



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem

Brasil

Martines, Wania Regina Veiga; Machado, Ana Lúcia

Produção de cuidado e subjetividade

Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 63, núm. 2, abril, 2010, pp. 328-333

Associação Brasileira de Enfermagem

Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019594025>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Produção de cuidado e subjetividade

*Care production and subjectivity*

*Producción de cuidado y subjetividad*

**Wania Regina Veiga Martines<sup>1</sup>, Ana Lúcia Machado<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. São Paulo, SP*

**Submissão:** 22/10/2008

**Aprovação:** 30/01/2010

### RESUMO

Trata-se de uma reflexão teórica sobre a conexão entre produção de cuidado e subjetividade, e sobre as idéias que sustentam esta conexão. Uma busca por trabalhos já existentes foi feita no Banco de Dados Bibliográficos da Universidade de São Paulo. A discussão dos achados se deu a partir de algumas noções da pós-modernidade, em sua crítica à racionalidade instrumental, que percorre, em maior ou menor grau, as concepções e ações de cuidado, no contemporâneo. Recuperar o sujeito e sua respectiva produção de subjetividades é recuperar, igualmente, um cuidado que confunda os limites fronteiriços do que é qualificado como objetivo/subjetivo e aposte numa visão integrada daquilo que diz respeito ao cotidiano das produções e ações humanas.

**Descriptores:** Cuidados de saúde; Saúde; Atividades humanas; Relações interpessoais.

### ABSTRACT

This is a theoretical reflection concerning the link between production of care and subjectivity, and the ideas that support this connection. It was performed a search for studies that had been previously elaborated in the database from University of São Paulo. The discussions upon of findings were based on some ideas of post-modernity and its criticism to the instrumental rationality, that relies on contemporaneous conceptions and actions concerning care. Recovering the subject and their very subjectivity production means to recover a kind of care that mix the edge between objective and subjective and bets on an integrated view of daily human productions and actions.

**Key words:** Delivery of health care; Health; Human activities; Interpersonal relations.

### RESUMEN

Es una reflexión teórica acerca de la conexión entre la producción del cuidado y subjetividad y sobre las ideas que sustentan esta conexión. Se realizó una búsqueda de trabajos existentes en el Banco de Datos Bibliográficos de la Universidad de San Pablo y luego se efectuó una discusión con los resultados, a partir de algunas nociones de la post-modernidad, en su crítica a la racionalidad instrumental, que influencia en mayor o menor grado a las concepciones y acciones del cuidado en el contemporáneo. Recuperar al sujeto y a su respectiva producción de subjetividades es recuperar igualmente a un cuidado que confunda los límites fronterizos de lo que es calificado como objetivo/subjetivo, que se apueste en una visión integrada de lo que está relacionado al cotidiano de las producciones y acciones humanas.

**Descriptores:** Prestación de atención de salud; Salud; Actividades humanas; Relaciones interpersonales.

## INTRODUÇÃO

Compreende-se que a noção de subjetividade se estende por todos aqueles que estão envolvidos na produção cotidiana do cuidado, usuários, trabalhadores, equipes, gestores, familiares, que se encontram em territórios específicos, e, por meio de uma multiplicidade de gestos, falam de sua produção de subjetividade “acumulada” e “em ato”, que se expande ou se recolhe, no momento das interações necessárias ao cuidar.

Neste sentido, a produção de cuidados diz respeito ao cotidiano, ao lugar onde se dão os acontecimentos, manifestações, detalhes e situações, relativos à dimensão das minúcias que fazem parte da vida de todo dia e que se qualificam como fatores de socialidade, carreando a imagem de que “a vida cotidiana é como um território onde se enraizam as alegrias e as amarguras”, território povoado pelas microatitudes, pelas criações minúsculas, banais<sup>(1)</sup>.

Numa primeira concepção, pode ser dito que cuidado é tudo aquilo que se aglutina sob a forma de ações ou intervenções, que colaboram para gerar, organizar ou (re)estabelecer esperança, autonomia, a liberdade de escolha, as relações humanas e o sentido da vida.

