uma técnica de enfermagem teria notado que seu estado era mais grave do que aparentava e solicitou internação junto aos médicos. No dia seguinte à internação, o homem teve seu pé amputado.

Aurora conheceu o paciente através das visitas domiciliares para a realização do curativo da ferida decorrente da amputação. Ao chegar, notou que o paciente estava muito abalado com o evento e que ainda se recusava a acreditar que não tinha mais um de seus pés. Ele tinha sido recentemente admitido em seu novo trabalho, mas fora

---

<sup>9</sup> Os nomes utilizados neste trabalho são fictícios.



demitido após a cirurgia. Ele estava preocupado, pois não tinha como se manter e manter a filha especial, que estava sob os cuidados de sua mãe.

Aurora contou-nos que inicialmente fazia as visitas três vezes na semana, porque o paciente, desempregado, não tinha condições financeiras de arcar com os custos de um carro de aplicativo para ir até à clínica realizar o procedimento. A residente fez, então, um acordo com ele. Pactuou<sup>10</sup> que iniciaria o seu tratamento fazendo visitas as segundas, quartas e sextas, depois diminuiria para duas visitas semanais (sendo que uma vez na semana ele se encaminharia até a clínica) e, por fim, passaria as orientações para que ele realizasse o seu próprio curativo em casa. Contudo, ainda que a solução encontrada por Aurora diminuísse os gastos do paciente durante o processo, a questão financeira ainda o assolava, já que ele não possuía qualquer tipo de renda na ocasião.

Foi então que equipe se mobilizou para ajudá-lo. Cada membro comprou um cosmético vendido pela mãe do paciente para compor uma cesta que seria sorteada. Aurora contou, animada, que todos os números foram vendidos rapidamente. Além disso, a equipe também se mobilizou para que o paciente conseguisse a doação de uma cadeira de rodas junto a uma instituição filantrópica para auxiliar na sua locomoção. Por fim, agiram para que ele tivesse acesso gratuito aos materiais necessários ao procedimento. Aquele evento, que não fazia parte dos cuidados tradicionalmente dispensados a um paciente naquelas condições, foi aclamado pelos colegas e pela professora, pois demonstrava uma sensibilidade de Aurora ao contexto socioeconômico, um tipo de olhar muito valorizado nos contextos da saúde da família.

Ao apresentar o ecomapa do paciente, demonstrando como o homem definia suas relações com aqueles que habitavam o seu entorno, Aurora disse: *“Eu tinha me colocado na equipe [de saúde], mas ele pediu pra trocar e me colocar como parte da família. Ele diz que sou da família”*. Nessa etapa, os residentes perguntavam ao paciente sobre as pessoas que faziam parte do seu ciclo de convivência, questionando-os acerca de como eram as relações com essas pessoas. Quando questionado sobre o laço com a equipe de saúde, o homem corrigiu Aurora, dizendo que ela deveria ser inserida no campo referente à família, ressaltando que o laço que possuíam era forte. Aurora explicou, então, que isso aconteceu porque criaram um *vínculo*, vínculo este que teria feito com que o paciente permanecesse sendo cuidado por Aurora e seus colegas mesmo

---

<sup>10</sup> Importante categoria nativa que expressava acordos estabelecidos entre profissional e paciente.

com sua a mudança de endereço – o que ocasionaria a alteração de equipe ou até mesmo de clínica. Em suas palavras: “*O paciente mudou de território, mas a equipe brigou para continuar com ele*”.

