

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO
SERVIÇO DE BIOÉTICA E ÉTICA MÉDICA

A INTIMIDADE DA «PESSOA DOENTE» EM
CONTEXTO HOSPITALAR: VALORES E
FUNDAMENTOS ÉTICOS

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM
BIOÉTICA E ÉTICA MÉDICA
ORIENTADO POR
PROF. DOUTOR JOSÉ HENRIQUE SILVEIRA DE BRITO

MANUEL JORGE FREITAS DE ALMEIDA
PORTO, 2004

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO
SERVIÇO DE BIOÉTICA E ÉTICA MÉDICA

A INTIMIDADE DA «PESSOA DOENTE» EM
CONTEXTO HOSPITALAR: VALORES E
FUNDAMENTOS ÉTICOS

*DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM
BIOÉTICA E ÉTICA MÉDICA
ORIENTADO POR
PROF. DOUTOR JOSÉ HENRIQUE SILVEIRA DE BRITO*

MANUEL JORGE FREITAS DE ALMEIDA
PORTO, 2004

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO
SERVIÇO DE BIOÉTICA E ÉTICA MÉDICA

A INTIMIDADE DA «PESSOA DOENTE» EM
CONTEXTO HOSPITALAR: VALORES E
FUNDAMENTOS ÉTICOS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE MANUEL JORGE FREITAS ALMEIDA,
ORIENTADO POR
PROF. DOUTOR JOSÉ HENRIQUE SILVEIRA DE BRITO.

PORTO, 2004

OS MEUS AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Silveira de Brito, pela preciosa orientação, disponibilidade e apoio no desenvolvimento deste trabalho, sem os quais não teria sido possível a sua realização.

Ao Professor Doutor Rui Nunes, coordenador do Mestrado em Bioética, pelo saber transmitido.

Ao Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia do Centro Regional do Porto, agradeço a autorização para a realização deste estudo.

A todos os doentes que, amavelmente, se disponibilizaram em participar na amostra deste estudo.

RESUMO

A análise do conceito de pessoa é, na história do pensamento, um exemplo claro de mútua influência entre a teologia e a filosofia. A filosofia personalista contemporânea não altera radicalmente a definição clássica de pessoa como «substância individual de natureza racional», debruçando-se mais sobre o indivíduo como «substância indivisa». Pessoa refere-se sempre a um centro activo de unidade, de orientação e reorientação da vida, como totalidade, autonomia – *na ordem do ser*. Temos de chegar ao ser vivo que, desde a antiguidade, tem sido para o homem o melhor modelo do *logos*, para encontrarmos um sistema uno e fechado – a «interioridade» da pessoa.

A análise axiológica de Max Scheler aparece abordada como fundamento teórico desta tese, em que a noção de pessoa é analisada segundo duas dimensões: a dimensão «psico-antropológica» e a dimensão de «valor». Uma outra dimensão importante, abordada por Verges Ramirez, corresponde à dimensão «relacional». Todas elas se cruzam na conceptualização de pessoa em direcção a um segundo ponto de análise: a sua intimidade. Ao analisar a intimidade, surge o pudor como um dos seus sentimentos mais importantes, através de três momentos diferentes: o pudor, a intimidade e o “encontro” entre ambos. Foi assim que se definiu o percurso teórico desta tese, partindo do conceito de pessoa direccionado para a sua interioridade e culminando na contextualização da sua intimidade.

Foi neste contexto que analisamos o emergir do novo estatuto de «pessoa doente», relacionando-o com o valor da intimidade. Estes pressupostos foram o ponto de partida para a definição do problema de estudo: “a intimidade da pessoa doente em contexto hospitalar: que valores e fundamentos éticos estão na génese da sua alteração”. O estudo apresentado é classificado como descritivo, do tipo qualitativo. Realizou-se num serviço de medicina oncológica do Instituto Português de Oncologia do Porto, adoptando-se como instrumento de recolha de dados, uma entrevista estruturada aplicada a uma amostra de

oito doentes internados, entre o período de Outubro de 2003 a Janeiro de 2004. Às entrevistas obtidas, foi aplicado a análise de conteúdo, tendo-se chegado a importantes conclusões:

- Que o internamento hospitalar gera um conjunto de sentimentos na pessoa doente, fazendo-a um elemento vulnerável e dependente dos cuidados dos «outros» (profissionais de saúde);
- Que a preocupação, relativamente à sua intimidade, “adaptada” a uma nova realidade (o hospital), passa pela perda do seu espaço privado, pela dificuldade em partilhar o seu espaço com os outros pacientes e em último grau, pela relação com os profissionais de saúde;
- Que a alteração da intimidade é uma realidade inquestionável e se deve a diversos “pudores” sentidos, por ordem decrescente: “pudor na exposição” perante os outros, “pudor no banho” e no uso de “roupa interior” nos espaços hospitalares, “pudor corporal” e “pudor à exposição” na sua unidade hospitalar;
- Que o “pudor sexual”, embora continue a ser o mais corrente, não deixa de se integrar num pudor mais geral, que engloba tanto sentimentos como actos, atitudes e situações determinadas

Concluimos assim, que o direito à intimidade da pessoa humana cada vez se torna mais num imperativo ético da nossa sociedade, conferindo-lhe uma dimensão bioética suplementar. Quando em contexto hospitalar, este direito cada vez mais deve ser respeitado, quer por parte dos profissionais, quer por parte dos responsáveis das unidades de internamento hospitalar, de forma a diminuir o sentimento de pudor e a minimizar a “alteração” que a pessoa doente sofre relativamente à sua intimidade. Este novo estatuto de intimidade da «pessoa doente» traduz-se na implementação de uma maior humanização nos cuidados de saúde hospitalares.

ABSTRACT

In the history of thought, the analysis of the concept of person is a clear example of the mutual influence between theology and philosophy. The contemporary philosophy of the human person does not change drastically the classic definition of person as the “individual substance with rational nature”, and looks at the individual as an “indivisible substance”. Person is assigned itself as the active centre of the unit, to guide life, as totality and autonomy-in order to be human. We have to come to the living being that, since ancient times, has been for the man the best model for the logos, in order to find a closed and united system- the in self of the person.

The axiological analysis of Max Scheler is described in this thesis, in which the notion of person is analyzed according to two dimensions: a psycho-anthropologic and valor dimension. Another important dimension, used by Verges Ramirez, corresponding to “relational” dimension. All of these dimensions have in common the intimacy of the person. When intimacy is analyzed, one important feeling appearing is pudency through three different moments: The pudency, the intimacy and the relationship between both. It was from the concept of the person towards itself and ending in the conceptualization of the intimacy that the theoretical subject of this thesis is all about.

It was from this context that we have analyzed the new status of the “sick person”, in relation with the valor of its intimacy. These concepts were the starting points for the definition of our case study: “The intimacy of the sick person in the hospital environment: Study of the ethic valor’s behind its origin and alteration”. The study described in this work is qualitative and descriptive. It has been carried out in Department of Oncology to Institute Portuguese of Porto, where the results were collected through interview of eight impatient (inmate patient) , in the period of time between October 2003 and January 2004.

The results of these interviews were analyzed, based on qualitative method, from which the following important conclusions resulted:

- The hospital “internment” creates a range of feeling in the sick person, which creates in her vulnerability and dependency with the health care personnel
- The concern, towards intimacy, in a new hospital environmental means that the patient losses privacy due to difficulties in sharing the common space with other patients and the health care personnel.
- The change in intimacy is unquestionable and is related with several factors: the Exposure pudency in front of others; bath pudency and the use of underwear in the hospital environment; body pudency and exposure pudency in the hospital environment.
- The sexual pudency is still the most common, and it is included in a more general pudency, which integrates another feelings, acts and attitudes in all different kinds of situations.

As a conclusion, the right to the intimacy of the human person becomes increasingly ethic imperative to our society, given its dimension bioethics. When in hospital environment, this right has to be even more respected either by the health care personnel or by the professional staff in charge of the unit of hospital “internment”, in order to diminish the feeling of pudency and minimize the intimacy change of the sick person. This new status of intimacy of the sick person translates into the implementation of greater humanization of the health care in the hospital environment.

ÍNDICE

<i>Índice de Tabelas</i> -----	10
INTRODUÇÃO-----	11
I. CONCEPÇÃO DE «PESSOA» EM MAX SCHELER -----	21
1. DIMENSÃO PSICO-ANTROPOLÓGICA DE «PESSOA»-----	22
<i>1.1. Primeira dimensão antropológica: o ser «bio-psíquico»</i> -----	24
<i>1.2. Segunda dimensão antropológica: o ser «espiritual»</i> -----	30
2. DIMENSÃO DE PESSOA COMO «VALOR»-----	37
<i>2.1 Pessoa como «valor em si mesma»</i> -----	40
<i>2.2 Alcance do valor de «pessoa»</i> -----	44
<i>2.3 O valor de homem como um «progresso»</i> -----	46
<i>2.4 – Hierarquia dos valores</i> -----	55
3. DIMENSÃO «RELACIONAL» DA PESSOA-----	59
II. PUDOR E INTIMIDADE DA «PESSOA» -----	71
1. PRIMEIRO MOMENTO: A DIMENSÃO DO «PUDOR»-----	72
2. SEGUNDO MOMENTO: A DIMENSÃO DA «INTIMIDADE»-----	93
3. TERCEIRO MOMENTO: O CONTEXTO DO «ENCONTRO»-----	109
III. DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO -----	114
1. DESENHO METODOLÓGICO-----	116
<i>1.1 - Tema e Tipo de Investigação</i> -----	116
<i>1.2 - Identificação das fontes de invalidade interna e externa</i> -----	119
<i>1.3 - Limites do estudo e aspectos éticos</i> -----	123
<i>1.4 - Definição de população e selecção da amostra</i> -----	124
<i>1.5 – O método de recolha de dados</i> -----	125

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS -----	128
2.1. <i>Caracterização dos contextos</i> -----	128
2.2. <i>Análise de conteúdo dos dados</i> -----	130
3. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS À LUZ DA BIOÉTICA -----	147
CONCLUSÃO -----	157
BIBLIOGRAFIA -----	164
ANEXOS -----	169

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição amostral por idades	130
Tabela 2 – Distribuição amostral por habilitações académicas	130
Tabela 3 – Categoria “ <i>sentimentos gerados pelo internamento</i> ”	133
Tabela 4 – Categoria “ <i>alteração da intimidade do paciente, no dia do internamento</i> ”	135
Tabela 5 – Categoria “ <i>percepção da alteração da intimidade</i> ”	139
Tabela 6 – Categoria “ <i>pudor na expressão dos sentimentos</i> ”	144

INTRODUÇÃO

A relação existente entre o profissional de saúde e o paciente deve ser uma relação profissional inserida num “universo ético” próprio, alicerçado por princípios éticos fundamentais: o do consentimento informado, o do respeito pela intimidade e pela dignidade do paciente enquanto pessoa. Não obstante esta realidade, parece poder afirmar-se que o exercício da enfermagem ou de qualquer outra actividade clínica que implique um contacto directo com o paciente, se configura, segundo Rui Nunes, “como um contrato tácito de prestação de serviços, escrito ou verbal, na qual os direitos e os deveres de ambas as partes estão claramente explicitados. Como contrato que é, obriga ambas as partes a determinados deveres e obrigações”¹.

Um dos deveres fundamentais destes profissionais, que irá ser alvo de abordagem ao longo deste trabalho, é o de respeito pela intimidade do paciente, enquanto pessoa humana. Assim, a título exemplificativo, o dever de respeito pela intimidade do paciente implica a existência, por parte do profissional de saúde, de valores fundamentais como sejam a verdade, a dignidade e sobretudo, o respeito pela privacidade do paciente.

O dever de respeito pela autonomia individual do paciente é o corolário do princípio acima enunciado, tendo assumido um carácter predominante nas sociedades modernas e plurais, onde são consentidas manifestações de vontades que podem ser contrárias à intuição generalizada: “dignidade implica liberdade, subentende igualdade e pressupõe vulnerabilidade de alguns seres humanos incapazes de defenderem o seu legítimo direito á sua autonomia”². Preservar o respeito pela intimidade do paciente, é um

¹ NUNES, Rui - «Ética na relação com o doente» in SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui - *Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora, 1999, pp. 31-45.

² NUNES, Rui - «*Ética, Bioética e Responsabilidade*» . *humanística e Teologia*, 1997, XVIII, 2-3, pp. 279-290.

imperativo ético fundamental no estabelecer de uma qualquer relação terapêutica de confiança, por parte de todos os profissionais de saúde envolvidos. Destes, os enfermeiros, por serem aqueles que mais tempo estão com o paciente, são o grupo profissional com maior responsabilidade ética nessa relação.

No que respeita ao exercício da Enfermagem, o seu código deontológico (Dec-Lei 104/98), no artigo 86.º define, sobre o “respeito pela intimidade”: “Atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de:

- a) Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família;
- b) Salvar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa”.

Assim, a relação terapêutica estabelecida entre qualquer profissional de saúde e o paciente, pode ser perspectivada sob três dimensões distintas, a saber:

Uma primeira dimensão assenta, sob o ponto de vista jurídico, numa *relação sócio-económica* devido ao facto do exercício de todo ou qualquer acto profissional, especificamente todo o acto de enfermagem, presumir a existência de um «contrato» de prestação de serviço (que pode ser explícito ou tácito, de acordo com a representação cultural do serviço e a praxe do lugar onde ele se concretiza), que se organiza como uma actividade do mercado de trabalho social

Uma segunda dimensão objectiva daquela relação, analisa-a sob a perspectiva de *uma relação técnico-científica* pois todo o procedimento profissional, especificamente todo o acto de enfermagem, naquilo que for possível, deve ser uma actividade cientificamente fundamentada, uma aplicação científica, uma técnica destinada a controlar a natureza em benefício da humanidade em geral e de cada doente em particular. Em suma, um instrumento criador e aperfeiçoador do conhecimento científico ao serviço dos seres humanos. Ainda que o acto de enfermagem não se confunda com a actividade científica,

nem deva ser reduzido a ela, não pode ser entendido a não ser como uma ciência aplicada, uma “modalidade de tecnologia”. O acto de enfermagem não necessita de ser obrigatoriamente científico, mas não pode contrariar o que tenha sido cientificamente estabelecido. Por outro lado, também, nem todo o acto de enfermagem é uma aplicação científica, porque o conhecimento científico ainda não tem resposta para todos os problemas postos pelas novas enfermidades da actualidade. Por tal facto, a enfermagem habitualmente é definida, com muita propriedade, como a ciência e a arte de curar.

Por último e numa terceira dimensão, situa-se a *relação de ajuda*: de alguém que a necessita com alguém que a possa exercer; posto que os actos de enfermagem, sobretudo no domínio da clínica, configuram uma interacção de alguém que precisa de ajuda com alguém que está apto, capaz e habilitado para ajudar. Cuidar é, pois, libertar, renascer, encontrar a esperança; é ajudar aquele que sofre a sair do seu isolamento, a construir um projecto de vida compatível com o seu estado. É sobretudo, recusar uma relação infantil e paternal, ajudando o outro a tornar-se adulto.

Da análise destas três dimensões, todas importantes, talvez a última seja a mais significativa na relação do profissional de enfermagem com o paciente, pois enquanto a doença é, segundo a primeira perspectiva, uma situação científica e objectiva; pelo contrário, e para a segunda perspectiva, é subjectiva para o doente, pressupondo grande carga emocional onde a intimidade é colocada em causa. Nesta relação, o paciente “regride para melhor ser tratado e autonomiza-se para melhor se curar”³.

Entramos, então, no campo dos sentimentos e das emoções do paciente, numa relação “desigual” (quem “cuida” com quem “precisa” ser cuidado) com os profissionais de saúde, onde a “intimidade” marca a fronteira entre estes e o próprio paciente.

Por outro lado, quando se fala em “paciente”, estamos perante duas realidades: a pessoa e o seu novo estatuto, o de doente. É necessário, portanto, analisar o conceito de

³ NUNES, Rui - «Ética na relação com o doente», pp. 31-45.

“intimidade” inserido numa noção importante: a noção de pessoa. E assim, em consonância com esta linha de pensamento, esta tese terá uma orientação no sentido da conceptualização, primeiro da noção de “pessoa” e dos seus “valores” e, em segundo, o contexto da sua “intimidade”. A junção destas categorias define a alteração da individualidade que a “pessoa doente” sofre, na altura do internamento hospitalar.

Definir “Pessoa”⁴ pressupõe uma análise filosófica na qual os diferentes autores, desde a antiguidade grega e latina até à época contemporânea, utilizam uma diferente conceptualização, correspondendo à própria evolução do pensamento filosófico. Por outro lado, respeitar a “pessoa doente” é sobretudo respeitar o seu «novo território» de intimidade em que os prestadores de cuidados devem ter uma conduta de respeito pela intimidade da “pessoa doente” (como exemplos, o bater à porta do seu quarto antes de entrar - dando-lhe algum tempo para se preparar; evitar o diálogo entre profissionais junto da cama do doente como se ele não existisse, etc.). Significa que uma das características desta relação terapêutica assenta precisamente no seu carácter de intimidade.

Então, “viver” a relação de intimidade é, acima de tudo, entrar no mundo da “pessoa doente, é ser testemunha da sua nudez, assistir às manifestações da sua doença, tocar e manipular o seu corpo em substituição do toque maternal e sensual dos seus familiares. Respeitar o outro é, acima de tudo, estar atento às reacções e manifestações do

⁴ A definição de “pessoa” passa por três distinções: 1. a «Pessoa moral» – ser individual, enquanto possui os caracteres que lhe permitem participar da sociedade intelectual e moral dos espíritos; consciência de si, razão, capacidade de distinguir o verdadeiro do falso, o bem do mal; capacidade de se determinar por motivos, cujo valor é capaz de justificar perante os outros seres racionais (Leibniz, Kant); 2. a Pessoa física - o corpo como manifestação da pessoa moral. Daqui a exigência da pessoa física ser tratada em conformidade e de o indivíduo humano se apresentar sempre como «alguém»; 3. A «Pessoa jurídica» - ente de direitos/deveres determinados pela lei.

A ordem porque aparecem estas distinções não é arbitrária. Deparamos desde logo com a anteposição da dimensão consciente e moral. A Pessoa seria, antes de mais, a racionalidade consciente e, num segundo sentido, corpo manifestativo da racionalidade em causa. Transparece uma certa prevalência da filosofia da consciência sobre a do ser. A pessoa terá de ser descrita e definida antes por aquilo que ontologicamente a constitui, do que por aquilo que fenomenologicamente a manifesta – não havendo contradição entre estas duas perspectivas. A oposição entre a «substância individual» e «natureza racional» é, no caso do homem, sem fundamento real. (TEIXEIRA, Joaquim de Sousa. LOGOS – *Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia*, Volume II; colunas 95-120).

doente. Assim, este carácter de intimidade é uma consequência indissociável da noção de respeito. Esta noção é entendida por Kant⁵, através das suas estruturas essenciais da vida moral, como um sentimento original (*sui generis*) que se apresenta como um “produto espontâneo da razão em nós”⁶, desempenhando assim um papel móbil na vida moral: “agir moralmente, é agir sob o impulso do respeito que a lei nos inspira”⁷. E assim, respeitar é “agir racionalmente, segundo leis e utilizando a vontade de agir”⁸, é poder agir em conformidade através de regras, que aceitamos.

⁵ Para Kant, é só no domínio da moral que a razão poderá, legitimamente, manifestar-se em toda a sua pujança. Três tipos de acções são encarados por Kant: *acções imorais*, contrárias ao dever; *acções em conformidade com o dever*, legais, e *acções por dever*, verdadeiramente morais - “deixo aqui de parte todas as acções reconhecidas como contrárias ao dever (...) É fácil distinguir se a acção conforme ao dever foi praticada por dever ou com intenção egoísta” (Kant, *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*). Um merceeiro, por exemplo, que não sobe os preços para manter os seus clientes, realiza um acto em conformidade com o dever, um acto legal, mas não um acto por dever, por puro respeito: “conservar cada qual a sua vida é um dever, além disso, algo para que toda a gente tem inclinação imediata (...). Os homens conservam a sua vida conforme ao dever, sem dúvida, mas não por dever” (Kant, *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*). Conservar a vida por dever é ter respeito pela vida em si, dado que é um valor, um fim em si.

O único sentimento que tem por si mesmo um valor moral na ética racionalista é o sentimento do respeito, pois não é anterior à lei, mas é a própria lei moral que o produz em cada pessoa; ele a engrandece e a realiza como ser racional, que obedece à lei moral. (FERRO, Mário; TAVARES, Manuel – *Análise da obra Fundamentação da Metafísica dos costumes de Kant*. Textos de apoio, Lisboa: Editora Presença, 3ª Edição. 2000, pp. 82-84).

Podemos objectar que, sobre o termo «respeito», existe o refúgio num sentimento obscuro, em vez de se considerar a questão por meio de um conceito de razão. Mas, embora o respeito seja um sentimento, não é de modo nenhum, um sentimento *recebido por influência*; é, pelo contrário, um sentimento espontaneamente produzido por um conceito da razão, e por isso mesmo especificamente distinto de todos os sentimentos do *primeiro género*, que se reportam à inclinação ao temor. O que nós reconhecemos imediatamente como lei, reconhecemo-lo como um sentimento de respeito que exprime simplesmente a consciência que nós temos da subordinação da nossa vontade a uma lei, sem a intervenção de outras influências sobre a nossa sensibilidade. *A determinação imediata da vontade pela lei e a consciência que nós temos disso*, é o que eu chamo «o respeito», de tal maneira que o respeito deve ser considerado, não como a causa da lei, mas como o efeito da lei sobre o sujeito. Falando em propriedade, o respeito é a representação de um valor que traz prejuízo *ao nosso amor-próprio*. O objecto do respeito é portanto, simplesmente a lei. (VANCOURT, Raymond – *Kant*. Biblioteca básica de filosofia; Lisboa: Edições 70, 1986. pp. 82-83).

⁶ *Idem*, p. 34.

⁷ O respeito, segundo Kant, dirige-se à lei, nunca às coisas. Quando é dirigido a pessoas, é porque estas, pelas suas acções ou qualidades, são exemplos ou símbolos da lei.

⁸ VANCOURT, Raymond – *Kant*, p. 34.

Partindo desta noção Kantiana, encaramos o respeito pela pessoa doente em contexto hospitalar, fundamentada na sua liberdade de decisão e no “direito”, ou não, por parte dos profissionais de saúde, em dispor de si mesmo. Estes justificam o “direito de substituição” da pessoa doente nas suas decisões, baseando-se na organização, na “ordem” e no regulamento hospitalar. Existem hábitos na prática clínica, por parte dos profissionais de saúde, que nos chocam e que estão em contradição com esta noção de intimidade: por exemplo, os cuidados de saúde que diariamente são prestados aos doente sem a preocupação em saber qual o seu significado para este (o pesar o doente sistematicamente, a avaliação da tensão arterial e temperatura corporal várias vezes por turno).

Por vezes, em nome de uma boa organização dos serviços hospitalares, sacrifica-se o conforto dos doentes, sem se preocuparem com alguns aspectos, tais como o horário rígido das refeições, o acordar cedo por questões de rotinas de cuidados quando a actividade clínica até se inicia mais tarde, os cuidados prestados pelos alunos estagiários dos diferentes prestadores, colocando o doente como “cobaia” nas técnicas agressivas.

O profissional de saúde deve dar um correcto sentido ao seu acto técnico a fim de se tornar aceite pelo paciente. Esta é a diferença entre o acto que se realiza apenas sobre o corpo e o sentido que se deve dar à pessoa doente, tendo o seu corpo como objecto. Significa que, para além das habilitações necessárias para os cuidados técnicos, o profissional de saúde terá de possuir capacidades humanas que o faça ser capaz de “escutar”, ajudar e incutir confiança no doente. Pensamos que estes profissionais ainda não beneficiam de uma formação universitária desejável e adequada à sua função. Na verdade, a formação actual destes profissionais de saúde está longe de fornecer conhecimentos e capacidades de análise filosófica, pois a sua função principal está no aceitar a pessoa humana tal como ela é na sua existência, por forma a podê-la respeitar. Em suma, diz-se que o filósofo é um pensador e o profissional de saúde, um “actor da filosofia”.

*

* *

À chegada à instituição hospitalar, o paciente é convidado a “despir-se” como “pessoa” e a vestir-se como “doente”, passando para uma nova realidade social - a hospitalar. Isto pode ser interpretado como a “negação de si”, pois, perante um conjunto de normas hospitalares instituídas, a “pessoa doente” é obrigada a readaptar-se nos seus hábitos de vida. Uma vez hospitalizada, fica sujeita a um conjunto de regras fixas que terá de cumprir, mesmo sem a sua vontade. Desta forma, somos forçados a admitir que o estatuto de “pessoa” está posto em causa: o hospital trata em primeiro lugar a doença sem, na maioria dos casos, tratar a “pessoa doente” tendo em conta a sua dignidade, autonomia e responsabilidade. Questiona-se qual é o bem para o doente, como se define, como se pode determinar e qual o melhor para este, em detrimento da instituição? Que valores éticos deverão ser colocados em primeiro lugar: os valores do doente ou os valores da instituição hospitalar?

Foi no equacionar destas mudanças e na subsequente reflexão teórica, que se formulou o campo analítico desta Tese, o seu objectivo central e os seus objectivos específicos. Assim, e no sentido de se alcançarem as respostas para a interrogação matriz, constituiu-se como objecto central de pesquisa, a análise das opiniões e sentimentos sobre o pudor e a intimidade da “pessoa doente”, no contexto do internamento hospitalar. Entende-se que é através destas componentes da individualidade da «pessoa doente» e da sua descaracterização hospitalar, que se poderá conhecer a natureza, o alcance e os limites de valorização destes doentes, conforme se fundamentará no âmbito do quadro teórico que presidiu à sua investigação.

Em torno do objecto central, estabeleceram-se como objectivos específicos, identificar de que modo o “pudor” e a “intimidade” da pessoa doente, em contexto hospitalar, vem sendo respeitada, em confronto com o conceito ético de «pessoa», procurando-se determinar os factores que o determinam e como estes podem ser motivo para uma nova abordagem ética da «pessoa doente». Uma nova visão desta realidade, por

parte dos profissionais de saúde, corresponde a um novo imperativo ético à actual vivência hospitalar. Na prossecução destes objectivos, e por razões de ordem teórica e metodológica, que no desenvolvimento do trabalho se explicitam, optou-se como campo empírico de análise, o contexto hospitalar. Assim, a investigação foi realizada no Instituto Português de Oncologia do Porto (IPOFG), tendo-se seleccionado como unidade de análise, um serviço de internamento de Medicina, com especificidade em tratamentos de quimioterapia, quer com fins curativos como paliativos.

O método de recolha da informação empírica incluiu o recurso a uma entrevista semi-estruturada, dirigida aos doentes seleccionados no serviço de internamento hospitalar, durante dois meses.

No plano da construção teórica, e tendo em conta as especificidades dos objectivos da investigação, foi necessário recorrer a atributos teóricos de áreas diferentes do conhecimento. Neste sentido, foi adoptada a perspectiva filosófica de Max Scheler relativamente ao «conceito de pessoa» e de «pudor», como parte indissociável da esfera da intimidade da «pessoa». Cada uma destas perspectivas participou, com diferentes alcances, na construção do quadro teórico global.

Tendo em conta a necessidade de circunscrever o âmbito deste trabalho, optámos por centrar parte da nossa investigação nas obras filosóficas de Scheler e, de entre estas, seleccionamos como textos fundamentais *Ética, nuevo ensayo de fundamentación de un personalismo ético e le Pudeur*⁹. Esta opção tem em conta o facto de que as obras referidas assinalam momentos decisivos no percurso intelectual do autor, constituindo-se como

⁹ Os textos de Max Scheler citados no corpo deste trabalho foram traduzidos a partir das suas versões do espanhol e do francês, tais como: SCHELER, Max - *Ética, Nuevo ensayo de fundamentación de un personalismo ético*. Traduzido do Alemão por Hilário Rodriguez Sanz, Tomo II, Madrid: Revista de Occidente, 1942 (“*Der Formalismus in der Ethik and die Materiale Wertethik*”) e SCHELER, Max - *La Pudeur*. Traduction par M. Dupuy, Philosophie de l'esprit, collection fondée par L. Lavelle et R. le Senne, Paris: Editions Montaigne, 1952 (“*Über Scham und Schamgefühl*”). Não conhecemos traduções portuguesas das suas obras citadas.

pontos de referência no interior da sua obra que vão de encontro aos objectivos desta dissertação.

A apresentação deste trabalho está organizada em três partes distintas: Numa primeira parte é desenvolvido o percurso teórico relativamente ao conceito de pessoa, segundo a perspectiva fenomenológica de Max Scheler. A «pessoa» é colocada no centro da sua ética e a extensão do seu conceito abarca tanto o ser individual concreto, como a vida orgânica psicofísica, como o ser social, organizado em grupos e comunidades em que a sua matriz é colocada no “centro espiritual”. O mesmo ocorre relativamente aos valores: em todo o modelo-valor, há um *ser* e um *dever-ser*, um lado empírico e um apriorístico, um aspecto de imagem real e um de valor. E dentro deste modelo de pessoa-valor, um conjunto de sentimentos emergem, sendo o sentimento de pudor, aquele que mais corresponde à sua interioridade. Este sentimento está incluído num contexto mais vasto, cuja vivência depende da noção de Intimidade que essa pessoa tem. E assim, partimos para a segunda parte do trabalho, onde será analisada o contexto da intimidade da pessoa.

A segunda parte será dividida em três momentos diferentes: num primeiro momento, a questão do “pudor” nas suas diferentes dimensões sentimentais, partindo da filosofia de Scheler e, num segundo momento, analisado o conceito de intimidade. Relativamente a este conceito, o percurso teórico segue de perto o pensamento de Jules Bureau, fundamentalmente a partir dos seus trabalhos sobre esta temática. Num terceiro momento, haverá a integração destes dois conceitos, como elemento essencial e fundamental para a compreensão da dimensão sentimental de pessoa.

Assim, este modelo de trabalho forma-se exclusivamente, primeiro, a partir do conceito de pessoa e dos seus valores fundamentais à luz da filosofia de Max Scheler. O valor do pudor aparece, numa segunda fase, como “circunscrito” à individualidade sensível de «pessoa» e será analisado não só segundo a filosofia Scheleriana mas outros autores sucedem nesta análise. A intimidade aparece naturalmente associada a este “fio” condutor, partindo para abordagens de outros autores. Tentamos assim, integrar intimidade e pudor.

na noção scheleriana de “pessoa”. Significa, que iniciamos esta dissertação baseada na filosofia personalista de Max Scheler e tendencialmente, durante o trabalho, se irá verificar um “divórcio” com este autor para aparecerem outros contextos de análise, de uma forma integrada, na persecução do objectivo central: analisar a pessoa e os seus sentimentos em que a intimidade se transforme no objecto central desta análise.

Contextualizado a «pessoa» e a sua «intimidade», entramos na terceira parte desta dissertação: o seu estudo empírico. Aqui, será analisado o percurso metodológico de construção da investigação empírica e desenvolvida a sua interpretação a partir do instrumento analítico utilizado, sistematizando-se o conjunto de dimensões abordadas ao longo do trabalho. A interpretação final dos resultados será analisada à luz da bioética.

Assim será o percurso deste trabalho!

I

CONCEPÇÃO DE «PESSOA» EM MAX SCHELER

Analisar o conceito de «Pessoa» e a sua abrangência no formalismo scheleriano, significa fazer uma reflexão axiológica e “fenomenológica da afectividade, numa compreensão da intuição emocional e dos seus objectos: os valores, a pessoa e as formas de ética, de cultura e de sociedade”¹, em que o conceito de pessoa corresponde a

“uma essência singular, superconsciente, irradiada de actos intencionais, centro de valorizações. Os valores morais não se realizam apenas numa pessoa isolada, mas numa comunidade de pessoas, num todo hierarquizado, cujo termo supremo é Deus”².

Neste conceito está explícito que a pessoa é considerada, por um lado, como um modelo de valores, como um modelo individual de pessoa-valor-tipo³, e por outro lado, é considerada como uma *totalidade*, ou seja, uma “pessoa comum” estruturada num pensamento social⁴. Este estado de vida em comum – viver em sociedade, em comunidade – define-se como um processo organizado em que a pessoa se insere numa escala de valores sociais.

¹ “L’œuvre durable de Scheler consiste en une phénoménologie de l’affectivité, en une compréhension de l’intuition émotionnelle, de la sympathie et de leurs objets: les valeurs, la personne, les formes de l’éthique, de la culture et de la société” (D. C. - «Scheler (Max) 1874-1928». Encyclopédie Universalis France, Editeur à Paris, Volume 14, régulation Smith, p.724).

² LOGOS, Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia, Lisboa/S. Paulo: Edições verbo, Volume II, Coluna 955.

³ “Le personnalisme de Scheler, c’est aussi son incistance sur le rôle des modèles, des personnes-de-valeur-types...” (SWEENEY, Robert - «Scheler Max, 174 – 1928». *Dictionnaire des philosophes*. Deuxième édition, revue et augmentée, Paris: Presses universitaires de France, p. 2565).

O pensamento de Scheler, que tem de ser analisado de forma inseparável da sua inclinação religiosa, desenvolveu-se em distintas fases: a fase fenomenológica e a teoria do conhecimento (*L'homme du ressentiment, La pudeur*); os valores e a ética, em crítica com a moral formal de Kant (*Le formalisme en éthique matériel des valeurs*); a simpatia e a pessoa (*nature et formes de la sympathie*); filosofia religiosa, cultura e sociedade, já influenciado pelo sociólogo Weber.

No âmbito da investigação deste trabalho, não iremos contextualizar individualmente a dimensão social de “pessoa” mas sim as dimensões, na perspectiva scheleriana, que melhor irão ao encontro do objectivo delineado: a «Pessoa psico-antropológica», a «Pessoa como valor» e a «Pessoa como relação». Esta terceira dimensão será abordada na perspectiva filosófica de Vêrges.

1. DIMENSÃO PSICO-ANTROPOLÓGICA DE «PESSOA»

« Depuis les origines, écrit Scheler, les questions concernant l'homme et son statut dans le monde m'occupent plus que toute autre »⁵.

Nos tempos actuais, existe uma grande necessidade em saber o que somos, em saber algo mais sobre o homem. Sobre a questão “quem é o homem?”, encontramos resposta na tradição judaico-cristã, através da sua antropologia teológica e as ideias da ciência moderna e da psicologia genética, através da sua antropologia científica. No entanto, para Scheler, estas abordagens carecem de *unidade* porque não nos proporcionam uma teoria

⁴ “Le concept de personne en tant que totalité permet à Scheler d'élaborer une notion de «personne commune» (gesamt person) qui l'aide à structurer le pensée social..(.....). Ce stade de la vie en commun – société, communauté – se trouve classé en dessous de la personne qui la compose, dans l'échelle des valeurs. *Ibidem*.

⁵ *Idem*, p. 2565.

nem uma ideia de homem e as ciências particulares escondem a essência de homem. Significa que “o homem nunca foi como hoje, um problema para si mesmo”⁶.

Então, torna-se necessária uma nova antropologia que analise essa essência de homem, especificamente na sua relação tanto com o animal (mundo animal) como com a planta (mundo vegetal). A mesma análise (de homem) aparece-nos num duplo sentido: em primeiro lugar, sobre “os caracteres morfológicos distintos que possui o homem como pertença do subgrupo dos vertebrados e dos mamíferos” e em segundo lugar, como “um conjunto de aspectos que se opõem ao conceito de animal em geral”⁷. Este segundo sentido, a que Scheler chama de *essência de homem*, constitui o tema central da sua antropologia. Trata-se de caracterizar o “local singular” que o homem ocupa no mundo, relativamente ao “local” ocupado pelos outros seres vivos e se existe uma base justificativa, ou seja, por outras palavras, o que diferencia o homem dos outros animais.

Scheler, na obra *La situation de l'homme dans le monde*, analisa o posicionamento do homem relativamente ao mundo vivo que o rodeia, numa hierarquia de desenvolvimento do seu «ser psico-físico»⁸, estabelecendo a diferença essencial entre o homem e os outros animais. Por outro lado, caracteriza o acto fundamental do espírito e da natureza humana, pela sua identidade corpo-alma.

⁶ “je peux constater avec quelque satisfaction que les problèmes d'anthropologie sont devenus aujourd'hui le véritable centre de tout les recherches philosophiques. (...).Constitue une représentation nouvelle de la structure essentielle de l'homme. Et pourtant, jamais dans l'histoire telle que nous la connaissons, l'homme n'a été autant aujourd'hui un problème pour lui-même”. (SCHELER, Max; *La situation de l'homme dans le monde*. traduit et préfacé par M. Dupuy; Paris VI: Editions Montaigne, 1951, p. 17).

⁷ GONZÁLEZ, Mauricio U. – «Max Scheler, Más allá del logos» in: Poesis, Revista de filosofía, em www.geocities.com/fdmauricio/Sheler.htm.

⁸ Esta hierarquia é analisada por Scheler como uma *sequência do ser*, numa dimensão psico-física, como: impulso afectivo, instinto animal, memória associativa e inteligência prática. Estas características serão analisadas ao longo do trabalho, constituindo um importante contributo para a compreensão do conceito de “pessoa”. (BASTOS, Fernando Evangelista – «A posição do homem no mundo de Max Scheler» in: *Gil Vicente*, revista de cultura e actualidades, 1999/2000, p. 146).

Segundo Scheler, para melhor se compreender o ser humano (o homem) é importante analisá-lo segundo uma dimensão antropológica, dinâmica e «triplista»⁹: o «físico, o próprio corpo ou o “tu”»; o «psíquico, ou o “eu”»; e o «espírito» como “a emancipação do que é orgânico”¹⁰.

Estes três elementos interpenetram-se numa única abrangência antropológica: o conceito de pessoa. Assim, efectuaremos uma análise sequencial partindo do *ser bio-psíquico*, onde o homem está inserido, até ao *ser espiritual*.

1.1. Primeira dimensão antropológica: o ser «bio-psíquico»

Em Scheler, o lugar do homem surge perfeitamente determinado na estrutura do seu mundo bio-psíquico, em que o “limite psíquico coincide com o limite da vida”¹¹. Em conjunto com as *qualidades próprias das coisas vivas*¹² (como o auto-movimento, auto-diferenciação, auto-delimitação em sentido temporal e espacial), os seres vivos são simultaneamente um objecto para o observador, como também “possuem um ser para si ou um *ser íntimo*, quanto à sua estrutura e forma de evolução”¹³.

a. Impulso afectivo

O psíquico é constituído, no seu grau inferior, pelo *impulso afectivo*, considerado sem consciência, privado de sensações, de representações e de reflexos condicionados, ou seja, de nenhuma classe de órgãos sensoriais. Scheler escreve que

“O primeiro grau do desenvolvimento psíquico, tal como se apresenta no impulso afectivo, podemos atribuir às plantas. (...) a «sensação» e a «consciência» são os princípios mais

⁹ Embora Scheler opte por uma análise da dimensão biopsíquica e espiritual, “*triplisme*” aqui é considerado como uma análise direccionada para três contextos diferentes: a dimensão do ser físico, a dimensão psíquica e a espiritual. (HEUISMAN, D. - *Dictionnaire des philosophes*. Deuxième édition, revue et augmentée, Paris: Presses universitaires de France, p. 2565).

¹⁰ *Idem*, p. 2565.

¹¹ SCHELER, Max - *La situation de l'homme dans le monde*, p. 22.

¹² *Ibidem*.

¹³ *Idem*, p. 23.

elementares do psiquismo, que deverá ser refutado às plantas. (...) o impulso afectivo está subordinado às resistências e às realidades que se apresentam com importância biológica”¹⁴.

As sensações estão ausentes na planta. Elas apenas são necessárias aos seres vivos que se movem. O *impulso afectivo* é o único princípio do vegetal, não se distinguindo nem o *sentimento* nem o *instinto* (os únicos estados possíveis são os simples “movimentos de aproximação”).

Scheler define o homem como uma essencialidade superior e o mundo vegetal como uma essencialidade inferior. Apesar do ser vivo se encontrar nas formas elevadas de actividade espiritual, isto só acontece, porque todo o ser vivo que participa de uma forma essencial superior, encerra em si os princípios que lhe são subordinados. Este impulso permite distinguir o *vegetal* dos *corpos inorgânicos* e a estes não se pode atribuir, em qualquer sentido, um ser íntimo.

Ao comparar, em Scheler, *vida instintiva animal* com *vida instintiva vegetal* (a planta), existem características que os diferenciam: ao vegetal é atribuído, de uma forma mais vincada, o instinto geral de nutrição e de incapacidade de escolha dos parceiros sexuais no processo reprodutivo; pelo contrário, a vida instintiva animal está vincada ao impulso de reprodução, centrada na escolha dos parceiros sexuais e na vontade “consciente” de nutrição. Desta forma se prova que a vida não é essencialmente *vontade de poder*, mas *impulso de reprodução* e de *finitude* (morte, o fim de um ciclo de vida animal e vegetal), ambos pertencem ao impulso primitivo da vida. O homem, hierarquicamente pertencente ao grupo dos animais, possui outros impulsos que o diferencia nesse grupo. Para Scheler,

“O primeiro grau da vida, o «impulso afectivo», também existe no homem. O homem reúne em si, todos os graus essenciais da sua natureza, da sua existência em geral e da sua vida em particular. Quanto às suas relações essenciais, atende à unidade como o mais importante do seu ser. Ele não existe como pura sensação, nem percepção, nem como representação...(...) a mais

¹⁴ *Idem*, pp. 24- 25.

elementar sensação é sempre função de uma atenção, regida pelas *tendências*, e nunca o simples efeito de uma “excitação”. Esta impulsão representa simultaneamente, a unidade de todas as tendências e as emoções humanas, ricas em ramificações”.¹⁵

Em conclusão, e relativamente a esta primeira hierarquia do ser psico-físico, o grau ínfimo do psíquico diferencia a planta do restante mundo vivo: na planta, o que representa objectivamente este “ser vivo” é o impulso natural, sem a utilização da consciência, da sensação nem da representação. Uma simples “em direcção a ” e “separação de”, são os únicos estados deste impulso.