A relação o mais simétrica possível entre as pessoas, capaz de possibilitar atitudes e espaços de cuidado, abre-se para a responsabilização pelos laços afetivos e para o encontro intersubjetivo, desloca a noção de cuidado de sujeito-objeto para sujeito-sujeito, onde projetos de felicidade podem (e devem) ser incluídos, na perspectiva da pluralidade dialógica e da intensidade com que se estabelece a sintonia e o acolhimento do outro<sup>(2-4)</sup>.

Estar ao lado, estar junto, envolvimento, confiança e responsabilização, ajudar o outro a manifestar-se pelo que há de melhor em si (reforço da dimensão saúde), oferecer suporte para superar limites ou adaptar-se a eles<sup>(2,5)</sup>: eis um primeiro e tímido balizamento conceitual sobre o cuidado em saúde, que pode nascer da confluência destas noções, além do que “relações interpessoais e interações sociais são compreendidas como a base do existir humano e antecedem mesmo as técnicas terapêuticas, inscrevendo-se na dimensão cidadã e política do cuidado”<sup>(6)</sup>.

Pode ser dito que vivemos um contemporâneo no campo da saúde, no qual algumas iniciativas tentam recuperar o *humano no cuidado ao humano*; esta retomada, de certa forma, diz respeito à retomada do sujeito, em ação, em relação com o mundo.

Neste sentido, parece urgente abrir passagem às características e desejos singulares, com os quais o sujeito participa e se afirma no contexto de existência social, política, cultural, ambiental, biológica e afetiva. Características estas que lhe possibilita produzir relações, modos de vida e linguagens, como também manifestações relacionadas ao processo saúde-doença.

A noção da subjetividade passa a ser compreendida, não mais pela dissociação entre objetivo-subjetivo, entre concreto e abstrato, mas pela produção de sentidos a partir de “aspectos, sociais, históricos, políticos, econômicos e institucionais e suas ações estruturantes das subjetividades dos homens”<sup>(7)</sup>, o que corresponde à modos específicos de estar e funcionar do sujeito social (individual e coletivo) nas várias modalidades de vida (papéis e interações) que o mundo contemporâneo propõe: “E o que é da ordem da subjetividade, ou, melhor dizendo, das subjetividades, escapa à mesmice, pode fazer o jogo, pode ser capturado, mas, de repente salta e viaja em outras direções e sentidos,

*criando outras trilhas. Nesses saltos e viagens, a subjetividade sempre está afinada com o presente, entendido aqui no contexto dos sentidos e significados do cotidiano*<sup>(8)</sup>.

Remete à possibilidades de existência, constituição de experiências e história, incorporação de escolhas e características sociais: “a raiz não só da palavra, mas, sobretudo, do conceito de ‘subjetividade’ remete à experiência de sermos sujeitos, no duplo sentido da palavra (aquele que é submetido e aquele que realiza a ação), em cada tempo e em cada contexto”<sup>(9)</sup>, podendo ser compreendida, em sua essência, como a produção de sentido, nos vários planos em que o sentido se faz presente. Inclusive na produção e no consumo das ações de cuidado.

O objetivo deste trabalho foi de proceder à reflexão teórica onde houvesse a conexão entre produção de cuidado e subjetividade, a fim de compreender as idéias desenvolvidas para sustentar esta conexão. A discussão dos achados se deu a partir de algumas noções da pós-modernidade, por meio da obra do sociólogo francês Michel Maffesoli.

## MÉTODO

Como parte de uma pesquisa bibliográfica necessária à confecção de um projeto de pesquisa de doutorado, a busca de trabalhos que fizessem a conexão entre cuidado e subjetividade foi realizada no Dedalus - Banco de Dados Bibliográficos da Universidade de São Paulo, especificamente no catálogo on-line das bibliotecas do Sistema Integrado de Bibliotecas.

Por meio do site [www.usp.br/sibi](http://www.usp.br/sibi), foi acessado o “Dedalus - catálogo on-line global”, a opção “super-busca”, em seguida a “busca booleana por palavras”, selecionadas “todas as bases”. Os termos utilizados foram subjetividade and cuidado, o que gerou a quantidade de 26 registros.

