

# AS LIGAÇÕES AFETIVAS EM NORBERT ELIAS E O PROCESSO DE CUIDAR EM SAÚDE.

Debate o discussão em teoria social.

GT 26- Sociologia do corpo e as emoções

Profa. Dra. Cristiane Batista Andrade

## RESUMO

Discute as ligações afetivas, as interdependências, o processo de morte e envelhecimento em Norbert Elias e as suas relações com o cuidar em saúde. As sociabilidades permitem as ligações entre as pessoas, permeadas pelas emoções: os sentimentos de vergonha, repugnância e de pudor do corpo, os modos de cuidar da saúde, vão paulatinamente se modificando, à medida da construção do Estado, do uso de medicamentos e do avanço da tecnologia. Os atendimentos na área de saúde são caracterizados, grosso modo, pelo curto tempo de interação entre profissional e indivíduos, negação da morte e do envelhecimento, diferenciações entre os saberes populares e eruditos e racionalização da assistência. Oferece subsídios teóricos para os saberes e fazeres na área de saúde.

**Palavras-chave:** humanização da assistência, emoções, saúde.

## INTRODUÇÃO

A temática sobre o envelhecimento e a morte surgiu como integrante das relações vivenciadas no processo de cuidar, durante o curso de graduação em Enfermagem realizado pela autora ainda nos anos de 1990. Os cuidados prestados aos indivíduos colocaram questionamentos referentes às relações que iam estabelecendo com o processo de saúde e doença e na compreensão dos sentimentos e das emoções dos indivíduos. Por dizer, as emoções dos profissionais de saúde também intrigavam à medida que o contato deles com o corpo do outro ia mostrando a lacuna entre a humanização e os sentimentos de repulsa, defesa e frieza.

Chamava à atenção a formação centrada nos conhecimentos médicos e biológicos, ou seja, nas práticas de cuidado e de assistência à saúde, não considerando a dimensão história, social e cultural do cuidado. De maneira acentuada, percebia-se isso refletido na área hospitalar, como, por exemplo, o indivíduo sendo olhado pela doença e pelo tratamento. Era evidente que os conhecimentos advindos da expansão das ciências médicas e biológicas contemplavam o atendimento, mas não somente isso era necessário. Embora, em meados de 1997, a consolidação do SUS (Sistema Único de Saúde) no Brasil já indicasse uma formação com vistas à promoção à saúde, havia na graduação em Enfermagem um currículo voltado à aprendizagem hospitalocêntrica e de conhecimentos médicos hegemônicos.

Posteriormente, ao realizar a docência em Enfermagem, as questões relativas ao processo de envelhecimento e morte foram sendo tecidas, ao passo que os estudantes de graduação ou do ensino técnico questionavam e/ou se sentiam incomodados ao cuidar de pessoas que possuíam diagnósticos pouco favoráveis para a vida. Sendo assim, foi na problematização e discussão da temática que buscou-se a interlocução com autores que pudessem explicar e amenizar a lacuna existente entre as representações das ligações afetivas, morte e envelhecimento, sobretudo em Norbert Elias.

Portanto este ensaio tem por objetivo discutir as ligações afetivas e as representações sobre o envelhecimento e a morte em Norbert Elias e as suas relações com o cuidar em saúde. Neste contexto,

pretende-se responder de que maneira a noção das relações entre os indivíduos na sociedade pode contribuir para o processo de cuidar na área de saúde. Para tal, são discutidas as ligações afetivas, as relações de interdependências e o processo de morte e envelhecimento, especialmente em *A Solidão dos Moribundos*.

### **As ligações afetivas e o processo de morte e envelhecimento**

“O que faz com que as pessoas se liguem umas às outras e sejam dependentes umas das outras?”  
(Elias, 2011)

Ao argumentar a questão acima, Elias considera que os indivíduos estão na sociedade formada pelas relações sociais e separados por uma barreira invisível. Cabe à sociologia compreender as teias humanas e sobretudo, as configurações sociais. Ao tratar as relações entre os indivíduos e a sociedade, Elias (1994, 2011) mostra que são indissociáveis. Neste sentido, a sociedade só existe porque o conjunto das pessoas conduz às mudanças sociais: “o indivíduo na companhia dos outros, a sociedade como uma sociedade dos indivíduos” (Elias, 1994, p.18).