Mas este *impulso afectivo* não só pertence à planta mas também a todo o restante mundo vivo, que no caso do homem, Scheler chama de *mundo vivo superior*. No entanto, outras características o diferenciam do mundo vegetal existindo assim, uma transição do “impulso” para o “instinto”.

b. Instinto (animal)

A segunda forma psíquica essencial é o *instinto*. Scheler tenta abster-se de dar uma definição deste termo mas, visando ultrapassar esta ambiguidade, o autor define-o partindo do comportamento (ou da conduta) do ser vivo.

Desta forma, os “comportamentos instintivos” têm características que lhes estão associadas, tais como: (1) em primeiro lugar, uma *relação de sentido*, útil a todos os seres vivos. A acção instintiva deve ter um fim relativamente conhecido para o ser vivo como um todo, tanto para o seu próprio bem como para o bem do outro¹⁶. Por exemplo, quando um animal se prepara para enfrentar o tempo adverso do inverno sem que possa colocar em perigo a sua sobrevivência, fá-lo porque individualmente, ele já viveu experiências semelhantes; (2) Uma segunda característica desta “conduta instintiva” consiste em que o ser vivo só responde a situações que se repitam de um modo típico e que sejam

¹⁵ *Idem*, pp. 29–30.

¹⁶ *Idem*, p. 32.

significativas para a vida da sua espécie em detrimento das experiências particulares do indivíduo. Daqui podemos concluir que os instintos são *inatos e hereditários*¹⁷.

Não se pode confundir “instinto” com “comportamento hereditário” (hábito): o instinto faz parte da formação da espécie, é inalterável, é a forma de ser e de estar mais primitiva. Não são actos inteligentes e arbitrários convertidos em automatizações. Por isso, os animais não humanos, com uma formação morfológica mais rígida, possuem instintos mais perfeitos. Pelo contrário, o homem, no qual a *inteligência* e a *memória associativa* alcançam o máximo desenvolvimento, possui “instintos de formação mais atrasada”. O instinto encontra-se dirigido às componentes do mundo circundante, que são diferentes segundo o seu conteúdo e que portanto, se dão através da percepção. Deste modo, o instinto representa uma “especialização crescente do impulso afectivo e das suas qualidades”¹⁸. Partindo do instinto, soltam-se duas formas de conduta: a «memória associativa» (considerada a terceira forma psíquica) e a «inteligência prática» (a quarta forma psíquica)

c. Memória associativa

A terceira forma psíquica é a *memória associativa*. Com a gradação das sensações, imagens e impulsos, isolados do conjunto sensorial do comportamento, bem como a libertação do indivíduo da sua vinculação à espécie, o instinto vai-se degradando, desenvolvendo-se simultaneamente a memória associativa e a inteligência prática. Relativamente à *memória associativa*, Scheler descreve-a como

“proveniente de dois modos de comportamento, ambos procedentes originalmente do instinto: o «hábito» e a «conduta inteligente». O «hábito» representa a faculdade denominada de «memória associativa». (...) Nós devemos atribuir a todo o ser vivo um comportamento que sofre influência de uma conduta inteligente anterior análoga, responsável pela sua transformação lenta e contínua, no sentido dos interesses da vida e não no acaso. De tal forma

¹⁷ *Idem*, p. 32-33.

¹⁸ BASTOS, Fernando Evangelista – «A posição do homem no mundo de Max Scheler», p. 149.

que, a dimensão variável desse comportamento inteligente tem maior sentido, em função do «número de tentativas» ou dos «movimentos de experiência»¹⁹.

A *memória associativa* representa a essência de factos associados. Este princípio associativo representa, na estrutura do mundo psíquico, não só a decadência do instinto e do seu peculiar sentido, mas representa também um progresso da centralização e mecanização da vida orgânica. Significa que o indivíduo orgânico vai-se destacando e separando progressivamente dos vínculos da espécie e da inadaptável rigidez do instinto, naquilo a que Scheler chama, numa *tendência libertadora*.

Só através do progresso deste princípio associativo, pode o homem adaptar-se a novas situações e como consequência, apenas nele existe a separação do impulso relativamente à conduta instintiva. Este *estranhamento* do impulso, separado do comportamento instintivo, faz com que o homem possa ser quase um animal, mas nunca um puro animal. O factor de “desprendimento” do instinto humano, responsável pela configuração da sua conduta, é definido como a *inteligência prática* e, com ela, a faculdade, por parte do homem, em agir e eleger consciente.

d. Inteligência prática

A quarta forma scheleriana de essencialidade da vida psíquica é a inteligência prática, fazendo evoluir a “rigidez” do instinto para formas mais maleáveis e adaptáveis ao indivíduo. Esta está intimamente ligada a outras faculdades, tais como a faculdade de optar, de preferir entre diversos bens e de escolher, entre os seres da mesma espécie, o mais adequado para a reprodução.

Para se definir comportamento inteligente não é necessário recorrer aos processos psíquicos. Uma conduta é inteligente quando *possui sentido*, quando tem um “fim manifesto”²⁰. Podemos definir inteligência, na perspectiva psíquica, como “a

¹⁹ SCHELER, Max - *La situation de l'homme dans le monde*, p. 37.

²⁰ *Idem*, pp. 44-45.

compreensão súbita de um dado objectivo ou de um valor dentro do mundo circundante²¹ (faculdade de resolver problemas). Esta conexão dá-se como a antecipação de factos sempre novos, nunca vividos anteriormente, o que significa que não se pode conseguir por reprodução. Tal pensamento (não reprodutivo), caracteriza-se pela antecipação de um estado de coisas sempre novo, nunca vivenciado.

Surge, a este nível, uma questão decisiva: existe uma diferença de essência entre o homem e o animal? Ao animal já se pode atribuir inteligência? Ou existe no homem “algo totalmente distinto, superior aos outros graus essenciais da vida, pertencente só a ele, especificamente humano”?²²

É aqui que aparecem as divergências mais marcantes nas respostas a estas questões: uns autores querem circunscrever a inteligência e a capacidade de escolha ao homem, negando-a ao animal; outros (os evolucionistas da escola Darwinista e Lamarckiana) negam que haja uma diferença entre o homem e o animal, porque o animal já é possuidor de inteligência. Scheler recusa as duas teorias ao afirmar que a essência do homem e a particularidade da sua situação no mundo se situar a um nível muito superior, devido à faculdade de possuir *aptidão de escolha e inteligência*²³, inalcançável se a considerarmos acrescentada cumulativamente até ao infinito.

Scheler afirma que a essência do homem e a sua existência particular está acima da inteligência. Ou seja, parte das formas psíquicas anteriores (impulso afectivo, instintivo, memória associativa e inteligência) definindo um novo princípio, externo a tudo o que chamamos “vida”, fazendo do homem, homem. O que faz do indivíduo um homem, “é um novo princípio que se opõe a toda a vida em geral, incluindo a vida que habita no homem”, conclui Scheler²⁴. É neste momento da sua teoria, que avança com um conceito decisivo, o

²¹ *Idem*, p. 45.

²² Scheler interroga-se sobre qual a diferença essencial existente entre o homem e o animal. *Idem*, p. 51.

²³ BASTOS, Fernando Evangelista – «A posição do homem no mundo, Max Scheler», p. 151.

²⁴ SCHELER, Max - *La situation de l'homme dans le monde*. p. 45.

de *espírito*²⁵. Neste está incluído o conceito de razão, definido como “o pensar, as ideias, a intuição e uma classe de actos volitivos e emocionais – como a bondade, o amor, o arrependimento e a veneração”²⁶.

Entre o animal e o homem, o pensamento de Scheler define uma segunda dimensão, como algo mais que uma simples diferença de grau. O *ser* do homem, como unidade antropológica de uma realidade universal, é possuidor de uma “nova camada”. Essa nova camada chama-se *Espírito* ou *ser espiritual*.

1.2. Segunda dimensão antropológica: o ser «espiritual»

Pessoa é, para Scheler, o centro activo em que o “espírito se manifesta dentro da esfera finita do ser”²⁷. Na sua determinação, «espírito» consiste na emancipação existencial de tudo o que é orgânico (sua liberdade, independência e autonomia). Deste modo, o *ser espiritual* já não está preso ao mundo circundante mas sim liberto, *aberto* ao mundo como um universo próprio. E temos este mundo porque somos capazes de o objectivar.

Tal “ser espiritual” é o resultado da acção das funções e órgãos vitais da pessoa, na apreensão dos objectos, condicionando a expressão e a representação de uma determinada realidade. Daí que “espírito” seja objectar, possibilidade de ser determinado pelo “mundo” das “coisas”. Espírito é, portanto, o resultado dos objectos apreendidos, possibilidade de ser determinado pelo *modo ser* das coisas. Portanto, só tem espírito aquele ser vivo capaz de uma perfeita objectivação e, cuja relação com a realidade, se encontra em sentido oposto ao animal não superior, pela necessidade de se incluir a inteligência.

Ou seja: no animal, e num primeiro momento, foi analisado que toda a acção parte de um estado fisiológico do sistema nervoso. Num segundo momento, o animal procura

²⁵ *Idem*, p. 53.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ “Le centre d’actes dans lequel l’esprit se manifeste dans les sphères finies de l’être...”. *Idem*, p. 52.

uma troca com o meio circundante dirigida por uma conduta, pelo seu impulso. Um terceiro momento, corresponde ao novo estado fisiológico psíquico que esta modificação provoca. Como consequência, o percurso da conduta animal tem sempre a forma:



Um ser dotado de espírito apresenta uma conduta oposta. O ponto de partida nasce no facto da conduta ser motivada pelo “puro modo de ser”²⁸ de um complexo intuitivo ou representativo, elevado à condição de objecto, independente da sensibilidade externa do meio. O passo seguinte é a livre representação de um impulso. O terceiro momento passa pela “objectidade” de uma coisa e pela modificação vivenciada como valiosa por si mesma e definitiva. À forma desta conduta, Scheler chama “estar aberto ao mundo”²⁹ e por conseguinte, o desprendimento das “limitações” impostas pelo mundo circundante segundo



Desta análise, poder-se-á afirmar que este comportamento pode-nos levar a uma expansão ilimitada, sem limite no alcance do *mundo* das coisas existentes: “Converter-se em homem, será pois, elevar-se á condição de estar aberto ao mundo, por acção e virtude do espírito, de uma forma ilimitada”³⁰. Em contrapartida, o animal não superior não possui objectos no seu mundo interior, vive fechado no seu mundo circundante não o podendo converter em objecto, uma vez que não possui a capacidade de estabelecer um distanciamento tal que possa converter meio em símbolo desse seu mundo. O animal (não o homem), tendo consciência (o que o diferencia da planta), “não possui consciência de si, não tem consciência de si mesmo”³¹.

Assim, a *pessoa* deve ser considerada como o centro que se eleva sobre o antagonismo entre organismo e meio, como uma unidade de ser concreta e essencial de actos de essência diversa. A *pessoa* não é nada acima dos seus actos e “não se dissolvendo

²⁸ *Idem*, pág. 55.

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ BASTOS, Fernando Evangelista – «A posição do homem no mundo de Max Scheler», p. 152.

³¹ SCHELER, Max; *La situation de l'homme dans le monde*. p. 57.

no acto, ela está sempre integrada nele. De acto em acto, processa-se uma variação constante que se substancializa num puro *tornar-se «outro»*, na totalidade de pessoa”.³² Apenas o homem possui totalmente a categoria das coisas, substância concreta e espaço universal. A raiz da “intuição humana” de espaço e tempo (que precede todas as outras sensações externas), reside na possibilidade orgânica espontânea de executar movimentos e acções. Por consequência, só o homem, enquanto pessoa, se pode elevar acima de si mesmo (como ser vivo) e do mundo, convertendo tudo (incluindo a si próprio) em objecto do seu conhecimento. Assim e como ser espiritual, o homem é o ser superior a si mesmo e ao mundo real.

Estando o espírito acima do psíquico (não se podendo reduzi-lo a um conjunto de funções próprias de uma substância anímica), chegamos a uma outra característica do espírito, definida por Scheler: “é o único ser incapaz de ser objecto, é actualidade pura”³³. O centro do espírito (pessoa) não é um ser substancial, ou um ser objecto, mas apenas um sistema de organização de actos (essencialmente determinados) “que se realizam continuamente a si mesmo”³⁴. O que é psíquico não se realiza *nele próprio*, é uma série de acontecimentos que decorre ao longo do tempo. Do centro do espírito, a realidade pode-se constituir em objecto, através da observação e da percepção interna que o sujeito (homem) faz dessa mesma realidade (mundo).

E para a construção da “consciência humana” independente, é necessário uma ordem de “ideias” em relação aos “actos”, fazendo o homem possuir um espírito único, supra-singular. Para isso acontecer, segundo Scheler, temos de admitir o *princípio da ligação* essencial e inviolável da *ideia* e do *acto*. Para Scheler, as ideias não existem nem *antes*, nem *depois* das coisas, mas *com elas*, “produzindo-se unicamente em acto de vivência contínua do mundo (*creatio continua*)”³⁵ do espírito eterno. Trata-se de uma

³² BASTOS, Fernando Evangelista – «A posição do homem no mundo de Max Scheler». p. 153.

³³ SCHELER, Max; *La situation de l'homme dans le monde*. p. 64.

³⁴ Ibidem.

³⁵ *Idem*, p. 65.

coparticipação na criação e produção de ideias, valores e objectivos, que são as essências, coordenadas no amor e na vontade, partindo do centro e da origem das próprias coisas.

Por isso, na participação dos actos deste espírito eterno, podemos dizer que descobrimos simplesmente qualquer coisa que já existe e que já está constituída, independentemente da nossa vontade. Na verdade, “participamos intimamente na actividade de produção e de geração de actos que, do mesmo princípio dos objectos, faz brotar as ideias e os valores ligados ao amor eterno”³⁶.

Ideação – Acto fundamental do espírito

Para melhor se compreender o «conceito de espírito», teremos de recorrer ao acto fundamental do espírito, a que Scheler chama de *Ideação* (Ideierung) ou de *acto puramente espiritual*. Scheler define-o como sendo um acto absolutamente distinto de toda a inteligência técnica e de todo o pensamento imediato.

Idear significa, pois, compreender as “formas essenciais da estrutura do mundo”³⁷, prescindindo da nossa sensibilidade. Os conhecimentos, assim alcançados, possuem uma validade tal que, ultrapassando os limites da nossa experiência sensível, permanecem legítimos não só para este mundo existente, mas também para todos os mundos possíveis. Ou seja, os conhecimentos assim obtidos são válidos para além dos limites da nossa experiência sensível.

Este conhecimento das essências cumpre duas funções diferentes. Para as ciências positivas, representam os pressupostos supremos que constituem o sentido de uma observação, de uma indução e de uma dedução, realizadas pela inteligência e pelo pensamento discursivo. Para a metafísica, cujo objectivo é o conhecimento do “ser” (ente absoluto), esses conhecimentos das essências desse “ser” superior constituem o

³⁶ *Ibidem*.

³⁷ Scheler chama de “...Universalidade infinita de todos os objectos possíveis, que são de determinada essência...”. *Idem*, p. 68.

fundamento da sua existência. Nenhuma essência autêntica pode ser reduzida a causas empíricas de natureza finita.

Para Scheler, “a atitude de separar o Desein da essência constitui o carácter fundamental do espírito humano que está na base de todos os outros”³⁸. O importante no homem não é que possua saber mas que possua essência *apriori*, ou seja, que seja capaz de as adquirir. Por isso, não existe uma organização «constante» da razão, mas sim uma organização racional, condicionado pelas mudanças históricas. O que é constante é a razão em si, como disposição e faculdade de produzir e configurar formas sempre novas de pensamento e de intuição, de amor e de valorização.

Ao pretender penetrar mais profundamente na essência do homem, devemos caracterizar a estrutura dos “actos” que conduzam ao “acto de ideação”. Consciente ou não, o homem executa uma técnica que consiste na “anulação experimental do carácter da realidade”³⁹. O “ser homem” significa assumir um não à realidade que se nos apresenta, mas sim a uma “realidade experimentada” pelos actos desse mesmo homem. Deste modo, o “ser-real não é o ser-objecto, mas o ser *resistência*”⁴⁰.

As sensações particulares dão-nos a “impressão” da realidade particular. A percepção, a recordação, o pensamento e todos os “actos representativos” possíveis são incapazes de causar essa “impressão” mas algo de diferente, que corresponde à sua existência. O que nos é dado da realidade é exclusivamente o ser em sí (causal) das coisas, nunca a sua existência. Esta dá-se melhor, na vivência da resistência que oferece a esfera já descoberta do mundo; esta resistência existe apenas para os nossos impulsos (impulso afectivo). Deste modo, a primeira vivência da realidade (que o mundo oferece), precede toda a consciência, toda a representação, toda a percepção, o que implica que essa vivência da realidade não seja anterior, mas posterior a toda a representação do mundo.

³⁸ *Idem*, p. 69.

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ BASTOS, Fernando Evangelista – «A posição do homem no mundo de Max Scheler». p. 155.

Mas o que significa «idear» ou «desrealizar» o mundo? Scheler responde que quando a existência é *resistência*, este acto de *desrealização* consiste na abolição daquele impulso vital, em relação ao qual o mundo se nos apresenta como resistência, sendo simultaneamente condição de toda a percepção sensível do ser *assim-aqui-agora*. Para a afirmação do *ser-em-si*, tem que preexistir a negação do mundo. Só assim, este acto pode ser realizado por aquilo a que chamamos de *espírito*. Só ele, “como vontade pura, pode operar, mediante um acto volitivo, a neutralização desse centro de impulso afectivo onde se reconhece a via de acesso à realidade como tal”⁴¹.

Scheler defende pois que se o espírito possui uma essência e uma lei própria, não possui energia primeira e que o acto negativo da vontade repressora dos impulsos (que já é espiritual) tem por finalidade dotar de energia o espírito, que é impotente por natureza, consistindo apenas num conjunto de puras intenções⁴².

Em suma e segundo a concepção scheleriana, ressalva-se uma consequência positiva: a nova autonomia e soberania do espírito e o reconhecimento da superioridade deste sobre o orgânico. Scheler afirma que “o «processo de vida» psicológica e fisiológica é rigorosamente idêntico ao «processo de vida» ontológico e fenoménico”⁴³; só funcionalmente são distintos. Os dois processos não são mecânicos, possuindo uma finalidade e uma subordinação a uma totalidade. Os processos fisiológicos são mais integrais e certos, quanto mais primitivos são.

Em termos fenomenológicos, o procedimento fisiológico do organismo é tão *inteligente* como os processos psíquicos (conscientes ou não), sendo estes muitas vezes tão *estúpidos* como os processos orgânicos. Por estas razões é que a vida psíquica é uma, constituindo-se esta unidade como algo válido para todo o animal e portanto, também para

⁴¹ *Idem*, p. 155.

⁴² *Idem*, p. 156.

⁴³ *Idem*, p. 158.

o homem. Daí não existir uma verdadeira razão para atribuir à *alma corporal* do homem uma origem e um destino particular (como fez a doutrina tradicional da imortalidade). No homem, o cérebro parece ser o *órgão da morte*⁴⁴, com maior peso do que no animal, porque o cérebro humano possui o privilégio de uma maior nutrição (e como tal, maior energia) permitindo-lhe, por esta razão, guardar e concentrar toda a história de vida do organismo e dos seus antecedentes. Por outro lado, a existência no homem, de uma centralização e de uma sujeição de todos os processos vitais à actividade cerebral é muito mais intensa. Isto prova que existe no homem uma grande unidade de vida anímica, não fazendo sentido falar-se de uma antítese ontológica *matéria/alma*, *corpo/alma* ou *cérebro/alma*.

O antagonismo que Scheler encontra no homem, não é por isso desta ordem de razões, mas sim de uma ordem mais importante: é o antagonismo entre *vida* e *espírito*. Para Scheler,

“Se considerarmos o espírito e o físico como dois aspectos de um mesmo processo vital aos quais corresponde dois modos de considerar esse mesmo processo, então o espírito, que leva a cabo esses dois modos de considerar, deve ser necessariamente superior à antítese corpo/alma. Este espírito nunca se pode tornar objecto, mas objectiva todas as coisas. Se a vida é já um ser *não espacial*, o organismo é um processo e toda a forma corporal aparentemente em repouso, encontra-se desde logo, sustentada e mantida por esse processo histórico.”⁴⁵

Sendo assim, o espírito é simultaneamente supra-espacial e supra-temporal.

Em suma,

E apesar de distintos, «vida» e «espírito» são princípios que se encontram no homem num estado de mútua dependência: o espírito “ideifica” a vida. Esta é a única que pode pôr em actividade o espírito, desde o mais simples dos seus actos até à execução e realização de acções a que atribuímos conteúdo e sentido espiritual.

⁴⁴ SCHELER, Max; *La situation de l'homme dans le monde*, p. 100.

⁴⁵ *Idem*, p. 101.

A primeira característica do espírito é a “consciência dos objectos” e com ele está intimamente associada uma segunda característica: a “consciência de si mesmo”. Certamente que o animal tem consciência e isso separa-o da planta. Mas não tem consciência de si mesmo, não se possui a si mesmo, não se domina nem se comanda a si mesmo. Pelo contrário, o homem consegue ampliar o seu próprio mundo como consegue conservar a sua própria constituição fisiológica e psíquica, convertendo em objectos cada uma das suas vivências psíquicas.

Para Scheler, a sua terceira característica, o «espírito» não consegue tornar-se objecto de si mesmo: o espírito é *actualidade pura*. O centro do espírito, a pessoa, não é portanto um ser *objectável*, nem real, no sentido de “ser uma coisa”. É apenas uma organização de actos. O homem é constituído por duas camadas de ser: uma vital e outra espiritual. Mas o espírito é superior à vida, na medida em que tem a faculdade de *a negar*, de lhe dizer “*não*”.

Analisada a primeira dimensão da antropologia personalista scheleriana, em que a pessoa foi contextualizada como um «ser bio-psico-espiritual», interessa analisar como esta mesma “pessoa” descobre, através da intuição emocional, aquilo a que Scheler chama de «valores». Assim, passamos à análise da segunda dimensão: a dimensão da “pessoa-valor”.

2. DIMENSÃO DE PESSOA COMO «VALOR»

Em termos ontológicos, o conceito de «valor» não se pode rigorosamente definir. Pertence àqueles conceitos supremos, como os de «ser», «existir», etc. que não admitem definição. Tudo o que se pode fazer é uma clarificação ou uma descrição do seu conteúdo, tal como fizeram Hessen e Verges, seguindo o pensamento filosófico de Scheler.

Quando pronunciamos a palavra «valor» podemos com ele querer significar *três aspectos*⁴⁶: a *vivência* de um valor; a *qualidade* de valor de uma coisa; ou a própria *ideia* de valor em si mesma. Falar do significado da palavra vivência, permanece no domínio da consciência, da psicologia. Se a entendermos como uma qualidade, um particular “modo de ser” das coisas, permanecemos no domínio do naturalismo, em que o valor é apenas uma qualidade real de certos objectos. Se finalmente, entendermos por «valor» apenas a sua ideia, “coisificamos” esses valores.

Estas três concepções são exclusivistas. Cada uma delas apreende uma parte da realidade – vê apenas um dos momentos do fenómeno, mas não vê os outros.

Valor é, sem dúvida, algo que é objecto de uma experiência, de uma vivência por parte do sujeito, por parte da pessoa: podemos ver o valor de uma personalidade, a beleza de uma paisagem, o carácter sagrado de um lugar. Neste caso, estamos respectivamente perante valores éticos, estéticos e religiosos. E a nossa vivência destes valores é um facto real quando inserida naquilo a que podemos chamar de *qualidades valiosas*⁴⁷, de um particular *quale*⁴⁸ dos objectos em questão: homem, paisagem, lugar. É este *quale* que lhes constitui o carácter e desperta em nós o sentimento respectivo ou a respectiva vivência. Existe ainda a ideia de valor, baseada no conceito do género sob o qual assumimos o conteúdo de todas as nossas vivências da mesma espécie. Nos exemplos referidos, são os conceitos de bem, belo e santo, como ideias de valor.

Assim, o termo «pessoa» engloba toda esta série de «valores», possuindo ambos os termos (pessoa e valor) um teor conotativo diferente. Por outro lado, existem diversos valores ou diversas espécies de valores. Segundo Scheler, existe uma relação íntima entre

⁴⁶ HESSEN, Johannes – *Filosofia dos valores*. Tradução e prefácio de Prof. Cabral de Moncada; Coimbra: Edição Almedina, 2001, p. 43.

⁴⁷ *Ibidem*.

⁴⁸ *Ibidem*.

valor e dever-ser, “em que todo o «dever-ser» se funde num valor”⁴⁹. Este dever-ser é distinguido de duas formas: um *ideal* e um *normativo*.

O “dever-ser” funda-se num valor por nós contemplado, no aspecto da sua relação com um possível “ser real”. É neste sentido que podemos falar de um *dever-ser ideal* (*ideales sollen*). Mas a este, contrapõe-se aquele outro dever-ser, por nós contemplado dentro de uma outra relação: a que se estabelece entre ele, no seu conteúdo, e um certo querer que se proponha realizar esse conteúdo (dever ser de obrigação ou *pflichtsollen*). O primeiro destes dois “dever-ser” é o que aparece formulado, por exemplo, nesta proposição: “o mal não deve existir; o segundo nesta outra: não deves praticar o mal”⁵⁰.

Significa que o *dever-ser ideal* se transforma num *dever-ser normativo*, desde que o seu conteúdo passe a ser concebido, vivido (*erlebt*) por uma consciência apostada na sua possível realização ou inclinada por um qualquer *impulso profundo*⁵¹.

Scheler é, portanto, da opinião que o dever-ser ideal pertence à essência dos valores, quando estes são contemplados na relação com uma possível realidade. O dever-ser ideal tem essencialmente o seu “fundamento na sua relação entre o valor e a realidade”⁵². Significa que os valores quando contemplados em si, não contêm ainda o “momento” do dever ou obrigação. Pelo contrário, todo o dever-ser está associado à esfera da existência ou não existência dos valores.

Como todos os valores se referem a um sujeito – o sujeito humano, o homem, constituído por sensibilidade e espírito - podemos classificar estes valores em duas classes fundamentais: «valores sensíveis» e «valores espirituais». Os primeiros, referem-se ao homem como simples “ser da natureza”. Os segundos, ao homem como um “ser espiritual”. Esta análise corresponde à temática central da antropologia filosófica de Max

⁴⁹ *Idem*, p. 74.

⁵⁰ *Idem*, p. 76.

⁵¹ *Idem*, p. 214.

⁵² *Idem*, p. 188.

Scheler. Assim, analisaremos especificamente o sentido terminológico da relação entre “pessoa” e “valor” assim como o seu posicionamento na hierarquia dos valores de Scheler.

2.1 Pessoa como «valor em si mesma»

Scheler define pessoa como “a unidade de ser, concreta e essencial de actos”⁵³. Significa que «pessoa» não é um simples conjunto de actos que se unificam num centro comum, como os raios de luz convergem num só ponto. «Pessoa» é uma unidade concreta, isto é, possui uma *identidade*, considerada por Scheler como o primeiro valor. Numa palavra, tem autoconsciência do seu próprio «ser pessoa», como a “realidade mais prioritária”⁵⁴ o qual significa que, por um lado, o homem se diferencia dos outros seres animais e, por outro, relaciona-se com o mundo (ser de relação) – daqui nasce a dimensão relacional que será analisada posteriormente.

A convivência com as outras pessoas, circunscrita no mundo das coisas, supõe uma “relação inter-subjectiva”⁵⁵ com o universo – local obrigatório para o desenvolvimento de tal relação. Neste sentido, e em termos qualitativos, a pessoa é *única*. Cada pessoa é exclusivamente única na sua idiossincrasia: o seu temperamento e carácter compõem a sua personalidade, distinta de todas as outras. A exclusividade da pessoa concede “um valor” ao seu carácter racional. Neste aspecto, Scheler, ao especificar o alcance desse valor, permite um progresso inédito ao conceito de pessoa, dando-lha a noção de individualidade e de unicidade.

Segundo Scheler, não basta, para se ser pessoa, ter a capacidade de pensar nem a capacidade de pensamento reflexivo sobre ele mesmo, mas significa muito mais: a autoconsciência. Só se é pessoa, quando esta integra todas as classes possíveis de

⁵³ VERGES RAMÍREZ, Salvador – *El hombre, su valor en Max Scheler*. Prólogo de Eudaldo Forment Giraldo; Barcelona: Série biblioteca Universitária de filosofia, 1ª edição, 1993, p. 20.

⁵⁴ *Ibidem*.

⁵⁵ *Idem*, pp. 20-21.

consciência: “a cognitiva, a volitiva (da vontade), a sentimental, a de amor e de ódio”⁵⁶. Significa que a autoconsciência é sinónimo de identidade quando compreende todas as virtualidades da pessoa.

Assim, o “retorno do homem sobre si mesmo”, segundo a concepção scheleriana, concentra todo o peso da pessoa por esta se tratar de um “ser essencialmente concreto”. É aqui que chegamos ao significado de identidade única de homem. Partindo desta análise de identidade concreta, somos levados à abordagem de um outro aspecto fundamental: a pessoa como um “ser dinâmico”. A identidade de pessoa é algo que não é estática⁵⁷. Em Scheler, a pessoa é uma “construção”, um dinamismo progressivo, desenvolvendo-se através da acção a qual, não é só a expressão adequada da pessoa mas o lugar de auto-realização do homem.

Devido aos seus actos, o homem é cada vez mais “ele mesmo” porque pode desenvolver toda a capacidade do “seu” ser pessoa. Assim, o homem é “um ser para actuar”⁵⁸, o que significa possuir um protagonismo singular. Em cada acção, ele coloca a sua própria característica pessoal. Para Scheler, a “pessoa existe e vive em si mesmo como produtora de actos”⁵⁹, vive em virtude dos seus actos pessoais, que são a condição da sua existência. E ela só pode progredir e desenvolver a sua personalidade pela realização desses seus actos.

O homem é actor de todas as suas acções. No entanto, ele toma consciência do seu “ser pessoa” conforme vai contactando com a realidade ao longo da sua vida, ou seja, “o modo único e exclusivo do ser da pessoa é a sua realização de actos”⁶⁰, isto é, em cada uma das suas acções, o homem comporta-se ao nível da relação causa-efeito, reafirmando a sua

⁵⁶ *Idem.*, p.21.

⁵⁷ *Idem.*, p. 22.

⁵⁸ *Idem.*, p.23.

⁵⁹ *Ibidem.*

⁶⁰ *Idem.*, p.27.

personalidade. O protagonismo aqui pertence ao homem e não à sua personalidade, porque “os actos partem da pessoa”⁶¹ e é ela quem os executa.

Na antropologia scheleriana está presente o que chamamos de “concepção do progresso da pessoa”⁶², pois o homem vive desde o nascimento em direcção à sua plena realização. Daqui se pode afirmar que nem todos os homens conseguem o pleno desenvolvimento humano. A sua análise, permite a seguinte interpretação: a capacidade do homem para actuar está direccionada para o desenvolvimento total, mercê da articulação dos seus actos.

O problema da acção e a questão dos valores encontram-se indissoluvelmente ligados. *Agir* pressupõe sempre uma opção, uma tomada de posição, uma valorização, implícita ou explícita. Reflectir sobre os diversos valores adoptados pelo homem é compreender melhor a sua acção.

No homem, durante o seu desenvolvimento histórico, produziram-se uma série de “transformações”, de acordo com a sua forma de actuar. Trata-se de uma “construção” progressiva de uma forma racional, em função das exigências da sua *dignidade humana*, formando e enriquecendo a sua personalidade. O contrário ocorre quando o homem toma a direcção oposta ao valor da «sua pessoa». Não obstante, as referidas permutas não afectam a identidade da pessoa, conservando intacta a sua capacidade radical de actuação, neste caso, totalmente diferente.

Actualmente, as “diferentes sociedades” (com diferentes contextos culturais) assumem, cada vez mais, que o seu pleno funcionamento está dependente do reconhecimento dos valores humanos dos seus cidadãos. Os direitos Humanos, por exemplo, que foram importantes nas constituições de muitos estados, fundamentaram-se

⁶¹ *Idem*, p.27.

⁶² *Ibidem*.

nos valores humanos. Assim, para Max Scheler, a «pessoa» á “um valor em si mesma”⁶³: só a pessoa é susceptível de ser contemplada na escala de valores, como um valor singular que se pode classificar como único. A questão scheleriana que se coloca é a de saber o que significa a pessoa, em si mesma considerada.

O homem não é só um *sujeito de valores*⁶⁴, mas sim um valor pessoal. Graças a esta formulação, Max Scheler situa o homem no centro de todos os valores. O homem, em virtude do seu humanismo, dotado de autoconsciência e de liberdade, propriedades exclusivas do mundo racional, frente a todas as outras espécies de animais, é um valor único no seu género. Significa que o homem é uma espécie de «universo pessoal»⁶⁵.

Descobrir a pessoa, significa entrar no mundo de todos os seus valores, hierarquizados por Max Scheler em diferentes categorias. A pessoa é “de certa forma todas as coisas”⁶⁶, enquanto é um microcosmo, devido à sua posição superior no mundo, por um lado, e ao seu poder de dar sentido ao mundo, por outro. A missão específica do homem é de integrar todas essas coisas, conferindo-lhes o devido alcance. Isto porque o homem, possuindo o domínio de razão, apresenta-se “aberto” ao mundo, fazendo-o acessível a si próprio. E a relação que se estabelece entre o homem e esse mundo converte-se no descobrimento do seu “próprio valor”.

Até aqui, analisámos o conceito scheleriano de «pessoa», especialmente no que respeita aos seus actos que a configura como uma unidade antropológica concreta. Tudo isto é incompreensível sem a vinculação dessa pessoa aos seus «valores». Também por isso, a relação do homem com o mundo se reveste pelo descobrir do seu próprio “valor” de homem, á semelhança do espelho onde se reflecte o rosto da sua pessoa. Daí a importância em analisar-mos o alcance desse “valor”.

⁶³ *Idem*, p.26.

⁶⁴ *Ibidem*.

⁶⁵ *Ibidem*.

⁶⁶ *Ibidem*.

2.2 Alcance do valor de «pessoa»

Ao refutar as teses das éticas materiais anteriores de “bens” e “fins”, Kant estaria a associar, erroneamente, a noção de “fim” ao de “valor”. Segundo Scheler, os “bens” são “coisas” valiosas. A ética axiológica scheleriana, apresenta uma “independência” entre os “valores” em relação aos “bens” e aos “fins” de Kant. Scheler define assim, os termos “bens” e “fins” de um modo particular: por “bens”, compreende-se os objectos que dispõem da presença de “valor”. Por “fins”, compreende-se todo o conteúdo - do pensar, do perceber, do representar - que está dado à sua realização. Estes “fins” estão fundados nos *objectivos* que, por sua vez, não são representativos e pertencem à ordem do querer. Os *objectivos*⁶⁷ caracterizam-se, então, como tendência a algo, e têm os valores enquanto fundamento. Neste sentido, os “valores”, que não podem ser extraídos dos “fins” nem tão pouco terem conteúdos representativos, encontram-se incluídos nos *objectivos* e assim, não podem ter uma concepção subjectivista, como a de Kant. Por isso, Scheler faz uma distinção, no conceito de valor, entre o “formal” e o “material”, refutando o racionalismo formal e destacando a “materialidade” dos valores (como acontece numa das suas obras mais importantes).

Assim, os “valores” são qualidades autênticas e verdadeiras *a priori*, não são aparentes nem falsas mas sim *objectivas*, independentes dos bens e dos fins. São *apriori* porque nos indica que não são fruto da experiência indutiva, ou seja, designa aquelas “unidades significativas e ideais que são dadas por si mesmas, em virtude do “conteúdo de uma intuição imediata”⁶⁸. Significa que o “ser” dos valores é independente das variações e transformações da existência dos “bens”. Por outro lado, não se pode conceber os “fins” de uma acção moral separadamente dos “valores” a serem realizados.

⁶⁷ A noção de *objectividade*, abordada por Scheler no seu sistema axiológico, pressupõe a descrição dos valores na linha da verdade e da autenticidade dos mesmos *apriori*. A estrutura interna dos valores é de tal forma real que é independente do que os seus possuidores defendem. Este facto contribui para que possamos dizer que Scheler procura a verdade íntegra dos valores em todas as vivências e experiências do homem. *Idem*, p.30.

⁶⁸ *Ibidem*.

Os valores, enquanto qualidades independentes (*a priori*) dos bens, relacionam-se tanto com os objectos do mundo, como com as nossas reacções frente a eles. Esta independência permite que os valores sejam “imutáveis” e deste modo, Scheler mostra-se contrário às formas de subjectivismo axiológico que relativiza os valores. Para superar tais teses, lança mão do conceito de “intencionalidade do pensamento” fenomenológico. O perceber sentimental - abertura à captação do “valor” - enquanto facto psíquico, tende a um objecto irreduzível à vivência. Deste modo, a supressão do perceber sentimental não equivale à extinção do “ser” do “valor”.

Recusando as formas de intelectualismo, que se baseiam na estrita divisão do espírito em razão e sensibilidade, Scheler adverte para um terceiro modo - a ordem do coração, já descrita por Pascal - o qual seria a via de acesso à captação dos valores. Estes apresentam-se inacessíveis à razão por se constituírem como objectos emocionais, logo a sua apreensão só é possível por um meio que se ajuste a eles, ou seja, através de um *perceber* sentimental.

O “valor de pessoa” está situado por Max Scheler no grau supremo da hierarquia axiológica, no vértice da pirâmide, local onde convergem todas as arestas que ascendem progressivamente até ele: “O valor por si mesmo é, na essência, um valor pessoal”⁶⁹. Assim, a pessoa é o «autovalor», como o fornecedor de referência de todo o outro valor infra-humano. Sem a presença desse valor, todos os outros perdem consistência e significado. O alcance de tal “valor de pessoa”, segundo o próprio texto scheleriano, inclui o valor de *heilig*⁷⁰, que Scheler o situa como o mais alto da sua axiologia, “junto com os valores espirituais”⁷¹. Com efeito, descreve como valor fundamental, um valor de *excelência*⁷², que é o de “autovalor da pessoa”. Este assenta na atracção interna desse

⁶⁹ VERGÉS RAMÍREZ, S. - « La persona es un «valor por si mesma», segundo Max Scheler ». Revista Pensamento, Vol. 55, número 212, p.247.

⁷⁰ *heilig* significa valor supremo relativamente a todos os outros valores, orientando o “interior” do homem ao “ser pessoa”.

⁷¹ VERGES RAMÍREZ, Salvador - «La persona es un «valor por si mesma, segundo Max Scheler», p.247.

⁷² *Idem*, p.248.

«autovalor de pessoa» relativamente aos outros valores, à semelhança do que ocorre com a atracção provocado por um íman sobre as partículas metálicas que se encontram ao seu alcance.

Essa supremacia do valor do homem responde à dignidade do seu “ser pessoa”. Dignidade e valor registam uma simbiose tal que se interpenetram mutuamente. As suas palavras relativas ao “valor da identidade” de homem, tornam-se translúcidas: “o valor do homem, assegura ele, é um valor único”⁷³, em virtude do valor intrínseco da dignidade da pessoa que ultrapassa qualquer comparação com o reino animal.

2.3 O valor de homem como um «progresso»

Neste processo, sobressai uma questão importante: o valor da pessoa é estático ou, pelo contrário, é dinâmico? O termo «progresso» evoca aqui um dinamismo, que Scheler aplica ao seu conceito de pessoa. Chega ao ponto de descrever a pessoa em termos de “autoconsciência que integra todas as classes possíveis de consciência: a cognitiva, a volitiva, a sentimental, a de amor e de ódio”⁷⁴. Essa ascensão gradual culmina no vértice mais alto da pessoa, que é o amor, com o seu antípoda (o ódio), correspondentes ao valor e ao seu anti-valor, na mais absoluta assimetria.

Dois estádios presidem à evolução progressiva do valor de homem. No primeiro, Scheler descreve a pessoa como um valor pertencente a si mesma, como um valor individual. No segundo, integra um elemento essencial do homem que é a sua abertura e reciprocidade comunicativa com os outros, na esfera relacional. Não se trata de dois aspectos opostos – são duas fases do dinamismo interno do valor de pessoa. No entanto, a questão provoca um corte vertical nas fronteiras que confrontam os diversos estratos da concepção de valor de pessoa, desenhado por Scheler. Pois bem, descobre-se que “os

⁷³ *Idem*, p.247.

⁷⁴ *Idem*, p.249.

primeiros estratos registam uma forma de cariz mais pessoal, sendo os últimos mais de carácter predominantemente social”⁷⁵.

Assim, ambos os estádios se complementam reciprocamente, por um lado, pela lei da progressão sucessiva do desenvolvimento do sistema de Scheler, por outro, pelo *dinamismo activo*⁷⁶ da pessoa. Este último é o mais importante e decisivo por emitir um juízo acerca da evolução dinâmica da concepção do valor da pessoa, porque Max Scheler atende ao desenvolvimento progressivo do valor do homem, afirmando sucessivamente a sua personalidade conforme vai descobrindo a dimensão da “sua” pessoa. Ou seja, Scheler coloca á frente de tudo, a “identidade da pessoa” como o seu valor prioritário.

I. Valor da “identidade de pessoa”

Pelo carácter dinâmico que Scheler reconhece na pessoa, não só não a reduz a um conjunto de actos, mas afirma, de forma explícita, o “valor da identidade” do homem, conforme aquela que ele mantém sobre a autoconsciência da pessoa. Precisamente esse dinamismo do homem é sinal inequívoco da sua não *involução*⁷⁷. A pessoa para ser ela mesma é obrigatório que não se “feche” em si mesma. Pelo contrário, a pessoa alcança maiores cotas de identidade, quanto mais sai de si mesma. A questão central do sistema scheleriano é colocada da seguinte forma: de onde nasce e como se realiza essa identidade? Para Scheler, ela surge do valor da mesma identidade do homem. Mas em que sentido?

Se analisarmos o que está na génese da identidade do homem, concluímos que a base dessa identidade está na capacidade radical⁷⁸ de relação. O valor do núcleo da pessoa é objecto da participação activa do homem. Ou seja, o homem tem de construir, através da experiência vivencial, o valor da sua identidade de pessoa. É a forma de se expressar que

⁷⁵ *Idem*, p. 250.