Não foi realizado recorte temporal, no entanto os trabalhos localizados correspondem à produção de 1998-2008, sendo 20 deles publicados nos últimos 5 anos.

O critério de inclusão e exclusão obedeceu à uma intencionalidade específica do projeto de doutorado, uma vez que este pretendia, dentre outros objetivos, identificar a conexão (ou não) entre produção de cuidado e subjetividade, inclusive buscando compreender mais profundamente qual o sentido da palavra ou do conceito “subjetividade”, quando este é utilizado nos textos publicados, referindo-se aos cuidados de saúde.

Optou-se por selecionar apenas trabalhos com resumos, assim foram eliminados três deles, que não contemplavam este critério. Um artigo, mesmo não apresentando resumo disponível no Dedalus, foi considerado, pois o trabalho na íntegra foi acessado, sendo percebida a grande pertinência com o tema.

Após a leitura e compreensão dos resumos, 12 trabalhos foram escolhidos; alguns para iniciar, outros para compor a reflexão.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observa-se que alguns autores se referem à noção de subjetividade como parte de uma dimensão global<sup>(7,10-13)</sup> necessária para compor a visão de integralidade do ser humano e do cuidado, no entanto, sem apresentar uma definição ou um conceito específico a respeito do termo, fazendo com que se possa interpretá-lo de

muitas formas.

A produção de subjetividades, a partir da intersubjetividade<sup>(11,14-15,23)</sup> favorece a idéia de que é algo que não se constrói no plano individual, tampouco na mera relação trabalhador-usuário estabelecida para aquela finalidade em si. Implica em coisas já anteriormente significadas/incorporadas pelo usuário e pelo trabalhador a respeito de necessidades, hábitos, modos de compreender e ofertar cuidado, modos de viver. Implica igualmente no processo de negociações em torno das intenções de cada sujeito, no momento do estabelecimento de determinadas ações/modalidades de cuidado.

Assim sendo, conceber a intersubjetividade é validar “o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos”<sup>(23)</sup>.

A produção de subjetividade de quem cuida e de quem é cuidado<sup>(7,15-17)</sup> vem reforçar, em muito, a idéia anterior, dada a clareza com que se coloca: não há uma direção única nesta estrada; as vias, inevitavelmente se confundem no momento em que há interação de mundos, buscas e representações, nas quais os sujeitos da relação estão (ou supõe-se que estejam) implicados na produção de vida, bem-estar, felicidade.

Encadeando a intersubjetividade ao cuidado e à mútua produção que é descrita até aqui, o cotidiano aparece como território do real, da diversidade, no qual a modalidade e a intensidade dos encontros diz respeito à maneira como os sujeitos (e a organização dos serviços) lida com os detalhes da *produção de saúde*, sobretudo com a perspectiva do sofrimento humano que, em grande parcela do tempo, demanda iniciativas e alternativas frente ao instituído, pois apresenta o inusitado, o multidimensional do processo, que aponta para diferentes formas de sinalizar necessidades e interesses<sup>(17)</sup>.

Encostando nesta significação do real, mas nela incluindo, cuidadosamente, o plano do imaginário e do simbólico, o cotidiano visto como território de ação e de socialidade passa a ser considerado como lócus de cuidado, à medida em que “a vida é vista como uma rede útil e complexa”, manifestada em minúcias, a pedir tecnologias de cuidado afinadas com o sensível<sup>(13)</sup>.

Há autores<sup>(1,12,17)</sup> que apontam a dicotomia entre saber-fazer técnico e um cuidado tido como sensível; a dificuldade em desfazer essa fronteira no processo de cuidar e de acolher sujeitos, processos ainda muito marcados por critérios biológicos e modelos burocratizados, centralizados na (pela) intervenção funcional.

Ao mencionar o cuidado sob a estratégia saúde da família, tem-se: “Os trabalhadores, formados sob a ótica do paradigma flexneriano, permanecem predominantemente no território referencial do modelo médico-assistencial privatista, da divisão por especialidades e por disciplinas, aceitando a idéia de produção social da saúde mais no caráter da multicausalidade, sem se dar conta das implicações a que está sujeito por se tratar de um processo histórico, social, cultural, econômico, político e ético inerente, e com dificuldades de incorporar a imprevisibilidade e a incerteza como parte do processo, não contando com instrumental coerente para agir”<sup>(17)</sup>.