Pensar nas ligações afetivas é analisar a interdependência entre os indivíduos e a sociedade, ou seja, “podemos saber perfeitamente que as sociedades se compõem de indivíduos e que os indivíduos só podem possuir características especificamente humanas tais como capacidades de falar, pensar e amar nas suas relações com as outras pessoas – em sociedade” (Elias, 1994, p. 123). Não há dúvida que as sociabilidades permitem as ligações entre os indivíduos e são permeadas pelas emoções. Emoções entendidas aqui como um processo social, na qual ela tem uma associação entre os indivíduos na sociedade:

O indivíduo que formou esta ligação será tão profundamente afetado quando esta unidade social, a qual está afetivamente ligado, for conquistada ou destruída, depreciada ou humilhada, como quando morre alguém amado. Uma das maiores lacunas das teorias mais antigas da sociologia contemporânea é o fato de investigarem essencialmente as perspectivas sociais do “eles”, quase não se servindo de instrumentos conceptuais rigorosos para investigar a perspectiva de “eu e nós” (Elias, 2011, p.151).

É na concepção de configuração que Elias (2009) mostra que as emoções são constituintes dos seres humanos e portanto, são aprendidas. É no confronto entre as ciências biológicas e humanas que explicita a necessidade das análises sociais como um processo num fluxo contínuo. Neste sentido, argumenta que as emoções são construídas e aprendidas na dinâmica das relações sociais, nos componentes comportamentais e fisiológicos. Ou seja, para a compreensão das emoções dos indivíduos há de se considerar que a aprendizagem se dá ao longo do tempo e vão paulatinamente – a medida do processo de civilização – passando pelo autocontrole e controle social, atenuando as formas de expressão dos sentimentos, como o toque corporal e a solidão no processo de envelhecimento e morte. Como expressão do componente fisiológico, tem-se a face humana como reflexo das emoções: o choro, o ar de tristeza ou alegria, a ira, o rubor etc. Não há separação entre a aprendizagem, os processos fisiológicos e os comportamentos dos indivíduos na sociedade:

Se as emoções são a expressão de alguma coisa, elas o são das relações de interdependências, das quais elas são parte integral. Neste sentido acompanhando

Elias, emoções são essencialmente comunicativas: elas são expressões do que ocorre entre as pessoas, e não expressões de alguma coisa existente no interior de uma pessoa (Burkit, 2009, p.191).

A obra de Norbert Elias, especialmente a *Solidão dos Moribundos: envelhecer e morrer*, permite fazer a interlocução entre as ciências sociais e da saúde. Ao mesmo tempo que possibilita o entendimento das representações – entendidas como construções sociais, aprendidas na dinâmica do convívio dos indivíduos na sociedade – também proporciona a compreensão das representações do envelhecimento e da morte, bem como as emoções diante desse processo. Neste sentido, as emoções entre as pessoas e a equipe de saúde colocam no centro do debate a importância de esmiuçar as configurações aí existentes. Com o processo de civilização houve a construção de costumes e comportamentos relativos à solidão, ao isolamento dos moribundos, o controle técnico e científico da morte e do envelhecimento. Como Elias analisa sociologicamente o envelhecimento e a morte?

Quero complementar o diagnóstico médico tradicional com um diagnóstico sociológico centrado no perigo do isolamento a que os velhos e moribundos estão expostos (Elias, 2001, p. 84).

O avanço das suas contribuições é entender, na área de saúde, o quanto a racionalização e o controle das emoções perpetuam e acentuam os comportamentos defensivos e os sentimentos de fracasso e frieza diante dos doentes e dos idosos. Soma-se a isso que o processo de civilização influenciou, em certa medida, a diminuição das crenças sobrenaturais: “Comparada com estágios anteriores, a vida nessas sociedades se tornou mais previsível, ainda que exigindo de cada indivíduo um grau mais elevado de antecipação e controle das paixões”.

Em concomitância, as representações do processo de morte estão associadas, portanto ao recalque. Ou seja, as estratégias de defesa construídas socialmente fazem com que desapareçam da memória a experiência do sofrimento e também do contato com a própria morte: “A visão de uma pessoa moribunda abala as fantasias defensivas que as pessoas constroem como uma muralha contra a ideia da sua própria morte” (Elias, 2001, p. 14). Como o controle das emoções está relacionado com a aprendizagem, as crianças são impedidas do contato com a morte, com a doença e o sofrimento, já que a morte do outro é a lembrança da própria morte.