Enquanto nos contava esses eventos, pude notar que Aurora estava com os olhos marejados. Conforme apontava as informações nos slides e explicava as condutas adotadas, ela parecia ligeiramente inquieta e aparentava tentar dissimular os sinais de sua emoção. Ela desviava o olhar, se movimentava com um pouco mais de agitação, cerrava os lábios. Mas a situação atingiu seu ápice quando a residente terminou sua apresentação. Para finalizar, ela expôs o trecho de um pequeno texto em seu slide, que tratava das ideias de cuidado e de vínculo. Ela iniciou a leitura, mas a voz não saiu. Ela disse, então, com a voz embargada: “*Tô emocionada. Será que alguém pode ler pra mim?*” Enquanto uma de suas colegas fazia a leitura, Aurora enxugava as lágrimas que caíam. O visível esforço de Aurora para controlar-se durante sua apresentação tornou-se em vão naquele momento. Sua apresentação fora atravessada por algo não planejado previamente, mas que se tornou expresso em gestos, olhares e lágrimas; um elemento cuja emergência impactou a dinâmica que ali se desenrolava. O foco não era a cicatrização da ferida, nem a medicação, mas a conduta diante de problemas que estavam para além do corpo biológico. Após os aplausos que demarcaram o fim de sua exposição, seus colegas teceram comentários apreciando outra dimensão do cuidado dispensado e ressaltaram como sua emoção expressava um resultado esperado naquele contexto, qual seja, a conquista do vínculo na realização do cuidado.

### **III. Vínculo e Cuidado: reflexões sobre a experiência emocional de Aurora**

Os dados etnográficos trazidos acima se referem a um cenário em que dois universos simbólicos se inter cruzam. O primeiro diz respeito ao cenário profissional da enfermagem, uma profissão que integra o campo da saúde e que tem sido definida ao longo de seu desenvolvimento como a arte e a ciência do cuidado. O segundo se refere à área específica de atuação desses residentes, a saúde da família, um campo que possui um paradigma particular no cuidado à saúde.

No que concerne ao campo da enfermagem, gostaria de relembrar algumas observações sobre os sentidos da categoria que define a área. Como busquei demonstrar ao longo das páginas anteriores, a noção cuidado tem sido atrelada às noções de unicidade e integralidade, a partir de uma visão predominantemente *biopsicossocial* e *holística* dos pacientes, cuja atenção deve se voltar, também, aos aspectos sociais,

psicológicos, emocionais e espirituais daqueles que são cuidados. Nesse sentido, podemos dizer que a relação da enfermagem com a noção de cuidado coloca a profissão de modo particular diante da experiência das emoções, uma relação que não se pauta somente pela tensão, mas pela ideia de complementaridade, articulando as dimensões do saber e do sentir, da razão e da emoção de modo específico<sup>11</sup>.

Nessa perspectiva, entendo que emoções ligadas à afetividade eram consideradas como experiências positivadas tal como aponta a oposição emoção/estranhamento proposta por Lutz (1988). Quando entendidas através desta oposição, a experiência emocional vê-se associada a aspectos como a vida em contraposição à morte, a conexão em contraste com a alienação e a relação em oposição ao individualismo. Assim, as emoções passam a ser percebidas como experiências que agem na contramão de um mundo racionalizado, como consonantes com o que é considerado genuinamente humano e verdadeiro, contrárias à ausência de autenticidade do pensamento.

Mas no contexto de campo abordado, temos ainda outra dimensão em questão, a saúde da família, que é a especialização realizada pelos interlocutores da pesquisa. A Saúde da Família foi estabelecida, desde o ano de 1994, como um princípio de organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil, emergindo como a forma prioritária através da qual o modelo de assistência e cuidado à saúde na APS deveria se estruturar. Conforme afirmaram Motta e Siqueira-Batista (2015), a Estratégia de Saúde da Família – inicialmente denominada Programa Saúde da Família (PSF) –, tem entre seus pressupostos um olhar integral para o sujeito cuidado, enxergando-o através de sua inserção dentro de um contexto social e familiar específico. Esse processo de retomada ao enfoque totalizante teria se iniciado ainda na década de 1960, período em que ocorre uma espécie de retorno ao pressuposto abandonado pela medicina do final do século XIX ao início do século XX, marcado pela prevalência do modelo anatomopatológico. A APS emerge, assim, como a chave para um novo entendimento dos processos saúde-doença, baseado na crítica de que seria necessária a adoção de um novo paradigma para a promoção da saúde (BONET, 2014).