Na tarefa de investigar ações humanizadoras em terapia intensiva<sup>(12)</sup>, identifica-se esta dicotomia distribuída em “pólos distintos e difíceis de serem conciliados no ato complexo de cuidar”, ainda que se procure visualizar “o reconhecimento dos usuários como cidadãos, em sua integralidade e subjetividade”.

Na discussão sobre a revisão de modelos capazes de dissolver ou desconstruir esta dicotomia, alguns trabalhos<sup>(16-18)</sup> anunciam as possibilidades deste novo, que intenciona romper a exclusividade do modelo curativo, mencionando também o novo objeto: o sujeito social, o cuidar em relação, a noção de vínculo avançando sobre as tecnologias de cuidado, como formas de acessar a rede de subjetividades que cerca o cuidado em saúde, que cerca os sujeitos do cuidado, trabalhadores e usuários, o que não deixa de representar um enorme desafio, já que isso demanda, sobretudo, a revisão dos instrumentos e das intenções de cuidado.

Entretanto, é preciso perceber que “não existe ainda o novo paradigma pronto e, por conseguinte, não existe uma forma pronta para assistir e para educar a assistir”, atrelando esta afirmativa à usual leitura de sinais do processo saúde-doença, sustentada por referenciais que emanam do plano orgânico, biológico, fisiológico, químico, bioquímico, a gerar e orientar ações de cuidado, que não integram o sujeito do cuidado como sujeito da relação<sup>(19)</sup>.

Abordado de outro modo, ao avaliar o ensino de enfermagem vinculado ao referencial teórico do relacionamento interpessoal, como uma via a considerar o sujeito do cuidado, identifica-se a mesma dicotomia, com a prevalência da “existência de um olhar que se volta para o tecnicismo, com toda a rigorosidade de pensar, produzir e fazer”, distanciando o cuidado daquilo que possa resgatar o sujeito e as questões relativas à produção de subjetividade. Permanecem, portanto, em campos afastados e distintos, uma porção do cuidado concebida como abstrata/subjetiva e outra porção como concreta/objetiva<sup>(7)</sup>.

Compreende-se que as conexões entre produção de cuidado e subjetividade identificadas nos trabalhos citados remetem à existência de uma tensão nos territórios de cuidado em saúde, constituída, basicamente, por duas forças.

A primeira aparece na dicotomia entre o saber-fazer técnico e o cuidado sensível, dicotomia sinalizada pela fissura entre objetivo/subjetivo, concreto/abstrato, onde o plano do tecnicismo prevalece e é ativado como instrumento e finalidade do cuidado a apagar/afastar outros planos, dentre eles o plano da produção de subjetividades.

Assim, coloca-se como privilegiada a perspectiva sujeito-objeto, direcionada à doença, às alterações funcionais e não exatamente ao sujeito onde a vida acontece, ao sujeito que faz a vida acontecer, em toda a sua complexidade.

Fica posta a cena em que o lugar do sujeito (da ação) está nublado<sup>(17,19)</sup>, pois não é possível vê-lo agir, ele está capturado da ação, está sob efeito da passividade e da razão científica soberana de um modo de produzir cuidados que versa sobre sua vida, mas o desconsidera, como produtor de hábitos, tradições, cultura, sabedoria, saberes, socialidade.

A superação da racionalidade instrumental (concepção “em que toda coisa vale somente na medida em que serve”), que caracterizava a modernidade, não justifica no contemporâneo, adotar o equivocado gesto de abrir mão da razão; entre a razão e a irracionalidade há o não-racional, a razão sensível, presente nas manifestações do cotidiano (afeto, emoção, intuição, religião ao místico). A razão sensível abre possibilidades para acontecer a sinergia de elementos do arcaico e do tecnológico, do saber técnico e do saber leigo, diferenças que não se excluem, pelo contrário, se sobrepõem num mosaico, com sua imagem de agregação de

pequenos heterogêneos a compor o desenho maior, o corpo social, suas repetições e irregularidades<sup>(1,20)</sup>.