Não sem razão que a racionalização da morte e o controle das emoções reiteraram o cuidado aos doentes no espaço público, aumentando a incidência do isolamento e do cuidado prestado por profissionais de saúde, em detrimento dos domiciliares. Neste caso, os cuidados são prestados em ambientes hospitalares e nas instituições asilares. Chama à atenção a crítica tecida por Elias (2001) relacionada aos asilos como uma das estratégias para isolar o envelhecimento e a morte. Portanto a institucionalização dos idosos rompe com os antigos laços afetivos e passam a ter uma vida comunitária com outras pessoas com as quais não tem ligação nenhuma:

O nosso desejo é a permanência, é a vida eterna, é a eterna juventude, a rigidez, a força, a beleza. Os nossos maiores temores são o inesperado e a finitude, e deles nos afastamos com vigor. Em tal contexto o velho passa a ser sujeito vazio de ser compreendido, em relação ao qual não se tem sequer paciência. O velho é aquele outro em relação ao qual o jovem não consegue construir nenhuma identificação. Consequentemente não é possível, sem esforço, a solidariedade (entendida como um jogo entre iguais). O idoso é jogado para as

margens da experiência social e cultural, e seu acolhimento dependerá de sua incorporação ao mercado (Agra do Ó, 2008, p.398-9).

A fragilidade humana separa os que estão envelhecendo dos que estão vivos, por consequência o isolamento dos doentes e dos velhos se torna lugar comum nas relações sociais. O isolamento e o esfriamento das relações acabam por influenciar a vida e a segurança dos indivíduos, ou seja, ao mesmo tempo em que há avanços nas descobertas de doenças e o prolongamento da vida, isola-se os indivíduos doentes nos hospitais e em asilos:

Na unidade de terapia intensiva de um hospital moderno, os moribundos podem ser tratados de acordo com o mais recente conhecimento biofísico especializado, mas muitas vezes de maneira neutra em termos de sentimentos, podem morrer em total isolamento (Elias, 2001, p.100).

Eis a contribuição sociológica para evitar o isolamento a que moribundos e idosos estão expostos: a compreensão da importância das ligações afetivas como constituintes das relações sociais num momento de diferentes costumes, hábitos e rotinas que o ambiente hospitalar e asilar proporcionam.

### **O trabalho de cuidar em saúde**

O trabalho na área da saúde tem a sua especificidade e está relacionado com o modo de produção da vida e do cuidado (Meyer e Franco, 2008; Ramos, 2002). Tem no processo de trabalho os saberes necessários para lidar com instrumentos e equipamentos, os conhecimentos técnicos de cada área profissional e as relações sociais entre os indivíduos e os grupos. O trabalho em saúde é coletivo, no qual os trabalhadores possuem relações de interdependência e o cuidado é construído por cada um deles (Meyer e Franco, 2008). Associa-se a isso, o fato de ser considerado um trabalho reflexivo, de dimensão ética e política, de alta complexidade nas tomadas de decisões e condutas, diversidade no processo de trabalho e fragmentação do trabalho, como a divisão técnica e social entre os profissionais, bem como as atividades desempenhadas por cada um deles (Ramos, 2002).

O trabalho no setor de serviços é caracterizado pela heterogeneidade das organizações que as compõem e pelas interações entre os trabalhadores e os indivíduos, como o contato face a face, verbal e uma convivência maior, abarcando a dimensão psíquica, cognitiva e emocional. O trabalho de prestação de serviços é consumido ao mesmo tempo em que é produzido, o que dificulta o controle da qualidade e do reconhecimento de sua existência. Está na interface com o encontro social entre os usuários e os trabalhadores e nas relações entre os indivíduos (Soares, 2002; 2010; 2012). Uma atividade que mantém o contato direto com o corpo do outro, em que a expressão de amabilidade, de gentileza, de dissimulação, irritação e hostilidade são a centralidade das contradições de cuidar do outro:

é preciso retirar da invisibilidade esse componente do trabalho de cuidar, parece-nos não menos fundamental que o trabalho emocional seja progressivamente contemplado e integrado nos diferentes modelos de planejamento e de gestão dessas atividades, as quais conquistam cada vez mais a centralidade no mundo contemporâneo” (Soares, 2012, p. 57).

É importante ressaltar que além do componente emocional no trabalho de cuidar em saúde e das contradições que as ligações afetivas colocam neste cenário, a história da formação na área de saúde, quer seja de nível médio técnico, quer seja de nível superior esteve relacionada com a ciência positivista e com o desenvolvimento dos saberes médicos e hegemônicos no decorrer dos tempos. Se por um lado trouxe avanços no conhecimento do processo de saúde e de doença, por outro perpetuou a concepção de saúde voltada para a divisão dos corpos, ênfase no cuidado especializado, curativo e biológico. O corpo na sociedade civilizada é tido sob o olhar dos saberes médicos e biológicos centrados: anatômico, clínico e doente.