Octavio Bonet (2014), em estudo com os médicos de família, aponta como ideia de totalidade seria uma noção central da base epistemológica sobre a qual tal área

---

<sup>11</sup>Ainda que nosso foco aqui não seja refletir sobre a dimensão discursiva das emoções, cabe ressaltar que na versão mais ampla deste trabalho buscamos relacionar a constituição de um *complexo emocional* (COELHO, 2019) da enfermagem com o esforço de construção de uma especificidade da profissão, tal como apontado na nota 8.

da medicina se fundou, ideia que aparece no interior do campo através da categoria *integralidade*. Esta concepção fez com que, em primeiro lugar, a ideia de pessoa predominasse na condução do tratamento, que deveria abarcar o processo de adoecimento de modo global e, e em segundo lugar, a incorporação da experiência emocional presente nas interações entre o médico e seu paciente. Nas palavras de Bonet (2014)

É claro que na conceitualização do modelo biopsicossocial não se pode prescindir dos aspectos emocionais ou da afetividade que se desenvolve em todo encontro terapêutico. O adoecer adquirirá um novo significado, no qual a subjetividade está incluída no processo. [...] Ao incorporar as variáveis psicológicas e sociais, esse modelo biopsicossocial teria maiores possibilidades de explicar por que em determinadas pessoas um mesmo sintoma se transforma em uma doença e, em outras, em um “problema de vida” (BONET, p. 166, 2014).

Desse modo, Bonet (2015) entende que as residências em saúde da família se constituiriam em uma “cultura epistêmica” construída em torno de três noções fundamentais: pessoa, vínculo e cuidado<sup>12</sup>. Essas três dimensões só fariam sentido se pensadas juntas, já que nas palavras do autor “a dimensão do cuidado, ao apontar para a totalidade da pessoa, é possível por ter gerado um vínculo; por sua vez, sem vínculo, o cuidado não tem possibilidades de acontecer” (BONET, 2015, p. 260).

Pensando particularmente no contexto da Enfermagem, apontamos previamente a centralidade da noção de cuidado e da sua relação com a ideia de totalidade/integralidade. No que concerne a Saúde da Família, percebemos através do caso clínico apresentado como a categoria nativa *vínculo* possui importância enquanto pressuposto de uma “cultura epistêmica” específica, mas também como um aspecto que possibilitaria, ou melhor, impulsionaria o surgimento de experiências emocionais no contexto de cuidado. O estabelecimento do *vínculo* “ativa o cuidado”, para usar os termos de Bonet (2015). E mais do que isso, ele é responsável por acionar e mobilizar, também, situações e contextos propícios à emergência das emoções, como vemos no caso elucidado.

Dentro dos princípios da ESF, o *vínculo* consiste em uma categoria mobilizada para se referir à aproximação entre o profissional e o usuário do serviço de saúde, sendo apontado como um aspecto importante para a eficácia das ações em saúde e como um

---

<sup>12</sup> Embora o autor reflita acerca da realidade médica, consideramos que suas reflexões são importantes para pensar a prática da enfermagem porque tal cultura epistêmica permeia a prática de todo um campo de atuação, qual seja, a Saúde da Família e Comunidade.

atributo fundamental para uma compreensão mais ampla do processo saúde-doença (SANTOS, MIRANDA, 2016; MONTEIRO et al, 2009). No caso clínico apresentado por Aurora é o *vínculo* que possibilita que outras camadas do cuidado venham à tona; um cuidado atento às condições socioeconômicas e emocionais do paciente. Mas é esse mesmo *vínculo* que possibilita, além de um envolvimento do paciente ao tratamento, o engajamento do profissional ao cuidado e ao contexto em que ele é realizado.

Munida dessas considerações, reflito agora a respeito da experiência emocional de Aurora durante a apresentação do caso clínico. Na exposição, algo fez com que a emoção aflorasse e se manifestasse. Considero que o “gatilho” foi o *vínculo* que a residente construiu com o seu paciente, sendo este o elemento que possibilitou o engajamento da profissional na situação. Entendo engajamento na perspectiva de Michelle Rosaldo (2019), ou o que a autora denominou como “um senso de engajamento do self do ator”.