O cuidado, pensado sob o paradigma moderno, vale na medida em que serve ao afastamento do risco, do perigo que a doença representa, ou seja, é movido pela preocupação em alcançar o “sucesso da ação técnica”, a partir da qual agrupa o valor racional<sup>(7)</sup>.

Na clássica ação prescritiva (para hipertensão, dieta, exercício e anti-hipertensivo) destaca-se a lógica finalista, com seu padrão de repetição, redução e redundância<sup>(1,20)</sup>, que esgota e menoriza a circulação do próprio sentido de cuidado. Não se questiona quem é o sujeito do cuidado, tampouco o que ele tem a expressar, manifestar, produzir, confrontar, trocar, afirmar.

Quanto à superação da racionalidade instrumental moderna, parece estar claro que o cuidado sensível, como uma possibilidade pós-moderna, se afasta da noção utilitária de manejar a doença e seus desdobramentos restritivos, para se dirigir, à princípio, aos significados contidos no cotidiano de cuidados e à alteridade dos sujeitos ali presentes<sup>(3,8)</sup>.

Sem afastar a importância da ação clínica, quando ela acontece, acontece, inevitavelmente, no contexto da proximidade entre sujeitos, que comungam, em variadas circunstâncias e intensidades, emoções e sensações de um encontro que é mediação para o ato cuidador, pois “quanto mais o que se troca é minúsculo, mais essa troca favorece a proximidade”<sup>(1)</sup>.

Supõe que, ao menos na coleta de uma boa história clínica, seja importante criar espaços para que se possa falar das relações que o sujeito vive no espaço da família, no mundo do trabalho, no plano afetivo-sexual, na dimensão do imaginário, da cultura e do lazer, com a mesma importância que se fala sobre o que se come, como é o padrão de sono, da pressão arterial, onde nasceu, se já teve doenças, sofreu cirurgias, quais os antecedentes familiares, se há tabagismo, etc. É investir num heterogêneo que monta a vida, a partir de minúsculos encaixes: superficialidades e enraizamentos, sombra e luz, aparência e essência.

Longe de “valer na medida em que serve”, o cuidado passa a servir à algo incontrolável, que é a expansão da vida. Para isso, o sujeito é convidado a retornar à cena, trazendo suas formas de expandir (e recolher) a própria vida e os sentidos atribuídos a este movimento dinâmico e contínuo de produção, que não comporta mais os grandes sistemas explicativos a discorrer sobre os fenômenos miúdos e singulares do dia-a-dia, “o princípio causal simples caducou”<sup>(1)</sup>.

A perspectiva colocada na correspondência entre sujeito-sujeito permite que o cuidado seja remetido à um sujeito em particular e sua produção de subjetividade<sup>(2,21)</sup>.

No entanto, ao utilizar o horizonte perceptivo de novo x antigo/arcaico, deve-se observar que uma das características do contemporâneo às vezes impede que falemos de *superação* e sim de *sobreposição* de aspectos heterogêneos<sup>(22)</sup>, muito embora tenhamos o desejo de fazer desaparecer certos mundos para concebê-los como superados.

Como a segunda força a compor a tensão descrita, vem os achados relativos à: *dimensão global, integralidade, intersubjetividade, subjetividade de quem cuida e quem é cuidado, cotidiano como lócus de cuidado, novo objeto, o ser social, o cuidar em relação*.

Este conjunto de categorias parece considerar a indissociabilidade

entre a produção de cuidados e a produção de subjetividades dos sujeitos, e, de certa forma, o cuidado adquire uma finalidade maior de (re) construção de felicidade, de alegria, de vitalidade, à medida em que lança luz sobre o cotidiano, onde as relações se constituem, em geral, no plano sujeito-sujeito.

Neste sentido, deslocar a lógica do cotidiano de cuidados para a relação sujeito-sujeito e compreender que ela se destina a projetos de felicidade<sup>(23)</sup>, é apostar na revisão de instrumentos, concepções e gestos que cercam os cenários de cuidado construídos para a ação, para a compreeensão e o uso da razão sensível, como perspectiva de aproximação e diálogo com o sujeito do cuidado.