⁷⁶ *Ibidem*.

⁷⁷ A pessoa, para ser ela mesma, é necessário que não se envolva em si mesma. Pelo contrário, a pessoa alcança maiores características de identidade quanto maior capacidade tiver em sair de si mesma. *Ibidem*.

⁷⁸ *Idem*, p. 251.

faz a pessoa «ser ela mesma», correspondendo esta à essência do seu próprio valor de pessoa.

Relativamente a outros autores que analisaram esta temática, Scheler acrescenta algumas novidades, que residem em duas áreas: uma, na forma de expor o valor da identidade, pois esta é concentrada na autoconsciência do homem; a outra, no desenvolvimento que faz do conteúdo do dito valor, pertencente ao ser mais profundo da pessoa. O valor da identidade do homem está na linha do ser, como “valor por si e em si mesmo”⁷⁹.

Exposta esta primeira dimensão de valor da identidade, outra dimensão abordada por Max Scheler, pode ser aqui analisada. O dilema é se o valor de pessoa tem um carácter introvertido ou se é de cariz comunicativo. Este último é da preferência de Scheler, em que a essência de tal valor não é unidimensional mas sim intersubjectivo.

II. Valor «intersubjectivo» da pessoa

A expressão «intersubjectiva» significa que a identidade da pessoa não é um “valor monolítico excluinte mas sim um valor mais universal”⁸⁰. Por isso, Scheler junta à noção inicial de pessoa, a de “pessoa total” conotando esta como um valor de pleno humanismo. De tal forma que o homem não seria plenamente pessoa se não tivesse essa dimensão intersubjectiva, essencial ao valor da sua identidade.

Segundo Scheler, esta intersubjectividade pode ser observada num duplo plano: num, a realidade profunda da pessoa, ou seja, a sua “capacidade radical” de se relacionar com os outros; no outro, é o seu “comportamento disfuncional” relativamente a essa relação, motivado por causas multifactoriais, que podem certamente distorcer o seu valor

⁷⁹ *Ibidem.*

⁸⁰ *Idem*, p. 252.

de pessoa, mas nunca o anular. Todos eles “pertencem ao «actuar» e não ao «ser» da pessoa”⁸¹.

Este valor corresponde á afirmação do valor da condição social do homem e também uma nova forma de entender a pessoa, pois o carácter social do homem dignifica-o de tal forma que o faz «ser ele mesmo», e que numa análise mais profunda, desenvolve todas as virtualidades da sua condição humana. Esta abrangência é definida por Scheler com o termo «pessoa total» designando assim, de uma forma precisa, esse valor pessoal⁸². Com efeito, a «pessoa total» é a auto-realização do homem em todas as suas dimensões, como o centro da sua plenitude humana. A. Vergot, citado por Vergés, faz idêntica análise ao afirmar que “o outro está inscrito no fundamento do eu intersubjectivo”⁸³.

Neste “progresso axiológico de pessoa”⁸⁴, Scheler fala de uma dupla área (pessoal e social) como a plena realidade dos outros, uma vez que «cada um» - escreve Scheler - vive em si mesmo de uma forma originária como pessoa social, assim como *pessoa íntima* (individual)⁸⁵.

O progresso do valor interpessoal encontra-se na «comunidade», na «sociedade», na chamada por Scheler, «pessoa total» e «pessoa valiosa». Interessa aqui observar que, em primeiro lugar, a importância da dimensão axiológica da pessoa – no seu aspecto relacional – obriga a empregar diferentes formulações; em segundo lugar, estas expressam a progressão do valor da *intercomunicação pessoal*⁸⁶. Chegamos assim, ao objectivo do sistema axiológico de Scheler: responder à questão “o que é o homem?”. Em última análise, este equipara o “valor da pessoa” com o da comunidade e o “valor da sociedade”

⁸¹ *Ibidem.*

⁸² *Ibidem.*

⁸³ VERGOT, A. – *L'autre au fondement de l'Ego et de l'intersubjectivité*. Archivio di Filosofia 54 (1986), pp. 365-375 citado por VERGES RAMÍREZ, Salvador – «La persona es un «valor por si mesma, segundo Max Scheler», pp.252-253.

⁸⁴ *Idem*, p.254.

⁸⁵ *Ibidem.*

⁸⁶ *Idem*, p. 254.

com o da “pessoa total”. Assim, esta dimensão social do homem é essencial para a sua própria existência.

Associado a esta “sociabilidade” vivencial de pessoa, existe um outro domínio inseparável, que Scheler denomina de «pessoa íntima». Ele define-a como

“...aquela pessoa que é dada na forma essencial de viver em si própria, distinguindo-a expressamente da pessoa social, ou seja, o conteúdo vivencial de todas as formas do viver individual, resultante de uma referência expressa numa articulação dos seus membros num todo.”⁸⁷

Podemos dizer que, se toda a pessoa tem uma “esfera íntima” e uma “esfera social”, então também a “pessoa total” possui ambas as esferas. E entre esta “pessoa íntima” particular e as classes de pessoas totais, às quais ela pertence, existem diversos níveis de proximidade que se baseiam na essência dessas classes de “pessoas totais”. Deixando de parte a existência de uma esfera absolutamente íntima no *ser* individual, como pessoa, existem outras esferas relativamente íntimas desse *ser*, como membro de uma pessoa total A quando em relação simultânea com uma pessoa total B. Assim, o indivíduo não possui, em geral, uma esfera íntima do seu *ser*, quando considerado elemento social. É considerado assim, exclusivamente pessoa social⁸⁸.

Segundo Scheler, os estratos vivenciais íntimos do indivíduo têm todos algo de comum. Todos eles são, desde logo, de natureza íntima mas são, não obstante, de natureza geral. As formas do “ser” e “viver” mais íntimos e simultaneamente mais individuais, são “a amizade e o matrimônio”⁸⁹. Se ambas são acompanhadas por uma comunidade religiosa de sentimentos, de cultura e de comunidade estatal, então

⁸⁷ A diferença entre pessoa íntima e pessoa social não tem a haver com a noção de pessoa total e de pessoa particular e muito menos, com a sua distinção psico-física. A pessoa possui, no seu somático e no seu psíquico, a esfera social e a esfera íntima, sendo a sua individualidade também individualidade social e íntima. (SHELER, Max – *Ética, Nuevo ensayo de fundamentación de un personalismo ético*. Tradução do Alemão por Hilário Rodríguez Sanz, Tomo II, Madrid: Revista Occidente, 1942, p. 383).

⁸⁸ *Idem*, p. 381.

⁸⁹ *Idem*, p. 383

representam as formas de proximidade a comunidades mais íntimas, que as pessoas podem possuir umas com as outras. Aqui, Scheler fala da presença de “valores positivos” e “negativos”. A *harmonia* que possa existir entre a pessoa íntima e a pessoa social é depositária de um “valor positivo” da pessoa enquanto unidade. A *desarmonia* existente entre uma e outra é depositária de um “valor pessoal negativo”⁹⁰.

Uma outra abordagem do valor de pessoa, importante no progresso do valor humano, diz respeito à esfera do sensível e da relação dos estados sentimentais da pessoa.

III. Valor da «vida emocional»

Ao analisar o conceito de *vida emocional*, Scheler faz a distinção entre “estado sentimental sensível” e “sentimento intencional”. O primeiro, relacionado com a vivência do estado, é desprovido de intencionalidade e refere-se, de modo não imediato, ao seu objecto. Já o segundo, por sua vez, tem referência imediata - onde se revelam os valores -, ou seja, referem-se à captação do estado. Os valores estão sempre necessariamente referidos a um sujeito emotivo, a um sujeito que «sente». Só é valor, aquilo que o nosso sentimento de valor apreende como tal.

Existe na vida emocional da pessoa uma “transição gradual”, a qual não reside na existência destas ou daquelas realidades sentimentais. Os estados de serenidade, felicidade, comodidade, alegria, etc., não são classes de “estados sentimentais” que se distinguem unicamente pela intensidade ou que estão unidos a distintas sensações. Estes estados e os seus contrários (como infelicidade, tristeza, desespero, etc.), designam-se como diversidades delimitadas pelos respectivos sentimentos positivos e negativos. Não se pode ser “feliz” com acontecimentos do mesmo conteúdo valioso do “desagradável”. Significa que a diversidade destes sentimentos parecem exigir diversos *conteúdos de valor*⁹¹. Para reconhecer a natureza dessa diversidade, não basta admitir diversas qualidades de

⁹⁰ *Idem*, p. 387.

⁹¹ *Idem*; p. 112.

sentimentos, mas sim que esses sentimentos podem *coexistir*⁹² num mesmo acto e momento, com carácter diverso – os sentimentos positivos e negativos.

Para Scheler, estes estados de sentimento existem e são vividos de formas diversas. Porque se trata de um sentimento, não é possível estar simultaneamente triste e melancólico, ou seja, os “estados de sentimento” e os “actos emocionais” fazem parte das chamadas *situações de profundidade*⁹³, por pertencerem ao estrato profundo do “eu”. Esta «profundidade» fenométrica do sentimento está essencialmente unida a *quatro categorias*⁹⁴, correspondendo à estrutura de toda a nossa existência humana:

- a) Sentimentos sensoriais ou sentimentos da sensação;
- b) Sentimentos corporais e sentimentos vitais;
- c) Sentimentos puramente anímicos (sentimentos puros do eu);
- d) Sentimentos espirituais (sentimentos da personalidade);

Todos estes “sentimentos”, em geral, têm como referência vivencial o “eu” (ou a pessoa) e categorizam-se desse modo diverso e fundamental.

Os «sentimentos» sensoriais encontram-se muito próximos da corporalidade, estão localizados em determinadas partes sensíveis do corpo e representam-se, entre outras, pela dor e pelo prazer. Esses sentimentos são mais abrangentes e não devem ser confundidos com as simples sensações dos cinco sentidos. Os sentimentos sensoriais têm algumas características especiais: é uma situação exclusivamente *actual*, significa que não há um «renovado sentir» nem um «ressentir», «pressentir» ou «consentir» esse sentimento sensorial. A sua forma exclusiva de ser é o tempo e o lugar de acontecimento no corpo. Carece, pela sua essência, de “duração e sentido de continuidade”⁹⁵. Um sentimento puramente sensorial não “exige” nada e cumpre, quanto muito, uma tendência na sua direcção – não «indica» um antes, não pode ter uma consequência emocional no viver da

⁹² *Idem*, p. 113.

⁹³ *Idem*, p. 114.

⁹⁴ *Ibidem*.

⁹⁵ *Idem*, p. 118.

pessoa nem é, em si mesmo, uma consequência vivida⁹⁶ de outras vivências emocionais. O sentimento sensorial é, de entre todos os outros sentimentos, o menos prejudicado, pela falta de *intencionalidade* por parte da consciência da pessoa. Quando se aplica a *atenção*, não existe alteração do curso normal deste sentimento. Como exemplo, uma dor é mais facilmente suportada quanto maior capacidade temos de desviar a atenção dela através, por exemplo, de uma ocupação interessante.

Os «sentimentos vitais», tais como o bem-estar e o mal-estar, os sentimentos de saúde ou de doença, a calma ou a tensão, pertencem ao organismo como uma totalidade. Ao contrário dos anteriores, os sentimentos vitais não estão localizados corporalmente, existindo neles continuidade, duração e intencionalidade. Estes sentimentos são manifestações de *sentimentos do corpo*⁹⁷ - “eu” não posso estar cómodo ou incómodo do mesmo modo que «eu» posso sentir-«me» assim. Este «me» representa o *eu corporal*⁹⁸, a consciência unitária da nossa vida, de cujo todo emergem os sentimentos orgânicos e as sensações orgânicas diferenciadas. Por outro lado, o sentimento vital, ao contrário da diversidade do sensorial, constitui um *facto unitário*⁹⁹ em que a presença deste sentimento é posterior à diversidade dos sentimentos sensoriais. A importância e o sentido destes sentimentos consistem precisamente em que estes indicam o “seu valor” ainda por chegar, não o valor no presente, sendo num certo sentido, sentimentos distantes e longínquos no tempo e no espaço, em oposição aos sentimentos sensoriais.

Os «sentimentos anímicos» ou *psíquicos* pertencem ao “eu” e são formas sentimentais reactivas diante do mundo exterior¹⁰⁰. A tristeza e a alegria intencionais e

⁹⁶ *Ibidem.*

⁹⁷ *Idem*, p. 122.

⁹⁸ *Ibidem.*

⁹⁹ *Idem*, p. 123.

¹⁰⁰ Os sentimentos anímicos destacam-se com rigor, dos estratos dos sentimentos vitais. No sentimento anímico não se realiza uma função do *eu*, unicamente porque o *eu* é dado como corpo, captando este como «meu», ou seja, pertencente ao *eu* (anímico) – estamos perante uma qualidade do *eu*. As expressões idiomáticas: «sinto-me triste», «sinto uma tristeza», «estou triste» - caracterizam a *proximidade crescente do eu*. Mas a diversidade desta classe de vivência sentimental pode levar a um sentimento da mesma qualidade. *Idem*, p. 126.

reactivas são claramente formas de sentimentos anímicos. A pessoa pode tornar-se triste ou alegre em consequência de uma notícia, o que demonstra, neste caso, a participação activa do *eu*. Estes sentimentos anímicos não estão ligados à percepção, mas sim ao sentido, ao significado e representação daquilo que é percebido. Tristeza e alegria são uma modalidade do *eu* e são sentimentos vitais quando são provenientes do fundo afectivo.

Por último, temos os «sentimentos espirituais» que são sentimentos relativos ao núcleo da personalidade e à sua atitude afectiva, mediante determinada situação. Esses sentimentos derivam do núcleo da sua personalidade, do próprio *eu* e ocasionam o sentido pleno desses sentimentos, assim como as tendências valorativas da pessoa. O desespero, o remorso, a paz, o amor, o arrependimento, o perdão e a serenidade espiritual são exemplos deste sentimento sublime e supremo.

Em suma,

Existe uma intrínseca relação entre o valor, a percepção sentimental do valor e o estado sentimental, sendo que os valores nos objectos são anteriores à experiência dos estados sentimentais que produzem tais objectos. De notar que Scheler não considera o valor nem tão pouco os bens operantes por si mesmos, mas sim, os valores como valores e os bens como bens, operantes na vivência da pessoa. Essa vivência (de prazer ou desprazer) opera segundo uma ordenação constante, permanente e inter-individual - que é a própria essência do valor - provocando estados sentimentais, simultaneamente actuais e recorrentes.

Scheler porém, faz uma distinção entre o sentir (ou perceber sentimental) dos outros estados sentimentais. Enquanto o primeiro é intencional e pertence às funções de apreensão de conteúdos e de fenómenos, os segundos, pertencem somente aos conteúdos e fenómenos. A percepção sentimental, neste sentido, está associada a um movimento do sentir no qual algo chega à sua existência.

Por último, Scheler define «pessoa íntima» como aquela que é dada na sua forma de viver em si próprio, distinguindo-a de «pessoa social» (conteúdo vivencial de todas as formas de vida própria que resultam de uma referência expressa de uma articulação dos membros num todo). Significa que toda a pessoa “finita tem uma esfera íntima e uma esfera social”¹⁰¹. Os valores não se distinguem uns dos outros, mas existem entre si numa determinada hierarquia, que passamos a analisar:

2.4 – Hierarquia dos valores

Da essência dos valores, sobressai uma hierarquia que os fazem distinguir entre valores mais altos e valores mais baixos. Esta ordem axiológica de que se ocupa Max Scheler, dá-nos uma escala com graduações de altura em que existem números baixos e números altos a considerar numa pirâmide de valores.

Utilizando as próprias palavras de Scheler, podemos responder à questão do “critério” de ordenamento hierárquicos dos valores da pessoa. Efectivamente, a afirmação “mais altos”, empregada por Scheler, confirma esta ideia: “os valores pessoais são essencialmente mais altos que os das coisas” e “os valores dos actos estão todos eles subordinados aos valores da pessoa”¹⁰². Daí que o critério unificador seja a união estreita com a pessoa.

Scheler fornece-nos *cinco critérios*¹⁰³ para determinar a “altura” dos valores:

1. Os valores são, segundo ele, tanto mais altos quanto maior for a sua duração. Diz-se duradouro um valor «que tem a faculdade (fenómeno) de se prolongar no tempo», qualquer que seja a duração do seu suporte real. Esta duração faz parte do «ser valioso» de alguma coisa. O exemplo prático passa-se quando convertemos em acto o amor por uma determinada pessoa (com base no valor dessa pessoa). Neste caso, o fenómeno da duração desse valor e do respectivo acto residirão tanto no próprio valor em si mesmo, a que nos

¹⁰¹ *Idem*, p. 378.

¹⁰² VERGES RAMÍREZ, Salvador – *El hombre, su valor en Max Scheler*. p. 110.

¹⁰³ HESSEN, Johannes – *Filosofia dos valores*. p. 99.

dirigimos, como na vivência do acto do nosso amor. Com isto significa que os valores mais baixos serão, naturalmente, os mais transitórios e de menos duração; os mais altos, pelo contrário, serão só os *eternos*¹⁰⁴.

2. Os valores são tanto mais altos quanto menos *divisíveis*¹⁰⁵ forem. A participação de várias pessoas nos bens materiais (nos alimentos, por exemplo) só é possível mediante uma divisão destes. Com os valores espirituais (considerados no topo da hierarquia), as “coisas” passam-se de uma forma diferente – não só falta a possibilidade duma participação numa “coisa” extensa como a possibilidade de os seus respectivos suportes serem partilhados, quando eles são vividos em simultâneo por uma pluralidade de sujeitos. Assim, uma obra de arte pode ser apreciada no seu valor estético e observada por muitos sujeitos ao mesmo tempo. É da essência de tais valores, portanto, serem ilimitadamente comunicáveis sem sofrerem divisão ou diminuição¹⁰⁶.

3. O valor que serve de *fundamento*¹⁰⁷ a outros é mais alto que os que se fundem neles. O conjunto de todos esses valores está fundado no «*espírito infinito e pessoal*»¹⁰⁸ e no mundo dos valores que se estende diante dele.

4. Os valores são tanto mais altos quanto mais profunda é a satisfação que a sua realização produz em nós. E uma satisfação desta natureza será mais profunda que outra “quando a sua presença se revelar, independentemente de sentirmos outros valores e da satisfação que a estes se liga”¹⁰⁹.

¹⁰⁴ *Ibidem*.

¹⁰⁵ *Idem*, pp. 107-109.

¹⁰⁶ *Ibidem*.

¹⁰⁷ *Ibidem*.

¹⁰⁸ “Os actos pelos quais estes se apreendem são, inclusivamente, os que apreendem os valores como absolutamente objectivos, na medida em que passam a acto dentro desse espírito e só são absolutos na medida em que se revelam dentro desse reino”. *Ibidem*.

¹⁰⁹ Por exemplo, de notar um facto curioso como certos prazeres e satisfações de ordem sensível (como as que ocorrem num qualquer divertimento) nos pode encher completamente a “alma” quando nos tocam na «esfera central da vida», naquela área sensível onde nós levamos mais a sério a nós mesmos. *Idem*, p. 100.

5. Um último critério para definir a altura dos valores reside, ainda segundo Scheler, no diferente *grau da sua relatividade*¹¹⁰. O valor do agradável é relativo só aos seres dotados de sensibilidade sensorial, como os valores vitais só são relativos aos seres vivos. Para um “ser” sem esta sensibilidade, não existem o valor do agradável; para um “ser” sem vida não há valores vitais¹¹¹.

E assim chegamos ao conteúdo da hierarquia axiológica de Scheler, em que ele agrupa os valores *em quatro secções*¹¹², procedendo hierarquicamente do inferior para o superior.

Da *primeira categoria*, a mais inferior dos valores schelerianos, fazem parte os *valores sensíveis*¹¹³ e entre estes encontramos o valor de agradável, e desagradável, de útil e inútil. Significa que existe uma grande diferença entre estes valores: alguns são transitórios e incluem uma articulação. Mas qual é a causa de tal diferença? é o valor do próprio homem, pois todos os valores (desde os da escala mais ínfima até aos da escala superior) estão ligados igualmente ao homem. Ou seja, dentro da escala inferior (ou ínfima), o valor (por exemplo, o agradável) tem uma correlação com os sentimentos sensoriais, a qual supõe que existem valores realmente agradáveis, apreendidos como tais pela pessoa. Daí que Scheler circunscreva o valor do agradável e o “contravalor do desagradável à função sentimental, de cariz sensível, do homem”¹¹⁴. Ele concede uma

¹¹⁰ *Idem*, p 101.

¹¹¹ *Valores absolutos*, pelo contrário, são “aqueles que existem para a pura sensibilidade espiritual do saber preferir e amar, isto é, para um sentir independente dos sentidos e da vida orgânica, no que estes têm de essencial, tanto na sua específica função como nas suas leis funcionais. Pertencem a esta categoria os valores morais, por exemplo. Neste sentir especial é que nós conseguimos – sem uso das funções da sensibilidade sensorial através das quais registamos apenas o agradável – compreender sentimentalmente a essência destes valores. *Ibidem*.

¹¹² *Ibidem*.

¹¹³ *Ibidem*.

¹¹⁴ O estímulo sensível motiva a resposta a tais valores. Estes, por sua vez, procedem dos sentimentos sensíveis do homem, justificando a situação inferior em que eles se encontram na hierarquia de valores. Por isso, Scheler situa esses valores, pertencentes ao conteúdo da pessoa, porque corresponde ao perceber sentimental do homem. *Idem*, p.102.

grande importância a este princípio apoiado na “essência dos valores sensíveis e no perceber afectivo sensível do homem”¹¹⁵.

Numa *segunda categoria* da hierarquia axiológica, Scheler coloca o valor entre o inferior, anteriormente descrito, e o superior. Serve de valor intermédio entre o inferior e o superior: trata-se do *valor da vida*¹¹⁶, entendida não tanto no seu aspecto biológico mas na sua integridade afectiva. Este valor da vida é abordado por Scheler numa dupla perspectiva: a primeira faz referência ao valor da vida em toda a sua amplitude. A outra corresponde à percepção do carácter emotivo do homem acerca desse mesmo valor¹¹⁷. Ambas convergem no mesmo ponto fulcral: o valor vital.

A *terceira categoria* da hierarquia dos valores situa-nos no ponto mais elevado. Desde este local é possível contemplar os outros valores. Esta esfera é classificada por Scheler, num sentido específico, com o nome de *valores espirituais*¹¹⁸.

Chamam-se espirituais, em primeiro lugar, porque estão separados do somático e do mundo que envolve a sua realidade, ou seja, os “valores espirituais” prevalecem sobre os “valores sensíveis”. Em segundo, porque apresentam coesão e unidade, significa que a sua universalidade prevalece sobre todos os outros valores, isto é, valem para todos e abrangem todas as *manifestações de vida*¹¹⁹. Para Scheler, o “mais alto de todos os valores são do «santo», ou os valores religiosos, porquanto todos os outros se fundem neles”¹²⁰. Este antropocentrismo de valor, que preside a esta hierarquia axiológica de Scheler, distingue o valor da pessoa do valor das coisas. E a razão, que preside a esta diferenciação, nasce da dignidade da mesma pessoa, sendo ela um “valor por si mesma, essencialmente

¹¹⁵ *Ibidem.*

¹¹⁶ *Ibidem.*

¹¹⁷ *Ibidem.*

¹¹⁸ *Idem*, p.103.

¹¹⁹ *Ibidem.*

¹²⁰ *Ibidem.*

mais alto que os outros valores, incluindo os valores da ciência, arte e cultura, classificados por ele mesmo como espirituais”¹²¹.

Em coerência estreita com a concepção sobre a primazia do valor da pessoa, Scheler propõe a subordinação dos outros valores ao valor da dignidade de homem. Mas dentro destes valores humanos, estabelece áreas diferentes de valor, em proporção directa com a sua relação maior ou menor da pessoa com os seus actos. A este respeito, Scheler distingue os actos humanos como *conteúdos de valor*¹²². Os actos de “conhecimento” e de “amor” do homem conotam os valores humanos, com os seus correspondentes *antivalores* de “ignorância” e de “ódio”. Significa que os valores negativos colocam em relevo os valores positivos. Mais ainda, os “actos da pessoa tem um valor superior frente aos valores derivados do comportamento espontâneo e reactivo do homem”¹²³.

Após a abordagem Scheleriana do valor de «pessoa», entramos na análise da terceira dimensão: a dimensão relacional.

3. DIMENSÃO «RELACIONAL» DA PESSOA

Para Vèrges, a estrutura do ser inter-relacional possui uma tripla abordagem: a relação do *eu* consigo mesmo, a relação (em conexão com a primeira) desse «*eu*» com o «*tu*»¹²⁴ e a relação do «*eu*» com os objectos, com a realidade. Todas atingem a tal

¹²¹ VERGES RAMÍREZ, Salvador – *El hombre, su valor en Max Scheler*. p.109.

¹²² *Ibidem*.

¹²³ *Ibidem*.

¹²⁴ VERGES RAMÍREZ, Salvador – *Dimension transcendente de la persona*. Biblioteca Herder, Barcelona: Editora Herder, 1978, p. 43.

dimensão *plena de pessoa*¹²⁵. A esta “estrutura relacional”, torna-se imperativo analisar o contexto da “comunicação” na relação do «eu» com o «tu» e com os objectos reais.

Nesta «*estrutura relacional*»¹²⁶ existe algo que pertence á constituição interna da pessoa, inserida numa determinada realidade dinâmica, onde esta duplicidade relacional (*eu e tu*) contribui para a formação da sua própria identidade (para consigo mesmo) e para a identidade social (para com o outro). Significa que, ao conceito abrangente de «pessoa», necessariamente temos de acrescentar esta nova abordagem, numa dupla perspectiva: as suas relações para «consigo» e para com os «outros» em ordem ao seu «ser».

a. Relação do «eu» consigo mesmo

O «eu» da pessoa possui consciência da sua «*egoidade*»¹²⁷ de uma forma imediata ao transformar-se em si mesmo, através da sua referência ao *não-eu*, ou seja, às realidades externas, à forma de sair de “si” para voltar a “si mesmo”, após contacto com a realidade cósmica. O auto-conhecimento do «eu» pessoal não se produz de uma forma instantânea, mas sim, apercebendo-se como idêntico a si mesmo (como pessoa) através de um processo que inclui: em primeiro lugar, a percepção da realidade das «coisas» e em segundo, a percepção da realidade do «outro».

Contudo, as etapas deste processo não estão ordenadas de forma sequencial, mas, pelo contrário, elas interagem em simultâneo, em que o homem se auto-conhece como «pessoa» ao mesmo tempo que descobre a existência das «coisas» e do «outro». Contudo, para se realizar este “auto-conhecimento”, é necessário a presença de um elemento

¹²⁵ A estrutura da pessoa, quando analisada no binómio «eu» e «tu», esboça o caminho para a realização da dimensão total do homem, de forma que a relação do «eu» com o «tu» tenha a sua origem na mesma *estrutura relacional* deste. Ou seja, o homem não pode ter um relação pessoal com o «tu», se o seu «eu» não for *estruturalmente interpessoal*, não no sentido de uma *autoprojecção de “si”*, mas na linha da *identidade* do seu próprio ser «pessoa». *Ibidem*.

¹²⁶ *Idem*, p. 44.

¹²⁷ Expressão usada por Scheler e por Vêrges, que pretende significar individualidade, unicidade de pessoa. *Idem*, p. 46.

indispensável: o da *introspecção reflexiva*¹²⁸. Por meio dela, o homem distingue dialecticamente a “sua pessoa” ou o “ser que lhe pertence” do “ser que não lhe pertence”.

Assim, o «eu» reconhece-se a si mesmo como «pessoa» enquanto descobre a sua capacidade de se relacionar com o «outro», para que o desenvolvimento do próprio “ser pessoa” se faça de modo gradual, fundada na consciência da relação «eu-tu». Por isso, o reconhecimento dessa relação pessoal significa o encontro pleno e original consigo mesmo¹²⁹.

Tudo isto não significa que o «eu» alcança uma compreensibilidade perfeita de si mesmo, mas sim, que o elemento da relação, não é algo sobrenatural ao próprio eu, mas pertence à sua estrutura mais profunda. Assim, esta relação pessoal representa dois momentos simultâneos: o primeiro diz respeito à realidade cósmica em que o homem se conhece a si mesmo como imerso entre as coisas diversas, entre as diversas realidades. No segundo momento, o «eu» da pessoa diferencia-se do outro «eu», ao tomar consciência de si mesmo, relativamente ao «outro». Desta forma, o «eu» é clarificado no seu ser ao relacionar-se com o «outro», actualizando em simultâneo as suas potencialidades e adquirindo consciência do ser pessoal relativamente ao «outro».

A diferença de níveis na relação do «eu» relativamente a si mesmo, é a chave da interpretação da capacidade de relação pessoal do homem. Significa que o homem pode potencializar, de forma consciente e reflexiva, a sua dinâmica de relação pessoal. Por isso, a capacidade “radical” do homem em se auto-relacionar consigo e com os outros é o *afecto*, fundamental no seu ser, não podendo reduzir-se a uma simples característica

¹²⁸ Neste contexto, o termo “introspecção reflexiva” pretende significar que a pessoa necessita de observar e sentir o mundo exterior a si, tendo a capacidade de captar para a sua esfera íntima, as características que julga essenciais para o desenvolvimento do seu «eu» individual. *Ibidem*.

¹²⁹ Aqui, as palavras “pleno” e “original” possuem um significado qualitativo, isto é, a pessoa, quando em contacto consciente com o «outro», desenvolve o seu ser, o seu «eu» para que esse encontro seja algo de novo, de original relativamente a outros encontros passados, a outras relações anteriores. O pleno (o seu «eu») é o constante somatório de relações originais com o «outro».

acidental. A estrutura deste próprio ser “é uma parte constituinte da identidade da pessoa”¹³⁰. E como chegamos ao conhecimento dessa “identidade”?

A resposta parece estar, segundo Vergés, na consciência do homem. Efectivamente, cada um apreende a sua íntima *maneira de ser*, mediante a consciência. Existe uma relação tão estreita entre consciência e pensamento que se poderá afirmar, segundo Sciacca citado por Vergés, que “o primeiro acto do pensamento é a consciência que o sujeito pensante possui de si mesmo como ente que pensa”¹³¹. Dissociar estes dois aspectos da pessoa, significaria a negação desta mesma pessoa.

Assim, a “estrutura de pessoa”, constituída pelo «eu em si mesmo», leva-nos a uma segunda perspectiva: a relação desse «eu» com o «outro». É essa estrutura pessoal de homem, em volta da constituição interna do seu “ser”, manifesta-se na sua maneira de actuar perante o encontro com o «outro». Isto permite concluir que a relação do «eu» com o «tu» tem as suas mais profundas raízes na estrutura do “ser relacional” desse «eu».

b. A pessoa como relação «eu-tu»

A relação implica, no plano pessoal, a existência essencial de um duplo elemento: o «eu» e o «tu». Estes pronomes significam, em termos filosóficos, a relação que se estabelece entre duas pessoas. Mas, segundo Vergés Ramirez, esta relação não implica que a «pessoa» esteja sempre em “acto”, em actividade, mas significa antes, a “capacidade estrutural de se relacionar, como expressão do seu ser pessoa”¹³².

Este princípio, onde tem origem a forma do homem se comportar, parece estar relacionada na sua *estrutura pessoal*¹³³. Perante a questão “porque será a relação individual, o elemento constitutivo da estrutura pessoal do homem?”, podemos afirmar que não se trata de um “acto de relação” mas sim de uma capacidade dinâmica do homem para

¹³⁰ *Idem*, p. 49.

¹³¹ *Ibidem*.

¹³² *Idem*, p. 50.

se relacionar pessoalmente. Ou seja, a relação é concebida como a capacidade de auto-comunicação do homem, sendo esta, o elemento básico da sua estrutura relacional¹³⁴.

Por outro lado, esta dupla característica (o contacto imediato «consigo mesmo» e a sua relação com o «outro»), que constitui a estrutura da pessoa, complementam-se reciprocamente. Um e outro desenvolvem a estrutura pessoal de homem no binómio: relação do «eu» em si mesmo e relação desse «eu» com o «tu» (o outro)¹³⁵.

Este reencontro do homem «consigo mesmo», corresponde à sua estrutura mais profunda de auto-regulação, pois esta relação com o «outro» não só revela o homem em “si mesmo” como também dinamiza a sua estrutura originária. Assim, esta relação pertence à esfera da realidade existencial, vivido pelo homem de uma forma consciente, na referência a “si mesmo” e ao «outro», dentro de uma atmosfera de um “encontro recíproco”. Aqui se encontra a fundamentação central: a relação do «eu» com o «tu» e vice-versa produz uma existência nova, fundada na fusão dos dois na *unidade do encontro*. É o momento de saída do «eu» da sua «eguidade» para se abrir à relação com o «tu».

Segundo Verges Ramirez, toda a pessoa possui dentro de si (na sua esfera íntima) um «tu» *inconsciente*¹³⁶, correspondente à sua maneira dialéctica de ser. E esta referência a si mesmo é a afirmação da sua identidade¹³⁷.

¹³³ *Ibidem*.

¹³⁴ *Idem*, p. 51.

¹³⁵ *Ibidem*.

¹³⁶ Aqui, a palavra “inconsciente” tem o significado “que não se conhece...”, que existe esse espaço dentro de si para se conhecer, só possível após uma relação dialéctica ente o «eu» e o «tu». Relativamente a esta questão, é interessante citar aqui a noção de relação possível entre organismo e o objecto, segundo António Damásio, em que ele interroga “*como é que o sentido de si, no acto do conhecimento, se implanta na mente (no eu)?*”. Por duas razões: em primeiro, o organismo em questão é aquele dentro do qual *acontece a consciência*; o objecto, é aquele em que se dá a *conhecer no processo da consciência*; e as relações entre ambos, constituem o conteúdo do conhecimento a que chamamos consciência. Nesta perspectiva, a consciência constroi-se a partir de dois factos: que o organismo esteja envolvido numa relação com o objecto e que este provoca uma modificação no organismo. Daqui a tal relação dialéctica existente entre o «eu» e o «outro», que pode ser um objecto ou uma pessoa. (DAMÁSIO, António – *O sentimento de si*. Lisboa: Publicações Europa América, 13ª Edição, 2001, pp. 30 – 40).

A dinâmica de relação do «eu» com o «tu» não só manifesta o que é a pessoa, mas também *configura o seu ser interno*¹³⁸, porque inclui um conhecimento mútuo de um “ser” e do «outro», através de um intercâmbio recíproco. Mas esta comunicação recíproca não implica uma perda da própria personalidade individual mas um reencontro do homem “consigo mesmo”. Daí que a relação pessoal do homem se desenvolva na intercomunicação do «eu» com o «tu». Este «eu» promove-se a si mesmo ao entrar em relação com o «tu», promovendo também o «outro». Não se trata de perder algo que é seu mas trata-se do reencontro consigo mesmo. Segundo M. Sciacca, citado por Verges Ramirez “o «eu» promove-se a si mesmo através da promoção do outro eu (o tu)... numa relação constante de reciprocidade”¹³⁹.

Esta relação tem um *carácter activo*¹⁴⁰ uma vez que tem de incluir a presença recíproca de duas pessoas: o «eu» não pode existir, como tal, sem a presença do «tu». Esta presença é de carácter estrutural, isto é, pertence à sua maneira de ser. E a tomada de consciência desta necessidade de relação recíproca, define a pessoa de uma forma bidireccional: o do mesmo ser pessoa e o da presença consciente do «tu» no «eu».

Interessante, a abordagem efectuada por Verges, ao afirmar que esse «eu» não pretende apoderar-se do «outro» de forma a convertê-lo em seu próprio instrumento de manipulação e utilização, pois a destruição do «tu» seria o *suicídio do «eu»*¹⁴¹. A relação, pois, do «eu» com o «tu» significa a máxima transparência da pessoa em si mesma. Este é o sentido profundo do ser individual do homem, que não é idêntico a si, mesmo enquanto não traduz em acto a sua relação intercomunicativa. Por isso, a relação não é reduzível a

¹³⁷ VERGES RAMÍREZ, Salvador – *Dimension transcendente de la persona*. p. 52.

¹³⁸ SCIACCA, M. F. – *El Hombre este desequilibrado*. Barcelona: Edições Miracle, 1958, p. 12 citado por VERGES RAMÍREZ, Salvador – *Dimension transcendente de la persona*. p. 53.

¹³⁹ VERGES RAMÍREZ, Salvador – *Dimension transcendente de la persona*. p. 54.

¹⁴⁰ *Idem*, p. 56.

¹⁴¹ ENTRALGO, P. Laín – *Teorya e realidad del outro. El outro como outro yo. Nosotros, tú y yo*. Vol. I; Madrid: Revista de Occidente, 1961, pp. 277-278, Citado por VERGES RAMÍREZ, Salvador – *Dimension transcendente de la persona*. p. 57.

um simples aumento do próprio «eu», porque se trata da sua constituição interna. A relação individual do homem desenvolve-se sempre no intercâmbio recíproco do «eu» com o «tu».

Assim, a relação do «eu» com o «tu» encontra-se igualmente fundada no princípio da *acção recíproca* que regula a relação de todos os seres. E *Só a sensibilidade*¹⁴², porque passiva e activa, pode acolher o «outro» como sujeito dotado de uma *dignidade própria*¹⁴³. O «tu» é um ser real, sensivelmente dado, reconhecido como «outro» ser humano. Reconhecer a realidade do outro só é possível na mesma medida em que o «eu» é sensível.

Por todos estes motivos, a “pessoa relacional” é considerada «ser-com» e não um «ser-para», estando esta enraizada numa comunhão entre duas individualidades, entre dois «eus», assentes nas suas respectivas dignidades humanas, mediados pela relação. O “homem pessoa” requer necessariamente relações humanas com “outra pessoa”, numa correlação «eu-tu».

c. A relação como uma «não coisificação» do «eu»

O «tu» confere uma dimensão nova à compreensão do «eu»: quando o encaramos como distinto, quando participa no mesmo conhecimento. O «eu» traça uma linha divisória entre o «tu» e os «outros objectos» reais que o rodeiam. Se a existência do um *ego* no

¹⁴² SERRÃO, Adriana Veríssimo – *A humanidade da razão, Ludwig Feuerbach e o projecto de uma antropologia integral*; Textos Universitários de ciências sociais e humanas; Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a ciência e tecnologia; 1999, pp. 205 – 222.

¹⁴³ O termo Dignidade é o reconhecimento de um valor. É um princípio moral baseado na finalidade do ser humano e não na sua utilização: *Age de tal modo que trates a humanidade, tanto na tua pessoa como na do outro, sempre e ao mesmo tempo, como um fim e nunca simplesmente como um meio (Kant)*.

Isto significa que a Dignidade Humana está baseada no ser humano e não na sua natureza da espécie humana a qual inclui, normalmente, manifestações de racionalidade, de liberdade e de finalidade em si, que fazem do ser humano um ente em permanente desenvolvimento na procura da realização de si próprio. Esse projecto de auto-realização exige, da parte de outros, reconhecimento, respeito, liberdade de acção e não instrumentalização da pessoa. Essa auto-realização pessoal, que seria o objecto e a razão da dignidade, só é possível através da solidariedade ontológica com todos os membros da nossa espécie. (documento de trabalho, 26/cnecv/99, reflexão ética sobre a dignidade humana in www.cnecv.pt).

mundo do «eu» é um facto importante, não é menos importante a diferença que esse «eu» coloca entre a pessoa e as coisas (os objectos reais).

A prova está em que a sua relação com as «coisas» que o rodeiam, difere totalmente da que ele tem para com as pessoas, criando uma diferenciação entre a relação do «eu» com o «tu» e com os «objectos». Não é possível estabelecer nenhuma classe de vinculação da pessoa com as coisas porque “a corrente de comunicação relacional só pode existir entre pessoas, conscientes da sua relação recíproca”¹⁴⁴ - os objectos não têm essa consciência.

O «eu» conhece-se a “si mesmo” como pessoa, descobrindo simultaneamente o «tu», no contexto da sua situação de pessoa no mundo. Este conhecimento do seu próprio «eu» é o impulsionador que faz sair o homem de “sí mesmo” para se reencontrar de novo com as relações humanas. Isto indica-nos que, por mais que o «eu» esteja presente em toda a acção, não se sabe qual o momento em que se relaciona com o «tu». É apenas “na intimidade desta relação, que se conhece internamente o «eu» pessoal”¹⁴⁵.

A estrutura da “relação inter-humana” institui um modo mais complexo do que o da simples “relação sujeito-objecto”. Enquanto o objecto não humano (coisa) *me converte em objecto*¹⁴⁶, apenas a presença do ser humano possui a capacidade de o converter em sujeito, num tu (para ele). Significa que, enquanto a relação da pessoa com o objecto se estabelece na “reversibilidade e alternância do estatuto”¹⁴⁷, a relação “entre pessoas” baseia-se na sua *reciprocidade e simetria*¹⁴⁸. Deste modo, também o «outro», que é um «eu» para ele, traz um «tu» para mim. Ou seja, o ser humano vive numa dupla referência: a “si” e ao «outro». Nesta duplicidade, é integrada a sua essência íntima: cada pessoa é

¹⁴⁴ ENTRALGO, P. Laín – *Teoría e realidad del otro. El otro como otro yo. Nosotros, tú y yo*, pp. 277-278, Citado por VERGES RAMÍREZ, Salvador – *Dimension transcendente de la persona*, p. 60.

¹⁴⁵ *Idem*, p. 62.

¹⁴⁶ SERRÃO, Adriana Veríssimo – *A humanidade da razão, Ludwig Feuerbach e o projecto de uma antropologia integral*, pp. 205–222.

¹⁴⁷ *Idem*, p. 206

¹⁴⁸ *Ibidem*.

simultaneamente «eu» e «tu». A relação estabelece-se, assim, apenas entre seres corporizados e sensíveis, capazes de agirem uns sobre os outros.

d. A comunicação como imperativo inter-relacional

A comunicação interpessoal é uma outra característica importante nesta relação. É uma noção importante, na medida em que existe uma “entrega” de um ao outro na aceitação dessa relação. De contrário, a incomunicabilidade, que por vezes coloca a pessoa em torno de “si” como sua autodefesa, dificulta o desenvolvimento das suas relações humanas.