A abordagem de Rosaldo é conhecida como uma perspectiva que dilui dicotomias ao propor uma abordagem em que corpo, pensamento e emoções são pensados de forma conjunta. A autora sugere, assim, que a vida emocional consistiria em uma dimensão atrelada ao pensamento, sendo o sentimento formado no pensamento e este, por sua vez, permeado de significado emocional. O que distinguiria, então, o pensamento e o afeto e, por conseguinte, uma cognição “fria” de uma “quente”, seria justamente o “senso de engajamento do self do ator”. É esse engajamento, uma espécie de envolvimento do sujeito na ação ou contexto, que determinaria a apreensão que o sujeito tem de determinada situação. Dito de outro modo, as emoções seriam práticas sociais estruturadas pelas nossas formas de compreensão que, ao serem vivenciadas corporalmente, atravessam as interações que os sujeitos estabelecem entre si e com o mundo ao seu redor. Nas palavras da autora:

Eles são pensamentos incorporados, pensamentos filtrados pela apreensão de que "estou envolvido". O pensamento/afeto, portanto, evidencia a diferença entre a mera audição do choro de uma criança e a sensação de ouvir - como quando se percebe que o perigo está envolvido ou que a criança é sua (ROSALDO, 2019, p. 38).

Aurora, engajada no contexto e situação pelo *vínculo* que estabeleceu com o seu paciente, foi assaltada pela emoção na frente de seus colegas ao relatar as vivências cotidianas de trabalho. O choro surgiu ao final da descrição do caso clínico, no momento no qual a residente relatava as outras camadas de cuidado e as relações que estabeleceu com o seu paciente. O paciente não estava presente e Aurora não estava no

contexto de realização do cuidado; ela estava no cenário formal de sala de aula apresentando um trabalho acadêmico-profissional. O que explicaria, então, a ocorrência da emoção e sua expressão pelo choro?

Podemos pensar as emoções aqui através das proposições de Reddy (2001), que as entende material pensado frouxamente conectado, como uma espécie de pensamento extralinguístico ativado por memórias, pensamentos e lembranças que não puderem ser trazidos de outro modo senão pela emoção. Ou seja, os materiais pensados, forjados através dos códigos específicos daquele contexto, ao serem ativados foram “traduzidos numa ação ou afirmação num curto espaço de tempo”. (REDDY, 2001, p. 111 - tradução nossa). Aqui, poderíamos pensar, ainda tendo em vista as contribuições de Reddy, que as emoções de Aurora poderiam ter sido alteradas em razão do enunciado emotivo, o que parece não ter ocorrido, dada a abertura às emoções que vemos ser operada nesse contexto. Essa expressão e a forma como ela foi “aceita” está associada à configuração socio-relacional em que ela foi manifesta e enunciada, processo em que o corpo ocupou um lugar relevante de agência (LYON, 1995).

Ademais, é importante apontar também como a produção da emoção se deu em meio às dinâmicas de ação e incorporação em histórias e vidas emaranhadas. No caso elucidado, temos Aurora, uma enfermeira que está em processo de formação para se tornar especialista em saúde da família, que criou um *vínculo* com o seu paciente, um homem recém-amputado que tinha dificuldades que ultrapassavam o ferimento. Entender plenamente a emergência dessas emoções implica a imersão em um relato que acesse a gama de dados que informam essa experiência: as epistemologias do cuidado em enfermagem e da saúde da família, por um lado, e a relação de Aurora com seu paciente, por outro.