O cuidado passa, naturalmente, a operar na perspectiva de uma integralidade que nunca se esgota e nunca se alcança, pois sempre está a agregar mais e mais aspectos da existência do sujeito e de microelementos que compõem seu cotidiano: com a explosão de um centro único, de um referencial nuclear de controle e análise dos fenômenos, na pós-modernidade há de se considerar a multiplicidade de centros, de aspectos, de forças, de afetos e fluxos renováveis<sup>(1)</sup> e, portanto, de outras leituras que precedam as ações de cuidado.

Integralidade sobre a qual não é possível usar critérios de regularidade, pois cada sujeito é feliz em circunstâncias particulares, pensando a felicidade como algo que se funda em processos históricos, sociais, hereditários e biológicos, espaços de expressão cultural, ambiental, sempre em planos relacionais e intercambiáveis entre si<sup>(23)</sup>.

Posto como um desafio, não é fácil a adoção de projetos de cuidado que transitem pela noção de felicidade, num contemporâneo que se apegue “à negatividade da doença para definir saúde, e ao conhecimento de suas regularidades para saber como controlá-las”, dado o extenso uso que se faz do discurso do risco, a estabelecer horizontes normativos no campo das práticas de saúde<sup>(23)</sup>.

É preciso manter a crítica sobre esta lógica, caso contrário, o foco deixa de estar no sujeito, mas naquilo que o ameaça, e pode torná-lo menos feliz, menos inteiro e funcional, o que faz a concepção retornar à dimensão da racionalidade instrumental de um modelo explicativo-intervencionista insuficiente, empobrecido, esvaziado, que, em grande medida, discrimina a fissura entre aspectos objetivos e subjetivos do cuidado. Apagando o sujeito da relação e, nele, a produção de sentidos.

Além disto, os projetos de felicidade, ao serem considerados, pensados e construídos entre os sujeitos (profissional-usuário) favorecem a produção de subjetividades em fluxo mútuo, problematizando inclusive aquilo que pode ou não ser considerado como produção de cuidado, pois “um valor não vale por si mesmo, mas unicamente quando me une a outros”<sup>(1)</sup>.

Nesse processo, a linguagem ocupa uma posição de destaque, porque adentramos a idéia do *cuidar em relação*, onde ela representa a matéria prima do diálogo, “desse mútuo engendramento de sujeitos e de mundos”, compreendendo que “sujeitos são diálogos”<sup>(23)</sup>.

Dialogar, visto neste enquadre, não é pouco. É ter disposição para chamar para a cena lógicas (pontos de vista diferentes, que se agregam, se chocam, se fundem e se complementam), interesses, necessidades, saberes, códigos culturais, rituais institucionais, ingredientes científicos e outros do campo social.

A expressão dialógica é uma forte característica deste processo multidimensional qualificado como cuidado, que põe em relação a

indissociabilidade de “seres de subjetividade/intersubjetividade/objetividade”, que dispara seqüências de afetos e ligações, da ordem da subjetividade<sup>(24)</sup> e, sobretudo, um cuidado que só pode acontecer diante de um incessante fluxo intersubjetivo, em que pessoas, instrumentalizadas com determinados conhecimentos e qualidades humanas, se aproximam<sup>(25)</sup>.

Sob esta perspectiva, o diálogo permite a circulação de elementos, muitas vezes contraditórios, dissonantes, tensos, pois reservam-se à alteridades em interação, em contato, em vinculação; nem sempre visível ou perceptível para o trabalhador, a equipe, ou o serviço de saúde, que, em tese, coordena as ações de cuidado.

Assim, as vias de produção do cuidado individual ou coletivo são resultantes de forças e recursos que agem e reagem nesse território de produção, onde os sujeitos, profissional e usuário, se encontram, se reconhecem e se movimentam, enquanto assistem e são assistidos, enquanto escutam e são escutados, cada qual em seu conjunto dinâmico de intenções e significações (re) elaboradas no plano da subjetividade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados permitem dizer que recuperar o sujeito e sua

respectiva produção de subjetividades é recuperar, igualmente, um cuidado que confunda os limites fronteiriços do que é qualificado como objetivo/subjetivo e aposte numa visão integrada daquilo que diz respeito às produções e ações humanas.