Mas a comunicação regista diversas intensidades no mesmo plano da pessoa. A mais relevante é a *palavra*¹⁴⁹ e o *gesto*¹⁵⁰, como parte inter-relacional plena de uma «pessoa» com “outra”. Desta forma, a “palavra”, que permite o diálogo, é a *expressão mais genuína da relação*¹⁵¹ entre pessoas. Em primeiro lugar, porque a “palavra” é a manifestação mais humana da corporidade desta; em segundo, porque permite a relação e a comunicação humana.

A “palavra” implica a existência de uma espécie de intercâmbio pessoal, como que a participação consciente no mesmo ser por parte de duas pessoas, contribuindo assim, para um enriquecimento mútuo. Outras formas de expressão podem substituí-las momentaneamente mas nunca definitivamente. É através da palavra que se transpõe todo o “ser individual”. A pessoa que comunica através da “palavra”, forma a sua própria existência, contribuindo para a sua “unidade”. Desta forma, a “palavra” é a comunicação duma relação interpessoal, sendo simultaneamente a expressão visível da entrega da pessoa à pessoa, na linha de pensamento das relações humanas. Ela é a génese de uma relação especial entre pessoas, introduzindo-as num novo marco das suas intimidades, através de uma vinculação de mútua relação do «eu» com o «tu».

¹⁴⁹ VERGES RAMÍREZ, Salvador – *Dimension transcendente de la persona*. p. 64.

¹⁵⁰ *Idem*, p 65.

¹⁵¹ *Idem*, p 64.

O valor da palavra é decisivo para o ser pessoa porque é a manifestação da relação interpessoal do «eu» com o «tu», dando sentido à vida de cada homem, na sua relação pessoal. Só na relação *dialogal*¹⁵², usando a palavra, se reconhece o próprio «eu» humano, como um ser existente na sua dimensão interpessoal. Pois, o «eu», ao expressar-se pela “palavra”, sai de “si”, não para se perder no «outro» mas para se reencontrar através do diálogo. Este é o laço de união de ambos.

Até aqui, temos abordado a constituição essencial do próprio «eu» referente às distintas zonas da relação humana, sensibilizada pela “palavra” e pelo “diálogo”, como uma auto-existência e reencontro com a pessoa. Mas o diálogo não parece esgotar-se só na palavra propriamente dita, mas outras expressões lhes estão associadas: “o rosto como expressão da pessoa e o gesto humano como elemento de comunicação”¹⁵³. O rosto humano atinge uma tal expressividade que se poderá considerar apenas uma qualidade pertencente aos seres humanos, distinguindo o homem dos outros seres do universo. Nenhum outro ser, inferior ao homem, pode fazer do seu rosto o espelho do seu interior.

A reflexão de Lévinas sobre o *mesmo e o outro*¹⁵⁴, diz-nos que a *palavra* do «outro» não pode ser reduzido a uma mera interpretação logotípica, sem ser configurada no seu rosto. É na relação de face-a-face, entre o *eu* e o *outro*, que se estabelece a proximidade, cujo sentido primordial e último é a responsabilidade do *eu* pelo *outro*, sem exigência de reciprocidade, desinteressada.

¹⁵² O diálogo supõe, pelo menos, duas pessoas. A atmosfera em que se desenrola o diálogo é a da comunicação recíproca entre essas pessoas. O diálogo diferencia-se do monólogo não só pela forma de se realizar mas *pelo objetivo distinto* que persegue o *estabelecimento das relações humanas*. *Idem*, p. 67.

¹⁵³ *Idem*, p. 74.

¹⁵⁴ LEVINAS, Emmanuel – *Totalidade e infinito*. Biblioteca de Filosofia contemporânea, Lisboa: Edições 70, 2000, p. 181.

Para Lévinas, o rosto é a “evidência que torna possível a evidência”¹⁵⁵. A linguagem, como troca de ideias, supõe a originalidade do rosto sem a qual, não poderia existir. Mas esta linguagem só é possível quando a palavra passa à essência de expressão. Essa expressão não consiste em dar a interioridade da pessoa mas é um “facto rivelegiado da apresentação do ser”¹⁵⁶, mas não transmite a veracidade total do seu ser. E assim, Lévinas conclui que a “apresentação do ser, através do rosto, não tem o estatuto de um valor”¹⁵⁷.

Voltando à expressão, como elemento dominante do rosto, os olhos dominam o rosto, manifestando perante o «outro», pela sua expressividade, sentimentos como alegria, tristeza, angústia, etc. Os lábios, outro elemento corporal essencial na comunicação, possuem uma expressão especial, permitindo incrementar essa relação comunicacional. A posição e o movimento dos lábios denotam, por parte da pessoa, a sua disposição psíquica para a relação. Esta comunicação labial está vinculada à visual e ambos convergem no rosto da pessoa, em ordem a uma expressão facial capaz de transmitir a tal comunicação relacional.

Este rosto de pessoa inclui um outro factor determinante da relação comunicativa: o «gesto». A palavra humana torna-se gesto na transmissão de pensamento. A intensificação desta forma de expressão mostra a significação especial do gesto para estabelecer relações humanas. O gesto deve acompanhar geralmente toda a palavra para que esta seja de expressão integral de toda a pessoa. Por outro lado, o gesto expressa a emotividade da pessoa. Existem sentimentos profundos que podem ser expressados pelo gesto, por vezes com um alcance maior que a própria palavra, podendo mostrar uma realidade mais profunda. O gesto não é entendido apenas como “a gesticulação material mas sim como toda a atitude da pessoa perante a presença de outra”¹⁵⁸.

¹⁵⁵ *Idem*, p. 183.

¹⁵⁶ *Ibidem*.

¹⁵⁷ *Idem*, p. 181.

¹⁵⁸ VERGES RAMÍREZ, Salvador – *Dimension transcendente de la person*. p. 75.

Todo este conjunto harmónico, forma a base da comunicação do pensamento humano. E cada um deles funciona pertencente a um todo, apontando, de uma forma tendencial, para um único vértice: o *estatuto de pessoa*¹⁵⁹, através da interpelação e da resposta fundado, naquilo a que Lévinas chama, de “evidência”.

Em conclusão,

O problema do homem actual parece existir na sua identidade como pessoa. Falar da identidade, é entrar no campo da intimidade do ser pessoa, onde se torna relevante a inter-relação entre o «eu», o «tu» e os objectos.

Assim, analisamos a estrutura individual de pessoa, tendo como elemento constitutivo primário, a relação do «eu» com o «tu» direccionada para dois envolvimentos: o primeiro, desenvolve-se na relação que o mesmo «eu» tem consigo mesmo. O segundo, decorre na inter-relação individual do «eu» com o «tu», na comunhão do mesmo ser, orientados para a sua unicidade. Neste processo, a comunicação interpessoal apresenta-se como uma característica fundamental, utilizando a palavra e o gesto humano, através dos quais, as pessoas comunicam, contribuindo para a tal aceitação recíproca, em que a afirmação da pessoa perante o «outro», enquanto comunicação «diagonal» do «eu», nasce, desenvolve-se e culmina numa sensibilidade de ambos. Efectivamente, a relação interpessoal do «eu» com o «tu» provoca uma resposta “dialogal”, culminando na união recíproca e num interesse comum, participado por ambos.

Por outro lado, existe uma diferença entre esta relação interpessoal e o «objecto»: a primeira pertence ao ser existencial da pessoa e a segunda, nem sequer se poderá chamar relação, porque entre o «ser pessoa» e o «objecto» existe uma outra relação, a de uma intencionalidade objectiva, usando a capacidade cognitiva (pertencente apenas ao homem). Esta diferença nasce da apreciação que o homem faz da distinção entre o «tu inato» com o que se encontra, necessariamente, no «ser» do «eu», através da comunicação verbal (palavra) e da sua expressão corporal (rosto e gesto).

¹⁵⁹ *Ibidem.*

II.

PUDOR E INTIMIDADE DA «PESSOA»

Para melhor compreender o conceito de «pessoa», e posteriormente à análise efectuada na vertente relacional, parece-nos essencial analisar a fronteira existente nessa relação, perante «si» e perante o «outro», convergindo para uma outra dimensão: a dimensão da sua INTIMIDADE.

Analisar esta dimensão, necessariamente, e como consequência, pressupõe caracterizar um outro conceito: o de Pudor. Ficamos com dúvidas em sequenciar este capítulo, se começar pelo pudor ou pela intimidade. Optamos pelo pudor, esperando no final desta análise conseguir clarificar melhor esta nossa decisão.

O termo “intimidade” tem a sua raiz latina em “*intimum*”, que significa a “sua interioridade”, o “seu âmago”. Falar de intimidade significa falar de “algo” que faz parte da própria pessoa, com consciência desse facto. Mas este significado aplica-se apenas quando é analisada num contexto de relação com o «outro», num contexto de «exposição» perante o «outro».

Ao contextualizar a intimidade, o pudor surge como uma das suas características mais importantes. O pudor, entendido como sentimento de “receio” e de “vergonha” principalmente no que se refer à esfera sexual, representa um elemento fundamental da personalidade da pessoa.

Pela sua importância nesta dissertação, abordaremos o contexto ético-filosófico do «Pudor», recorrendo, não só à filosofia axiológica de Max Scheler¹⁶⁰, mas também a outros autores.

Assim, definimos três momentos de análise: um primeiro momento corresponde à abordagem dos diversos contextos do pudor; num segundo momento, será analisado o contexto da intimidade da «pessoa» e num terceiro momento, será feita a interligação destes dois conceitos.

1. PRIMEIRO MOMENTO: A DIMENSÃO DO «PUDOR»

O pudor relaciona-se, por um lado, com a sexualidade da pessoa, por outro lado com a sua esfera íntima da personalidade, associado ao sentimento de vergonha, de receio, de reserva e, no geral, com tudo o que se refere à sua esfera da intimidade. Trata-se, portanto, de um conceito bastante complexo, pelo que examinaremos especialmente a sua dimensão ética, prescindindo de uma valorização jurídica, mais interessada na sua relevância social do sentido do pudor e das suas consequências de impudor.

Este primeiro momento tem como principal finalidade analisar o pudor da «pessoa», nas suas diferentes perspectivas: desde a sua definição, a sua essência como um sentimento, a sua abrangência, até ao pudor como um sentimento afectivo e, por último, o sentimento de «pudor» no masculino e no feminino.

¹⁶⁰ A análise desta temática será baseada na obra “ *La Pudeur* ” de Max Scheler, com o objectivo de manter a abordagem axiológica da «afectividade da pessoa», contribuindo assim, para uma melhor compreensão do conceito de intimidade. Este novo conceito contribui para se perspectivar a «pessoa» como sujeito de sentimento individual, indivisível. Aqui, o pudor será analisado não só como um fenómeno mas também, e fundamentalmente, como um sentimento de natureza humana.

a. Para uma definição de Pudor

A proximidade existente entre a “vergonha” e o “pudor” assume um ponto de encontro possível, para uma definição que parece iminente variável. A origem etimológica dos dois é reconhecida¹⁶¹: “o termo grego «*aidôs*», da família do verbo «*aideomai*» (significa ter vergonha)”. O mesmo acontece com o termo alemão *Scham* (vergonha, pudor). A comparação é um pouco diferente em inglês. Na ausência de um termo equivalente, a tradução varia conforme o contexto: *modesty* e *sense of decency* são utilizados de uma maneira mais generalista e *shame* (vergonha) utiliza-se quando se quer invocar uma emoção, um sentimento. A proximidade dos termos encontra-se nas línguas derivadas do latim: *puere* que significa, “ter vergonha”.

Associadas por estas relações etimológicas, o termo “vergonha” e “pudor” são emoções que se assemelham. Ambas reagem a um sentimento de reprovação exterior, seja ele hipotético ou real. Contudo, e embora seja grande a sua proximidade, elas distinguem-se segundo dois *aspectos principais*¹⁶²: não se manifestam com a mesma intensidade nem no mesmo momento.

Enquanto a vergonha é um sentimento forte que pode “*paralisar*” a pessoa, o pudor, pelo contrário, é uma inibição ligeira permitindo uma certa liberdade de agir, em particular, para escolher a melhor conduta em não se expôr. Por outro lado, o pudor precede a infâmia, enquanto a vergonha é o seu resultado. Pode-se sustentar que o pudor, pelo facto de ser um sentimento anterior à vergonha, permite intervir a montante ao acto “indecente”. Significa, que o pudor permite evitar a vergonha, que é a sua *sanção subjectiva*¹⁶³.

¹⁶¹ HABIBE, Claude - «Peudeur». In CANTO-STERBER, Monique (ed.)— *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. Paris: PUF, 1996, p. 1229.

¹⁶² *Ibidem*.

¹⁶³ *Ibidem*.

Assim, o pudor terá sempre vantagem sobre a vergonha, na prevenção da conduta social e humana, podendo-se utilizar a fórmula de Spinoza: “se a má conduta, da qual temos medo, se chama vergonha, então o medo chama-se pudor”¹⁶⁴.

Esta comparação permite também explicar a ambiguidade do estatuto do próprio sentimento de “pudor”, que por vezes, tanto é tratado como uma *virtude*¹⁶⁵, como é rebaixado à categoria de simples *disposição*. Tal como a vergonha, o pudor é um sentimento de reacção, mesmo sendo uma reacção antecipatória. Se o pudor pode ter como consequência particular, o prevenir ou o evitar, contudo não tem iniciativa, é necessariamente secundário e não se pode manifestar sem ser revelado – é necessário “provocar” o pudor, não para “existir”, mas pelo menos para “aparecer”. Ou seja, podemos agir com vista a despertar o pudor do outro. E assim, é necessário agir para que ele se manifeste.

Desde a antiga Grécia até à Roma Cristã que o “sentimento de pudor” teve múltiplos significados, sendo progressivamente separado do pudor das “virtudes de moderação”¹⁶⁶, que formaram o seu significado inicial, e que passaram a ser associadas à castidade. Neste *ideal de moderação*, a dimensão da contenção sexual não estava ausente.

Hoje, pelo contrário, o pudor está associado ao corpo e a toda a sua sexualidade, podendo contudo conceber-se ainda um pudor não físico – por exemplo, um pudor sentimental ou “moral” – mas de uma forma derivada do sexual (corporal).

¹⁶⁴ SPINOZA, Baruch - *Éthique*. III, XXXIX, *Scolie*, Citado por HABIBE, Claude - «Peudeur». In CANTO-STERBER, Monique (ed.)- *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. Paris: PUF, 1996, p. 1229.

¹⁶⁵ Jankélevitch associa a vergonha e o pudor a uma virtude da pessoa, fundada na sua consciência. Ele caracteriza a vergonha como “a primeira fobia da má consciência que se apercebe como objecto e que sabe que esse objecto é o seu «eu» como sujeito e, particularmente, a tomada de consciência do seu próprio corpo é o despertar de um desenvolvimento emotivo. A consciência é, portanto, uma vergonha nascente”. (JANKÉLEVITCH, Vladimir - *Traité des vertus. L'innocence et la Méchanceté*. Collection Études Supérieures; Tomo III, Paris: Bordas, 1972, p. 1468).

¹⁶⁶ HABIBE, Claude - «Peudeur». In CANTO-STERBER, Monique (ed.)- *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. Paris: PUF, 1996, p. 1230.

No conceituado dicionário Francês de Filosofia e de Ética de Canto-Sterber, define-se o “pudor” como: “uma reacção de vergonha ligada à exposição das partes genitais e, por extensão, de tudo o que é susceptível de causar distúrbios ou confusão”¹⁶⁷. Também o senso comum das pessoas, liga o pudor às partes genitais, como a etimologia dos termos *pudor* ou *puenda*. É também este sentido que o termo é utilizado na linguagem jurídica quando está em causa uma questão de atentado ao pudor.

Actualmente, este sentimento continua a ter um lugar muito particular no ser humano, entre o corpo e o espírito. O pudor reflecte-se sobretudo num constrangimento e num “embaraço”, cuja causa está na existência de um corpo sexuado, naquele que não é desavergonhado nem impúdico. Mas como tudo está ligado à materialidade do corpo, então o pudor é humano e, portanto, coabita entre nós.

b. A essência do pudor como «sentimento»

As dificuldades encontradas em conceitualizar o «pudor» estão tanto no seu *objecto* como no *sentimento* que necessariamente o acompanha, sentimento esse *pertencente à parte semi-obscura*¹⁶⁸ da natureza humana. Este estado de pudor pertence unicamente ao homem, por ser o único “ser racional”, posicionado entre o divino e o reino animal.

A primeira “realidade” do pudor pode ser encontrada na Bíblia. A página fundamental dos Génesis, que narra o pecado de Adão, representa um ponto de referência essencial para a reflexão actual sobre o pudor. Podemos captar facilmente o sentido profundo do relato bíblico através das suas interpretações, nos seus aspectos mais

¹⁶⁷ *Ibidem*.

¹⁶⁸ «Sentimento» é algo que faz parte da personalidade da pessoa, que não se consegue mensurar nem quantificar mas apenas analisar, num determinado contexto. (SCHELER, Max – *La Pudeur*. Traduction par M. Dupuy. Philosophie de l’esprit, collection dirigée par L. Lavelle et R. le Senne; Paris: Editions Montaigne, 1952, p. 9.).

concretos: imediatamente após a criação, “os dois estavam nus, o homem e a mulher, sem se aproximarem um do outro”; pelo contrário, depois do pecado, manifesta-se o sentimento do pudor como pudor sexual verdadeiro e próprio, como um sentimento de vergonha e, em geral, como um sentimento de culpabilidade: “fiquei com medo porque estava nu e me escondi” disse Adão, depois da falta cometida¹⁶⁹.

Desde o início, surge assim um nexos muito estreito entre o sentimento de pudor e o de pecado. O pudor aparece como consequência necessária de um “lado misterioso” da estrutura íntima da personalidade, determinado pela culpa. Face à incapacidade do homem para exercer um controlo total sobre ele mesmo para dominar plenamente as suas paixões, o pudor revela-se como a “protecção do seu ser”. No Génesis, o pudor surge essencialmente ligado à protecção da esfera sexual contra a desordem, introduzida pelo pecado. A finalidade mais distinta e profunda desse pudor é o respeito por uma zona de intimidade e de privacidade da pessoa, delimitando-a e sendo por isso, ilícito ultrapassá-la.

Em toda a tradição bíblica, é constante a afirmação do valor positivo do pudor em oposição à condenação clara da falta do mesmo. Quando este valor existe, fundamentada na exigência do respeito pelo próprio corpo e pelo corpo do próximo, posicionámo-lo em relação à “habitação” de Deus no homem entendido, sobretudo, como a disposição total do amor deste para com Deus. Assim, não está em jogo unicamente o corpo mas sim a pessoa.

Dentro dos condicionalismos colocados pelo ambiente e, sobretudo, pelos costumes sexuais da época, existe uma alternância histórica entre a negação e a aceitação dessa corporiedade e dessa sexualidade. Inicialmente, a ostentação impúdica do próprio corpo e a “sua nudez” são condenados, não em virtude de uma repulsa radical da corporiedade, mas sim a de impedir que ela, reduzida a mero objecto de paixão, seja colocada fora de um contexto de amor e, portanto, de reciprocidade.

¹⁶⁹ JANKELEVITCH, Vladimir – *Traité des vertus*. p. 1469.

Em termos de evolução, o pudor assume diversas formas na hierarquia dos seres vivos, estando de alguma forma ligado ao seu grau de *individualização*¹⁷⁰. Este processo de evolução acompanhou a própria evolução do homem, utilizando a reprodução como a transmissão das características biológicas, específicas da sua própria espécie. Por sua vez, este *processo* de reprodução, perante determinadas condições sociais evolutivas, levou ao aparecimento do sentimento específico de “pudor corporal”. Segundo Scheler,

“... uma das funções do pudor corporal corresponde, por um lado, ao «cobrir e envolver» o corpo do indivíduo cuja abstracção corresponde ao sentimento de pudor sexual; por outro lado, tem a função de impedir a «união» do indivíduo com um seu congénere cujo valor não corresponde ao seu.”¹⁷¹

Neste processo de actividade do indivíduo, que o absorve na sua totalidade, existe proporcionalmente uma separação entre as condições orgânicas dele próprio e as condições exteriores a ele, onde assenta a própria essência do pudor. Assim, o pudor corporal está inevitavelmente ligado à sexualidade da pessoa e ao chamado *corpo sexuado*¹⁷².

O sentido que a pessoa humana dá à sexualidade é mais do que puramente biológico. Enquanto força ou pulsão, a sexualidade busca o prazer e reduzirá uma tensão interna, pela capacidade de representação que habita o ser humano, transportando para esta força, o universo das representações. Contudo, a sexualidade humana é mais do que uma

¹⁷⁰ SCHELER, Max – *La Pudeur*. p. 15.

¹⁷¹ “Une fonction constante de la pudeur corporelle est en effet de couvrir et pour ainsi dire développer l’individu vivant; et, abstraction faite de cette fonction très générale, le sentiment de pudeur sexuelle a, entre autres rôles, celui d’empêcher l’accouplement de l’individu avec un congénère dont la valeur ne correspondrait pas à la sienne”. *Idem*, pp. 15-16.

¹⁷² A expressão «corpo sexuado» salienta precisamente o que se queria exprimir com a expressão «pessoa sexuada», ou com a expressão «vida humana sexuada», isto é, que a sexualidade, embora pertencente ao corpo, afecta todas as dimensões constitutivas da pessoa. O corpo não é somente o organismo objectivo. (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – *A sexualidade humana, reflexão ética*. 99/cnecv/99 in www.cnecv.pt).

mera “função” ligada ao acto sexual, à sua representação ou ao seu prazer específico: “pelo corpo, o ser humano abre-se ao mundo, aos objectos, aos outros”¹⁷³.

Uma outra característica que encontramos na hierarquia dos seres vivos, parece unir-se à precedente: trata-se da supremacia da *qualidade*¹⁷⁴ da reprodução sobre a simples quantidade, consequência da *acção* precedida do factor *escolha*¹⁷⁵ entre os congéneres, no processo da união sexual. Segundo Scheler, esta acção desenvolve-se lentamente mas de uma forma constante.

Uma outra característica própria, diferenciadora dos “sentimentos”, liga-os a uma espécie de *transformação*¹⁷⁶: os órgãos, as funções e os hábitos que servem a reprodução, manifestam-se cada vez mais por uma sensibilidade própria, na sua forma de reagir e sentir, independente de toda a sensibilidade orgânica. Estes sentimentos diferenciam-se mais nitidamente por pertencerem a um ou a outro sexo (facto que analisaremos posteriormente), estando sempre claramente circunscritos no espaço e no tempo - a que Scheler chama de *elementos de origem*¹⁷⁷.

Ainda na hierarquia dos seres vivos, a diferenciação orgânica do indivíduo “caminha” a par com as suas transformações. Assim, e apesar da infinita variabilidade das formas vivas existentes, podemos dizer que o esquema fundamental do animal manifesta-se pelas seguintes subordinações: (1) subordinação da sensação aos impulsos instintivos;

¹⁷³ *Ibidem*.

¹⁷⁴ Ambos os conceitos (qualidade e quantidade) são utilizados no mesmo contexto. Segundo Scheler, o homem, como ser racional, com consciência, é o único na hierarquia dos seres vivos com capacidade de escolha dos seus parceiros sexuais e como tal, a propagação da espécie existe mais em função da qualidade do que da quantidade. Este facto deve-se à escolha sexual passar por indivíduos com características orgânicas qualitativas particulares (mais belo, mais vigoroso), permitindo instintivamente, a supremacia destes “preferidos” em detrimento dos “preteridos”. Este comportamento instintivo constitui um fenómeno onde estão associados dois elementos importantes: sentimentos e impulsos que constituem o “anúncio” do pudor humano, através do recurso ao jogo de sedução. (SCHELER, Max – *La Pudeur*, pp. 16-17).

¹⁷⁵ *Idem*, p. 18.

¹⁷⁶ *Ibidem*.

¹⁷⁷ *Ibidem*.

(2) subordinação da reprodução à conservação da existência individual; (3) subordinação da conservação da espécie pela reprodução com tendência ao seu aperfeiçoamento, através de factores selectivos particulares nos contactos sexuais.

Ao nível dos animais superiores¹⁷⁸, devemos separar nitidamente o impulso sexual da pulsão de reprodução. Esta separação é uma condição indispensável para a existência de um “pudor sexual”. A individualização do ser vivo e a sua escolha sexual, segundo o “seu valor”, intervêm no processo de reprodução onde se aplica a subordinação das funções procriativas a um impulso “de auto-conservação individual”¹⁷⁹, local onde surge o “pudor sexual”.

Para Scheler, este sentimento de pudor sexual é condicionado pelo amor sexual entre dois seres vivos geneticamente diferentes, *qualitativamente*¹⁸⁰ diferentes, em que o fenómeno do pudor não está necessariamente ligado apenas à sexualidade e à oposição sexual.

Ainda segundo este mesmo autor, o sentimento de pudor, apesar de se poder manifestar sob várias formas, destaca-se sempre sob um mesmo princípio essencial: o sentimento profundo do homem e a ideia de que ele é uma “ponte” entre duas categorias de “ser” e de “essência”, cujas raízes religiosas não se podem separar (Deus)¹⁸¹.

No Génesis, e segundo Jankelevitch, é preciso distinguir dois desdobramentos sucessivos: “Deus, que é verdadeiro, retira a mulher da carne do homem, como um

¹⁷⁸ Quando Scheler escreve *animais superiores*, refere-se ao próprio ser humano, ser superior na hierarquia dos seres vivos, seja em termos de “valores” como em termos “orgânicos”.

¹⁷⁹ SCHELER, Max – *La Pudeur*, p. 21.

¹⁸⁰ O termo “*qualitativo*” utilizado por Scheler identifica a individualização genética da espécie humana, quer seja do sexo feminino ou masculino, graças ao crescimento e qualificação constante das suas características, comparativamente com outras espécies da hierarquia dos seres vivos. A reprodução não depende de apenas uma unidade viva mas de duas unidades vivas qualitativamente diferentes.

¹⁸¹ Deus aqui é considerado como uma divindade, vivida pela «pessoa espiritual», como elemento regulador da sua própria existência. (SCHELER, Max – *La Pudeur*, p. 13).

duplicado do homem (virago), mas de seguida, o homem, autodidacta da bíblia, tornou-se agente moral, reflectindo e arrependendo-se daquilo que fez, observa-se numa espécie de pânico – a infelicidade da vergonha¹⁸². A “infelicidade da vergonha” é a «*diagnoscência*»¹⁸³, considerada como uma sabedoria relativa: porque não se pode conhecer o bem, sem se conhecer também o mal, não se pode conhecer um sem comparação com o outro. Significa isto, que existe uma consciência por parte da pessoa capaz de distinguir os extremos, num misto relacional entre o objecto e o sujeito. Entramos então, numa outra característica da essência do pudor: a consciência.

A consciência da pessoa, aparentemente em oposição aos instintos, faz com que esta possa entender o pudor, no seu princípio primário, como as reacções da pessoa em relação ao meio. Significa que o pudor está ligado à vivência que a pessoa faz do seu «corpo biológico» e da sua «relação personalizada». Para Scheler, este *duplo* carácter da consciência humana é o fundamento da *essência do pudor*¹⁸⁴.

Outro conceito scheleriano importante, diz respeito à ligação estreita existente entre pudor e consciência. O “pudor” é um estado afectivo que implica ou pressupõe que sentimos o nosso «eu» como um objecto, como uma «*imagem de valor*»¹⁸⁵. Esta imagem é interpretada como aquela que fazemos de «nós próprios» e “aquela que os outros fazem de nós” – esta segunda perspectiva é talvez a que possui maior prioridade na sua origem. A “consciência” desta imagem encontra-se associada ao “arrependimento”, a uma “má consciência” e particularmente ao “sentimento de honra”.

No “sentimento de honra”, a imagem e a consciência que “o outro” pode ter de nós são preponderantes. A honra leva-nos a apresentar a imagem e a conduta de um «ser», como dignas de respeito e de amor por parte do «outro». Portanto, honra é um

¹⁸² JANKELEVITCH, Vladimir – *Traité des vertus*, p. 1468.

¹⁸³ *Ibidem*.

¹⁸⁴ “...c’est là seulement, en ce double caractère de la conscience humaine, qu’est donnée la condition fondamentale du sentiment de pudeur considéré en son essence.” (SCHELER, Max – *La Pudeur*, p. 10).

¹⁸⁵ *Idem*, p. 146.

sentimento de “valor pessoal” que se estende “à estima do outro, o nosso semelhante”¹⁸⁶. Quando perdemos esta estima, reagimos através da «auto-censura», “adoptando os julgamentos de valores dos nossos semelhantes”¹⁸⁷. Significa que “coramos com a nossa conduta” quando nos “reprovamos” por essa mesma conduta, quando sentimos a nossa indignação coincidir com a reprovação do «outro», relativamente a «nós».

No pensamento actual, o redescobrimento do sentido do pudor marca a *revelação do ser* da pessoa, onde existe uma visão do carácter inato não derivado do pudor, como o suporte essencial à construção das estruturas da pessoa, por cima de toda a redução substancial dessa pessoa, com uma corporiedade fechada. O ponto crítico pode situar-se entre o momento de “ser observada pelo outro” e o momento de “observar-se a si mesmo”. O pudor converte-se, então, mais que numa relação com o «outro», numa relação da pessoa consigo mesma, acabando por conquistar o seu verdadeiro significado, precisamente enquanto revelador da pessoa em si mesma.

O «sentimento de pudor» tem um “local próprio” no homem uma vez que, por um lado, faz parte dos seus *actos racionais* (inacessíveis aos restantes animais) como o pensar, o aprender intuitivamente, o querer, o amar; por outro lado, corresponde à sua forma: a «*personalidade*»¹⁸⁸. Esta é individual e corresponde uma “forma de ser e de estar” onde os instintos e os sentimentos vitais da «pessoa» se diferenciam dos animais. Embora existam sentimentos comuns (como o medo, o desgosto), o ser humano possui este sentimento de pudor como algo que fica, segundo Scheler, entre o instinto e a racionalidade.

Analisar o pudor é analisar os múltiplos factores onde ele se pode manifestar: os conteúdos particulares que fazem a pessoa sentir “vergonha”, que a faz “corar”, assim como todas as relações subjacentes onde este sentimento se manifesta

¹⁸⁶ *Idem*, p. 150.

¹⁸⁷ *Ibidem*.

¹⁸⁸ *Idem*, p. 9.

(como o ter vergonha perante o «outro»). Significa que a «pessoa» possui como que um “invólucro” em cujo interior existem as suas experiências particulares, capazes de provocarem a tal manifestação desse sentimento, quando colocada em determinadas circunstâncias exteriores.

Por outro lado, a «pessoa» terá de ser vista como uma «pessoa total», pertencente a um mundo em que os objectos, os sentimentos e as *experiências perceptíveis*¹⁸⁹ em constante mudança, dependem das relações causais existentes em que ela se encontra inserida (no tempo e no espaço). Significa que o ser humano tem um significado particular e uma individualidade corporal limitada, ligada a «si» e simultaneamente dependente do «outro».

Para Scheler, a natureza do pudor está circunscrita a um espaço *íntimo*¹⁹⁰ onde existe uma variedade de *conflitos*¹⁹¹ em que os podemos caracterizar, por um lado, como o ponto de partida de cada acto de essência da «pessoa espiritual» e por outro, como a sua existência concreta e afectiva. Na raiz desta experiência íntima de conflito, estão outras formas, sempre presentes, de «surpresa», de «confusão», de consciência de uma oposição entre qualquer “«dever-ser» ideal e a «realidade efectiva»”¹⁹².

A raiz ontológica do pudor sustenta ainda que a pessoa não depende de um só plano - o “espiritual” - mas depende igualmente de um plano corporal, experienciando necessariamente o «sentimento de pudor» a partir da independência da «pessoa espiritual» face à «pessoa corporal» e a tudo o que possa vir dela. Assim, surgem conceitos

¹⁸⁹ *Idem*, p. 11.

¹⁹⁰ Scheler utiliza este termo para justificar que o «ser íntimo» da pessoa é formada por uma série de experiências íntimas que esta adquire na sua relação com o universo real existencial. Estas experiências podem caracterizar melhor ou pior estes conflitos.

¹⁹¹ SCHELER, Max – *La Pudeur*, p. 12.

¹⁹² Tradução de: “C’est une forme déterminée de cette expérience intime d’un conflit – elle peut prendre encore d’autres formes – qui me parait être la racine de ce sentiment obscur et remarquable de la pudeur, et de cet élément toujours présent en lui, d’«étonnement», de «confusion», de conscience d’une opposition entre quelque «devoir être» idéal et la «réalité effective».” *Ibidem*.

diametralmente opostos como o “*pudor do espírito*” e o “*pudor do corpo*”, a eternidade e a temporalidade¹⁹³, a essência e a existência, contactando ambos de uma forma íntima e peculiar, e numa associação de interdependência.

c. A «abrangência» do sentimento do pudor

Segundo Scheler, a essência do sentimento de pudor encontra-se reflectida em duas partes distintas: por um lado, (1) trata-se de uma reflexão do indivíduo sobre si próprio e do sentimento que ele tem sobre a necessidade de se preservar a si próprio relativamente ao todo universal; por outro lado, (2) é um sentimento que se manifesta sob a forma de uma “tensão entre dois níveis de consciência”¹⁹⁴, “pela indecisão das funções superiores de escolha dos valores, na presença de objectos que exercem uma forte atracção sobre a tendência instintiva inferior”¹⁹⁵.

Relativamente à primeira parte (1), a pessoa possui uma “*consciência de si*”¹⁹⁶, o sentimento da sua *dignidade*. O «si» está fundado no «eu» - o «eu» em oposição ao seu conteúdo não individual. A «consciência de si» é uma consciência imediata de si, como indivíduo, é o conteúdo existente na sua percepção interna. A consciência de si é a percepção reflectida do seu valor pessoal, frente aos valores do «outro».

¹⁹³ SCHELER, Max – *La Pudeur*, p. 13.

¹⁹⁴ Em todo o sentimento de pudor, entra em jogo duas funções da consciência, definida por Scheler, de *a* e de *b*: uma consciência *b* com função inferior, indiferente ao valor e suscitando uma aspiração positiva. Por outro lado, a função da consciência *a* é a mais elevada, escolhe e descobre o valor mas o seu exercício é acompanhado por uma indecisão. No pudor corporal, temos em *a* e *b*, duas consciências contrapostas, o instinto vivo e o impulso sexual ou o sentimento vital em contraposição com o sensual. No pudor psicológico é o amor que se opõe à esfera vital em geral e, conforme os casos, ao instinto biológico de conservação ou ao instinto de crescimento. Assim, Scheler conclui que o fenómeno do pudor pertence à constituição de toda a consciência do homem, onde podemos encontrar esta disposição geral por camadas. Este sentimento existe *in genere*, no homem, onde esta disposição por camadas revela uma forma empírica particular de organização. *Idem*, pp. 50-51.

¹⁹⁵ *Idem*, p. 49.

¹⁹⁶ *Idem*, p. 150.

Relativamente à segunda parte (2), este sentimento origina duas formas diferentes e irreduzíveis de pudor¹⁹⁷:

1. o *pudor corporal* ou o sentimento de pudor de ordem vital em que o pudor sexual é simplesmente o sentimento mais forte, o mais presente, concentrando em si todos os sentimentos de pudor vital;
2. o *pudor psíquico* ou sentimento de pudor de ordem espiritual.

Para Scheler, a primeira forma de sentimento de pudor, o corporal, indica, por um lado, o grau de tensão existente entre a função de escolha do valor que exerce o amor vital, no qual está concentrado o amor sexual; e, por outro lado, o impulso instintivo demonstra as diversas sensações agradáveis, em que a sua característica mais marcante é a pulsão sexual.

A segunda forma de sentimento, o psíquico, indica o grau de tensão existente entre a função de escolha do valor, que preenche o amor espiritual e psicológico, e a sua função biológica fundamental. Este pudor psico-espiritual tende à conservação das *forças da individualidade* e impede o seu *desperdício*¹⁹⁸. Faz com que o melhor do homem não apareça na sua consciência, procurando não demonstrar aos outros o que existe de melhor e mais profundo nele. O pudor revela aqui um parentesco profundo com a humildade, na qualidade de que o amor que temos por «nós próprios» projecta mais alto, num determinado momento, a imagem e o lugar de um «eu ideal»¹⁹⁹. Mas tanto uma como a outra forma de pudor só aparece quando o indivíduo procura preservar o seu próprio valor unitário, contra a esfera do universal. Mais uma vez a sua essência parte da necessidade da pessoa defender a sua «esfera individual» da «esfera do outro», do universal.

No entanto, existe uma diferença nestes dois sentimentos: o do “pudor corporal”, pressupõe, na sua consciência, unicamente as “camadas” de sensualidade e sentimento vital, existente no homem de forma universal, em todos os seus estádios de evolução; o

¹⁹⁷ *Idem*, p. 149.

¹⁹⁸ *Ibidem*.

¹⁹⁹ *Ibidem*.

sentimento de “pudor psicológico” pressupõe a existência de uma pessoa espiritual, longe de pertencer aos estadios de desenvolvimento biológico e, conseqüentemente, não é universalmente humano.

Ao contrário da teoria da origem do pudor que se baseia apenas a sua dimensão corporal, Scheler representa o «sentimento do pudor» como um produto da *educação*²⁰⁰ e, em vez de o ver como uma das raízes da moral, faz dele a consequência de uma educação “de acordo com os princípios morais”²⁰¹ que dominam numa determinada sociedade. E Scheler considera esta teoria menos sensata, por três razões diferentes: em primeiro lugar, porque a sua forma de expressão é determinada segundo o tempo e o lugar, tornando-se num “costume rígido” na expressão real de si mesmo. Em segundo, pela confusão existente na sua expressividade natural (por exemplo, o corar) com a expressividade artificial (por exemplo, o traje de banho), ou seja, pela confusão do sentimento de pudor com a sua expressividade em geral. E em terceiro, o sentimento de pudor acontece por uma “ilusão sobre si mesmo”²⁰², em analogia com as suas ilusões, sem outras causas ligados ao comportamento.

Em suma, a forma de expressão do sentimento de pudor pode ser diversamente determinada, não só pela educação (que não pode agir sobre ela), mas pela “tradição, pelo movimento colectivo e pela imitação involuntária que servem de veículo a si mesmo”²⁰³.

A educação exerce uma considerável influência sobre a interpretação moral, metafísica e religiosa. Mas não se devem confundir estas interpretações que, segundo Scheler, mudam ao longo dos tempos da evolução da humanidade, com o próprio sentimento de pudor. O pudor sexual tem um papel indispensável na reprodução, pois ele modera as pulsões (sexual e de reprodução), permitindo o aparecimento do amor e, como tal, o homem tem a possibilidade de escolher o seu parceiro sexual. Na história da Igreja

²⁰⁰ *Idem*, p. 52.

²⁰¹ *Idem*, p. 52.

²⁰² *Ibidem*

²⁰³ *Idem*, p. 58.

cristã, por exemplo, verificou-se no passado que o pudor sexual foi interpretado de uma forma puramente negativa.

A interpretação metafísica é exagerada relativamente ao pudor sexual, no seu essencial porque fundamentada na falta de distinção entre o *amor sexual*²⁰⁴ e a *pulsão sexual*²⁰⁵. “Impulso sexual” advém da capacidade biológica do homem, da sua essência biofísica. “Amor sexual” e “pulsão sexual” implicam o uso da capacidade racional. A “pulsão sexual” é apenas o auxiliar do “amor sexual”. Ainda segundo Scheler, na sua função de *protecção*²⁰⁶, o sentimento do pudor diz respeito aos valores *personais positivos*²⁰⁷ pois só estes exigem e necessitam de protecção. Segundo Scheler,

“ o pudor de uma vida é tanto maior quanto se sente e se sabe obscuramente mais nobre”²⁰⁸

Assim, se o sentimento de pudor protege os valores positivos da pessoa, este pudor é encarado como necessário, como vital na relação que estabelece com o mundo que a

²⁰⁴ *Idem*, p. 60.

²⁰⁵ Scheler utiliza o termo *instinto*. No entanto, actualmente, e a partir de Freud, usa-se a palavra *pulsão sexual* em detrimento de *instinto sexual*. O instinto implica a presença de um comportamento predeterminado e estável quanto à procura do objecto que reduza a tensão no organismo animal. A introdução do conceito de pulsão, efectuada por Freud, na análise da sexualidade humana, permite conhecer a sexualidade do próprio homem, desde o nascimento até à idade infantil e até ao desenvolvimento da sexualidade genital. A filosofia tem insistido, sob o ponto de vista ético, que a pulsão tem uma importante regulação, por meio da razão.

Em Freud, Pulsão (Treb) significa força germinativa, um impulso, uma impulsão, propulsão. É a forma original do querer. Num artigo publicado por Freud intitulado *Trieb und trieb shiksal* (“as vicissitudes da pulsão”) diz que se destacam quatro momentos diferentes: o Drang (impulso), força constante direccionada para o quelle (fonte), que se increve numa estrutura, o objekt (objecto) indeterminado e o ziele (fim). Esta descarga (pulsão) é caracterizada de outro tipo que não de natureza biológica – é a satisfação de uma necessidade tal como a fome ou a sede, sustentado pelo sistema nervoso central. (BLANCO, Arturo – *a Pulsão*, in www.antroposmoderno.com).

²⁰⁶ SCHELER, Max – *La Pudeur*, p. 67.

²⁰⁷ Valor pessoal positivo refere-se, no pudor psicológico, a movimentos afectivos com valor positivo como por exemplo o amor, a benevolência – corresponde a uma qualidade de carácter; ao pudor físico corresponde todas as qualidades e belezas dos “corpos”. Em ambos, ao objecto da sua própria reflexão livre, o sujeito retira-lhe muito do seu valor. *Ibidem*.