A epistemologia do cuidado em enfermagem e a saúde da família constituem dois universos – ou *idiomas culturais*, para usar os termos de Rosaldo (2019) – que ofereceram à Aurora todo um conjunto de categorias e visões de mundo que permitiram não somente que ela se envolvesse na ação, como também influenciaram nos seus modos de sentir e pensar frente à situação vivenciada. As emoções são conceituadas e entendidas de modos particulares, incluídas e incentivadas no interior desses universos, o que faz com que os residentes se situem de determinada maneira diante da experiência das emoções. Mas há, também, a dimensão biográfica, a forma como Aurora conduziu e se apropriou dessas categorias, forjando uma relação específica com seu paciente. Nesse sentido, concordamos com Beatty (2014) quando o autor afirma que as emoções “são

personais e biográficas, além de compartilhadas; são do momento, mas fazem referência ao passado; elas estão ‘aqui’ e também ‘lá fora’” (2014, p. 437), sendo experiências moldadas por histórias pessoais e forjadas por relações sociais e interpessoais ao longo do tempo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABU-LUGHOD, Lila; LUTZ, Catherine. **Introduction: emotion, discourse and the politics of everyday life**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo : Cortez, 1986.

ARAUJO, Anna. Da ética do cuidado à interseccionalidade: caminhos e desafios para a compreensão do trabalho de cuidado. **Mediações: revista de Ciências Sociais**, Londrina, v. 23, n. 3, p. 43–69, 2018.

BISPO, Raphael; COELHO, Maria Claudia. Emoções, Gênero e Sexualidade: apontamentos sobre conceitos e temáticas no campo da Antropologia das Emoções. **Cadernos De Campo**, São Paulo, 28(2), 186-197, 2019.

BONET, Octávio. **Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina**. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2004.

BONET, Octávio; TAVARES, Fátima Regina Gomes. **O cuidado como metáfora nas redes da prática terapêutica**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007.

BONET, Octavio. **Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina**. Rio de Janeiro : 7Letras, 2014.

BONET, Octavio. Sentindo o saber. educação da atenção e medicina de família. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 21, n. 44, p. 253-277, jul./dez. 2015.

BRANDI, Bárbara Ferrari. **Os Sentidos do Trabalho Humanizado: cuidado e trabalho emocional na enfermagem**. p. 105. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2021.

COELHO, Maria Claudia. As emoções e o trabalho intelectual. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, ano 25, n. 54, p. 273-297, maio/ago, 2019.

COELHO, Maria Claudia. Memorial de Maria Claudia Coelho. **Interseções** [Online], 21-1, 2019.

CONDÉ, Geraldo Garcez. As Emoções Diárias: ensaio sobre a etnopsicologia do jornalismo, **Interseções**, v. 19, n. 1, p. 253-173, 2017.

DEBERT, Guita Grin; PULHEZ, Mariana Marques. **Desafios do cuidado: gênero, velhice e deficiência**. Campinas, SP : UNICAMP/IFCH, 2019.

DIOGO, Paula. Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. **Pensar Enfermagem**, vol. 21, n. 1, p. 20-30, 2017.

GUIMARÃES, Nadya Araujo. O cuidado e seus circuitos: significados, relações, retribuições. In: GUIMARÃES, Nadya Araujo; HIRATA, Helena Sumiko. (Org.). **O gênero do cuidado: desigualdades, significações e identidades**. Cotia, SP: Ateliê Editorial, p. 91-128, 2020.

HIRATA, Helena; DEBERT, G. (2016). Apresentação ao Dossiê Gênero e Cuidado. **Cadernos Pagu**, n. 46, 2016.

HIRATA, Helena; GUIMARÃES, Nadya Araújo (Org.). **Cuidado e cuidadoras: as novas faces do trabalho do care**. São Paulo: Ed. Atlas, 2012.

HIRATA, Helena. Teorias e práticas do care: estado sucinto da arte, dados de pesquisa e pontos de debate. **In: Cuidado, trabalho e autonomia das mulheres**. São Paulo: SOF, 2010.

LOPES NETO, David; NOBREGA, María Miriam Lima da. Holismo nos modelos teóricos de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, vol.52, n.2, pp.233-242, 1999.

LUTZ, Catherine. **Unnatural emotions: everyday sentiments on a Micronesian Atoll and their challenge to western theory**. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.

LYON, Margot. "Missing emotions: The limitations of cultural constructionism in the study of emotions". **Cultural Anthropology**, 10, (2), 244-263, 1995.