O cuidado no campo da saúde esbarra em elementos relacionados à uma produção mútua (trabalhador e usuário), na medida em que valores e modos de cuidar são compartilhados e construídos nos encontros necessários para o estabelecimento e negociações das ações de cuidado.

Não se trata de privilegiar isto ou aquilo: a razão sensível como instrumento de cuidado se configura como uma possibilidade de favorecer a produção de subjetividades, encadeada à ação técnica/ clínica, já que o cuidado concebido como integral requer também cuidados específicos direcionados ao corpo físico e à funcionalidade dele esperada.

A conexão entre produção de cuidados e subjetividade suscita uma série de elementos que alimentam discussões sobre novas e antigas modalidades de cuidado, que não provocam, na realidade, um fenômeno de superação de uma ou outra, mas de sobreposição, fazendo com que os recortes temporais e teóricos sobre o tema apareçam mesclados, sob a forma de traços do racionalismo instrumental e tentativas de revisá-lo.

## REFERÊNCIAS

1. Maffesoli M. *O mistério da conjunção: ensaios sobre comunicação, corpo e socialidade*. Porto Alegre: Sulina; 2005.
2. Boff L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes; 2008.
3. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface* 2004; 8(14): 73-92.
4. Coimbra VCC. O acolhimento no centro de atenção psicossocial [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
5. Silva MJP, Fernandes M. *Cuidar em enfermagem*. São Caetano do Sul: Difusão Editora; 2006.
6. Nunes M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 (1):188-96.
7. Colvero LA, Machado AL. O cuidado de enfermagem: olhando através da subjetividade. *Acta Paul Enferm* 1999; 12 (2): 66-72.
8. Machado AL. Movimentos de saberes e cuidados em saúde mental: a religiosidade pela via da subjetividade [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.
9. Nardi HC, Ramminger T. Subjetividade e trabalho: algumas contribuições conceituais de Michel Foucault. *Interface* 2008; 12(25): 339-46.
10. Ferreira CB. Representações sociais de mulheres frente à admissão hospitalar para a realização da cirurgia por câncer de mama [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
11. Silva ARB. Convivendo com o câncer ginecológico avançado: em foco a mulher e seus familiares [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
12. Bolela F. A humanização em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.
13. Decesaro MN. *Dinâmica das Relações Familiares: compreendendo o convívio com familiar dependente de cuidados físicos* [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.
14. Cintra FA. A significação do glaucoma e a mediação dos significados de velhice na perspectiva vygotskiana: subsídios para a educação à saúde [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1998.
15. Simão RCA. *Enfermagem em saúde mental: por que não?* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.
16. Souza ALA. *As tecnologias leve-duras na prática de enfermagem em saúde coletiva: possibilidades e limites* [monografia]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.
17. Matumoto S. *Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento* [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
18. Marques D. *O gênero e o trabalho da enfermagem na atenção básica: percepção das enfermeiras* [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008.
19. Colvero LA, Machado AL. O cuidado de enfermagem: o sujeito do cuidado como sujeito da relação. *Rev Baiana Enferm* 2003; 18 (1/2): 51-5.
20. Maffesoli M. *Perspectivas tribais ou a mudança do paradigma social*. Rev Famecos 2004; 23: 23-9.
21. Goldberg J. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia; 1996.
22. Maffesoli M. *O ritmo da vida: variações sobre o imaginário pós-moderno*. Rio de Janeiro: Record; 2007.

23. Ayres JRCM. Sujeito, subjetividade e práticas de saúde. Ciência Saúde Coletiva 2001; 1(6): 63-72.
  24. Baggio MA, Callegaro GD, Erdmann AL. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. Rev Bras Enferm 2008; 61(5): 552-7.
  25. Motta MG. Cuidado humanizado no ensino de enfermagem. Rev Bras Enferm 2004; 57(6): 758-60.
-