²⁰⁸ Trad. de “ *la pudeur d’une vie est d’autant plus grande qu’elle se sent et se sait obscurément plus noble*”. *Ibidem*.

rodeia: objectos e pessoas. Nesta perspectiva, e para o mesmo autor, o pudor estimula o amor e não a pulsão, ou seja, pela sua função de protecção do indivíduo, permite uma união sexual em função da qualidade de reprodução. Enquanto que nos animais, hierarquicamente inferiores ao homem, não encontramos expressão de pudor mas apenas instinto sexual, no homem, esta pulsão está associada a um sentimento de valores em que o amor impera. Entramos, assim, no sentimento do pudor.

d. Pudor como «sentimentos afectivos»

Outra questão importante, abordada por Scheler, diz respeito ao facto de, por detrás deste pudor, estar subjacente um *estado afectivo*²⁰⁹, necessariamente ligado à esfera sensorial da pessoa. Significa que o homem, perante determinadas realidades, assimila uma série de impressões no domínio sensorial manifestando-se, na sua forma física e sexual, através do sentimento. Quando “coramos” perante o “outro” que nos é sensível, estamos a manifestar um sentimento de pudor, utilizando o nosso “sistema” corporal. Significa que pudor, além de corporal, também é sensível.

Entramos na dimensão do “encontro” entre pessoas que, quando se dá numa relação de proximidade (não necessariamente sexual), os seus corpos, por não serem neutros na sua carga emotiva, interpelam-se mutuamente num encontro de dois desejos. E assim, aparece o conceito de afectividade. O ser humano é “afectado” através do seu corpo sexuado, de tal forma que esta afectividade ganha todos os registos da sua personalidade. A afectividade é assim, a capacidade de ser afectado pela presença do outro, nos acontecimentos que diz respeito à pessoa²¹⁰.

Esta noção leva à formulação de um princípio, defendido por Wundt e citado por Scheler, de “associação de impressões afectivamente análogas”²¹¹, contribuindo assim,

²⁰⁹ *Idem*, p. 28.

²¹⁰ Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – A sexualidade humana, reflexão ética. 99/cnecv/99 in www.cnecv.pt.

²¹¹ SCHELER, Max – *La Pudeur*. p. 28.

para a afirmação de que é somente no homem que o fenómeno puro do pudor está presente e que, ao perder a sua forma objectiva, transforma-se em sentimento.

Encontramos em Scheler uma outra noção, a noção de “pudor diante de si mesmo”²¹², pertencente ao sensível e ao corporal, simultaneamente ao psíquico e ao espiritual - pertence essencialmente ao pudor do “ser individual”. Trata-se de uma forma de sentimento de “nós mesmos”, fazendo sobressair a esfera dos “sentimentos pessoais”: em todo o movimento de pudor se produz um acto, chamado por Scheler de «*retorno a si*»²¹³. Ou seja, apenas nos apercebemos do “sentimento do pudor” quando olhamos para a pessoa como um indivíduo e não como um objecto. Se a visualizarmos, na nossa consciência, como um “objecto”, não temos sentimento púdico. Quando a pessoa é visualizada como pessoa, como uma individualidade, está presente o “sentimento de pudor”. Isto significa que, nos impulsos ou movimentos de “voltar a si mesmo” (como pessoa depois de ter sido objecto visual), o pudor aparece e oscila em função das situações contextuais, das percepções dessas situações e da individualidade de cada um.

Assim, podemos afirmar que o pudor, em geral, é um sentimento que protege o indivíduo e o seu valor individual contra a esfera do universal, no seu conjunto. O mesmo se passa com o “sentimento de pudor”, especificamente sexual, que se nos apresenta como a consequência duma dinâmica de *dois movimentos*²¹⁴ fundamentais na regulação dos actos sexuais:

- 1º) “O amor” (nas suas formas de amor físico e amor paixão) que é orientado pelos seus valores, está associado ao objecto e é o princípio que se introduz na realização do acto sexual, garantindo a “qualidade” individual.
- 2º) A “pura pulsão sexual sensível”, que não visa valores mas “estados de prazer”, não tende apenas à “dedicação do objecto” mas ao próprio prazer

²¹² Trad. “pudeur devant soi-même”. *Idem*, p. 29.

²¹³ Scheler exemplifica esta concepção com a mulher prostituta: quando esta se encontra perante o cliente não apresenta sentimento de pudor; mas pode manifestá-lo perante o homem que ama. Significa no primeiro caso que ela, perante a sua consciência, se considera como objecto. No segundo caso, considera-se como individualidade. *Idem*, p. 30.

²¹⁴ *Idem*, p. 33.

sensível e, por outro lado, este acto sexual representa a garantia da “qualidade” da espécie.

Se o pudor corresponde a um “sentimento individual” de protecção do «eu», ele refere-se ao «eu» individual que experimenta esse sentimento. Assim, e segundo Scheler, o pudor é um sentimento de “culpabilidade” para com o «eu individual» em geral, que não é necessariamente o meu próprio «eu individual», dado a «si mesmo» ou ao «outro», demonstrando-se assim que este é uma “qualidade afectiva”, inerente ao «eu». É um “movimento emocional da espécie particular”²¹⁵ onde o próprio «eu» ainda não está em causa, onde o sujeito, longe de ter vergonha de si mesmo, não aprova como “seu” este sentimento. Como diz Scheler, e passo a citar, o pudor “acorda nele mesmo, apodera-se de nós e «invade-nos»”²¹⁶.

Estas relações de sentimentos existem numa profunda relação com este pudor através das suas respectivas emoções, manifestando-se, por um lado, pelo *orgulho* e por outro, pela *humildade*²¹⁷. O orgulho é o sentimento positivo dos nossos valores pessoais, é um sentimento de valor pessoal. A humildade, pelo contrário, é um sentimento positivo dos nossos valores pessoais mas em relação ao “outro”, em relação aos valores sociais e não apenas pessoais.

Outros sentimentos existem, responsáveis pela protecção do “eu” individual relativamente ao “outro” (pessoa ou objecto). Assim, existe um paralelismo entre pudor e sentimentos de “angústia”, de “medo” e de “respeito”. Medo é um sentimento que coexiste com a vida da pessoa, tratando-se de um pressentimento de “perigo” provocada por estímulos que agem sobre o organismo, acompanhado da representação interior desse objecto do medo. Na angústia, existe o mesmo pressentimento, mas os objectos perigosos não são representados. Por isso, o sentimento púdico está mais associado ao sentimento de

²¹⁵ *Idem*, p. 35.

²¹⁶ Trad. «s'éveille d'elle-même», «s'empare de» nous, ou nous «envahit». *Ibidem*.

²¹⁷ *Ibidem*.

angústia do que com o medo, uma vez que lida mais com o pressentimento do objecto do que com a sua presença.

Outra relação associada ao sentimento de medo, é aquilo a que Scheler chama de «*timidez*»²¹⁸. A “timidez” consiste em renunciar, reprimir, não expôr o que pensa porque o efeito que provoca na «pessoa» vai contra os seus próprios sentimentos púlicos. A «pessoa tímida» tem uma forte tendência a guardar para si a sensação de pudor que experimenta, porque exprimir o que sente, para ela, é violar os seus próprios sentimentos. Estes têm como pano de fundo as experiências vividas pelo próprio indivíduo, onde predomina a componente medo. Ser tímido significa ter medo de exprimir os seus próprios sentimentos.

O «respeito» está mais intimamente ligado ao pudor psicológico. Este também é percebido como uma espécie de medo, onde o “objecto” resulta simultaneamente da consideração, do amor ou veneração e é sentido como o suporte dum valor positivo elevado. Este sentimento, quando partilhado, é a base desse pudor. Mas o pudor e o respeito interligam-se intimamente naquilo a que Scheler chama de “sagrado”.

Assim, o pudor como sentimento, tem um papel importante na interpretação do mundo e do “Deus” por parte dos povos, assim como na formação da sua própria conduta comportamental. Na concepção do mundo, as ideias de universo e de “divino” estão envolvidas por uma atmosfera de sentimentos púlicos. Estes sentimentos de pudor, como o “medo” (receio), o “respeito” pelo mundo e pela “alma”, possibilita o indivíduo ter uma amplitude de conhecimentos desse universo permitir uma “consciência da sua pequenez e das suas limitações”²¹⁹.

e. O sentimento de «pudor» no masculino e no feminino

A diferença existente entre o pudor sexual feminino e o masculino, representa a diferença nos papéis culturais que ambos têm relativamente ao sexo e à reprodução. Dentro

²¹⁸ *Idem*, p. 46.

²¹⁹ *Idem*, p. 47.

desta bordagem, duas questões são analisadas por Scheler: qual é o sexo que possui *primitivamente* o sentimento de pudor e qual deles têm *quantitativamente* maior pudor.

No geral, o fenómeno do pudor tem uma estrutura «eidética»²²⁰, numa consciência que é simultaneamente espiritual e vital. O sentimento de pudor, dentro da sua forma corporal e espiritual, tem nessa estrutura «eidética», uma consciência espiritual, vital e sensível e não está necessariamente ligada apenas à diferenciação sexual. A existência de conflito possível entre as diversas esferas (o espírito, a vida e o sensível) leva a que o sentimento de pudor apareça, necessariamente, pertencente a ambos os sexos.

Não podemos considerar nenhuma existência primitiva de pudor exclusivamente pertencente só ao homem ou só à mulher, assim como não é possível concluir qual dos dois sexos têm maior pudor: se o homem ou se a mulher. Contudo, podemos considerar que existem características específicas mais de um sexo relativamente ao outro, quer através da sua componente genética, quer cultural.

A primeira característica corresponde à noção de pudor psíquico, onde a sua condição essencial está numa consciência formada pela distância existente entre o espírito e a alma vital, entre a pessoa e o organismo. Este pudor é inseparável da tendência que a pessoa tem em se perder no objecto e no seu valor para se aperceber que é o seu próprio corpo, o ponto de partida dos seus actos espirituais.

A mulher tem esta tendência “originariamente reduzida”²²¹, sendo a sua vida, por natureza, mais centrada à volta do seu «eu» logo, as suas ideias, intenções, os seus julgamentos de valor e os conteúdos das suas percepções não chegam a destacar, com a mesma clareza e precisão, “a consciência do corpo e do sentimento vital, como acontece no

²²⁰ “eidética” significa filosofia fenomenológica, a ciência das essências. (Dicionário da Língua Portuguesa; 5ª Edição; Porto Editora).

²²¹ SCHELER, Max – *La Pudeur*, p. 141.

homem”²²². Esta tendência tem naturalmente uma base educacional, em que o reflexo de pressupostos culturais gerais, onde a vivência particular da sexualidade é o seu expoente máximo, transforma e define essa relação com o corpo e com os sentimentos.

Por outro lado, e segundo o mesmo autor, existe na mulher uma característica mais genética, diferente do homem, desde a “esfera vital do próprio corpo à esfera puramente somática e sensível das sensações afectivas”²²³. Originariamente, a mulher possui um sentimento vital com maior unidade e está menos nitidamente separada das sensações afectivas e das suas variações. Deste modo, a reprodução e o desenvolvimento afectivo tem um papel fundamental na mulher e por conseguinte, acarreta uma maior responsabilidade na manutenção da vida. A mulher é considerada como o verdadeiro *génio da vida*²²⁴ ao passo que o homem é considerado o “génio do espírito” uma vez que ela conhece mais por instinto e sentimento, os valores vitais e biológicos. Obviamente que actualmente, esta característica scheleriana é colocada em questão e não é defendida como uma verdade absoluta.

Outra característica que, segundo Scheler, diferencia ambos os sexos, corresponde ao facto da mulher distinguir menos que o homem, assuntos profissionais de assuntos privados, a esfera pública e social da esfera de sua *existência pessoal (intima)*²²⁵.

A mulher expõe mais facilmente e de uma forma mais “à vontade”, com menos “incómodo”, assuntos pertencentes à sua intimidade. Enquanto que no homem, existe uma “petrificação” onde se esconde toda uma história de vida íntima, na mulher, conserva-se sempre uma maleabilidade, uma plasticidade tal que não permite esconder a sua vida íntima. Da mesma forma, a mulher tem menos capacidade de respeitar os segredos do

²²² *Ibidem*.

²²³ *Idem*, p. 142.

²²⁴ *Idem*, p. 143.

²²⁵ *Idem*, p. 141.

«outro», é menos «discreta» e «revela um segredo» mais facilmente, porque a discrição supõe que se “simpatize com o pudor psíquico do outro”²²⁶.

As diversas formas de instinto existentes, desde a diferente aptidão no uso da capacidade de prever até à capacidade de pressentir o “valor do futuro e do que convém à vida”²²⁷, são mais desenvolvidas na mulher, em que o valor biológico é certamente mais antigo que o do homem. É graças a estas diferentes formas instintivas de vida que a mulher possui, que um maior número de diferenças existe para ambos os sexos, com consequente diferenciação nos valores acessíveis ao sentimento. Esta característica, em conjunto com as anteriores, explica as diferenças existentes entre a mulher e o homem, relativamente à intuição que cada um tem do seu próprio corpo, assim como ao sentimento do valor positivo e negativo associado ao objecto dessa intuição. Este sentimento, onde o pudor é uma sua expressão, define essa diferença na vivência da sua «esfera íntima».

Analisado o primeiro momento deste capítulo, passamos, como consequência, à análise de um segundo momento: a dimensão da intimidade da «pessoa».

2. SEGUNDO MOMENTO: A DIMENSÃO DA «INTIMIDADE»

A noção de intimidade teve um longo percurso histórico, paralelo e associado ao desenvolvimento da própria humanidade, fruto da constante necessidade que os indivíduos tiveram de adquirirem e de preservarem os seus próprios espaços sociais, desde os espaços divididos até aos locais privativos ou “de conveniência”.

Por outro lado, e de encontro aos objectivos deste nosso estudo, conceitos evolutivos como “gestão de espaço” hospitalar e “grau de intimidade”, marcam a história

²²⁶ *Idem*, p. 142.

²²⁷ *Idem*, p. 143.

dos locais colectivos, normalmente institucionais, no progresso histórico do respeito pelas pessoas doentes acolhidas: desde os corredores dos hospícios, às salas comuns hospitalares até, na actualidade, aos quartos com uma ou duas camas.

Assim, reflectir sobre a intimidade, exige estabelecer uma conotação histórica e cultural segundo o pensamento ocidental, no qual nos encontramos, numa época que é a nossa, dando sentido aos elementos aqui desenvolvidos. Como se processa essa intimidade da “pessoa”, onde e em que contexto, é o percurso que iremos efectuar, iniciando a análise pela sua conceitualização.

a. O conceito

O conceito “intimidade” é analisado por *diferentes autores*²²⁸: uns conceitualizam «intimidade» em termos de processos cognitivos e avaliativos da revelação de «si»; outros, em termos de interdependência de comportamentos e ainda existem autores, que a analisam segundo as suas “capacidades individuais” e as características da “relação interpessoal” estabelecida entre os indivíduos.

Em todos estes autores, a presença da “relação interpessoal” é um elemento essencial e imperativo ao desenvolvimento do “processo de intimidade”. Segundo Waring²²⁹, a intimidade entre duas pessoas possui três componentes:

- 1) A partilha de pensamentos e crenças do «eu» com o «outro»;
- 2) A sexualidade, não em termos de relação como tal, mas em termos de afeição e de troca dessa afeição entre os indivíduos;

²²⁸ Os autores FORTIN e THERIAULT no seu artigo «intimité et satisfaction sexuelle» citam diversos autores que deram significados diferentes ao conceito de “intimidade”. Deles, ficam aqui citados alguns, assim como as suas respectivas obras: ERIKSON, E. H. (1963). “*Childhood and Society*”. New York: Norton; L'Abate, L.; SLOAN, S. (1984). “*A Workshop Format to Facilitate Intimacy in Married Couples. Family Relations*”, nº33, pp. 245-250; PERLMAN, S.; Fehr, B. (1987). “*Intimate Relationships*”. Beverly Hills: Sage. ; WARING, E.; Tillman, M. P.; Frelick, L.; Russell, L.; Weisz, G. (1980). “*Concepts of Intimacy in the General Population*”, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, pp. 471-474.

²²⁹ WARING, E. e al.. - «Concepts of Intimacy in the General Population». *Journal of Nervous and Mental Disease*, nº 168, 1980, pp. 471-474, in www.unites.uqam.ca/dsexo/Revue/Vol3no1/Fortin-Therriault.html.

- 3) O reconhecimento de uma “identidade pessoal”, das suas próprias escolhas e dos seus valores individuais.

Dos vários factos teóricos encontrados e explicativos da intimidade, saliento o modelo teórico de Patterson²³⁰, em que a ideia base assenta no equilíbrio que o indivíduo possui num nível de intimidade mais favorável. Um tal nível procura manter o equilíbrio entre os desejos do indivíduo a *cumprir* e a *evitar* na intimidade das suas interações com o «outro».

Se a noção de intimidade nos envia para a «interioridade» da pessoa, para a sua privacidade, na actualidade o direito à intimidade encontra-se juridicamente definido. O direito da pessoa à sua “vida privada” só recentemente faz parte dos textos jurídicos e/ou deontológicos, dos direitos do homem e dos direitos do doente hospitalizado. É no campo da saúde que a noção de intimidade desempenha um papel importante em termos de evolução: a carta dos direitos do doente hospitalizado evoca como um seu direito, o respeito pela sua intimidade em todo o momento da sua vivência hospitalar.

Assim, o desenvolvimento da intimidade assenta nos indivíduos e nas suas interações, ou seja, é atribuída a um “processo interpessoal”. É nesta linha de orientação que a iremos contextualizar.

Podemos considerar a noção de intimidade com uma *dupla conotação*²³¹: por um lado (1), ela estabelece uma fronteira entre duas realidades opostas (oposição entre o interior e o exterior, entre ordem pessoal e a social, entre o domínio privado e o domínio público); por outro lado (2), a intimidade existe como um constituinte da “identidade” da pessoa. Ela está ligada à sua dignidade e refere-se exclusivamente à pessoa (na presença do outro e na relação com ele) e não aos objectos. O não reconhecimento desta *dupla*

²³⁰ PATTERSON, M. L. - «Intimacy, Social Control and Nonverbal Involvement: a Functional Approach», 1984, Florida: Academic Press; in www.unites.uqam.ca/dsexo/Revue/Vol3no1/Fortin-Therault.html.

²³¹ Groupe de reflexion éthique d'association des paralyses de france - «Intimite et dependance», texte paru dans les cahiers de l'APF; Paris, 1996 in www.apf.asso.fr

conotação de intimidade, significa o não reconhecimento da pessoa, significa recusar a sua interioridade, significa a instrumentalização da pessoa.

Por outro lado, existe uma aproximação entre “corpo” e “intimidade”. O corpo é a fronteira, o interface, entre a pessoa e o exterior, entre a sua vida interior e as suas relações. O corpo, como espaço de visibilidade, interface entre privado e público, é o espaço de autonomia (pertencente ao espaço privado) e de participação (pertencente ao espaço social). O *acesso* ao corpo do outro é a passagem, a transposição desta fronteira.

O corpo é o “*local*”²³² da pessoa, o suporte da sua individualidade, do seu *ser-lá*²³³. A individualidade irredutível do corpo devolve à identidade de cada indivíduo, aquilo que o faz ser único. Assim, é a partir do corpo que se pode construir a intimidade do sujeito. Todavia, a esfera do privado, a intimidade no sentido etimológico de “interioridade”, não se pode limitar ao “corpo visível” mas é entendido como vida interior (pensamento íntimo, opiniões pessoais) assim como “vida privada” (característica privilegiada e pessoal) das relações pessoais exteriores. A noção de intimidade devolve assim, à pessoa, um “espaço privado”, tanto em termos individuais como em termos sociais, tanto na sua relação com as pessoas como com os objectos que a rodeia.

Neste conceito, assente na “interioridade da pessoa”, existem outras características referentes à relação entre duas pessoas, assentes no encontro de *experiências individuais*, tais como: 1) Experiências de afecto, de partilha de pensamentos, de confiança, de fantasias; 2) experiências de apreciação subjectiva do outro; 3) experiências de revelação mútua de si e experiências de proximidade emocional. Esta realidade íntima que acompanha o interior da pessoa define a sua identidade e a sua capacidade em estabelecer relações com outra pessoa.

²³² *Ibidem*

²³³ *Ibidem*.

A capacidade ou a dificuldade em se definir os “locais de intimidade” deve-se ao facto de esta relação interpessoal ser profunda, se processar entre duas consciências, entre dois sujeitos individuais e necessariamente diferentes. Daqui se chega à identidade sexual, como uma parte importante da esfera da intimidade, baseada numa *concepção existencialista*²³⁴ da própria pessoa.

b. Perspectiva existencial

A intimidade situa-se numa “parte sombreada da solidão humana”²³⁵, uma solidão fundamental à qual a pessoa não pode escapar. Perante tal intimidade, podemos induzir que, no fundo, nós estamos fundamentalmente sós, separados uns dos outros. O centro desta intimidade encontra-se nesta consciência de solidão, pertencente ao ser humano consciente. Se nós não somos seres separados uns dos outros, não teremos tendência nem impulso para procurar o outro, nem necessidade de possuir uma intimidade própria.

Por outro lado, a intimidade perde a sua vitalidade se a pessoa abandona a consciência da necessidade desta solidão. A intimidade torna-se assim numa “fusão, numa desindividualização”²³⁶, porque “nós somos sós e do mesmo modo que nós aí permanecemos, podemos ser íntimos com o outro, o diferente”²³⁷.

A intimidade torna-se pois, numa *questão de presença*²³⁸ que não terá tanto a ver com o acto dela mesma mas com o seu gesto. Ela obtém a sua qualidade através da presença da pessoa e pela qualidade da sua presença perante o «outro». Esta qualidade de

²³⁴ BUREAU, Jules - «L'intimité et l'identité sexuelle: une approche existentielle». Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal, Revue sexologique, nº3, Vol.1, Montréal in www.unites.uqam.ca/dsexo/Revue/Vol3no1

²³⁵ *Ibidem.*

²³⁶ O autor distingue “intimidade” de “fusão” e de “desindividualização”: Na intimidade, as duas pessoas habitam na sua própria individualidade, mesmo quando existe reencontro íntimo entre elas. Na fusão, as pessoas, com as suas individualidades próprias, constróem uma nova entidade em simbiose: a relação ou o casal. *Ibidem.*

²³⁷ Trad. “parce que nous sommes seuls et en autant que nous le demeurons, nous pouvons être intimes avec l'autre, le différent”. *Ibidem.*

²³⁸ *Ibidem.*

presença reflecte-se na capacidade de aceder à sua própria experiência interior e à sua capacidade de expressividade perante o «outro», enriquecendo essa mesma experiência interior.

Para a visão existencialista, a intimidade conhece diferentes *graus de interioridade*²³⁹, diferentes variações de intensidade, que se podem processar sobre um contínuo de encontro com o «outro»: como um objecto, como «coisa», como uma consciência subjectiva, plena de densidade.

Este percurso da intimidade implica um processo de acesso à sua própria consciência que gradualmente transforma o «outro» como objecto, como coisa, num «outro» como pessoa, como sujeito da sua própria experiência. Quanto mais a pessoa encontra o «outro» como pessoa, como consciência, mais o seu encontro de intimidade será completo, humanizante. No encontro do «outro» como objecto, a intimidade perde a sua profundidade, o seu interior e conseqüentemente, a sua plenitude e a sua humanidade.

A intimidade implica uma “consciência clara da sua identidade”²⁴⁰ e a necessidade de encontrar o seu espaço íntimo como plena consciência da sua própria *responsabilidade*²⁴¹, residindo em si mesmo e simultaneamente reflectindo-se na intimidade do «outro». Uma responsabilidade que desaparece facilmente perante a atracção que exerce a fusão com o «outro», conduzindo à “perda da sua própria individualidade”²⁴². Ou seja, a consciência plena da sua identidade e da sua responsabilidade transforma a

²³⁹ *Ibidem.*

²⁴⁰ Não é possível existir intimidade sem a existência do “homem interior” - a sua identidade. Se ele pode verdadeiramente encontrar o «outro» na sua intimidade, a pessoa tem necessariamente uma vida interior. Para reencontrar o «outro», primeiro deve existir o encontro consigo mesmo: voltar o olhar para si, ser interior, habitar o seu interior. Posteriormente, e somente depois, a pessoa pode desejar procurar alargar essa sua vida interior dinamizando o encontro com o interior de uma outra pessoa. *Ibidem.*

²⁴¹ *Ibidem.*

²⁴² *Nota do autor:* é uma forma de alopatia, uma espécie de doença do «outro», que é incapaz de tolerar o outro. *Ibidem.*

intimidade num lugar privilegiado de expressão de si, como pessoa e como sujeito. Um lugar de expressão a criar, a desenvolver e a preservar.

Na visão existencialista, a capacidade da intimidade não se reduz a uma mera expressão verbal, a uma mera revelação de si, à capacidade de se entregar ao «outro» e ao desaparecimento das fronteiras interpessoais. “A capacidade da intimidade revela sobretudo uma habilidade particular de escolher e de exprimir tudo o que habita no espaço da sua subjectividade”²⁴³, abrindo-se a sua «própria consciência» a partir do encontro com um «outro consciente».

Sem o «eu mesmo» e sem o «outro», na sua diferença; sem o «eu mesmo» como «eu mesmo» e o «outro» como o «outro»; sem a existência deste binómio, a intimidade torna-se impossível existir. Não existe intimidade sem estas duas subjectividades. Não existe intimidade plena, com apenas «ela mesma». Implica a capacidade que cada um tem em se envolver e em se sentir responsável pela sua própria subjectividade, pela sua diferença, respeitando totalmente as diferenças do outro.

A intimidade assenta sobre a *aceitação*²⁴⁴, no reconhecimento da subjectividade e na diferença do outro. A intimidade adquire-se e desenvolve-se gradualmente à medida que aumenta a forma de identidade e da qualidade da relação com o «outro», entre cada uma das duas pessoas.

Ela necessita igualmente da *autenticidade da pessoa*²⁴⁵, da sua capacidade de se relacionar com os seus “valores internos” referenciados numa confiança com o «outro» e, simultaneamente, necessita de uma boa parte de humildade para não impôr a esse «outro», a sua própria vontade. O potencial de *subjectividade* consciente que cada uma das pessoas possui é imenso, as suas “fronteiras” são largas e o *encontro* entre duas consciências, que

²⁴³ *Ibidem*

²⁴⁴ *Ibidem*.

²⁴⁵ *Ibidem*.

permutam sobre a base das suas próprias subjectividades, não existe sem exigirem as suas qualidades de confiança, de humildade e de persistência. Para Bureau “a subjectividade é uma parte qualquer, sem limites, é uma verdadeira máquina de imagens, de ideias, de desejos, de gostos,...um reservatório inesgotável de desejos, de imaginário, de ideias e de emoções²⁴⁶”.

Ainda segundo Bureau, a intimidade nasce no encontro entre duas consciências, ambas “conscientes do «outro», como consciência²⁴⁷”, fundadas nos seus papéis sociais, nos seus corpos e na sua sexualidade. Uma consciência, *como consciência*²⁴⁸, é uma consciência de vida, de alegria, de sofrimento, de ressentimento e de morte. É nesta outra consciência humana que, como a nossa, vivemos os nossos sentimentos e estabelecemos um contacto, baseado na “consciência comum” numa condição humana sentimental dividida entre viver, sofrer e morrer. Ou seja, uma determinada autonomia, um determinado suporte de direitos, um ser digno de respeito e de dignidade, um criador de acontecimentos, encontra-se com uma outra autonomia, um outro suporte de direitos, de respeito e de dignidade, um outro criador de acontecimentos. Assim, a segurança e a conduta de uma determinada consciência são necessárias e fundamentais para uma melhor aceitação no encontro com uma outra consciência²⁴⁹.

No entanto, os pontos de vista das duas consciências são diferentes, as suas dimensões significativas de existências variam, os sentidos opõem-se. Todas estas variáveis encontram-se e confrontam-se na intimidade de uma relação interpessoal. As duas consciências são simultaneamente frágeis e vulneráveis, a força e a qualidade das suas

²⁴⁶ *Ibidem.*

²⁴⁷ *Nota do autor:* segundo uma investigação sobre a revelação de si, Jourard (1974) demonstrou que uma pessoa revela-se mais facilmente a uma outra pessoa se essa pessoa é fíável, de boa vontade e se ela parece estar prestes a revelar a sua própria experiência. Na revelação de si, procura a revelação de si “do outro”, mesmo se cada um tiver vantagem em demonstrar a sua zona de segredos. *Ibidem.*

²⁴⁸ *Ibidem.*

²⁴⁹ *Ibidem.*

presenças assentam quase sempre sobre o conhecimento obtido pela outra consciência. Segundo Bureau, este é o famoso encontro entre o «eu» e o «tu» de Buber (1970)²⁵⁰.

O *espaço*²⁵¹ de intimidade requer a existência de fronteiras, de limites, de balizas, permitindo a cada um preservar a sua própria “identidade”. Para Bureau, é difícil desenvolver um conhecimento do «outro» porque esse «outro» tem tendência a permanecer nele mesmo, sem ser tentado a “sair” (por medo e por procura de segurança) e a ser “substituído” por um «outro semelhante» a ele mesmo. Este *espaço* representa esta necessidade de *procura primitiva*²⁵² em ficar com o outro, de o conservar, de o não perder na sua entrega ao «outro», semelhante a si.

A relação de intimidade, analisada apenas numa *perspectiva sexual*²⁵³, é uma realidade redutora, por pertencer apenas à sua superficialidade, por pertencer à periferia do corpo, sem integrar as diferenças e os limites que cada um dos sujeitos, envolvidos nessa relação, possui. Quando, na sua nudez, o sexo de uma pessoa, que não é mais que um “objecto”, o corpo, se encontra com um outro sexo, um outro corpo, um outro “objecto”, essa pessoa priva-se da densidade da sua própria subjectividade e nela, a autenticidade da ligação de intimidade.

A *autêntica* intimidade “comanda a transparência de si”²⁵⁴, a capacidade de se descobrir, assim como a capacidade de se isolar. É na descoberta «de si» que a pessoa se

²⁵⁰ No processo psicoterapêutico, está presente a relação «eu-tu». Trata-se do encontro permeado pela reciprocidade onde «um» e «outro» estão disponíveis. Desse modo, torna-se possível a integração, que Buber tanto preza. O diálogo permite uma abertura para as pessoas experimentarem o mundo a si mesmas, de uma forma totalizadora. Assim, a obra de Martin Buber ocupa-se do que é mais característico no homem: a sua humanidade. Esta mensagem levamos a uma revisão das nossas perspectivas sobre o sentido da existência humana. *Ibidem*.

²⁵¹ *Ibidem*.

²⁵² O primitivo resulta da nossa biologia, da nossa herança filogénica; é a manifestação hereditária do nosso passado de mamíferos. É através do estado físico que a pessoa pode contactar com a sua própria existência e pela qual ela pode interpretar as informações provenientes dos seus sentidos. *Ibidem*.

²⁵³ *Ibidem*.

²⁵⁴ *Ibidem*.

entrega à intimidade do «outro», revelando o orgulho de descobrir e o prazer de satisfazer, por uns tempos, a relação com o outro. Ela consegue assim, dosear parte da solidão e da sua intimidade ao “instalar” um espaço de isolamento. Nenhuma relação de intimidade pode suportar uma total abertura durante um longo período de tempo.

Para Bureau, toda a pessoa tem necessidade de ter ciclos, de contactos profundos alternados com contactos mais superficiais e de momentos de solidão, de introspecção com ele mesmo. Muita da intimidade intensa e prolongada sem retorno à sua solidão, aumenta o risco de suscitar ansiedade e receio de perda da sua própria “identidade”. Porque as diferenças enriquecem as pessoas nas suas ligações de intimidade (diferenças de gosto, de interesse, de percepção), a identidade de cada um deve ser forte e consolidada. Este género de identidade desenvolve-se, preserva-se e solidifica-se na solidão.

Deixar entrar o «outro» em «si», “é temporariamente perder-se em si mesmo”²⁵⁵ e se a identidade não é sólida, não tem espaço pessoal nem solidão, esta perda de «si» pode provocar medo e transformar-se numa insegurança mais ou menos pronunciada (ao não ser assegurado o “reencontro” depois do “encontro”), medo que o «outro» não o deixe partir e continuar noutro lugar, só, «consigo mesmo».

A intimidade “repousa” sobre a presença da sua consciência (ser sujeito de si mesmo) implicando uma adequada integração dos elementos existenciais de base: a solidão, a finitude, a liberdade, a responsabilidade, a obrigação de agir e a corporalidade²⁵⁶. Uma fraca integração destes elementos existenciais e, particularmente, a recusa de ser “separado do outro”²⁵⁷, complica e por vezes impede a formação de bons “locais” de intimidade, acompanhando-se muitas vezes de distúrbios no plano da identidade e até da orientação sexual.

²⁵⁵ *Ibidem.*

²⁵⁶ *Ibidem.*

²⁵⁷ a intimidade nasce do local mais afastado da solidão, ou seja, do isolamento. E é no centro deste sentimento de isolamento que a apreciação da intimidade começa. *Ibidem.*

c. A intimidade no masculino e no feminino

Interessa aqui recordar o pensamento de Scheler sobre as diferenças encontradas entre o pudor feminino e o masculino: que a mulher expõe ao «outro» mais facilmente assuntos relacionados com a sua esfera íntima, que possui menos pudor em respeitar os “segredos” (da esfera privada) do «outro», que a reprodução e o desenvolvimento afectivo é mais intenso e que o pudor não tem uma correspondência primitiva e quantitativa de maior preponderância de um sexo relativamente a outro. E relativamente à intimidade? Como se processa no homem e na mulher?

Atendendo à implicação que traz para os seres humanos, a *identidade sexual* é um conceito forte que carece de uma análise mais profunda. Esta identidade sexual, “ser” e “pertença” de um sexo (ou o que a pessoa pensa e experimenta como ser sexual erótico), explica a maioria das experiências emotivas, cognitivas e comportamentais da sexualidade do indivíduo. Esta “identidade sexual” aumenta o seu grau de importância por se situar no centro da *identidade humana*²⁵⁸.

A questão importante a analisar, pelas suas implicações, e abordada por Bureau nos seus trabalhos, consiste em conhecer qual é a diferença, se existe, entre a identidade sexual masculina e a identidade sexual feminina. Salvo algumas similitudes, as duas identidades sexuais diferem. Cada uma organiza-se em volta de diferentes processos e transporta com ela as suas próprias e específicas dificuldades. E assim, questionamos: existirá uma forma de intimidade mais específica no sexo masculino relativamente ao feminino? O homem e a mulher utilizam os mesmos caminhos no encontro com essas suas intimidades?

Para Bureau, a identidade sexual masculina, a masculinidade, define-se mais por “um processo de separação”²⁵⁹ e de oposição relativamente à mulher. A separação e a

²⁵⁸ *Ibidem*.

²⁵⁹ Tudo leva a crer que existe uma ligação íntima entre a mãe e o desenvolvimento sexual da criança: as crianças que desenvolvem um conflito de identidade sexual, são crianças particularmente sujeitas à ansiedade perante a

diferenciação são os dois processos principais que conduzem o filho a uma enraizada masculinidade. Na identidade feminina, a feminilidade, mesmo existindo separação e diferenciação, define-se por um *processo de aproximação* e de colaboração com o seu semelhante: neste caso com a mãe, com as outras mulheres. É na aproximação da mãe com a sua filha, a partir da sua imitação, que a filha se define como filha. E assim, estas identidades (masculinas e femininas) têm a sua génese num processo de culturação em que as gerações anteriores representam o suporte da individualização das gerações futuras. Significa que a raiz será mais cultural que biológica.

Temos assim de reconhecer que nós, como indivíduos, em referência às questões acima analisadas, somos condicionados não só pela nossa condição biológica, como também pelo contexto sócio-cultural em que nos inserimos.

No desenvolvimento desta identidade sexual, filha e filho não passam pelo mesmo processo de identificação: a filha identifica-se com a mãe e o filho não. Segundo Otto Rank, citado por Bureau, encontra-se aqui a diferenciação entre o filho e a filha, no estabelecer de uma relação íntima- “existe um «medo» especificamente feminino e um «medo» especificamente masculino”²⁶⁰.

A rapariga sofre de um «medo da vida», de ser abandonada e obrigada a viver de forma autónoma, um medo que lhe permita estabelecer as ligações de intimidade com a sua “interioridade”, onde frequentemente perde a sua identidade. O rapaz sofre de um medo de ser totalmente absorvido pelo «outro» na relação íntima, um medo assente numa escalada de partes: perda de si mesmo, perda da sua autonomia e perda da sua liberdade. Assim,

separação da mãe. Esta ansiedade dá-se por volta dos 8 anos de idade, a idade do desenvolvimento da função simbólica, da capacidade de representação, a idade do nascimento da identidade sexual, a idade onde os primeiros sinais de desenvolvimento sexual se manifestam (Bureau, 1977). Existe uma ligação entre estas duas dimensões: a separação com a mãe e a formação da identidade sexual do jovem. Uma carência sobre a primeira conduz a uma ausência sobre a segunda. *Ibidem*.

²⁶⁰ *Ibidem*.

enquanto a intimidade representa, para a rapariga, uma saída dessa “protecção” interior, para o rapaz, ela constituirá uma “ameaça”²⁶¹.

Para Bureau, a masculinidade aproxima-se mais da solidão e da diferença enquanto que a feminilidade, mais da relação e da similitude. O local fundamental da identidade masculina será mais no “ser separado”, diferente, “só” e capaz de se “alimentar” do seu próprio «universo interior». O local fundamental da identidade feminina será mais no “ser em relação” com «outro», capaz de participar no «universo do outro» e de cooperar com ele²⁶².

O homem e a mulher devem mutuamente procurar no sexo oposto o desenvolvimento das suas próprias e espontâneas qualidades, qualidades essas que já existem de uma forma latente. Para o desenvolvimento da sua consciência, o homem baseia-se numa maior capacidade de “intimidade pessoal” enquanto a mulher, na solidão. No encontro sexual, o homem pode proceder a um “encerramento” espontâneo “em si mesmo” enquanto que a mulher permite a “ela mesma” procurar o seu próprio prazer. Significa que o “desenvolvimento da consciência individual pode levar qualquer um (feminino ou masculino) a este cruzamento de duas tendências: identidade e intimidade”²⁶³.

Esta aproximação “harmoniosa” das diferenças implica, a priori, que o homem e a mulher procurem desenvolver-se, motivados por um desejo de união ao «outro», do sexo oposto, no seu próprio território e na sua maneira específica de estar-no-mundo. Este passo é fundado essencialmente no respeito pelas diferenças fundamentais entre os homens e as

²⁶¹ Esta reflexão de Rank representa a intimidade entre o homem e a mulher, fundamentada numa dicotomia sexual de “medo” bem definida. Esta dicotomia sexual está nos nossos dias menos marcada que em épocas anteriores. Estes medos são as formas de ansiedade que a pessoa, ao possuir interesse por uma outra pessoa, pode confrontar-se com “medos” na participação consciente da identidade do outro. *Ibidem*.

²⁶² *Ibidem*.

²⁶³ *Ibidem*.

mulheres e não pela valorização de um, relativamente à desvalorização do outro e que um dos dois sexos abandone as suas tendências em impôr as suas vontades ao outro.

E assim, chegamos ao ponto de poder-mos afirmar que esta diferença se fundem numa *igualdade de dignidade*²⁶⁴ para ambos os sexos. O termo “dignidade humana” é o reconhecimento de um valor, é um princípio moral baseado na finalidade do ser humano e não na sua utilização como um meio. Isso quer dizer que a dignidade humana estaria baseada na própria natureza da espécie humana, tanto masculina como feminina, a qual inclui, normalmente, manifestações de racionalidade, de liberdade e de finalidade em si, que fazem do ser humano um ente em permanente desenvolvimento, na procura da realização de si próprio. Esse projecto de auto-realização exige, da parte de outros, reconhecimento, respeito, liberdade de acção e não instrumentalização da pessoa.

Transcender o primitivo, alargar a sua consciência, como fez a humanidade durante o seu desenvolvimento, requer determinação e audácia. O “primitivo apoia-se sobre o biológico”²⁶⁵, sobre a repercussão das origens biológicas na diferença entre os sexos ou na característica biológica diferencial entre os dois sexos.

O sexo feminino é o sexo fundamental entre os mamíferos, pela diferença nas suas características, quer biológica como psicológica. Para que o sexo surja, é necessário acrescentar alguma coisa ao sexo masculino, ou seja, necessita de um corpo biológico para se dar o desenvolvimento de outro corpo biológico. Para que o novo indivíduo se torne masculino implica que terá de efectuar, durante o seu desenvolvimento, uma conquista pela

²⁶⁴ A dignidade humana é sentida e expressa através do corpo como suporte biológico de existência. Nem a pessoa é o corpo, nem tão pouco proprietária do seu corpo.

A dignidade humana caracteriza-se por: todo o ser humano, por o ser, é o maior valor, e este sobressai quando é mais agredido, violentado, ignorado ou negado. Deste modo, os comportamentos que mais indignificam o próprio são os que indignificam os outros, sobretudo os mais débeis e vulneráveis. (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida - documento de trabalho sobre a reflexão ética sobre a dignidade humana, 26/cnecv/991999 in www.cnecv.pt).

²⁶⁵ BUREAU, Jules - «L'intimité et l'identité sexuelle: une approche existentielle». Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal, *Revue sexologique*, nº3, Vol.1, Montréal in www.unites.uqam.ca/dsexo/Revue/Vol3no1.

sua masculinidade e só o consegue fazer, conquistando-a à feminilidade de base. Ou seja, mais uma vez temos um processo de ensino e de aculturação desencadeado pelos seus progenitores, que aliado à componente biológica, definem no novo ser, a masculinidade ou a feminilidade.

Segundo Bureau, as qualidades ditas femininas ligam-se mais facilmente com as da intimidade²⁶⁶ do que as qualidades masculinas. Significa isto que os homens são excluídos? O homem não está automaticamente excluído destas qualidades próprias ao seu desenvolvimento intimista, assim como também muitas mulheres se podem manifestar espontaneamente incapazes.

O homem é portador destas qualidades, possuindo-as como um potencial a desenvolver. Todo o homem deve fazer face ao desafio que se lhe é colocado - o estabelecer de um lugar íntimo: encontrar uma forma masculina capaz de se “juntar” à forma feminina de intimidade. Mas o mesmo se impõe à mulher. Dito de outra forma, cada um dos sexos devem ajustar-se: o homem atinge a sua intimidade juntando-se ao «outro», permanecendo ele mesmo envolvido em si. A mulher confronta-se com a resistência e com a diferença, tornando-se empática, meiga e transparente.