MAUSS, Marcel. **A expressão obrigatória dos sentimentos**. In: OLIVEIRA, Roberto Cardoso (Org.). Marcel Mauss: antropologia. São Paulo: Editora Ática, 1979, p. 147-153.

MELO, Lucas Pereira de; GUALDA, Dulce Maria Rosa. Ciências Sociais e enfermagem no Brasil. In: **Enfermagem, antropologia e saúde**. Editora Manole: Barueri-SP, 2013.

MENEZES, Rachel Aisengart. **Difíceis decisões: Etnografia de um Centro de Tratamento Intensivo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MOLINIER, Pascale. A dimensão do cuidar no trabalho hospitalar: abordagem psicodinâmica do trabalho de enfermagem e dos serviços de manutenção. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, 33 (118): 06-16, 2008.

MONTEIRO, Priscila de Vasconcelos et al. Quando cuidar do corpo não é suficiente: a dimensão emocional do cuidado de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.20, n. 957, 2016.

MONTEIRO, Michele Mota et al. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 43(2) : p. 358-364, 2009.



MOTTA, Bruna Motta. **Corpos que cuidam: uma etnografia das práticas em enfermagem**. 2020. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

MOTTA, Luís Claudio de Souza; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 39(2) : p. 196-207, 2015.

NOGUEIRA, Silvia Garcia. Percepções e afetos de policiais federais: interações com estudantes estrangeiros. **Interseções**, v. 19, n. 1, p. 150-170, 2017.

O'DWYER, Brena. “Emoção”, “técnica”, raiva e amorna aplicação da Lei do Femicídio em um júri público no Rio de Janeiro. **Cadernos de campo**, vol. 28, n.2, São Paulo, p. 198-216, 2019.

REDDY, William. **The navigation of feeling a framework for the history of emotions**. Cambridge, Cambridge University Press, 2001.

REZENDE, Cláudia Barcellos; COELHO, Maria Cláudia. **Antropologia das Emoções**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

ROSALDO, Michele Zimbalist. Em direção a uma antropologia do self e do sentimento. **RBSE Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 18, n. 54, pp. 31- 49. Tradução de Mauro Guilherme Pinheiro Koury, 2019.

RUSSO, Jane. Do corpo-objeto ao corpo-pessoa: desnaturalização de um pressuposto médico. In: Alicia Navarro de Souza; Jaqueline Pitanguy. (Org.). **Saúde, corpo e sociedade**. 1ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, p. 183-194, 2006.

SAILLANT, Francine; GAGNON, Éric. Vers une anthropologie des soins? **Anthropologie et Sociétés**, v. 2, n. 23, p. 5–14, 1999.

SANTIAGO, Patrícia Sarsur Nasser; CARVALHO, Daclé Vilma. Habilidades afetivas na formação do profissional de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 292-296, 2006.

SANTOS, Raionara Cristina de Araújo; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. Importância do vínculo entre profissional-usuário na Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, 6(3): p. 350-359, 2016.

SILVA, ANA PAULA MARCELINO. **Os riscos do cuidado: experiências do trabalho das profissionais de enfermagem na pandemia de covid 19**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, 2022.

SOARES, A. As emoções do “care”. In: GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H. (Eds.). **Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do “care”**. São Paulo: Atlas, 2012.

SOUZA, Maria de Lourdes de; SARTOR, Vicente Volnei de Bona; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; PRADO, Marta Lenise do. O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto contexto - enferm**. vol.14, n.2, pp.266-27, 2005.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar: expressão humanizadora da Enfermagem.** Petrópolis, RJ : Vozes, 2012.

WATSON, Jean. A teoria do cuidado humano de Watson e as experiências subjetivas de vida: fatores caritativos/caritas processes como um guia disciplinar para a prática profissional de enfermagem. **Texto contexto - enferm. [online]**, vol.16, n.1, pp.129-135, 2007.

WATSON, Jean. Nursing: **The Philosophy and Science of Caring.** Colorado : University Press of Colorado, 2008.