Neste sentido, o cuidado humano é viabilizado pelo conhecimento tecnicista que se consolidou no processo de desenvolvimento da sociedade contemporânea. Portanto os saberes médicos e higienistas são reverberados no processo de cuidar dos profissionais de saúde: “Por essa razão, o conhecimento que as pessoas possuem em dado período é oriundo de um longo processo de aquisição de conhecimento desde o passado” (Elias, 2008, p.532).

Na dinâmica da relação entre envelhecimento, morte e adoecimento os profissionais da área de saúde, quer sejam, pelas estratégias coletivas apontadas por Elias (2001), quer seja pela formação em saúde que não contemplam o trabalho como emocional e relacional, é comum profissionais não discutirem essa dinâmica, bem como não associar como essencial na humanização do cuidado e na qualidade da assistência. Se partimos do pressuposto que a morte é “escondida, vergonhosa e negada; deslocada da ordem da natureza e, agora, administrada pelo saber e pela instituição médica” (Borges e Mendes, 2012), não seria na formação do profissional que esse debate pudesse ser a centralidade do fazer em saúde? Se com o advento da civilização e o cuidado com a morte e envelhecimento se dão, sobremaneira na esfera hospitalar, os profissionais estarão diante do não preparo para lidar com esse processo:

Lá serão forjadas as estratégias para controlar as manifestações emocionais dos profissionais, pacientes e familiares, a fim de proteger a rotina institucional que precisará ser resguardada. A normatização estrita e hierarquização presentes na instituição hospitalar desenharão a pouca possibilidade de diálogo entre os diferentes atores sociais envolvidos no processo de morte e do morrer (Borges e Mendes, 2012, p.325).

As autoras atentam para a pouca discussão do processo de morte no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da ciência que cura, salva e retarda o envelhecimento: “a assistência em saúde é impessoal, mecânica e asséptica”. Ao passo que a assistência às pessoas e famílias nesse processo fica prejudicada. Não sem razão, no estudo sobre as representações da morte e do processo de morrer entre profissionais da área da saúde, encontrou-se a negação e a crença nos saberes médicos hegemônicos para vivenciar esse processo. O sentimento de fracasso, sofrimento e exaustão foram comumente relatados pelos sujeitos:

Lembro que fiquei extremamente triste e com uma sensação de fracasso. Não havia nada que pudesse fazer. Putz, como foi ruim! Mesmo com todo conhecimento espírita, estava me sentindo um fracassado. Encarei da pior maneira possível e foi ruim para superar. [Sujeito entrevistado, P-2. Borges e Mendes, 2012, p.328]

Não trato mal, mas também não trato como os outros. Morro de medo de estar com ele e ele vir a óbito. Tento, então, ser rápida em meus procedimentos e

evito conversar muito. [Sujeito entrevistado, P-3. Borges e Mendes, 2012, p.328]

As autoras argumentam que a despeito da difícil abordagem da morte e do adoecimento, é importante na formação profissional: “desenvolver habilidades interpessoais de empatia, congruência, acolhimento e diálogo, elementos fundamentais para o cuidado humano, sobretudo diante da morte” (Borges e Mendes, 2012, p.330). Se se quer um cuidado humanizado é preciso debatê-lo nos currículos e nos projetos pedagógicos dos cursos da área da saúde.

Desta maneira, com a consolidação da política de saúde no Brasil, o Ministério da Saúde na última década, implementou a Política Nacional de Humanização<sup>1</sup> (PNH) que visa melhorar a qualidade do atendimento em saúde, dos ambientes e das condições de trabalho, além de sensibilizar os profissionais para um atendimento acolhedor. Para Ferreira (2005) embora o PNH traga em seus princípios a preocupação com a qualidade da assistência em saúde ao promover a humanização do cuidado, os diversos atores e cenários colocam em prática suas concepções e representações de maneira diferenciada, o que não esclarece de fato a compreensão da mesma, tanto pelos profissionais como pelos gestores:

Assim, “humanizar” pode ser concebido desde como uma escuta atenta, uma boa relação médico-paciente, a reorganização dos processos de trabalho (que facilite o acesso aos serviços), a criação de ouvidorias e “balcões de acolhimento”, até a melhoria das estruturas do espaço físico. (...) Enfim, muitos sentidos podem ser dados a “humanização”. De forma geral, ela aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência e mesmo da compreensão da condição humana e dos direitos humanos, segundo o entendimento de que os usuários têm o direito de conhecer e decidir sobre os seus diagnósticos e tratamentos (Ferreira, 2005, p. 113)

Nas contradições entre a política de humanização e os fazeres dos profissionais de saúde, Ferreira (2005) aponta no centro do debate a polarização que existe nos saberes construídos pelos diferentes profissionais na área de saúde. Esses saberes foram tecidos de acordo com o desenvolvimento da assistência em saúde e dos fazeres de homens e mulheres, no curar e no cuidar em saúde em diversos contextos. Argumenta a necessidade de promover na formação dos profissionais a discussão relacional que integre o corpo e as subjetividades.