Temos de reconhecer e aceitar que o homem e a mulher possuem diferenças nas suas interacções particulares, ao nível da intimidade. Devemos aceitar esta diferença tanto na especificidade íntima masculina como na especificidade íntima feminina. De uma forma geral, a mulher permite mais a proximidade física e corporal (não necessariamente erótica) e o homem tende a guardar uma certa distância física e corporal²⁶⁷. Obviamente que não se

²⁶⁶ *Ibidem.*

²⁶⁷ Certas crianças são “conotadas” na sua masculinidade pelo contacto, sem fronteiras, que têm com as suas mães. É sobre a influência da mãe que se processa o desenvolvimento da intimidade da criança e esta manifesta-se no seu estado de “ser” como pessoa, no estado de vivência do seu isolamento. Uma intimidade corporal constantemente exagerada e valorizada pela mãe, impede a criança de conquistar gradualmente a “firmeza” do seu “ser individual”. Nestas circunstâncias, o conflito de identidade sexual será um jogo entre a dependência sexual e a atitude dos pais, na relação íntima que eles estabelecem entre si. Certas atitudes parentais impedem os pais de conduzirem a criança na sua diferença e/ou na sua similitude, no apelo à sua identidade. *Ibidem.*

trata de uma regra geral para todos os homens e para todas as mulheres, mas no geral, esta característica existe e de alguma forma define o processo educacional que cada um sofreu no percurso do seu desenvolvimento emocional, quando criança.

O desejo de proximidade física não é necessariamente proporcional à capacidade de intimidade de uma pessoa. Esse desejo de se tornar íntimo com o “outro” implica assim, uma certa distância corporal com esse “outro”. Desejar fazer desaparecer essa distância com o “outro” não é automaticamente sinónimo de qualidade de relação íntima, privando a pessoa da distância onde ela procura simbolizar o seu amor e a sua capacidade específica e particular de intimidade.

O “encontro inter-subjectivo”²⁶⁸, espaço de intimidade por excelência, efectua-se na corporidade e não no corpo físico e material. Genericamente, são as mulheres que beneficiam de uma maior facilidade com essa corporidade, dando múltiplos significados ao corpo, ultrapassando a simples materialidade. Esta facilidade espontânea encontra-se no seu próprio corpo, na totalidade do corpo do «outro» e na sua expressiva significação, permitindo a estas mulheres descobrirem a não autenticidade, favorecendo a intencionalidade do encontro. O homem abandona esta “corporalidade”, debruçando-se inteiramente na sua simbolização e assim se priva da vitalidade dada pelos corpos animados, pelos corpos “amados”.

Em suma,

A intimidade estabelece as nossas vulnerabilidades. Não existe uma felicidade plena no encontro íntimo entre dois indivíduos mas sim, existem esforços de desenvolvimento, de receios, de sofrimentos que se devem reconhecer, aceitar e tolerar...

O encontro íntimo traz-nos à consciência uma “lacuna” existente entre “si” e o “outro”, particularmente entre “si” e o “outro” do sexo oposto. Essa “lacuna” “chama” a cada um, a sua própria finitude: que todos somos limitados e detentores de um só sexo. E

²⁶⁸ *Ibidem.*

esta realidade não pode ser vista apenas como fonte de desejo, de impulso para o outro, mas sim de numerosas dificuldades a superar pelos homens e mulheres no amor e no respeito pelas suas diferenças. Apelar para esta consciência humana, é permitir estabelecer relações de intimidade de melhor qualidade, entre as pessoas.

3. TERCEIRO MOMENTO: O CONTEXTO DO «ENCONTRO»

O pudor – valôr e também virtude – é o que sustenta a intimidade. Como já o dissemos, o animal sem consciência não possui intimidade e portanto, não necessita de possuir pudor. As crianças tão pouco necessitam de ter pudor, pois ainda não se formou a sua intimidade. Pouco a pouco a sua intimidade irá crescer pelo processo educativo que irá ter e pelo uso da razão e da consciência. Pode acontecer que, mediante certos costumes naturalistas e exibicionistas, a pessoa educada nestas circunstâncias, perca o seu “pudor corporal”. Será uma perda que dificilmente se poderá recuperar.

Ter pudor supõe reconhecer o valor da sua intimidade e respeitar a dos outros, significa manter essa intimidade a coberto de “estranhos”, separando o que a possa alterar e “descobrir-a” unicamente em circunstâncias que sirvam para a melhorar ou manter.

Existe um “pudor espiritual” ou interior e um outro “corporal” ou exterior. Não estão separados entre si, como não está o corpo do espírito. O primeiro refere-se àqueles acontecimentos ou reacções que “perturbam o coração” e que, só em circunstâncias de grande confiança, uma pessoa se pode expor com quem sabe que a pode compreender e ser discreta. O pudor corporal não afecta só a sexualidade (como se pode entender de uma forma reduzida), mas sim qualquer outra circunstância física conhecida.

O pudor é um sentimento, mas também algo mais que um sentimento – um valor. Tal como os outros valores humanos, encontra-se desprestigiado em determinados

ambientes da nossa cultura humana actual. Trata-se do mesmo desperdício que sofre a dignidade da pessoa, quando se violentam os seus direitos básicos, por conveniência e capricho da humanidade.

A chave do pudor está no facto do homem ser caracterizado como um “ser pessoal”. Perde-se o pudor quando o sentido da pessoa está debilitado. Só o carácter “de pessoa” do ser humano explica o pudor: um animal pode ter medo mas não pode ser púdico. O ser humano, pelo contrário, pode manifestar “pudor” ou “vergonha” perante determinadas situações. A “desvergonha” obedece a uma perda do sentido da intimidade e no fundo, da própria dignidade de pessoa.

Embora existam questões em fase de investigação, parece-nos claro que desde quando, em termos históricos, se pode falar do “homo sapiens sapiens e não de um hominídeo ou pré-hominídeo”, a “roupagem” aparece como uma característica fundamental no seu desenvolvimento. E isto aconteceu por diversos motivos: climatológicos, de adorno e conseqüentemente pelo pudor à exposição sexual. A sexualidade passa assim, a ser uma componente essencial da pessoa humana, transcendendo o próprio instinto de conservação da espécie animal. Com a sexualidade, o “dom de si mesmo”, próprio do amor humano, expressa-se através do corpo em vez do espírito. Por isso, ela constitui parte da intimidade da pessoa e está protegida pelo pudor. Cuidar o pudor supõe engrandecer a pessoa humana, transportando parte da sua educação para o amor autêntico.

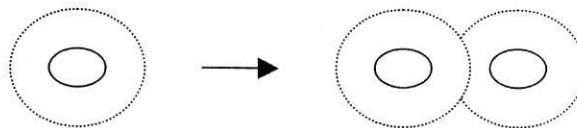
Assim, temos de considerar hierarquicamente primeiro, *o pudor* e posteriormente, *a intimidade*, como dimensões inseparáveis da pessoa humana consciente, sensível e racional.

Uma variante importante desta intimidade, que se encontra na base da relação interpessoal, é a *intimidade afectiva*. Esta implica que a pessoa tenha a capacidade de se

“colocar na pele do outro” sem perder a sua. Na diferença desta simbiose, a intimidade mantém um sentido de individualidade²⁶⁹: o “eu” perante o “outro”.

A intimidade afectiva constrói-se na base de um processo de maturação pessoal, em que a pessoa adquire progressivamente uma maior confiança em si, durante o seu desenvolvimento educacional, desde criança. É somente nestas condições que uma pessoa pode construir a sua “*egoidade*” como uma “membrana periférica”, porosa, permeável à troca com o “outro”²⁷⁰.

A metáfora da “membrana porosa” é um bom modelo²⁷¹ de descrição dessa intimidade. Esta membrana serve para proteger a personalidade da pessoa dos perigos internos e externos a ela. Para ser possível esta intimidade afectiva, a origem, o centro deve ser “resistente” (tal como a sua personalidade) e a periferia permeável. É nestas condições que a pessoa pode dividir a sua parte periférica, sem correr o risco de algo se intrometer na sua origem, no seu centro.



Duas pessoas (quando em relação) têm em comum, o que Pasini²⁷² chama de “meio intermediário” ou «*espaço transaccional*». É uma parte de si que não é colocada em discussão e que possui simultaneamente uma realidade interna e externa, uma realidade objectiva e uma realidade subjectiva. Este “espaço transaccional” tem uma dupla característica: ele une e separa. É neste meio intermediário que as pessoas podem dividir

²⁶⁹ PASINI, Welly – *Éloge de l'intimité*. Traduit de l'italien par Marie-France Brouillet; Petit Bibliothèque Payot, Paris: Editions Payot, 2002, p. 53.

²⁷⁰ *Ibidem*.

²⁷¹ *Ibidem*.

²⁷² *Ibidem*.

²⁷² *Ibidem*.

²⁷² *Idem*, p. 54.

uma *experiência ilusória*²⁷³ ou uma experiência íntima, encontrando-se ambas numa posição privilegiada para a conseguir.

Obter uma “intimidade afectiva” durável é subordinável à capacidade de possuir uma intimidade consigo mesma. Significa aceitar a coexistência de todas as partes de si, mesmo aquelas onde exista a possibilidade de um sentimento de “vergonha”. Para isso, a pessoa necessita de criar os interfaces entre as diferentes “partes de si”, entre “si mesmo” e os “outros”.

Assim e perante o que foi escrito, as ligações existentes entre “corpo” e “intimidade” podem ser caracterizadas por uma “dupla perspectiva”:

- o corpo é a *fronteira*, o interface entre a pessoa e o exterior; a sua vida interior e as suas relações. O corpo, espaço de visibilidade, interface entre privado e público é, por sua vez, um espaço de autonomia privada e de participação (social). O dano do corpo do «outro» está transposto na transgressão desta fronteira.
- o corpo é o *local* da pessoa, o suporte da sua individualidade, do seu ser lá. A individualidade irreduzível do corpo devolve a identidade única da cada ser, naquilo que ele tem de único.

Ou seja, a partir do corpo, pode-se constituir a intimidade do sujeito, fundada no desenvolvimento das suas relações pessoais.

Na longa evolução do conceito de intimidade, sobressai uma importante característica: a aspiração constante dos indivíduos em adquirir e em preservar as “zonas de espaço social” das influências do outro: locais fechados, locais privativos, de convivência. Esta diferença entre “gestão de espaço” e “grau de intimidade” é mais forte que a evolução do conceito de “intimidade”, marcando a história dos locais colectivos e institucionais, na sua progressão pelo respeito da pessoa: nos dormitórios, dos hospícios, das “salas comuns” até aos quartos com duas camas e destes até aos quartos individuais.

²⁷³ *Ibidem.*

Simultaneamente, a evolução jurídica recente reconhece o “quarto” do hospital com estatuto de “local privado”, onde a pessoa doente exerce o seu direito de intimidade. Ela tem a possibilidade de autorizar ou recusar que determinadas pessoas (por exemplo, um estudante) entrem no seu quarto.

Finalmente, pensamos que a exigência da intimidade por parte da pessoa é directamente proporcional ao tipo de educação que esta teve e ao seu nível sociocultural. Estes factores interferem muito na percepção que a pessoa tem da sua intimidade assim como na necessidade que tem da sua “preservação íntima” perante o «outro». Trata-se do produto de um

processo educacional,

afectivo e sociocultural.

III.

DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

Finalizado a fundamentação teórica, iremos neste capítulo, transformar essa fundamentação em meio de trabalho para o desenvolvimento do estudo empírico. Assim, faremos um percurso metodológico, desde a definição do tipo de investigação adoptada até aos resultados alcançados.

A evolução da Medicina nas últimas décadas tem sido no sentido de um crescente tecnicismo e especialização, decorrente do progresso técnico. Multiplicam-se e aperfeiçoam-se os meios complementares de diagnóstico e de tratamento mas, em contrapartida, corre-se o risco de cada vez mais se perder o respeito pelo valor da *pessoa humana*, levando o profissional de saúde a pensar mais em termos de doença do que de “*pessoa doente*”.

A relação terapêutica¹, que se estabelece entre profissional de saúde e a pessoa doente, assenta numa posição de desequilíbrio entre ambas as partes, pois ambos possuem níveis diferentes de percepção e de conhecimento da informação clínica.

Fazendo apelo à nossa experiência, no campo da enfermagem, consideramos tal relação um poderoso instrumento terapêutico, através do qual, é possível melhorar significativamente o curso e o prognóstico dos vários quadros patológicos, para além de assegurar ao paciente uma melhor aceitação do seu “*status*” físico-psico-social. Aqui, o

¹ Relação terapêutica pode significar “cuidar”. Cuidar é “*aprender a ter em conta os dois «parceiros» dos cuidados: o que trata e o que é tratado*”. Cuidar, tal como afirma COLLIER “*é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais.*” (COLLIER, M. Françoise – *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989; p. 235).

“pudor” e a “intimidade” da pessoa doente são, actualmente, considerados como um valor ético inquestionável que deverá estar presente no “cuidar” por parte dos profissionais de saúde.

De uma forma geral, parece-nos que estes profissionais carecem, actualmente, de formação adequada em termos de deontologia profissional, com especial enfoque para a problemática da relação terapêutica estabelecida com o paciente. Muitos colegas são da opinião, que esta não se ensina, nem se aprende, argumentando mesmo que deve ser entregue ao critério e à experiência empírica de cada um. Embora seja verdade que a experiência de cada um é fundamental na relação com a pessoa doente, que difere de pessoa para pessoa, há no entanto, alguns conhecimentos que são transmissíveis na área do “agir” profissional e da emotividade do paciente.

Tomando consciência desta realidade subjectiva do paciente, deve-se reflectir sobre o comportamento do profissional de saúde, numa perspectiva de igualdade e de inter-ajuda permanente, não enveredando unicamente por teorias e modelos puramente científicos, como o biomédico que dá mais ênfase à pesquisa, à exploração de sinais e sintomas, à formulação do diagnóstico e, por fim, à execução de terapêutica. Sendo um modelo forçosamente limitado, que enquadra estritamente cada interlocutor no seu papel: o Médico/Enfermeiro como «curador/poderoso» e o paciente como «vítima, passivo, dependente», ambos numa relação desigual. Neste contexto de relação, encontra-se um outro ainda mais amplo: o contexto do hospital.

O hospital, considerado fonte de grande custo económico para a nossa sociedade, é o local de acolhimento e de integração da “pessoa doente”. A questão que se nos coloca aqui é até que ponto este espaço é identificado apenas como um espaço plural de “cuidado”, um serviço, um edifício ou se, pelo contrário, é identificado como um local de “cuidado” singular, local de intimidade, o domicílio do doente e da sua família.

Actualmente, a instituição hospitalar, mais que o próprio hospital, é constituída por um conjunto de regras normativas centradas na organização e na gestão e não centrada naquilo que a objectiva: a “pessoa doente”. Com efeito, o doente perde tudo o que habitualmente sustenta a sua identidade, nomeadamente o seu *estatus social*, baseado no estado civil, na profissão, na aparência; o seu *estatus intimista*, centralizado nos seus pudores, no seu espaço íntimo e, por último, o seu *estatus relacional*, fundamentalmente na sua relação com o “outro”. Assim, perante uma nova identidade (a da “pessoa doente”), modifica-se todo o seu contexto espaço-temporal, espiritual e relacional.

É nesta “mudança” do “espaço de intimidade”, no momento do internamento hospitalar, que a pessoa doente experiêcia um conjunto de preocupações sentimentais. É neste contexto que nos colocamos, como ponto de partida para esta investigação, em que o tema do “pudor” e da “intimidade” do paciente” é considerado como uma das componentes importantes na sua adaptabilidade à instituição hospitalar e à relação que se estabelece com os profissionais de saúde.

1. DESENHO METODOLÓGICO

1.1 - Tema e Tipo de Investigação

O “problema” é definido por Marconi e Lakatos² como uma dificuldade teórica ou prática no conhecimento de alguma coisa de real importância, para a qual se deve encontrar uma solução. O tema em que se insere a problemática, deve ser relevante e suscitar, quando possível e adequado, um envolvimento pessoal. Reconhece-se que o envolvimento pessoal do investigador no estudo pode ter desvantagens, pois ao estar demasiado envolvido, social ou emocionalmente, na realidade que se deseja investigar, pode ser difícil assumir o papel de “estranho”, pode-se mesmo ignorar questões relevantes

² MARCONI, Marina e LAKATOS, Eva – *Técnicas de Pesquisa*. 4ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 1999, p. 28.

para o estudo. Mas reconhece-se também que as vantagens de tal envolvimento pessoal ultrapassam, geralmente, os inconvenientes, na medida em que existe um aumento da motivação, um conhecimento valorizado do universo em estudo, uma maior facilidade de contactos.

A humanização dos cuidados de saúde, prestados em ambiente hospitalar, é um desafio ético colocado a todos, sempre e em qualquer situação. Mas a humanização não se prende apenas com “esta ou aquela situação” mas antes, com um conjunto de situações que ocorrem durante o tempo do internamento hospitalar. Então, aspectos como o “desrespeito” pelo pudor dos pacientes, o desrespeito pela sua “intimidade”, o modo como o paciente percebe o “tempo vivido” no hospital, a humanização das instalações, de forma a manter a individualidade intimista de cada pessoa doente, são de importância fundamental no atendimento, entendido como “global”, que deve ser prestado ao paciente. Em todo este contexto, fundamentalmente prático, mas também de índole teórica, coloca-se-nos várias questões orientadoras desta investigação:

- . Será que o “pudor” e a “intimidade” são factores de preocupação primária para o paciente que vai ser internado no hospital?
- . Será que as instalações hospitalares actuais estão adequadas à necessidade de preservação da intimidade do paciente internado?
- . Quais são as actividades hospitalares que mais interferem com a intimidade do paciente?
- . Quais as diferenças que caracterizam a intimidade dos pacientes internados, do sexo feminino relativamente ao masculino?

O *objectivo central* deste nosso estudo será o de conhecer em que medida a intimidade da “pessoa doente” sofre alteração, num contexto de internamento hospitalar.

O tipo de investigação aqui produzida é classificada como um estudo exploratório e descritivo³ uma vez que se trata de uma pesquisa com uma orientação fenomenológica, em que se tenta apreender o que as pessoas doentes pensam, sentem e a forma como agem nos seus ambientes naturais.

Segundo Polit, "...a fenomenologia, com raízes na tradição filosófica elaborada por Husserl, é um método de pensamento sobre o que são as experiências de vida das pessoas"⁴. Uma das vantagens desta pesquisa corresponde ao facto de ela permitir avaliar o que "...as pessoas vivenciam, relativamente a alguns fenómenos e à forma como elas interpretam essas vivências"⁵. Polit enuncia alguns aspectos a ter em atenção, relacionados com o controle da pesquisa, em que o pesquisador "necessita de controlar as variáveis estranhas para determinar a verdadeira natureza das relações entre as variáveis independentes e dependentes que estão a ser investigadas. Existem dois tipos básicos de variáveis estranhas: (1) as que são valores externos que se derivam de uma situação de pesquisa, e (2) as que são intrínsecas aos sujeitos de estudo"⁶. A forma como este controle foi efectuado e a identificação de invalidade interna e externa do estudo será caracterizado a seguir.

A análise posteriormente produzida neste trabalho, será uma análise qualitativa, através da análise de conteúdo no tratamento dos dados obtidos. A opção por esta análise baseia-se no facto de se estar perante um estudo de características subjectivas, não mensurável quantitativamente, por se tratar de avaliar sentimentos e emoções de pessoas numa determinada realidade. Assim, é mais importante o processo utilizado nesta investigação do que o resultado ou produto obtido. A fonte de recolha de dados é efectuado

³ A pesquisa descritiva tem o propósito de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação. (POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette P. – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artes Medicas, 1995, p. 271).

⁴ POLIT, F. Denise; HUNGLER, Bernardette P. – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. p. 272.

⁵ *Ibidem*.

⁶ *Idem*, p. 126.

no ambiente natural, onde o fenómeno “intimidade” ocorre, constituindo o investigador como instrumento principal.

Na investigação qualitativa⁷, o investigador não se coloca como perito. Avalia-se os elementos de interesse, através do “com” e não do “para”, em que o investigador está mais preocupado com a compreensão absoluta e ampla do problema em estudo. Ele observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se lhe apresenta, sem os tentar controlar. Por esse facto, trata-se de um método qualitativo, de cariz fenomenológico.

Assim se irá processar esta análise qualitativa.

1.2 - Identificação das fontes de invalidade interna e externa:

Durante o estudo, foram tomadas determinadas medidas para minimizar os “contaminantes situacionais”, para que se atinja a *constância de condições* para a colheita de dados. Foi preocupação nossa, recolher os dados mediante as mesmas condições ambientais possíveis para cada participante no estudo, de modo que se possa confiar que essas condições não influenciem esses mesmos dados.

Segundo Polit e, “atendendo que o ambiente exerce uma forte influência sobre as emoções e os comportamentos das pessoas”⁸, é importante prestar atenção ao contexto ambiental em que o estudo está a decorrer. Assim, a colheita de dados foi efectuada a pacientes do mesmo hospital e do mesmo serviço, com as mesmas características físicas e organizacionais. Um segundo factor externo, que pode necessitar de controlo para a manutenção dessa constância, é o factor tempo. Polit chama a atenção que a “variável de critério pode ser influenciada pelo período do dia e do ano em que são colectados os dados,

⁷ A metodologia qualitativa “... concentra-se no toda da experiência humana e o sentido atribuído pelos indivíduos que vivem a experiência. Esses métodos permitem uma compreensão mais ampla e um *insight* mais profundo a respeito os comportamentos humanos...”. (LOBIONDO – WOOD, G.; HABER, J. – *Pesquisa em enfermagem – métodos avaliação, crítica e utilização*. 4ª Edição. Rio Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, p. 125).

⁸ POLIT, F. Denise; HUNGLER, Bernardette P. – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. p. 127.

ou por ambos. Nesses casos, seria importante que o pesquisador garantisse que a constância de tempo seria mantida”⁹. Neste estudo, foi preocupação nossa realizar a entrevista com os pacientes durante o período da tarde, quando estes já se encontravam devidamente instalados nas suas enfermarias, em repouso, após as consultas médicas e exames, de forma a ter um ambiente calmo, capaz de não perturbar as respostas.

Uma segunda medida de controlo, os *factores intrínsecos* (considerados aqui como variáveis estranhas), foram implementados no sentido de controlar as características dos indivíduos em estudo. Ainda para Polit et al, “quando a distribuição aleatória não for exequível, existem outros métodos de controlo de características estranhas do sujeito. A primeira alternativa é o uso somente de sujeitos homogéneos, no que diz respeito às variáveis consideradas estranhas. Nesse caso, as variáveis não podem variar”¹⁰.

Este método de utilização de um grupo de sujeitos homogéneos, oferece um controle considerável e a sua limitação reside no facto de as suas descobertas poderem ser somente generalizadas ao tipo de sujeitos que participaram no estudo. Ainda segundo os mesmos autores, para se efectuar a selecção de uma amostra homogénea, é necessário que o investigador decida qual a variável ou variáveis que necessitam de controlo.

Assim, foi de extrema importância, na construção do instrumento de avaliação, ter contactado com pacientes nas mesmas *constâncias de condições* atrás descritas, concluindo-se que seria importante seleccionar uma amostra por homogeneidade e não aleatória, uma vez que as questões colocadas ofereciam características especiais, tais como: sentimento do paciente relativamente à sua “intimidade” e “pudor”, perante determinadas situações sentidas individualmente, perante uma determinada realidade. Daqui se conclui que os sujeitos seleccionados para o estudo, têm de possuir boa capacidade de expressar os seus sentimentos íntimos, boa capacidade de compreensão das questões colocadas (excluíram-se os pacientes analfabetos), se encontrem em boas

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ POLIT, F. Denise; HUNGLER, Bernardette P. – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*, p. 128.

condições físicas e mentais (excluíram-se os pacientes agitados e confusos, pacientes com dores incapacitantes, com depressão e/ou ansiedade acentuada) e o número de pacientes da amostra fossem, metade do sexo masculino e a outra metade, do feminino.

Segundo a opinião de diversos autores, é necessário uma preocupação especial na identificação das fontes de invalidez interna e externa. Para Fortin, a “validade é uma medida de precisão que deve ser efectuada ao longo de todo o processo de investigação. Dois critérios importantes servem para avaliar a credibilidade e o correcto fundamento dos resultados: trata-se da validade interna e externa”¹¹. Fortin et al¹², citando Campbel e Stanley, enunciam um certo número de factores ou variáveis susceptíveis de atenuar a ameaça de falsificação dos resultados. Esses principais factores são: (1) as experiências anteriores desses sujeitos (história desses sujeitos); (2) as mudanças devido a maturação; (3) a medida; (4) a constância dos instrumentos de medida; (5) a selecção dos sujeitos.

Passemos a descrever a forma como se procurou reforçar essa *validade interna* do estudo:

a. A história dos sujeitos do estudo: Uma vez que as questões colocadas dizem respeito ao sentimento do paciente, ocorrido numa determinada realidade, os sujeitos entrados no estudo apresentam um conjunto de experiências vividas dessas realidades de uma forma diversificada. As questões foram formuladas de uma forma abrangente permitindo incluir todas as realidades experienciadas. A ocorrência de eventos, antes da aplicação do instrumento de colheita de dados, foi idêntica a todos os sujeitos incluídos no estudo. Todos passaram pelo mesmo processo de acolhimento e integração na enfermaria. Podemos dizer que a existência de outros factores inerentes à história dos sujeitos procuraram ser controlados, reunindo um conjunto de características semelhantes, relativamente à sua formação escolar (todos sabiam ler e tinham escolaridade superior ao ensino básico). Todos estavam em boas

¹¹ FORTIN, M. Fabienne – Introduction à la recherche: auto-aprendissage assisté par ordinateur. Montréal: Décarie Montréal, 1988, p. 250.

¹² *Idem*, p. 251.

condições físicas e psíquicas, e as questões colocadas apenas dizem respeito às experiências vividas pelos sujeitos, no mesmo hospital. Difícil de controlar, e esta foi uma das dificuldades do estudo, foi a dificuldade que alguns dos sujeitos do estudo tiveram em expressar verbalmente, a percepção da alterabilidade da sua intimidade, perante a realidade do internamento hospitalar.

b. As mudanças, devida à maturação: estas também se conseguiram controlar, uma vez que se tratou da aplicação de uma entrevista, respondida num curto espaço de tempo, num ambiente adequado, onde o sujeito não fosse interpelado por outra experiência em simultâneo.

c. A operação de medida pode ser fonte de invalidade interna pelo facto do mesmo paciente entrevistado ter entrado no pré teste, tornando-o mais sensível aquando da repetição da aplicação do instrumento de medida, possibilitando diferentes respostas, por este conhecer o instrumento. Assim e para evitar esta possibilidade, excluíram-se, na aplicação do instrumento definitivo de colheita de dados, os pacientes que efectuaram o pré teste.

d. A constância dos instrumentos de medida garante a obtenção de dados sempre fiáveis, procurando garantir, quer o modo credível da colheita de dados, quer a estrutura do próprio instrumento se manter sem alterações. Esta garantia existe neste estudo pois foi sempre usado o mesmo instrumento de medida, conforme em anexo, no final do trabalho.

e. Na selecção dos sujeitos, e uma vez que se trata de um estudo não experimental, usou-se um conjunto de critérios, já descritos anteriormente, no sentido de manter a homogeneidade da amostragem, contribuindo assim para a validade interna do estudo.

Relativamente á *validade externa*, o termo refere-se à capacidade de generalização das descobertas da pesquisa a outras populações ou amostras. Além das características dos sujeitos terem sido levados em linha de conta na escolha da amostragem, as características do ambiente e a situação de pesquisa utilizada, também o foi.

1.3 - Limites do estudo e aspectos éticos:

O estudo centra-se na análise da alteração dos vários domínios, caracterizadores da intimidade do paciente, durante o internamento hospitalar. O facto do investigador estar presente na altura da aplicação do instrumento de recolha de dados e de ser o autor da sua estruturação, tem algumas implicações nos limites do estudo.

Tivemos o cuidado de escolher uma amostra que contém a mesma percentagem de elementos do sexo feminino e masculino, podendo-se comparar os dois grupos. Uma das limitações, diz respeito ás estruturas hospitalares que formam o ambiente onde se recolheu esta amostra. Como os hospitais têm diferentes condições estruturais, a percepção da alteração da intimidade por parte dos pacientes também é diferente, pelo que é impossível a sua generalização e como tal é mais um limite deste estudo. Ele tem uma validade dentro de um contexto específico.

Os aspectos éticos, relativos ao desenvolvimento metodológico do estudo, foram considerados por nós, quer através dos pedidos de autorização, efectuados em Novembro de 2003 ao conselho de administração do hospital onde decorreu o estudo, quer através das informações dadas aos pacientes envolvidos no estudo e na obtenção da devida autorização das suas participações conscientes.

Tivemos o cuidado de formalizar um consentimento escrito, onde cada paciente autorizasse, de uma forma consciente e informada, a sua inclusão no estudo. Em anexo, encontra-se discriminado o consentimento informado.

1.4 - Definição de população e selecção da amostra:

Dado o carácter do estudo que procuramos desenvolver, tornou-se necessário identificar a população escolhida.

Assim, e devido a circunstâncias que se prendem com a necessidade de se ter um conhecimento geral da população de estudo, foi seleccionado apenas um serviço de internamento do Instituto Português de Oncologia – centro do Porto. O serviço escolhido foi de Medicina oncológica II, situado no Piso 3 do referido hospital, por dois motivos: por uma lado, por possuir uma grande mobilidade de entrada e saída de pacientes, possibilitando assim, uma maior escolha da amostra e, por outro lado, por ser o serviço a que o investigador tem um vínculo profissional e, como tal, é conhecedor das suas características.

O objecto de estudo é assim, constituído por todos os pacientes que estiveram internados durante o mês de Janeiro de 2004, altura em que foi efectuada a recolha de dados e seleccionada a amostra. A população total corresponde, segundo o movimento registado informaticamente, a 82 doentes.

A selecção da amostra, isto é, a selecção dos elementos que fazem parte do estudo, foi feita de forma não probabilística¹³, ou seja, dos 82 elementos que fazem parte da totalidade da população, foram seleccionados intencionalmente¹⁴ 8 elementos para aplicação do instrumento de recolha de dados, sendo 4 do sexo feminino e 4 do sexo masculino. Como se tratou de doentes com patologia oncológica, alguns critérios estiveram na base desta selecção:

- a) Terem uma percentagem igual de elementos do sexo feminino e masculino;

¹³ A característica principal das técnicas não probabilísticas é a de que, não fazendo uso de formas aleatórias de selecção, se torna impossível a aplicação de fórmulas estatísticas para os cálculos. É uma técnica aplicada para estudos qualitativos. (LAKATOS, E. M. ; MARCONI, M. A. – *Técnicas de Pesquisa*. p. 54).

¹⁴ O tipo mais comum de *amostra não probabilística* é a denominada intencional, em que o pesquisador está interessado na opinião de determinados elementos da população, mas não representativos dela. O pesquisador apenas escolhe aqueles que, pelas suas características, no seu entender, respondem melhor às questões de investigação definidas. *Ibidem*.

- b) Não serem elementos analfabetos;
- c) Estarem emocionalmente capazes de avaliarem a sua experiência hospitalar, relativamente à sua intimidade;
- d) Estarem física e emocionalmente equilibrados (sem dor, sem patologia limitativa de poder dialogar com o investigador).
- e) Serem elementos com experiência de internamentos anteriores no mesmo serviço (foram excluídos os doentes internados pela primeira vez nesse serviço).

Quanto ao tamanho da amostra, e tratando-se de uma análise fenomenológica qualitativa, não se poderá avaliar pela sua grandeza. Num desenho qualitativo, o tamanho da amostra não é pré-determinado. Para o mesmo autor, “o tamanho da amostra tende a ser pequena em virtude do grande volume de dados verbais que têm de ser analisados e em virtude desse desenho tender a um maior contacto intensivo e prolongado com os sujeitos de pesquisa”¹⁵. Os sujeitos de pesquisa são considerados, neste estudo, suficientes porque se alcançou a *saturação de dados*¹⁶, ou seja, já não surgem novos dados colhidos, através da utilização do mesmo instrumento de colheita de informação.

Após a selecção da amostra, cada elemento escolhido foi submetido a uma entrevista semi-estruturada individualizada, conforme documento em anexo, tendo-se pedido previamente, por escrito, o seu consentimento para o estudo.

1.5 – O método de recolha de dados

Para se construir um instrumento de medida, é necessário que os conceitos que se querem medir estejam bem definidos de modo conceptual e operacional. Os conceitos que queremos medir correspondem à “intimidade” e ao “pudor”, percebido pelo paciente internado.

¹⁵ *Idem*, p.150.

¹⁶ *Ibidem*.

A selecção do método de colheita de dados começou durante a revisão da literatura e durante a fundamentação teórica. Operacionalizaram-se¹⁷ conceitos chave para o interesse do estudo e assim, se estruturou a entrevista, correspondendo ao método mais adequado aos objectivos do estudo. Os dados foram colhidos individualmente e da mesma forma, pelo que se manteve a coerência durante o processo de recolha de informação.

O instrumento da recolha de dados – A ENTREVISTA

Estabelecemos como objectivos da entrevista, determinar as percepções sobre “factos”, conhecer o “sentimento” que os pacientes têm sobre eles próprios, quando confrontados com uma determinada realidade.

A entrevista adoptada foi *a estruturada*. A entrevista estruturada, para Lakatos, “consiste na existência de um roteiro previamente estabelecido; as perguntas feitas ao indivíduo são predeterminadas”¹⁸. Esta realizou-se de acordo com um formulário (em anexo), elaborado segundo uma padronização, com o objectivo de obter respostas às mesmas perguntas, permitindo que todos os pacientes sejam confrontados com o mesmo conjunto de perguntas e que as diferenças devam ser entre as respostas e não entre as perguntas.

Definidos os conteúdos a serem interrogados, entrevistámos dois pacientes, durante o mês de Outubro de 2003, no mesmo ambiente onde se iriam posteriormente processar as entrevistas da amostra do estudo. O objectivo destas duas entrevistas foi de efectuar um *pré-teste* às questões por nós definidas, contribuindo assim, para uma melhor definição das questões e mais adaptadas à realidade. Posteriormente, em função das respostas encontradas, foram reformuladas algumas questões até se atingir a padronização final.

¹⁷ Operacionalização é o processo de tradução dos conceitos de fenómenos observáveis e mensuráveis de interesse para o pesquisador. *Ibidem*.

¹⁸ *Idem*, p. 96.

A preparação da entrevista é uma importante etapa da pesquisa, requerendo tempo e exigindo algumas medidas, por nós tomadas, tais como:

- a. A entrevista foi planeada em função dos objectivos do estudo, organizando-se um roteiro com as questões importantes;
- b. Tivemos conhecimento prévio dos pacientes entrevistados, nomeadamente o grau de familiaridade com o assunto;
- c. Garantimos ao paciente entrevistado, o segredo das suas respostas e da sua identidade;
- d. Escolhemos um local privado, no próprio serviço, onde apenas estiveram o elemento entrevistado e o entrevistador.

Para maior êxito na recolha de informação, seguimos algumas normas importantes durante a entrevista: numa primeira fase, entrámos em contacto com o elemento entrevistado, estabelecendo desde o primeiro momento, um diálogo amistoso, explicando a finalidade da pesquisa, o seu objecto de estudo, a sua relevância e necessidade da sua colaboração e autorização. Criou-se um bom ambiente em todas as entrevistas com a finalidade de levar o entrevistado a responder espontânea e naturalmente, sem constrangimentos de qualquer ordem. O diálogo estabeleceu-se numa atmosfera de cordialidade e amizade. Numa segunda fase, as perguntas foram efectuadas segundo a padronização estabelecida previamente. Efectuou-se uma pergunta de cada vez e orientou-se o entrevistado para a profundidade da resposta, relacionada com os sentimentos, pensamentos e lembranças e com a sua intensidade.

As respostas foram gravadas em suporte áudio e, posteriormente, foram reproduzidas por escrito, entrevista a entrevista. Esse registo escrito foi realizado num segundo momento. Assim, obtivemos as oito entrevistas escritas, para posterior análise qualitativa. Os dados resultantes da análise serão apresentados em tabelas, para facilitar a sua leitura, análise e interpretação dos mesmos.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Numa primeira fase, caracterizaremos os contextos onde decorre o estudo: o serviço de Medicina e a amostra. Numa segunda fase, analisaremos os dados qualitativos, utilizando a análise de conteúdo.

2.1. Caracterização dos contextos

Os contextos onde decorreu o estudo correspondem ao local e à amostragem seleccionada. Vamos assim, caracterizar ambos, antes de procedermos à análise dos dados obtidos.

O local do estudo

Inicia-se esta caracterização, pelo serviço de Medicina II do Instituto Português de Oncologia do Porto, SA, local onde decorreu o estudo. São diversos os aspectos que, logo num primeiro contacto com este serviço revelam, na sua *configuração espacial e funcional*, alguns padrões tradicionais que modelaram as nossas instituições hospitalares, como se poderá depreender numa breve descrição.

É um serviço destinado a doentes de ambos os sexos, internados pelos seguintes motivos: ou para efectuarem quimioterapia, para tratamento sintomático por complicações pós-tratamento quimioterápico ou, para doentes em fase avançada da doença. Comporta um total de 23 doentes, com uma equipe de enfermagem de 22 elementos, distribuídos pelos três turnos, uma equipa de 10 auxiliares de acção médica e uma equipe médica fixa de 12 elementos.

Uma vez internados, os doentes são distribuídos por 9 enfermarias: 4 com 4 camas cada, 2 com duas camas e 3 com uma cama. Estas últimas 3 enfermarias não se denominam “quartos” porque a sua finalidade não é de permitir maior privacidade ao paciente e à sua família, mas para serem usados em situações especiais, tais como: para um

paciente em estado final de vida, para um paciente que necessite de “isolamento” devido a complicações específicas do seu tratamento de quimioterapia ou para pacientes em estado confusional. No lado oposto às enfermarias, encontram-se distribuídas 5 WC de uso comum: três estão equipadas com duches, servindo a totalidade dos pacientes que têm possibilidades de se deslocarem.

Todo o espaço físico se encontra conservado, com cores das paredes suaves e mobiliário novo. Cada unidade (constituída por cama e mesa de cabeceira) possui uma cortina que poderá ser usada pelo paciente e pelos profissionais, quando necessário. Todas as enfermarias possuem uma televisão.

Nesta breve descrição, sobressaem algumas observações importantes para este estudo: a ausência de uma casa de banho nas enfermarias, não proporcionando comodidade e privacidade aos pacientes (estes, para terem acesso ao wc., frequentemente percorrem os espaços públicos - corredor - utilizados por familiares, visitas e profissionais de saúde); a utilização da sala de exames, localizada no centro do serviço, para consulta dos pacientes provenientes de fora do serviço, havendo uma “mistura” de pacientes internados com pacientes entrados do exterior e, em muitas situações, acompanhados com os seus respectivos familiares; não é permitido a presença permanente de um familiar, senão dentro do horário de visitas, definido pela instituição; nos cuidados de higiene ao doente dependente, existe a possibilidade de se usar a cortina individualizada, permitindo espaço de maior privacidade na enfermaria. Em suma, a organização física deste serviço, pelos motivos apontados, não permite a adequada preservação do espaço de intimidade e de privacidade que o doente internado necessita.

Caracterização da amostra

Efectuaram-se 8 entrevistas, 4 a indivíduos do sexo feminino e 4, do sexo masculino, todos internados no serviço de Medicina Oncológica II do IPO – Porto, durante o mês de Janeiro de 2004. Obtivemos a seguinte distribuição, por idades.

Tabela 1 – Distribuição amostral por idades

<i>IDADE</i>	<i>Número absoluto</i>	<i>Percentagem (%)</i>
40 – 50	4	50,0
51 – 60	3	38,0
61 - 70	1	12,0

A idade mais frequente encontra-se entre os 40 e os 50 anos, correspondendo a 50,0% da amostra. Trata-se maioritariamente de uma amostra de meia-idade, existindo apenas um paciente com 63 anos de idade (12,0%).

Uma vez que as habilitações académicas são importantes neste estudo, tivemos o cuidado de seleccionar pacientes que possuam “capacidades de resposta” às questões colocadas na entrevista, relativamente às variáveis estudadas (intimidade e pudor). Chegámos à seguinte distribuição numérica e percentual.

Tabela 2 – Distribuição amostral por habilitações académicas

<i>HABILITAÇÕES ACADÉMICAS</i>	<i>Número absoluto</i>	<i>Percentagem (%)</i>
Ensino primário	1	12,0
Ensino Médio	2	25,0
Ensino Superior	5	63,0

Assim, 63,0% da amostra entrevistada possui, como habilitações literárias, o ensino superior, enquanto que 12,0%, o ensino primário. Como achamos pouco importante para o estudo, não tivemos em conta a variável “categoria profissional”.

2.2. Análise de conteúdo dos dados

Antes de se analisar e interpretar os dados, estes devem ser codificados e agrupados, ou seja, devem-se organizar para que seja mais fácil a sua interpretação e compreensão. Para tal, recorreremos à análise de conteúdo.

Segundo Berelson, citado por Marconi e Lakatos, a análise de conteúdo consiste numa “técnica de pesquisa para a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo evidente da comunicação”¹⁹.

Para Bardin, as diferentes fases da análise de conteúdo encontram-se organizadas em cinco pólos diferentes: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação²⁰. A pré-análise é a fase de organização propriamente dita, na qual se procura operacionalizar e sistematizar, através de um período de intuição, as ideias iniciais. Assim, e após a colheita de dados efectuada nas entrevistas, procedemos à transcrição integral das respostas e à sua preparação para posterior análise.

De seguida, procedemos à leitura “flutuante” de todas as respostas, constituindo o nosso *corpus* de análise, ou seja, estabelecemos contacto com o material a analisar a fim de conhecermos o texto, deixando-nos “invadir” por impressões e orientações. E à medida que as leituras se repetiam, verificámos que se tornavam mais precisas.

Concluídas convenientemente as operações de pré-análise, passámos à fase de análise propriamente dita. Esta etapa de exploração do material consistiu, essencialmente, em operações de codificação. Segundo Bardin, a codificação é o “processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo”²¹.

A categorização surge, deste modo, como a próxima etapa. Bardin define-a como “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos”²². A categorização tem como principal objectivo fornecer uma

¹⁹ MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. – *Técnicas de Pesquisa*. p. 131.

²⁰ BARDIN, Laurence – *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1995, p.103.

²¹ *Ibidem*.

²² *Idem*, p. 117.

representação simplificada dos dados brutos. Assim, foi necessário estabelecer uma definição de subcategorias, uma vez que, de acordo com Marconi e Lakato, “a categorização apresenta uma certa graduação: categorias, subcategorias e atitudes, que são valorativas – positivas ou negativas”²³.

Assim, para a apresentação dos dados colhidos através das entrevistas, recorreremos a uma série de códigos, nomeadamente:

E1 – Entrevista 1	E2 – Entrevista 2	E3 – Entrevista 3	E4 – Entrevista 4
E5 – Entrevista 5	E6 – Entrevista 6	E7 – Entrevista 7	E8 – Entrevista 8

Definidos estes códigos, com o objectivo de comparar as respostas por sexos, tivemos o cuidado de os agrupar da seguinte forma: as entrevistas da E1 até à E4 pertencem a pacientes do sexo masculino; As entrevistas E5 até à E8 pertencem a pacientes do sexo feminino. De referir que a sequência temporal das entrevistas realizadas não foram segundo a codificação atribuída. Apenas tivemos o cuidado de as sequenciar e de as agrupar por sexos, facilitando a sua posterior análise.

Deste *corpus* de análise, e após ter sido submetido às operações de codificação, emergiram as seguintes categorias: *sentimentos gerados pelo internamento, alteração da intimidade do paciente, no dia do internamento, percepção da alteração da intimidade, expressão dos sentimentos*. De seguida, estas categorias são objecto de análise e de interpretação individualizada. Iniciamos pela análise da primeira categoria: *sentimentos gerados pelo internamento*. Nesta categoria constatamos a existência de quatro subcategorias: *preocupação, receio, ansiedade e sensação desagradável*. Posteriormente procedemos à sua análise por unidades de significação, conforme nos mostra a tabela 3:

²³ MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. – *Técnicas de Pesquisa*, p. 131.

Tabela 3 – Categoria “sentimentos gerados pelo internamento”

Subcategorias	Unidades de significação	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	Total
Preocupação	“as minhas preocupações passam por...” “a minha maior preocupação é com...” “é uma situação nova...” “é uma preocupação...” “espaço privado e isso faz-nos falta...” “o hospital nunca pode ter as mesmas condições que temos em casa.” “preocupo-me em trazer aquilo que...” “o que mais me preocupava...”	X	X			X	X	X	X	X
	Sub-total Masculino Sub-total Feminino	1	1	0	0	1	1	3	1	8
Receio	“ não tenho maiores receios...” “o meu espaço alterado...” “vou entrar num meio estranho...” “entrada num mundo desconhecido...” “receio de encontrar um lugar onde não me adapte...” “receio das coisas correrem mal...” “tinha a sensação que nada disto iria ter...”	X		X	X		X	X	X	X
	Sub-total Masculino Sub-total Feminino	1	0	1	1	0	3	0	1	7
Ansiedade	“costumo ser crítico com a assistência...” “sou uma pessoa muito sentimental e por isso...” “o internamento é um choque...” “cria uma certa ambivalência de sentimentos...” “..de insegurança nunca sentida até ao momento.” “e uma ansiedade difícil de gerir...” “ansiedade do que vai acontecer no dia seguinte...” “fica-se um pouco ansioso...” “de entrar no desconhecido”		X	X	X	X	X	X	X	X
	Sub-total Masculino Sub-total Feminino	0	1	1	2	1	2	2	0	9
Sensação desagradável	“é uma sensação desagradável...” “temos de partilhar o nosso mundo com outras pessoas...” “eu aqui tenho de usar...” “desconforto de não se saber o que levar para ..” “aquela sensação estranha...” “tive o cuidado de trazer roupas quentes...”					x	x	x	x	x
	Sub-total Masculino Sub-total Feminino	0	0	0	0	2	1	2	1	6

O sentimento “preocupação” manifestado na véspera do internamento, é algo de difícil análise por parte dos pacientes uma vez que foi necessário recorrer a factos passados. De qualquer forma, este sentimento foi manifestado por 6 pacientes, sendo que o paciente da entrevista 7 (E7) tenha sido aquele que mais o referenciou, com três unidades de significação. Existiram dois pacientes (E3 e E4) que não manifestaram terem tido preocupação relativamente ao internamento, por razões diferentes: ou por já terem tido experiência com outros internamentos em outros hospitais, ou por estarem já habituados, devido a experiências anteriores vivenciadas, a ficarem fora do seu ambiente familiar.

Pensamos que quanto menos experiências destas os doentes possuírem, maiores *preocupações* apresentam, na preparação para o internamento hospitalar.

Relativamente ao sentimento “*receio*”, obtivemos o mesmo número de respostas que a subcategoria anterior, com 7 unidades de significação. O paciente da entrevista E6 foi aquele que mostrou maior *receio* com o internamento. Inversamente, os pacientes das entrevistas E2, E5 e E7 não manifestaram “*receio*”, embora tenham apresentado “*preocupação*”. Esta subcategoria manifestada, corresponde ao sentimento de medo do internamento, *receio* do que iriam encontrar no dia seguinte. Pensamos que o sentimento “*medo*” é um termo demasiadamente forte porque estes pacientes entrevistados mostraram confiança nos profissionais e na instituição, apenas apresentaram *receio* na forma como seriam acolhidos e o que iriam encontrar, em termos de condições físicas, no serviço onde iriam ser internados. Daí terem utilizado mais a palavra “*receio*” em detrimento do termo “*medo*”.

A subcategoria “*ansiedade*” foi a mais referenciada pelos pacientes, com um total de 9 respostas encontradas. Este sentimento engloba um conjunto de características manifestadas pelos pacientes, ao ponto de lhes incutir um sem número de interrogações do que é mais importante levar para o hospital: que tipo e quantidade de “*roupa interior*”, que produtos de higiene pessoal, que objectos mais íntimos irá ser necessário, o que pode e não pode levar para o hospital. Esta *ansiedade* pelo “*desconhecido*”, a encontrar no serviço hospitalar, ficou vincada no tipo e na forma de responder a esta primeira pergunta.

A subcategoria “*sensação desagradável*” é aquela que menos se evidenciou nas respostas, com um total de 6 unidades de significação encontradas. É um sentimento similar aos anteriores, no entanto apenas referido pelas pacientes femininas. De considerar que em todas as subcategorias, as pacientes femininas foram aquelas que mais se evidenciaram, com maior incidência para a subcategoria “*ansiedade*”. Significa que a categoria “*sentimentos gerados pelo internamento*” é mais característico dos pacientes femininos do que dos masculinos.

A segunda categoria estudada, corresponde à preocupação manifestada pelos pacientes relativamente à sua intimidade, no momento do internamento. Aqui, o interesse do estudo é avaliar até que ponto a intimidade de cada um é uma preocupação manifestada no acto de internamento, antes de terem acesso à sua unidade (enfermaria) onde ficariam internados. Ou seja, sem ainda passarem pela experiência do internamento hospitalar, seria a preservação da intimidade uma preocupação?

A categoria correspondente à percepção da “alteração da intimidade do paciente, no dia do internamento” refere-se aos sentimentos manifestados pelos pacientes no dia do internamento, especificamente no que diz respeito à sensação da alteração da sua intimidade. Por conseguinte, desta categoria emergiram três subcategorias: A necessidade individual de ficarem num “espaço privado”; a preocupação ao “partilhar o mesmo espaço” e a forma como são tratados pelos profissionais de saúde, não em termos técnicos, mas no “relacionamento com os profissionais” e a forma como é recebido e tratado. Os resultados encontram-se na tabela 4:

Tabela 4 – Categoria “alteração da intimidade do paciente, no dia do internamento”

Subcategorias	Unidades de significação	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	Total
<i>Espaço Privado</i>	“se houver doentes que estejam piores ... tenho mais dificuldades em estar acompanhado.”	X								
	“Gostava de ficar num local só..”		X							
	“com a minha privacidade...”		X							
	“num quarto...”		X							
	“ver televisão quando e como quiser”		X							
	“em saber onde irei ficar internada..”			X						
	“..ou se num quarto sozinha.”			X						
	“engraçado que o que mais me preocupa é a minha privacidade aqui no internamento”			X						
	“Não sei se ficarei num quarto”				X					
	“Quais as instalações que me vão calhar?”					X				
	“Se tinha possibilidade de ficar só”						X			
	“embora me sinta muito mais à vontade quando tenho possibilidade de ficar num quarto”							X		
	“Privativo como é o caso”							X		
“O sentirmo-nos sós na altura do internamento dá-nos uma certa liberdade de movimentos”							X			
“ou se ficaria sozinha na enfermaria”								X		
“Claro que eu não pedi para ficar sozinha mas gostava”								X		
	Sub-total Masculino	1	4	3	1					
	Sub-total Feminino					1	1	3	2	16
	“se houver doentes que estejam piores e que possam incomodar, tenho mais dificuldades em estar	X								

Partilha do espaço	acompanhado”		X							
	“Preocupa-me o facto de ter de partilhar o mesmo espaço com pessoas que não conheço...”		X							
	“nem em que estado estão”		X							
	“..de usar o mesmo WC...”		X							
	“se numa enfermaria com outros doentes ou se num quarto de dois doentes”			X						
	“depois sinto uma descaracterização da minha imagem social com exposição da minha intimidade”			X						
	“Quando fico numa enfermaria tento preservar o meu espaço usando a cortina”			X						
	“se fico junto com outras pessoas em estado de saúde pior que o meu”				X					
	“ficarei ao lado de pessoas “velhotas”, confusas durante a noite”				X					
	“Choca-me um pouco aqueles doentes que ficam ao meu lado e que estão em fase terminal...”				X					
	“Quem irá partilhar o meu espaço?”					X				
	“lembrei-me sobre com quem iria ficar no quarto?”						X			
	“ou que se temos de partilhar o mesmo espaço”							X		
	“depois não sabemos em que condições vamos encontrar os outros doentes que ficam ao nosso lado.”							X		
	“O facto das pessoas se sentiram mal ao meu lado”							X		
	“Embora na minha vida profissional não seja uma pessoa muito social...”							X		
“em que condições: se iria ficar junto de doentes que estivessem mal”								X		
“A gente como doente sente-se mais á vontade, só, do que ter de estar junto com doentes que possam estar até muito mal e que incomodem”									X	
Sub-total Masculino	1	2	3	3	1	1	4	2	17	
Sub-total Feminino										
Relacionamento com os profissionais	“forma como vou ser recebido”		X							
	“como vou ser tratado..”		X							
	“passo a depender de outros”			X						
	“a depender de alguém.”			X						
	“o que é que me vão fazer?”					X				
	“Como iria ser recebido”							X		
	“A maior preocupação é só com o atendimento”							X		
“não são as paredes mas o acolhimento afectivo, quentinho e não a estrutura do hospital”							X			
“O hospital pode ser moderno mas o acolhimento é muito importante”							X			
Sub-total Masculino	0	2	0	2	1	0	0	3	8	
Sub-total Feminino										

A subcategoria “*espaço privado*” foi referenciado por todos os pacientes entrevistados, num total de 16 unidades de significação. Destes, 9 pertencem aos pacientes masculinos e 7 aos pacientes femininos, o que nos faz supôr que o homem tem maior necessidade em preservar a sua intimidade relativamente à mulher, num internamento hospitalar. Os resultados desta amostra assim nos indicam.

O paciente E2 foi aquele que apresentou mais preocupações quanto à necessidade de ficar num espaço privado durante o internamento, ao referenciar “Gostava de ficar num local só..”; “com a minha privacidade..” e “num quarto...”. Uma outra característica

interessante a retirar desta análise, é o facto dos pacientes não manifestarem, perante os profissionais, essa necessidade em ficarem sozinhos, mas de manifestarem essa vontade de uma forma indirecta. A exemplificar esta necessidade, temos a unidade de significação da E8, ao nos dizer “Claro que eu não pedi para ficar sozinha mas gostava”. O que nos faz pensar que os pacientes não demonstram explicitamente esta vontade de “privacidade”, mas se lhes dermos a opção, maioritariamente eles manifestam necessidade em ficarem num quarto individual.

Na subcategoria “*Partilha do espaço*” com outros doentes, encontramos 17 Unidades de significação, com 9 do sexo masculino e 8 do sexo feminino. Tal como a anterior, trata-se de uma subcategoria com grande expressão, o que traduz uma grande preocupação por parte destes pacientes. Mais que ficarem em instalações que lhe permitem manter a sua privacidade, a presença de outros doentes ao seu lado, gera preocupação e incómodo.

A entrevista E7 foi aquela que maior manifestação teve, com 4 unidades: “...se temos de partilhar o mesmo espaço”; “depois não sabemos em que condições vamos encontrar os outros doentes que ficam ao nosso lado.”; “O facto das pessoas se sentirem mal ao meu lado”; “Embora na minha vida profissional não seja uma pessoa muito social...”. Inversamente, as entrevistas E1, E5 e E6 apenas mencionaram uma preocupação nesta categoria, havendo mesmo expressões de nenhuma necessidade de privacidade de espaço (caso da E1), ao referir “...gosto mais de estar numa enfermaria com outros doentes do que ficar sozinho, isolado”.

Na subcategoria “*relacionamento com os profissionais*”, encontramos uma mesma preocupação por parte dos pacientes femininos como masculinos, com 4 unidades de significação cada.

Ao contrário daquilo que alguns profissionais pensam, a necessidade manifestada, por parte dos pacientes, relativamente aos espaços e às instalações hospitalares com boas

condições, é menor comparativamente com a importância que dão à “relação” estabelecida pelos profissionais. Algumas expressões atestam este raciocínio, caso da entrevista E8, ao mencionar: “não são as paredes mas o acolhimento afectivo, quentinho e não a estrutura do hospital” e “O hospital pode ser moderno mas o acolhimento é muito importante”. Este paciente foi o que maior expressividade deu a esta subcategoria, com 3 unidades de significação.

A categoria “*percepção da alteração da intimidade*” está explicitada nas suas diferentes subcategorias analisadas. A variável “intimidade” é analisada segundo um conjunto de características, que o paciente mais manifesta: os seus pudores. Partindo da análise efectuada na fundamentação teórica, o “pudor” corresponde a uma forma de expressão, por parte do paciente, caracterizadora da sua intimidade. Identificar os diferentes pudores em contexto hospitalar, permite analisar, com maior pormenor, o contexto da intimidade. Esta categoria corresponde ao elemento central deste trabalho, onde podemos analisar a percepção que a “pessoa doente” tem, relativamente à alteração da sua intimidade, nos seguintes aspectos: o seu próprio pudor corporal, o pudor no uso das “roupas hospitalares” e todas as sensações que daí advêm, o pudor durante o banho e no leito, devido à exposição do seu corpo perante os outros.

Assim, consideramos como subcategorias: o *Pudor corporal*; o *Pudor no uso das suas “roupas íntimas”*; *Pudor no banho* e *Pudor no leito hospitalar*. Estas serão analisadas nas unidades de significação encontradas, através da tabela número 5.

A primeira Subcategoria, “*pudor corporal*” encontra-se, de uma forma ou de outra, caracterizada em todas as outras subcategorias definidas. No entanto, existiram algumas unidades de significação nas entrevistas que nos fizeram considerar esta subcategoria separada das outras, principalmente quando os pacientes referiram a palavra “corpo”, como elemento responsável pelo sentimento de pudor e de alteração da sua intimidade.

Tabela 5 – Categoria “percepção da alteração da intimidade”

Subcategorias	Unidades de significação	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	Total
<i>Pudor corporal</i>	“Quando estou na enfermaria raramente uso as cortinas a não ser para urinar”	X								
	“existe uma certa falta de privacidade”	X								
	“desde que exista uma certa reserva e respeito”	X								
	“é como me tirassem a pele, senti-me desnudada”					X				
	“a gente habitua-se a uma situação desagradável”					X				
	“o meu pudor foi na altura de me terem de preparar para o bloco da cirurgia”						X			
	“na preparação para a cirurgia das partes mais íntimas, pedi para que fosse eu a fazê-lo”						X			
	“é uma sensação esquisita, onde nos invadem o nosso íntimo”						X			
	“naturalmente que numa primeira fase sentiria um certo pudor dessa minha exposição”								X	
	“o nosso corpo é algo que nos diz respeito apenas a nós”								X	
“aquilo que nos afecta é a necessidade de mostrar o nosso corpo aos outros”									X	
	Sub-total Masculino	3	0	0	0	2	3	2	1	11
	Sub-total Feminino									
<i>Pudor no uso das suas roupas íntimas</i>	“Não sinto grande preocupação em andar de pijama perante os outros”		X							
	“É uma situação que temos de assumir”		X							
	“interessante é que sinto dificuldade em circular de pijama”			X						
	“Quando entra alguém no meu espaço, tenho tendência em me tapar”			X						
	“Sinto uma certa vergonha com o uso de roupas interiores no serviço”			X						
	“e até quando tenho de me deslocar fora do serviço para fazer exames”			X						
	“Por outro lado, sinto-me desprotegido e com limitação de movimentos”			X						
	“O facto de andar de pijama, consigo habituar-me mais ou menos com facilidade”				X					
	“Na altura do internamento pensei que podia andar vestido com outra roupa minha que não o pijama”						X			
	“até pedi para me trazerem um fato de treino”						X			
	“porque me provoca um certo constrangimento”						X			
	“não sinto um à vontade com o uso do pijama”						X			
	“O pijama é algo que indica que a pessoa não está bem”						X			
	“Claro que não é a mesma coisa andar a circular com roupa interior pelo serviço”								X	
“até porque tenho o cuidado de utilizar roupas mais apropriadas para andar aqui”								X		
	Sub-total Masculino	0	2	5	1	0	5	2		15
	Sub-total Feminino									
<i>Pudor no banho</i>	“Quando uso o wc, sinto uma certa preocupação por não poder fechar a porta de forma a ficar só”			X						
	“sem ser interrompido”			X						
	“Mesmo quando tomo o meu banho diário, faço-o de uma forma rápida com a sensação que alguém está à espera de eu sair”			X						
	“de que aquele espaço não me pertence, não me diz nada”			X						
	“me falta as minhas coisas pessoais e íntimas”			X						
	“Aquilo que mais me afecta é a falta de privacidade quando quero usar o wc”				X					
	“O facto da casa-de-banho não ter chave por dentro que permita estar à vontade comigo”				X					
	“na minha higiene e nas minhas necessidades fisiológicas”				X					
	“é um grande entrave à minha privacidade”				X					
	“o facto de poder ser usada por todos os outros doentes, tenho algum receio da minha intimidade ser invadida”				X					
“os equipamentos deveriam permitir mais privacidade à										

“todas as nossa vergonhas de nos expor aos outros” “a nossa autonomia desaparece e ficamos dependentes dos outros” “e isso é como um corte da nossa vida íntima” “Se tiver de me expor fisicamente aos profissional, lógico que prefiro faze-lo perante o mesmo sexo do que o oposto”								X		
								X		
								X		
								X		
	Sub-total Masculino	0	9	2	3	3	0	2	10	29
	Sub-total Feminino									

Relativamente à primeira subcategoria “*Pudor corporal*”, encontramos 11 unidades de significação, 3 do sexo masculino e 8 do sexo feminino. Esta subcategoria traduz a percepção que os pacientes têm relativamente à “vergonha” sentida, pela exposição do seu corpo perante o “outro”, durante o internamento hospitalar. O sexo feminino apresenta-se como o sexo mais atingido por este sentimento.

Curioso foi a resposta dada pelo paciente da Entrevista 8 (E8), quando nos afirmou que “aquilo que nos afecta é a necessidade de mostrar o nosso corpo aos outros”. Daqui podemos induzir que este paciente considera a exposição do seu corpo, como algo necessário mas que o afecta, como pessoa, na sua privacidade e intimidade. A resposta do paciente 7 (E7) foi elucidativa: “o nosso corpo é algo que nos diz respeito apenas a nós”.

A segunda subcategoria, “*pudor no uso das suas roupas íntimas*”, foi abordada por 6 pacientes, num total de 15 unidades de significação. Recolhemos sentimentos de diferentes intensidades: desde aqueles pacientes que nos referiram apresentar dificuldade em circularem pelos corredores do serviço, até áqueles pacientes que referiram apresentarem apenas alguns constrangimentos. A justificar estes diferentes sentimentos, temos o paciente da entrevista E3, ao afirmar que “...por outro lado, sinto-me desprotegido e com limitações de movimentos”, em contraste com o paciente E2, ao dizer “não sinto grande preocupação em andar de pijama perante os outros”.

Nesta subcategoria, os pacientes masculinos referenciaram um maior número de unidades de significação, com 8. Será que os pacientes do sexo masculino têm maior pudor de se expôr aos outros, no uso das suas roupas hospitalares, consideradas mais íntimas? Perante os resultados desta amostra, a resposta é afirmativa. Obtemos uma resposta

interessante, dada pelo paciente E6: “o pijama é algo que indica que a pessoa não está bem”. Permite-nos deduzir, perante estes dados, que o uso de “pijama” durante o internamento hospitalar, como consequência de exposição perante os outros, assume uma conotação social de doença, de alguém que sofre.

Relativamente ao uso das instalações sanitárias, local de intimidade da pessoa, consideramos como subcategoria “*pudor no banho*”. Esta tem 15 unidades de significação, através das respostas obtidas por 5 pacientes. Destas 15 unidades, 11 pertencem a pacientes do sexo masculino e 4 do sexo feminino, o que traduz que os pacientes masculinos possuem mais pudor no banho e no uso “comunitário” do wc. De salientar que os pacientes entrevistados são todos independentes nas suas actividades de vida diária e, como tal, têm maior autonomia no uso das instalações sanitárias, tanto para a satisfação das suas necessidades fisiológicas como para os seus cuidados de higiene. As razões evocadas pelos pacientes são diversas: “porque é usada por muita gente e tenho a noção que é um espaço que não me pertence” e “tenho o hábito de desinfectar o chuveiro antes de lá entrar” afirma a E6; “é um grande entrave à minha privacidade” e “na minha higiene e nas minhas necessidades fisiológicas” diz a E5. Ainda na mesma entrevista, encontramos outra resposta interessante: “*o facto da casa-de-banho não ter chave por dentro, que permita estar à vontade comigo*”.

Relativamente à subcategoria “*pudor no leito hospitalar*”, encontramos apenas 6 unidades de significação, todas elas referidas por elementos do sexo masculino. De salientar que nesta subcategoria não está incluído o facto do paciente necessitar de cuidados de higiene na sua própria cama, prestados pelos profissionais, por se tratar de uma amostra de pacientes autónomos nos seus cuidados. Talvez resida aqui o motivo desta subcategoria ser pouco explicitada pelos pacientes da amostra. De qualquer forma, existem algumas unidades de significação interessantes de serem transcritas, que traduzem alguns comportamentos, assumidos por parte dos pacientes, no sentido da preservação da sua intimidade: “uso a cortina quando estou na enfermaria” e “tenho sempre o receio de

alguém entrar de repente e de me sentir despido”, afirma o E3; “aceito porque temos de colaborar com os técnicos” diz o E2.

A subcategoria “*pudor perante os outros*” é a que apresenta maior número de unidades de significação, com 29 respostas por parte de 6 pacientes. Os pacientes do sexo feminino têm uma prevalência ligeiramente superior, com 15 unidades. Este sentimento de pudor é percebido por duas formas diferentes: exprimem, por um lado, a sensação de “incomodar o outro” paciente e, por outro lado, a sensação de ser incomodado, tanto pelo paciente do lado como pelas visitas que possam vir a ter. A entrevista E2 representa este sentimento de uma forma marcada: “...porque pode acontecer estar perto de outro doente chato”; “...que converse de coisas que não interessam” e “as visitas incomodam-me...”. O paciente E2 foi aquele que mais unidades de significação possui, com 9.

Salientamos duas unidades de significação, a partir das respostas do paciente E8, que nos parecem elucidativas deste sentimento: “se estivesse só, estava mais à vontade...” e “a nossa autonomia desaparece e ficamos dependentes dos outros...”. Significa que o paciente, quando sente que o espaço que ocupa carece de privacidade, a sua autonomia diminui e a dependência pelos outros aumenta. Esta é uma das consequências desta falta de espaço íntimo e privado. Trata-se de uma necessidade humana não satisfeita, tal como o mesmo demonstra: “..e isso é como um corte na nossa vida íntima”.

Finalmente, passamos à análise da última categoria: a presença de pudor por parte dos pacientes, *na expressão dos seus sentimentos*, perante o “outro”. Das respostas obtidas, obtivemos duas subcategorias: a expressão desses sentimentos *perante os outros* (incluindo pacientes e familiares) e *perante os profissionais de saúde* que fazem parte do serviço.

A tabela 6 representa a análise de conteúdo desta categoria.

Tabela 6 – Categoria “ *pudor na expressão dos sentimentos* ”

Subcategorias	Unidades de significação	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	Total
<i>outros doentes e familiares</i>	“tento extravasar os meus sentimentos como que numa auto-cura”		X							
	“Fico chateado quando as pessoas mostram mais interesse em mim pelo facto de estar doente”		X							
	“Os sentimentos guardo-os para mim.”			X						
	“o sofrimento é algo de privado e não gosto de ser visto pelos outros”			X						
	“não gosto de visitas porque dou uma imagem diferente da que era e não gostar de ser “coitadinho””			X						
	“normalmente evito dizer a minha doença aos outros para evitar o tal “coitadinho”			X						
	“quando tenho de exprimir uma tristeza, tento fazê-lo só para mim para não preocupar demasiado o meu marido nem os meus filhos”			X						
	“gosto de expressar mais os meus sentimentos de revolta e tristeza só”				X					
	“tenho poucas visitas, só aquelas que são indispensáveis”				X					
	“não gosto de estar perante muitas pessoas e que façam do doente um “desgraçadinho””				X					
	“Com pessoas estranhas, sinto um certo constrangimento”					X				
	“muitas das vezes guardo os sentimentos mais complicados em virtude de não magoar as pessoas que me rodeiam”						X			
	“eu na minha relação familiar tentei sempre viver os piores sentimentos sozinha, disfarçando”							X		
	“ não demonstrando aquilo que sinto”							X		
	“perante os outros doentes ou até os técnicos, evito expressar verbalmente”							X		
	“Procuo primeiro viver só, estes sentimentos...”							X		
	“tenho uma certa predisposição para viver sozinha os sentimentos de tristeza, de revolta”								X	
	“tento proteger os outros dos meus problemas”								X	
	“daí que a expressão dos meus sentimentos perante os outros normalmente não o faço”								X	
	“é uma luta interior em que eu tento ultrapassar através de actividades várias”								X	
“resguardo-me um pouco da tendência do “coitadinho” que é um sentimento incómodo”								X		
“embora o tente sempre fazer mais na minha privacidade”									X	
“O sentimento é algo que é meu”									X	
	Sub-total Masculino	0	2	5	3	2	4	5	2	23
<i>profissionais de saúde</i>	“e eu normalmente faço-o sozinho ou perante pessoas profissionais que me ouçam”		X							
	“Com os profissionais normalmente apenas o faço se me derem oportunidade e se tiver uma boa relação.”							X		
	“Os profissionais de uma forma geral são mais distantes e frios”							X		
	“Com os profissionais, apenas demonstro os meus sentimentos se houver uma boa relação com eles, senão omito, tento esconder”									X
	Sub-total Masculino	0	1	0	0	0	0	2	1	4
	Sub-total Feminino									

Na primeira subcategoria, Perante os “*outros doentes e familiares*”, encontramos um número significativo de unidades de significação, com 23, pertencendo 10 a pacientes

do sexo masculino e 13 ao sexo feminino. O que nos induz que os pacientes femininos têm maior dificuldade e maiores “pudores” na expressão dos seus sentimentos, perante os “outros”.

Alguns pacientes expressam a convicção de que se trata de um sentimento do seu foro íntimo, que só a ele pertence e, portanto, o tenta expressar apenas em privado: “O sentimento é algo que é meu” e “embora o tente sempre fazer mais na minha privacidade..” como afirma o paciente da entrevista E8, ou “os sentimentos guardo-os para mim”, como afirma o paciente E3. Todas estas expressões nos fazem concluir que a expressão do sentimento negativo, referente ao seu estado de doença, é também algo de privado, pertencente à esfera da sua intimidade.

Outra conclusão que se pode retirar destas unidades, é o facto dos pacientes tentarem “esconder” esses sentimentos perante os outros, mesmo das pessoas que mais gostam (caso da sua família). A justificação encontrámo-la em algumas respostas, como “não demonstrando aquilo que sinto” e “eu na minha relação familiar tentei sempre viver os piores sentimentos sozinha, disfarçando”, caso do paciente E6 ou, “quando tenho de exprimir uma tristeza, tento fazê-lo só para mim para não preocupar demasiado o meu marido nem os meus filhos”, caso do paciente E3. Em todos eles, existe preocupação em ocultar tais sentimentos, perante a sua família directa. Mas as razões de tal comportamento são ainda mais profundas. Encontramo-las nas expressões “não gosto de estar perante muitas pessoas que façam do doente um «desgraçadinho»” pertencente ao E4 e “resguardo-me um pouco da tendência do “coitadinho” que é um sentimento incómodo”, dito pela paciente E7. Trata-se de um sentimento muito característico das pessoas mais próximas do paciente, e que o faz ainda mais vulnerável à sua intimidade.

Finalmente e relativamente à subcategoria, perante os “*profissionais de saúde*”, encontramos apenas 4 unidades de significação, o que significa que os pacientes apresentam menos “pudores” e receios em expressar os seus sentimentos negativos, na presença dos profissionais de saúde. No entanto, referem alguns aspectos interessantes, a

ter em conta por parte do profissional, para que este momento de expressividade sentimental, possa existir: que o profissional o ouça, que estabeleça uma boa relação de ajuda²⁴ e que lhe permita essa oportunidade. A justificação encontra-se nas seguintes unidades de significação: “...e eu normalmente faço-o sozinho ou perante pessoas profissionais que me ouçam”; “Com os profissionais, apenas demonstro os meus sentimentos se houver uma boa relação com eles, senão omito, tento esconder...” e “Com os profissionais normalmente apenas o faço, se me derem oportunidade e se tiver uma boa relação...”.

De salientar, por último, uma outra expressão, a partir da entrevista E7, ao dizer que “Os profissionais de uma forma geral são mais distantes e frios”. Talvez esta ideia, embora ocasional e não tenha representatividade na amostra total, seja admitida por muitos profissionais como verdadeira e real no contexto actual dos cuidados de saúde.

3. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS À LUZ DA BIOÉTICA

“Quando a pessoa se encontra em situação de doença, direitos e deveres, mas principalmente os direitos, tornam-se primordiais, dada a vulnerabilidade bio-psico-social invariavelmente ligada a este estado”

(Ministério da Saúde, 1997)

²⁴ De uma forma geral, a palavra “relação” subentende a presença de dois ou vários indivíduos, a existência de contactos, conduzindo a uma forma de coexistência. No domínio da relação de ajuda, a expressão “estar em relação” toma um sentido muito mais profundo do que na linguagem corrente. Nesta expressão, a palavra “estar” engloba não só a presença física do profissional de saúde junto do paciente mas também todo o seu ser. Eles já não se limitam a desempenhar um papel ou a executar uma tarefa.

Quando o profissional de saúde está em relação de ajuda com o paciente, necessita de ter profunda consciência do contacto com este, incitando o crescimento pessoal e a busca de soluções, utilizando o seu nível de empenhamento e respeitando permanentemente o carácter único da sua personalidade. Brammer dá uma definição mais específica de relação de ajuda: “é uma relação na qual o que ajuda fornece ao paciente certas condições de que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas”. (LAZURE, Hélène – *Viver a Relação de Ajuda*; p. 10).

De acordo com a forma de ser e de estar de uma sociedade, fundada no seu texto constitucional que a consagra, é determinado que o ser humano possui direitos e deveres. Dentro destes direitos, temos o direito à saúde como o direito social e individual mais primordial. Quando pensamos na “pessoa doente”, pensamos num conjunto de direitos e de deveres que lhe são inerentes e que os prestadores de cuidados de Saúde terão de respeitar. Direitos esses que se complementam e que são interdependentes.

Uma das premissas, primordial de toda esta problemática, é a de que estes direitos não podem ser analisados somente à luz das leis específicas, mas também pressupõem leis que cobrem uma relação “contratual” entre os pacientes, por um lado, e os prestadores de cuidados de Saúde, por outro.

Da análise da carta dos direitos do doente hospitalizado, emanada pelo Ministério da Saúde, e ao centrarmo-nos apenas no direito da preservação da intimidade da pessoa doente, concluímos o seguinte: que o respeito pelas convicções mais íntimas e profundas do paciente e, de um modo particular, pelas convicções culturais, filosóficas e religiosas é um aspecto fundamental. As instituições e os prestadores de cuidados de saúde devem respeitá-las e providenciar a sua satisfação.

Associado a este direito, vem um outro, o mais importante para esta dissertação: o direito à intimidade e à privacidade. O paciente tem direito à preservação da sua privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico, pelo que a prestação de cuidados de saúde devem ocorrer no respeito rigoroso pela salvaguarda da intimidade do paciente.

Acontece que esta realidade, necessariamente, está inserida num determinado contexto hospitalar, cujas instalações e organização profissional interferem de uma forma directa ou indirecta na satisfação deste direito. Não só se trata da forma de “cuidar” pelos profissionais mas também no contexto tecnológico onde decorre esse internamento hospitalar, como: a existência ou inexistência de quarto privado, de w.c. privativo, de mobiliário adequado, etc.. Significa que terá de existir em simultâneo, um esforço de ambos os meios: o meio humano e o meio ambiente físico. Perceber até que ponto o

contexto hospitalar é causa da alteração da intimidade dos pacientes internados, em que circunstâncias e como é percebido por estes, foram alguns dos objectivos desta dissertação.

A partir dos resultados obtidos, nas oito entrevistas efectuadas a oito pacientes internados num serviço de medicina da área oncológica, chegamos às seguintes conclusões, consideradas mais importantes:

1. Que os sentimentos gerados nos pacientes, relativamente à véspera do seu internamento hospitalar são, por ordem crescente de aparecimento: ansiedade, preocupação, receio e sensação desagradável. Os pacientes do sexo feminino foram aqueles que mais referiram estes sentimentos e, como tal, apresentaram maior intensidade de “preocupação”.

2. No dia do internamento, os motivos apresentados foram: em primeiro lugar, a partilha do mesmo espaço (enfermaria) com outros pacientes; em segundo, apontam para a necessidade de ficarem internados num espaço privado (quarto ou enfermaria com uma cama) e a terceira preocupação, corresponde ao relacionamento com os profissionais que os tratam. Destas três preocupações manifestadas, os pacientes masculinos foram aqueles que apresentaram maiores intensidades, nas três subcategorias analisadas.

3. Relativamente à *percepção*, por parte do paciente, *da alteração da sua intimidade* durante o internamento, concluímos que esta alterabilidade se manifesta num conjunto de “pudores”, especificamente: pudor na exposição do seu corpo nos espaços hospitalares, pudor à exposição no leito hospitalar, pudor no uso das suas roupas íntimas, pudor no banho e à sua exposição perante os outros (pacientes e profissionais de saúde). Relativamente ao *pudor corporal*, as pacientes apresentaram-se mais atingidas na sua intimidade que os pacientes. Esta alteração foi mais percebida, respectivamente, ao uso de *roupas íntimas* (vulgarmente conhecidas por pijamas), *pudor no banho*, *pudor no leito hospitalar* e na *exposição*

física perante os outros. As formas de pudor mais referidas dizem respeito, em primeiro lugar, à exposição que sofrem relativamente aos outros pacientes e, em segundo lugar, ao uso das suas roupas interiores (consideradas “mais íntimas”).

4. Relativamente à *expressão dos sentimentos* por parte destes pacientes, estudámos o sentimento de pudor destes em relação aos vários grupos analisados (doentes, familiares e profissionais de saúde). Concluímos que existe um maior sentimento de pudor perante os outros doentes, na manifestação dos seus sentimentos negativos, do que perante os profissionais de saúde. Aqui, as pacientes foram as que apresentaram maior sentimento de pudor nessa expressividade sentimental, quer perante os outros doentes e familiares, quer perante os profissionais.

Estes resultados traduzem-se numa reflexão para todos nós, profissionais de saúde, na necessidade de uma nova abordagem da pessoa doente, colocada numa relação especial de vulnerabilidade (perante si, perante a sua intimidade e perante o outro, doente ou o profissional de saúde), a “dependência”.

Em certos contextos hospitalares, a “pessoa” é tratada mais como “doente” do que como “pessoa doente”, é despida da sua personalidade individual que a define como diferente dos outros, passando a ser considerada como “pessoa dependente” de um novo contexto, de uma nova realidade vivencial. Esta alteração necessariamente traz consigo, uma nova forma de readaptação do seu modo de “ser” e de “estar”, da sua intimidade, directamente influenciada pelas pessoas que a rodeiam e pelo espaço físico hospitalar existente.

Assim, cada vez mais, um dos temas actuais da Bioética, é o da reflexão sobre a intimidade da “pessoa doente”, num contexto de “dependência” – o hospital. Analisar esta problemática é, sobretudo, analisar o contexto de dependência entre a “pessoa doente” e os vários agentes implicados (“terceiros”).

a. Respeito da intimidade como “dependência”

Se a intimidade é simultaneamente *fronteira circular*²⁵ perante o outro e elemento da sua própria identidade, o seu respeito pressupõe, da parte do «outro», *uma dupla atitude*²⁶:

- Um vínculo relativo, uma não intrusão, um “respeito” pela fronteira cuja eventual transposição não pode ser mais que um aceitar e um negociar com o “outro íntimo”.
- É simultaneamente uma etapa de diferenciação do «outro», pela semelhança a si. Entrar em alguém, é ser parte dela na sua “egocentricidade”, naquilo que o faz ser único.

Esta atitude supõe um redimensionamento da relação, visando um duplo movimento: o de respeito e de conhecimento. Respeitar a intimidade do «outro» é evitar toda a intromissão no interior “secreto” desse «outro», é prestar atenção àquilo que ele dá a conhecer do seu interior. O outro não pode ser “sujeito” sem que não se reconheça como tal, com tudo aquilo que ele é, sem ser reduzido a uma categoria (como por exemplo, a um doente). Respeitar, também é necessariamente acolher.

A ética não se limita pois a transpor a barreira entre o interior da pessoa e o exterior social, mas sim a reduzir a intimidade a um mundo interior, a uma individualidade. Do mesmo modo, a defesa do valor da intimidade não é redutível a um individualismo exacerbado. O respeito pela intimidade é uma presença “negociada” através da presença do «outro».

Esta “dependência” veio expor duplamente a intimidade de uma pessoa em risco perante um *terceiro*²⁷: porque submete, em parte, o corpo da pessoa à intervenção do outro

²⁵ Groupe de réflexion éthique de l'APF. *Intimité et Dépendance*; 2003 in www.apf-moteurline.org.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ Neste contexto, e quando utilizamos a palavra “terceiros”, referimo-nos aos profissionais de saúde que estabelecem relação com a “pessoa doente” (também considerada “pessoa dependente” e/ou pessoa vulnerável).

e porque, nesta relação de dependência, a função do corpo (barreira e/ou instrumento de relação) modifica-se, em que o “terceiro” pode ser um mediador ou um intruso, nos aspectos relacionais mais íntimos. Esta relação de dependência corre o risco de se instalar sobre uma forma dominante/dominado, sendo o risco de intrusão muito superior e assim, numa relação de respeito, provocar nela um pressuposto de igualdade, de não apropriação, do mesmo modo que ela contribui para o seu reequilíbrio.

No plano ético, significa sobretudo que nós não podemos respeitar a intimidade de uma pessoa senão num quadro de uma relação livre e concedida por ela. Logo, estas condicionantes práticas – e nomeadamente a dependência – implicam uma necessária “transposição” desta intimidade em que a intencionalidade da relação é o aspecto mais importante.

Se o respeito pela intimidade também passa por uma “*discrição*”²⁸ nos gestos e por uma separação física (locais, contactos), é esta atitude geral de respeito na educação do olhar, na *intenção de atenção* (E. Hirsch)²⁹ que podem garantir a ética de uma relação que obrigue a não transgredir os limites habituais. Por exemplo, é o contexto, mais que a nudez nela mesma, que pode criar o impudor e formar a intimidade.

Esta “*discrição*”, que não pode pertencer apenas ao gesto, deve ser do mesmo modo mais forte num plano relacional, onde os gestos passam a ser intrusivos. A dependência pode conduzir o “terceiro” a estes gestos, com uma forte conotação de violação do pudor e da intimidade. A conotação sexual com certos actos pode ser fortemente penalizadora para a pessoa, pela “avaliação” e “apreciação” realizada por “terceiros”.

Enfim, a conotação sexual não diz respeito apenas ao corpo mas aos objectos íntimos (“lingerie” ou objectos pessoais) com um valor afectivo ou uma carga emocional. Este aspecto explica um pouco a existência do sentimento de pudor no uso das roupas

²⁸ Groupe de réflexion éthique de l'APF. *Intimité et Dependance*; 2003 in www.apf-moteurline.org.

²⁹ Citado por Groupe de réflexion éthique de l'APF. *Intimité et Dependance*; 2003 in www.apf-moteurline.org.

íntimas no hospital, pela exposição da “pessoa doente” aos «outros» (pacientes, familiares e profissionais de saúde) e pela conotação sexual que produz. Respeitar o que pode passar por “pequenas coisas” também é produzir respeito pela pessoa.

A diversidade das situações e das pessoas são importantes aspectos a ter em atenção na relação por parte do “terceiros”: homens e mulheres não possuem a mesma noção de intimidade e de respeito. A existência deste “terceiro” deve permitir igualmente que se entenda a pessoa como ela mesma, pelas suas igualdades e pelas suas diferenças, fundamentada na “dependência” e num outro conceito importante para a bioética: a vulnerabilidade.