As discussões sobre a implementação desta política perpassa pela formação do profissional de saúde. Sendo assim, não seria o momento de desvendar a importância das ligações afetivas no processo de cuidar em saúde? De desvendar em que medida o coletivo de trabalho sofre e utiliza das estratégias de defesa para minimizar o sofrimento? Eis uma pista para que na formação do profissional em saúde se coloque as emoções da equipe cuidadora e também dos indivíduos por ela cuidada.

---

<sup>1</sup> A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH) foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde. A PNH é, portanto, uma política do SUS. Também chamada de HumanizaSUS, a PNH, emerge da convergência de três objetivos centrais: 1) enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; 2) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e 3) enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores. (Pasche, Passos e Hennington, 2011, p.4542).

Sendo assim, as contribuições de Norbert Elias para o entendimento do campo de forças das ligações afetivas nas relações sociais são fundantes para o cuidado no envelhecimento e no processo de morte. Neste sentido, a concepção de configurações foi importante para perceber que a sociedade, ao longo do processo de civilização e da construção do Estado, racionalizou a morte, o contato/cuidado corporal, bem como as emoções. A morte e o envelhecimento foram levados ao espaço público para que estivessem sob cuidados de profissionais da saúde.

Portanto, a medida que o cuidar em saúde é publicizado, as relações tornam-se técnicas e muitas vezes, frias. A concepção das ligações afetivas em Norbert Elias dá pistas para entender de que maneira os profissionais agem diante da morte e do envelhecimento. É possível compreender o isolamento dos hospitais e dos asilos e ir além disso: as emoções e as ligações afetivas não podem estar separadas da cultura e da aprendizagem ao longo do tempo. As relações conflituosas e contraditórias, as diferenciações entre os saberes da equipe de saúde e dos sujeitos por ela cuidados podem e devem ser debatidas sejam na formação dos profissionais de saúde. Partindo dessas premissas, a proposta é a de oferecer subsídios teóricos da noção de configurações e das ligações afetivas dos indivíduos na sociedade em Norbert Elias para os saberes e fazeres na área de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agra do Ó, A. (2008) Norbert Elias e uma narrativa acerca do envelhecimento e da morte. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, 15 (2), 389-400.

Borges, M.S. & Mendes, N. (2012) Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Rev. Bras Enfermagem*; 65 (2), 324-331.

Burkit, I. (2009) Relações sociais, poder e emoção: uma perspectiva inspirada em Norbert Elias. In: Gebara, A. & Wouters, C. (orgs) *O controle das emoções*. Ed. UFPB, João Pessoa.

Ferreira, J. (2005) O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. *Saúde e Sociedade*, 11(3), 111-118.

Elias, N. (1994) *A sociedade dos indivíduos*. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro.

Elias, N. (2001) *A solidão dos moribundos*. Seguido de “Envelhecer e Morrer”. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Elias, N. (2009) Sobre os seres humanos e suas emoções: um ensaio sob a perspectiva da sociologia dos processos. In: Gebara, A. & Wouters, C. (orgs) *O controle das emoções*. Ed. UFPB, João Pessoa.

Elias, N. (2011) *Introdução à sociologia*. Lisboa: edições 70.

Meyer, E. E. & Franco, T. B. (2008) Trabalho em saúde. In: Pereira, I. B. & Lima, J. C. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV.

Pasche, D.F; Passos, E. & Hennington. E.A. (2011) Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (11), 4541-4548.

Ramos, M. N. (2002) Indicações teórico-metodológicas para a elaboração de currículos na educação profissional de nível técnico em saúde. In: Ministério Saúde (org.) *PROFAE: educação profissional em saúde e cidadania*. Brasília, MS, 55-86.

Soares, A. (2002) Le prix d'un sourire: travail, émotion et santé dans les services. In: Harrison, D. & Legendre, C. *Santé sécurité et transformation du travail: réflexions et recherches sur le risqué professionnel*. Québec: Press de l'Université du Québec, 230-49.

Soares, A. (2010) As emoções do care. In: Colóquio Internacional: O que é o *care*? Emoções, divisão do trabalho, migrações. Universidade de São Paulo.

Soares, A. (2012) As emoções do care. In: Hirata, H. & Guimarães, N.A. *Cuidados e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Ed. Atlas, 44-60.