É importante e necessária a protecção da vulnerabilidade. Esta vulnerabilidade será, assim, mais incrementada pela “dependência” que a “pessoa doente” tem no internamento hospitalar, havendo por parte desta um “incremento sensorial” porque a “imobilização individual” forçada acentua as suas capacidades de atenção e de observação. Este “incremento sensorial” implica, por parte dos profissionais (aqui, os chamados terceiros), um investimento nos actos afectivos, na relação afectiva. A noção de equipa profissional toma todo o sentido em tais práticas para regular e clarificar os factos técnicos e relacionais (ou “afectivos”). Da mesma forma, a função de uma instituição hospitalar deverá estar fundamentada na sua duplicidade de regulação dessa relação entre a “pessoa dependente” com os “terceiros”.

Assim, a vida interior, íntima, não se limita apenas ao corpo e ao risco da sua “revelação” que leve à dependência e que se estenda na sua vida privada. Assim, discrição e segredo fazem parte fundamentalmente das atitudes que preservam a intimidade.

b. Respeito da intimidade numa «dimensão jurídica»

É importante analisar os contextos jurídicos que estão na base da defesa e da protecção da “pessoa doente”, através de um conjunto de direitos nos quais todos os profissionais, que se relacionam com ela, ficam “obrigados” a cumprir e que marcam, de

alguma forma, a evolução histórica recente do direito à preservação da intimidade e da privacidade da “pessoa doente”. Em primeiro lugar, temos a *Declaração Universal dos Direitos do Homem* (1948), no seu artigo 12, que nos diz: “nenhum homem será objecto de intromissão arbitrária na sua vida privada, sua família, seu domicílio ou a sua correspondência, nem atingido a sua honra e reputação. Toda a pessoa tem direito à protecção da lei contra tais intromissões e tais atentados”.

Em 1950, a *Convenção Europeia dos Direitos do Homem*, no seu artigo 8º, diz que: “toda a pessoa tem direito ao respeito da sua vida privada e familiar, do seu domicílio e da sua correspondência”. Da declaração Universal e da Convenção Europeia para os direitos do homem, cada país estabeleceu, nas suas constituições políticas fundamentais, o direito à protecção da saúde dos seus cidadãos.

O direito à protecção da saúde está consagrado na *Constituição da República Portuguesa* e assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. No quadro legislativo da Saúde, são estabelecidos direitos mais específicos, nomeadamente a Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, de 24 de Agosto) e o Estatuto Hospitalar (Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de Abril de 1968)³⁰, em que destacamos o primeiro e o terceiro direito:

- “O doente tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana”. É um direito humano fundamental, que adquire particular importância em situação de doença. “Deve ser respeitado por todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados, no que se refere quer aos aspectos técnicos, quer aos actos de acolhimento, orientação, encaminhamento dos doentes. É também indispensável que o doente seja informado sobre a identidade e a profissão de todo o pessoal que participa no seu tratamento. Este direito abrange ainda as condições das instalações e equipamentos, que têm de proporcionar o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de vulnerabilidade em que o doente se encontra, como é o caso das instalações hospitalares³¹;

³⁰ Ministério da Saúde in www.men-saude.pt

³¹ *Ibidem*.

- “O doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico: A prestação de cuidados de saúde efectua-se no respeito rigoroso do direito do doente à privacidade, o que significa que qualquer acto de diagnóstico ou terapêutica só pode ser efectuado na presença dos profissionais indispensáveis à sua execução, salvo se o doente consentir ou pedir a presença de outros elementos. A vida privada ou familiar do doente não pode ser objecto de intromissão, a não ser que se mostre necessária para o diagnóstico ou tratamento e o doente expresse o seu consentimento”³².

Actualmente, os códigos deontológicos dos profissionais de saúde (Médicos e Enfermeiros) contêm determinações que os responsabilizam por este direito. Relativamente ao Código Deontológico dos Médicos, no seu Artigo 26º, apenas encontramos o seguinte: “o Médico que aceite o encargo ou tenha o dever de atender um doente obriga-se por esse facto à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance, agindo com correcção e delicadeza, no exclusivo intuito de promover ou restituir a Saúde, suavizar os sofrimentos e prolongar a vida, no pleno respeito pela dignidade do Ser humano”³³.

Relativamente à Ordem dos Enfermeiros, encontramos uma melhor definição deste direito, no seu artigo 86º. No respeito pela intimidade, atendendo aos sentimentos de pudor e à interioridade da pessoa, o enfermeiro assume o dever de:

- a) “Respeitar a intimidade da pessoa, protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família”;
- b) “Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa”³⁴.

Por último, queríamos acrescentar que outras sociedades já foram mais longe na protecção deste direito. Referimo-nos à sociedade francesa, considerada como uma referência na defesa dos direitos da pessoa doente, que em 1995 criou a carta dos direitos do paciente hospitalizado, definindo especificamente, no seu capítulo VII, a promoção do

³² Ministério da Saúde in www.men-saude.pt

³³ Ordem dos Médicos in www.ordemdosmedicos.pt

³⁴ Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Anexo do Dec. 104/98 de 21 de Abril, Novembro, 1998.

respeito pela pessoa e pela sua intimidade: “o respeito da intimidade do doente deve ser preservado aquando dos cuidados, da higiene no wc, das consultas e das visitas médicas, dos tratamentos pré e pós-operatórios, as radiografias, no transporte e na sua vivência hospitalar”³⁵.

Em suma, o direito à intimidade é uma noção recente que reforça o direito geral à vida privada, conferindo-lhe uma dimensão bioética suplementar.

E por tudo o que se analisou ao longo deste trabalho, respeitar a intimidade é entrar na dimensão da pessoa e não das coisas, é reflectir sobre a dimensão antropológica de cada pessoa e é, acima de tudo, reflectir sobre o estado de “dependência” relacional e afectiva da “pessoa doente”. Esta abrangência da *bioética da intimidade*³⁶ traduz-se na necessidade de um direito.

Quando, em contexto hospitalar, este direito passa a ser um imperativo ético na sua aplicação, quer por parte dos profissionais, quer por parte dos responsáveis pelas instalações hospitalares, é importante criarem-se condições físicas de forma a permitir uma manutenção dessa privacidade, desde o criar de condições para o uso do quarto particular, do w.c. privativo, de condições físicas na manutenção da reserva do paciente no contacto com os outros pacientes, etc. de forma a diminuir o sentimento de pudor e a minimizar a alteração que a pessoa vulnerável sofre na sua intimidade, durante a estada hospitalar.

³⁵ Charte du patient hospitalisé (1995) . préambule : "...les établissements de santé se doivent de veiller au respect des droits de l'homme et du citoyen reconnus universellement, ainsi que des principes généraux du droit français : non-discrimination, respect de la personne, de sa liberté individuelle, de sa vie privée, de son autonomie; Chapitre VII - Du respect de la personne et de son intimité : Le respect de l'intimité du patient doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et post-opératoires, des radiographies, des brancardages et à tout moment de son séjour hospitalier; Chapitre VII - Du respect de la personne et de son intimité : Le respect de l'intimité du patient doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et post-opératoires, des radiographies, des brancardages et à tout moment de son séjour hospitalier". (www.apf-moteurline.org/droitsdevoirs.htm).

³⁶ Termo definido por nós, tendo como finalidade, traduzir o fim último que pretendemos dar a esta dissertação: que o contexto hospitalar “caminhe” na direcção da defesa de um direito fundamental da pessoa doente: a defesa da sua intimidade em toda a sua abrangência.

Este é o maior contributo que o nosso trabalho pretende transmitir, na implementação de uma maior humanização nos cuidados de saúde hospitalares.

CONCLUSÃO

Concluir qualquer trabalho gera um conjunto de sentimentos opostos: por um lado, surge a agradável compensação de se conseguir algo que durante tanto tempo pareceu distante e difícil de concretizar. Por outro lado, emerge um conjunto de inquietações, através da constatação que o caminho percorrido na persecução dos objectivos foi longo e só termina académicamente.

Chegados à fase final do estudo, impõe-se relacionar os dados obtidos com o instrumento de recolha utilizado, com a finalidade inicial do estudo, bem como, efectuar uma síntese do trabalho. Sendo este estudo de carácter descritivo, qualitativo e fenomenológico, consideramos que a maior parte dos resultados evidenciados, pela análise da informação recolhida é, por si só, fonte de algumas reflexões e interpretações:

.....sobre o Problema!

Na compreensão do homem, colocamos a pessoa no centro da ética Scheleriana e analisámo-la como um conceito abrangente, tanto como ser individual concreto, com vida orgânica biopsíquica, como ser relacional, organizado em grupos e em comunidades.

O mesmo ocorreu relativamente aos valores, primeira fonte de todos os modelos-tipos. Em todo o modelo, existe um *ser* e um *dever ser*, um lado empírico e um apriorístico, um aspecto da imagem real e um aspecto de valor. Embora os modelos se formem exclusivamente, primeiro a partir do conceito de pessoa e depois dos seus valores fundamentais, todas as potencialidades dos modelos-tipos se actualizam, quando aparecem realizados em seres humanos com um percurso histórico.

O conceito de valor, como essência *a priori* absoluta, está na base da ética do autor. Aí, os valores são objectivos, independentes da existência humana e apresentam-se de forma hierárquica. De uma forma geral, a sua distribuição lembra a referência básica de Aristóteles, que agrupou os valores em três classes, conforme se referem ao agradável, ao útil ou ao belo. Scheler organiza-os numa disposição segundo uma ordem de importância em que, em primeiro lugar, estão os valores do sagrado e os espirituais, seguidos dos vitais e depois, os do útil e do agradável. Assim, a pessoa em Scheler é analisada numa dimensão biopsíquica, numa dimensão de valor e numa dimensão relacional, para “si” e para com o “outro”. É nesta última dimensão que emerge o conceito de pudor, como um dos sentimentos mais caracterizadores da intimidade da pessoa. Chegamos assim, à análise da “pessoa doente” num contexto de internamento hospitalar, num espaço de vulnerabilidades de sentimentos e de relações. Analisamos o seu próprio espaço íntimo – considerado como um *espaço negociado* – onde pudor e intimidade são postos em causa, passando por uma profunda alteração.

Aceitamos, através da análise obtida em três diferentes momentos, que o sentimento de pudor faz parte de um contexto mais amplo da pessoa - a sua intimidade. E quando essa pessoa se encontra num espaço que não é o seu, que não lhe pertence, que lhe é novo, terá de se readaptar a uma nova realidade, onde a intimidade é a dimensão mais passível de ser alterada. Significa que o respeito pela intimidade passa a ser uma presença constantemente negociada, fundada numa relação de dependência da “pessoa doente” para com os profissionais de saúde, num contexto desigual, como é o do hospital. Concluimos também, que o percurso desta dissertação nos leva a uma conclusão: que a intimidade é um direito individual de toda a «pessoa doente» a ser defendida, cabendo maior responsabilização, aos actores que prestam cuidados de saúde hospitalares fundamentada na amplamente discutida, humanização dos cuidados de saúde.

...sobre a finalidade do estudo!

A concretização da finalidade só é passível de avaliação *a posteriori*. Não temos dúvidas de que é um imperativo ético para a sociedade, que os hospitais possuam as

condições físicas que permitam aos seus cidadãos, quando perante o estatuto de “pessoa doente”, terem a sua intimidade salvaguardada, de forma a diminuir a alterabilidade que o internamento hospitalar provoca na integridade da pessoa humana.

Por outro lado, é importante investir junto dos profissionais, na obtenção de uma correcta relação com o paciente de forma a permitir que lhe seja salvaguardo os seus valores de intimidade e de privacidade.

É então possível concluir que a concretização das condições físicas hospitalares em prol da obtenção da privacidade do paciente, aliada com novas formas de abordagem relacional por parte dos profissionais, é uma meta organizativa hospitalar importante para a nossa sociedade, considerada de muito útil por parte dos pacientes utilizadores, na humanização dos cuidados, logo a implementar.

As principais vantagens obtidas, a partir desta humanização dos cuidados, traduzem-se numa melhor integração do paciente no hospital, numa diminuição das suas ansiedades e preocupações e, como tal, fomentam uma melhor colaboração, por parte deste, no seu tratamento. Assim, estamos a contribuir directamente para uma melhor qualidade e humanização de cuidados. O contrário, é mais um factor de desequilíbrio físico e emocional para a pessoa doente, sendo o internamento hospitalar visto como um local “desumano”, “despido” de sentimento e pouco acolhedor. É esta visão que persiste actualmente e que se impõe modificar.

....sobre as opções metodológicas!

A investigação subjacente a esta dissertação, desenvolveu-se num percurso metodológico qualitativo, objectivado para o estudo fenomenológico da intimidade do paciente, em contexto hospitalar.

O instrumento de recolha de dados seleccionado teve em atenção o tipo de recolha de informação pretendida. Como se tratava da análise de uma área dos sentimentos da

pessoa vulnerável, necessariamente optámos pela entrevista semi-estruturada. Esta opção permitiu-nos simultaneamente obter dados objectivos e, posteriormente, efectuarmos a leitura dos seus resultados, deixando-nos assim “impregnar” pelo seu conteúdo.

A análise de conteúdo permitiu-nos estruturar, de uma forma sistemática e quantitativa, o conteúdo evidente das comunicações, desde a pré-análise, à exploração do material, até ao tratamento dos resultados, sua inferência e interpretação.

Após a recolha de dados efectuada nas entrevistas, procedemos à transcrição integral das respostas e à sua preparação para análise. Posteriormente, constituímos o nosso *corpus* de análise do qual retirámos todas as categorias dimensionais da intimidade. Esta etapa de exploração do material consistiu, essencialmente, em operações de codificação. Cada dimensão codificada foi subcategorizada e assim, analisámos o conteúdo através das suas unidades de significação, chegando aos resultados quantitativos.

Por último, tivemos o cuidado de escolher uma amostra de pacientes do mesmo serviço, por estarem submetidos ao mesmo ambiente físico e relacional. Por outro lado, e atendendo a que existem diferenças na percepção da intimidade por parte do paciente masculino e feminino, optámos por escolher uma amostra constituída por 50% de pacientes de cada sexo.

...sobre os resultados obtidos!

Em suma, e tentando fazer uma sùmula dos resultados obtidas no seu conjunto, podemos dizer o seguinte:

- Que o internamento hospitalar gera um conjunto de sentimentos na pessoa doente, fazendo-a um elemento vulnerável e dependente dos cuidados dos «outros» (profissionais de saúde).

- Que a preocupação, relativamente à sua intimidade, “adaptada” a uma nova realidade (o hospital), passa pela perda do seu espaço privado, pela dificuldade em partilhar o seu espaço com os outros pacientes e em último grau, pela relação com os profissionais de saúde.

- Que a alteração da intimidade é uma realidade inquestionável e se deve a diversos “pudores” sentidos, por ordem decrescente: “pudor na exposição” perante os outros, “pudor no banho” e no uso de “roupa interior” nos espaços hospitalares, “pudor corporal” e “pudor à exposição” na sua unidade hospitalar.

- Que a expressão dos sentimentos, por parte do paciente, também conduz a uma forma de pudor e como tal, altera a sua intimidade, quando este se encontra exposto perante os outros pacientes e, em menor intensidade, perante os profissionais.

- Que existem formas de pudores mais característicos das mulheres e outras mais características dos homens. Ambos referem alteração da sua intimidade, embora com diferentes características.

- Que o “pudor sexual”, embora continue a ser o mais corrente, não deixa de se integrar num pudor mais geral, que engloba tanto sentimentos como actos, atitudes e situações determinadas. Este pudor permanece como um produto educacional e em última análise, civilizacional.

Em face das nossas percepções, assentes tanto em bases teóricas como práticas, da pesquisa bibliográfica efectuada até aos resultados obtidos, tomamos a responsabilidade e a audácia de apresentar algumas sugestões:

...sobre sugestões finais!

- Que na concepção de novas instalações hospitalares, seja dada prioridade a mais quartos individuais em cada unidade de internamento.

Parece-nos um elemento essencial à manutenção da intimidade da pessoa, diminuindo a alterabilidade do estatuto social de “pessoa” para “pessoa doente”, com toda a sua carga conotativa negativa subjacente. Por outro lado, permite à família um novo espaço de privacidade que actualmente, na maioria dos hospitais públicos, não existe. As instituições de saúde que mais se preocupam com a humanização do internamento, como a maioria dos hospitais privados, possuem um maior *rátio* de quartos individuais em detrimento das enfermarias. Pensamos ser de toda a justiça, que os hospitais públicos aumentem estes espaços privados.

- Que os quartos dos paciente hospitalizados possuam WC privativo.

Atendendo a que a exposição física se traduz, em cada pessoa, numa série de sentimentos de pudor, é importante que esta possua um espaço privativo onde possa estar só na satisfação das suas necessidades fisiológicas e de higiene. É um momento importante de preservação da sua intimidade, contribuindo assim, para o conforto e bem-estar hospitalar.

- Que os profissionais de saúde invistam na relação com o paciente internado, de forma a assumir atitudes e comportamentos condizentes com as novas exigências deontológicas de preservação da intimidade.

Actualmente, a realidade hospitalar terá de se organizar em termos de recursos humanos no sentido de inculir uma maior exigência de humanização, no cumprimento dos direitos das pessoas doentes. Temos assistido, nos últimos tempos, a um investimento forte na aquisição de competências, por parte dos profissionais de saúde, na área da humanização. Pensamos que o próximo passo será, necessariamente, o da criação de “instrumentos” organizativos de implementação e efectivação destas competências.

- Dar continuidade a este estudo.

Pensamos que subjacente a este estudo, se encontra um outro importante fenómeno, contribuindo para uma compreensão mais abrangente desta temática: a alteração da intimidade que o internamento hospitalar provoca nos familiares directos da pessoa doente. Realizar um estudo similar, mas tendo por actores, os familiares do paciente, pode ser um complemento a este trabalho.

Como já o manifestámos, é nossa motivação ver os serviços reorganizados em função de uma maior centralidade no paciente – para o que, na nossa opinião, contribui fortemente para a humanização hospitalar – pelo que nos disponibilizamos a prosseguir os estudos nesta área, se e quando considerado de interesse.

...e assim!

É nossa intenção obter bases para futuras abordagens nesta temática, dada a pertinência que ela representa para o desenvolvimento relacional entre “profissionais de saúde” e “paciente”, assim como coloca como um dos imperativos Bioéticos, o direito de qualquer pessoa, com estatuto de “doente”, a ter a sua intimidade salvaguardada por qualquer organização hospitalar.

Só assim é que conseguimos, por um lado, consagrar o primado do cidadão, considerando-o como figura central de todo do Sistema de Saúde e, por outro, reafirmar os direitos humanos fundamentais na prestação dos cuidados de saúde, em especial, protegendo a dignidade e a integridade humana, promovendo a humanização no atendimento a todos os pacientes, principalmente àqueles grupos mais vulneráveis.

Encerra-se, pois, esta pesquisa com mais interrogações do que as que lhe deram origem. Mas, em todo o processo de conhecimento científico, cada resposta encontrada é sempre um ponto de partida para novas interrogações.

BIBLIOGRAFIA

1. Livros

ALBARELLO, L.; DIGNEFFE, F. e outros – *Práticas e Métodos de investigação em ciências sociais*. 1ª Edição. Lisboa: Gradiva, 1997.

BOLOGNE, J. C. – *História do Pudor*. Lisboa: Circulo Leitores; 1996.

CINQ-MARS, José M. – *Quand la pudeur prend corps*. 1ª edition. Paris: Presses Universitaires de France, 2002.

COLLIER, M. Françoise – *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

DAMÁSIO, António – *O sentimento de si*. Mam Martins: 13ª Edição. Publicações Europa América, 2001.

ELIZARI, F. J. – *Questões de Bioética, vida em qualidade*. Porto: Editora Perpétuo Socorro, 1996.

FERRO, Mário; TAVARES, Manuel – *Análise da obra Fundamentação da Metafísica dos costumes de Kant*. Textos de apoio, 3ª Edição. Lisboa: Editora Presença, 2000.

FORTIN, M. Fabienne; et al – *Introduction à la recherche: auto-apredissage assisté par ordinateur*. Montréal: Décarie Montréal, 1988.

HESSEN, Johannes – *Filosofia dos valores*. Tradução e prefácio de Prof. Cabral de Moncada, Coimbra: Edição Almedina, 2001.

JANKELEVITCH, Vladimir – *Traité des virtus. L'innocence et la Méchanceté*. Collection Etudes Supérieures; Tomo III, Paris: Bordas, 1972.

- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. – *Técnicas de Pesquisa*. 4ª Edição, Editora Atlas, S. Paulo, 1999.
- LAZURE, Hélène – *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta, 1994.
- LEVINAS, Emmanuel – *Totalidade e infinito*. Biblioteca de Filosofia contemporânea, Lisboa: Edições 70, 2000.
- LOBIONDO – WOOD, G.; HABER, J. – *Pesquisa em enfermagem – métodos avaliação, crítica e utilização*. 4ª Edição. Rio Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- LOPES, Noémia M. – *Recomposição profissional da enfermagem, estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. – *Técnicas de Pesquisa*. 4ª Edição, São Paulo: Editora Atlas, 1999.
- NEUBURGER, R. – *Les territoires de l'intime, le individu, le couple, la famille*; Paris: Editions Odile Jacob; 2000.
- NUNES, Rui M. L. – *Bioética e deontologia profissional*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2002.
- NUNES, Rui; SERRÃO, Daniel - *Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora, 1998.
- PASINI, Welly – *Éloge de l'intimité*. Traduit de l'italien par Marie-France Brouillet, Petit Bibliothèque Payot, Paris: Editions Payot, 2002.
- POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette P. – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artes Medicas, 1995.
- QUEIRÓS, Ana A. – *Empatia e respeito, dimensões centrais da relação de ajuda*. Coimbra: Quarteto editora, 1999.

QUIVY, R. ; CAMPENHOUDT, L. V. – *Manual de investigação em ciências sociais*. 2ª Edição. Lisboa: Gradiva, 1998.

RAMÍREZ, Vergés Salvador – *El hombre, su valor en Max Scheler*. Prólogo de Eudaldo Forment Giral, 1ª edição, Série biblioteca Universitária de filosofia, Barcelona: PPU, 1993.

VERGES RAMÍREZ, Salvador – *Dimension transcendente de la persona*. Biblioteca Herder, Barcelona: Editora Herder, 1978.

SANTOS, José M. - *Parceria nos cuidados*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa, 2002.

SCHELER, Max; *La situation de l'homme dans le monde*. Traduit et préfacé par M. Dupuy. Paris VI: Editions Montaigne, 1951.

SCHELER, Max - *Ética, Nuevo ensayo de fundamentación de un personalismo ético*. Traduzido do Alemã por Hilário Rodriguez Sanz, Tomo II, Madrid: Revista de Occidente, 1942.

SCHELER, Max – *La Pudeur*. Traduction par M. Dupuy. Philosophie de l'esprit, collection fondée par L. Lavelle et R. le Senne, Paris: Editions Montaigne, 1952.

SERRÃO, Adriana Veríssimo – *A humanidade da razão, Ludwig Feuerbach e o projecto de uma antropologia integral*. Textos Universitários de ciências sociais e humanas, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a ciência e tecnologia, 1999.

VANCOURT, Raymond – *Kant*. Biblioteca básica de filosofia, Lisboa: Edições 70, 1986.

2. Artigos

BASTOS, Fernando Evangelista – «A posição do homem no mundo de Max Scheler» in Gil Vicente, revista de cultura e actualidades, pp. 145 a 162.

BUREAU, Jules. «L'intimité et l'identité sexuelle: une approche existentielle». Professeur au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal, , Revue sexologique, nº3, Vol.1, Montréal in www.unites.uqam.ca/dsexo/Revue/Vol3no1.

GONZÁLEZ, Mauricio U. – «Max Scheler, Más allá del logos» in Poesis, Revista de filosofía in www.geocities.com/fdmauricio/Sheler.htm.

LADRIÈRE, Paul - «La notion de personne héritière d'une longue tradition». In *Biomedicine et devenir de la personne*, Paris: Éditions du seuil, ParisVI, pp 27 a 81.

NUNES, Rui – «Ética, Bioética e Responsabilidade» . in *humanística e Teologia*, 1997, XVIII, 2-3, pp. 279 a 290.

VERGÉS RAMIREZ, S. – « La persona es un «valor por sí mesma, segundo Max Scheler»». *Revista Pensamento*, Vol. 55, número 212, 1999, pp. 245 a 267.

3. Enciclopédias e Dicionários

CANTO-STERBER, Monique (ed.)– *Dictionnaire d'éthique philosophique morale*. Paris: PUF, 1996., col. 1229 a 1232.

HEUISMAN, D. - *Dictionnaire des philosophes*. Deuxième édition, revue et augmentée, Presses universitaires de France, pp. 256 a 266.

LOGOS, Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia, Edições verbo, Lisboa/S. Paulo.

4. Internet

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida - documento de trabalho sobre a reflexão ética sobre a sexualidade humana, 29/cnecv/99 in *em* www.cnecv.pt

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida - documento de trabalho sobre a reflexão ética sobre a dignidade humana, 26/cnecv/99 in www.cnecv.pt

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros in www.ordemdosenfermeiros.pt

Groupe de reflexion éthique d'association des paralyses de france in www.apf.asso.fr

Groupe de réflexion éthique de l'APF *in* www.apf-moteurline.org

Ministério da Saúde *in* www.men-saude.p

Ordem dos Médicos *in* www.ordmdosmedicos.pt

www.unites.uqam.ca/dsexo/Revue/Vol3no1/Fortin-Therriault.html.

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de recolha de dados – a Entrevista

GUIA DA ENTREVISTA

SEXO: M ___ F ___

IDADE: _____

HABILITAÇÕES ACADEMICAS:

ENSINO PRIMÁRIO: _____

CURSO MÉDIO: _____

CURSO SUPERIOR: _____

JÁ ESTEVE HOSPITALIZADO(A) ?: Sim _____ Não _____

QUESTÕES:

1. Quando se prepara, na véspera, para o internamento hospitalar, qual é a sua sensação relativamente a esta nova realidade?
2. Quando entra no serviço hospitalar para internamento, qual é a sua maior preocupação relativamente á sua intimidade?
3. Como encara a alteração da sua intimidade no internamento, relativamente a?
 - a) pudor corporal sexual
 - b) pudor no banho
 - c) pudor no uso das suas roupas
 - d) pudor no leito
 - e) exposição física perante o outro:
 - . doentes
 - . Profissionais
4. Como encara a possibilidade de expressão dos seus sentimentos perante:
 - a) outros doentes
 - b) profissionais

ANEXO II – Documentos de Consentimientos

Á COMISSÃO DE ÉTICA

INSTITUTO PORTUGUÊS ONCOLOGIA – PORTO

MANUEL JORGE FREITAS DE ALMEIDA, Enfermeiro especialista a exercer funções nesta instituição e aluno do 2º curso de Mestrado em Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, encontra-se na fase empírica da realização da sua tese subordinada ao tema “ *Alteração da Intimidade da pessoa doente em contexto hospitalar: seus valores éticos*”, vem por este meio pedir autorização para colheita de informação junto dos doentes, no serviço de oncologia Médica II – Piso 3.

Esta colheita de dados será efectuada mediante uma entrevista semi-estruturada, conforme guia em anexo, efectuada a seis doentes internadas(os) no referido serviço, após a sua autorização expressa por escrito (em anexo).

Gratos pela gentileza, fico ao vosso dispor para qualquer esclarecimento.

Porto, Dezembro de 2003.

O aluno,

Manuel Jorge Freitas Almeida

Aluno do 2º Mestrado em Bioética

(responsável pelo projecto de investigação)

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO

_____ consinto
que a presente entrevista, destinada á colheita de informação para o trabalho de Tese de
mestrado intitulado “ *Alteração da individualidade da pessoa doente em contexto
hospitalar: seus valores éticos*”, seja gravada em áudio (cassete).

Assinatura: _____

Assinatura da pessoa que obteve o consentimento: _____

Data: ___ / ___ / ___

ANEXO III – Entrevistas Realizadas

ENTREVISTA 1

1. As minhas maiores preocupações passam por preparar os meus objectos pessoais como: o estojo dos meus cuidados de higiene, o meu rádio, os meus fones, as minhas revistas e a minha roupa interior. Não tenho maiores receios. Encaro bem a necessidade de estar no hospital, sem medos. Eu sempre fui habituado a lidar sozinho com as minhas coisas, a organizar os meus objectos. Como sou divorciado, embora tenha as minhas amigas, e tenho um trabalho de estar em muitas partes do mundo, sempre me habituei a desenrascar sozinho.
2. Não tenho pruridos sobre a minha alteração da individualidade. Tenho uma vida social boa que me permite nesta altura, encarar bem o internamento. Como conheço muita gente, não digo ás pessoas quando venho para o hospital, com excepção da minha companheira e da minha filha. Apenas elas sabem sobre o meu internamento. Não gosto de ter visitas, tenho poucas visitas porque quero. Curiosamente, foi através do internamento que houve uma aproximação com a minha filha. Foi a partir da necessidade de ser internada, que tenho tido a visita mais assídua e tenho estado mais tempo com ela. Quanto á privacidade, gosto mais de estar numa enfermaria com outros doentes do que ficar sozinho, isolado. Não tenho necessidade de estar privado. Adapto-me bem ao internamento.
3. Não sinto qualquer sensação desagradável relativamente á minha exposição física perante os outros doentes ou perante o médico, o enfermeiro. Encaro bem o uso partilhado dos corredores e do wc com outras pessoas. A roupa interior (o pijama) é o mesmo que uso em casa. Quando estou na enfermaria raramente uso as cortinas a não ser para urinar. Quando há necessidade de me expor perante os médicos e os enfermeiros, nunca senti nenhuma sensação estranha.
4. Eu sou muito emotivo. Choro por qualquer coisa e faço-o em frente de qualquer pessoa, sem complexos. Quando tenho algum problema pessoal mais intimo, não tenho problema em falar com os técnicos de saúde.

ENTREVISTA 2

1. A minha maior preocupação é com a assistência que vou ter. Tenho estado em hospitais diferentes desde há 2 – 3 meses. Em França e outros. Costumo ser muito crítico relativamente à assistência. Entro agora no serviço e estou aqui desde as 9h, e tem sido uma agradável surpresa. Se necessário no final do internamento tanto sou capaz de dizer mal com de dizer bem da assistência. Em relação à minha intimidade, não me incomoda. Ontem quando fiz a minha “mala”, tive a preocupação em trazer chinelos, livros e revista para passar o tempo, a minha medicação e pijamas (que me foi emprestado por um hospital de Paris).
2. A minha primeira preocupação é a forma como vou ser recebido e posteriormente como vou ser tratado. Gostava de ficar num local só, com a minha privacidade, num quarto (que por acaso não é possível actualmente) onde eu pudesse rir, chorar, dormir, ver televisão quando e como quiser. Preocupa-me o facto de ter de partilhar o mesmo espaço com pessoas que não conheço nem em que estado estão, de usar o mesmo WC. Mas como vou estar pouco tempo internado, não é uma grande preocupação.
3. A minha maior revolta é em ter de estar no hospital em vez de estar lá fora. Não sinto grande preocupação em andar de pijama perante os outros. É uma situação que temos de assumir. A

exposição física perante os profissionais não tenho problema, logo que saibam fazer as coisas com reserva e com intimidade, aceito sem problema porque temo de colaborar com os técnicos.

Perante os outros doentes, é como lhe digo, gosto mais de estar sozinho porque estou num período de reflexão, porque pode acontecer estar perto de outro doente chato, que converse de coisas que não me interessam. Por outro lado, não gosto de incomodar e os tratamentos podem trazer complicações para mim e para os outros. Gostava de passar a noite sossegado, sem ouvir os outros a “roncar” que não me deixe descansar. As visitas incomodam-me porque costumo dizer que existem dois tipos de visitas: aquelas que vêm por amizade, que me dizem muito e essas aceito aqui como abro as portas em casa; as outras vêm por piedade, ver quem está, chateiam-me. O problema é que em casa recebo quem quero e aqui é mais difícil receber apenas as pessoas que quero – sinto-me mais exposto.

4. Eu tenho muito bom poder de encaixe. Já tive muitas doenças e consigo resolver os problemas sozinho. Não estava preparado para este internamento. Eu não gosto que me escondam a verdade, não tenho auto-compassão. Quando posso, tento extravasar os meus sentimentos como que numa auto-cura. E eu normalmente faço-o sozinho ou perante pessoas profissionais que me ouçam, que tentem curar com palavras.

Em relação aos outros, estou-me a marimbar. Em relação a mim, estou a pagar pelos meus erros. Só culpabilizo-me a mim próprio pelo excesso de usos de tabaco. Fico chateado quando as pessoas mostram mais interesse em mim pelo facto de estar doente.

ENTREVISTA 3

1. Eu sou uma pessoa muito sentimental e por isso facilmente sinto a minha intimidade e o meu espaço alterado pelo facto de estar no hospital. Quando venho para o hospital, trago comigo os meus objectos de higiene pessoal e as minhas roupas de interior, como os pijamas e outros objectos para passar o tempo tais como revista e algum livro. Engraçado que a roupa interior que trago é diferente da de casa porque é uma forma de construção de uma outra intimidade que não a minha.
2. Uma das preocupações iniciais é em saber onde irei ficar internada: se numa enfermaria com outros doentes ou se num quarto de dois doentes ou se num quarto sozinha. Depois sinto uma descaracterização da minha imagem social com exposição da minha intimidade. Engraçado que o que mais me preocupa é a minha privacidade aqui no internamento. Quando fico numa enfermaria tento preservar o meu espaço usando a cortina.
3. A alteração que sinto da minha intimidade é muita. Em primeiro lugar, interessante é que sinto dificuldade em circular de pijama. Quando entra alguém no meu espaço, tenho tendência em me tapar. É a sensação de mexer em coisas nossas que são só mexidas em privado e ficamos com a sensação de “não prestar-mos para nada”. O raio de acção do nosso espaço íntimo é mais curto. Sinto uma certa vergonha com o uso de roupas interiores no serviço e até quando tenho de me deslocar fora do serviço para fazer exames. Por outro lado sinto-me desprotegida e com limitação de movimentos devido ao soro e á medicação. Outra coisa que me põe pouco á vontade diz respeito quando tenho de utilizar a cadeira sanita para fazer as minhas necessidades fisiológicas: uso a cortina quando estou numa enfermaria mas mesmo quando fico no quarto tenho sempre o receio de alguém entrar de repente e de me sentir despida. Quando uso o wc, sinto uma certa preocupação por não a poder fechar

de forma a ficar só, sem ser interrompida. Mesmo quando tomo o meu banho diário, faço-o de uma forma rápida com a sensação que alguém está á espera de eu sair, de que aquele espaço não me pertence, não me diz nada, me falta as minhas coisas pessoais e íntimas. Na exposição física perante os profissionais é mais complicado perante os profissionais de sexo oposto do que quando lido com os do mesmo sexo.

4. Os sentimentos guardam para mim: não tenho o direito de preocupar os outros mais do que já sentem e colocá-los num plano que eles não conseguem entender. Por exemplo, o sofrimento é algo de privado e não gosto de ser visto pelos outros. Não gosto de visitas porque dou uma imagem diferente da que era e a de gostar de ser “coitadinha”. Normalmente evito dizer a minha doença aos outros para evitar o tal “coitadinha”. Quando tenho de exprimir uma tristeza tento fazê-lo só para mim para não preocupar demasiado o meu marido nem os meus filhos.

ENTREVISTA 4

1. O internamento é um choque violento porque em primeiro lugar é uma novidade, depois vou entrar num meio estranho, sem se saber o que se vai encontrar, em que ambiente vamos conviver, cria uma certa ambivalência de sentimentos: o porquê a mim ter acontecido isto. Numa passagem por este hospital uma funcionário acabou por me dizer e que muito me sensibilizou: você está doente e é um drama mas o sr. tem 50 e tal anos; agora o que dizer de uma criança com 10, 12 anos de idade. Em termos de objectos pessoais, trouxe comigo para o hospital o mesmo que se leva para uma viagem: os meus objectos de higiene pessoal, livro e revistas, roupa interior, telemóvel para receber mensagens porque eu não gosto de falar ao telemóvel no hospital.
2. O que mais me preocupa na entrada no serviço é de que passo a depender de outros, a depender de alguém. Não sei se ficarei num quarto, numa enfermaria ou se fico junto com outras pessoas em estado de saúde pior que o meu, ficarei ao lado de pessoas “velhotas”, confusas durante a noite. Choca-me um pouco aqueles doentes que ficam ao meu lado e que estão em fase terminal ou que estão mal.
3. Normalmente sou um pouco reservado e vivo parte do tempo de internamento na minha cama e pouco mais. Gosto do meu espaço reservado e não gosto de ouvir e ver os outros a incomodar os restantes doentes porque eu evito tudo o que possa incomodar os outros. Não me preocupa o facto de ter de andar com o pijama e com a roupa interior nas enfermarias ou em outros espaços. Aquilo que mais me afecta é a falta de privacidade quando quero usar o wc. O facto da casa-de-banho não ter chave por dentro que permita estar á vontade comigo na minha higiene e nas minhas necessidades fisiológicas é um grande entrave é minha privacidade e o facto de poder ser usada por todos os outros doentes, tenho algum receio da minha intimidade ser invadida. Penso que o grande déficite é estrutural e os equipamentos deveriam permitir mais privacidade á pessoa. Um outro problema que sinto é a incapacidade de ser-mos autónomos devido ao facto de estarmos com medicação em curso que obriga que vivamos sempre na nossa cama hospitalar.
4. Como gosto de expressar mais os meus sentimentos de revolta e tristeza só, tenho poucas visitas, só aquelas que são indispensáveis. Não gosto de estar perante muitas pessoas e que façam do doente um “desgraçadinho”.

ENTREVISTA 5

1. De certo modo, e uma situação nova, é uma sensação desagradável, de insegurança nunca sentida até ao momento; e uma situação que também acontece a nós e nunca só aos outros; quando bate à porta, também temos de assumir a situação. Normalmente somos Egoístas mas de repente temos de partilhar o nosso mundo com pessoas que estão ao nosso lado com os mesmos problemas e té em pior situação. Por outro lado encarei a situação nova com uma certa calma funcionando como um ensinamento.
2. Não sei bem definir; a descoberta de novas coisas; conhecemos certas coisas, aguarda-nos uma nova experiência, desde que não sejam fatais; o que é que me vão fazer? Quais as instalações que me vão calhar? Quem irá partilhar o meu espaço?
3. A perda é relativa, nós somos um animal de hábitos; perdemos uma série de aspectos que nos habituam a usar só para nós; de repente, o nosso mundo de hábitos e vícios, modificam-se, quebram-se, é um mal estar. O facto de andar de pijama, consigo habituar-me mais ou menos com facilidade, mas causa-me um certo constrangimento perante os outros; não sinto muita vergonha embora tenha sentido num aspecto ou outro; quando estive dependente dos enfermeiros (quando fui operado), senti algo de estranho, é como me tirassem a pele, senti-me desnudado, mas rapidamente apreendi como era; a gente habitua-se a uma situação desagradável.
4. Com pessoas estranhas, sinto um certo constrangimento perante pessoas conhecidas, manifesto-me sem grande reserva; muitas das vezes guardo os sentimentos mais complicados em virtude de não magoar as pessoas que me rodeiam, de os não deixar apreensivas; poderei no início esconder alguma coisa mas posteriormente extravaso mais. Fico um bocado desalentado Fico um bocado desalentado pelo facto de assar a ser doente e de não conseguir ser a mesma pessoa social.

ENTREVISTA 6

1. É uma preocupação e uma ansiedade difícil de gerir internamente. Como que é um corte daquela rotina que estamos habituados para a entrada num mundo desconhecido. È um receio de encontrar um local onde não nos adaptemos às pessoas e ao ambiente, é um receio das coisas correrem mal. Depois fica a ansiedade do que vai acontecer no dia seguinte, até nos faz dormir pouco com aquela preocupação...depois é o desconforto de não se saber o que levar para o internamento, que roupa e utensílios mais nos irá fazer falta. Eu em casa, por exemplo, não uso pijama; eu aqui tenho de usar; trago pijamas para estar mais à vontade e artigos de higiene.
2. O que me preocupa mais: quais são as reacções do tratamento que vou fazer; lembrei-me sobre com quem iria ficar no quarto? Se tinha possibilidade de ficar só? Mas não é a preocupação principal.
3. No aspecto sexual, em relação à minha doença, se a cabeça de cima não pensa, a de baixo anda menos; a minha actividade sexual diminuiu; fiquei desesperado quando soube da minha doença, o porquê acontecer a mim ?
Relativamente à minha higiene individual, há sempre a necessidade de estar só perante o meu corpo; tenho o hábito de desinfectar o chuveiro antes de lá entrar, não por vocês não o fazem mas porque é usada por muita gente e tenho a noção que é um espaço que não me pertence. Na altura do

internamento pensei que podia andar vestido com outra roupa minha que não o pijama – até pedi para me trazerem um fato de treino – porque me traz um certo constrangimento, não sinto um á vontade com o uso do pijama. O pijama é algo que indica que a pessoa não está bem. Por outro lado é uma forma de partilha e experiências dando-me conforto e vontade de vencer.

Uma experiência hospitalar que tive recentemente, quando fui operado, e que afectou a minha intimidade e directamente o meu pudor foi na altura de me terem de preparar para o bloco da cirurgia. Na preparação das pares mais íntimas, pedi para que fosse eu a fazê-lo, embora vocês estejam preparados para tudo isso; é uma sensação esquisita, onde nos invadem o nosso íntimo.

4. Relativamente à expressão dos meus sentimentos, eu na minha relação familiar tentei sempre viver os piores sentimentos sozinho, disfarçando, junto dos meus filhos, não demonstrando aquilo que sinto. É uma ansiedade e um stress após aquele embate com o conhecimento da doença; relativamente aos outros, perante os outros doentes ou até os técnicos, evito expressar verbalmente embora o faça gestualmente. Procuro em primeiro viver só os sentimentos.

ENTREVISTA 7

1. O ambiente do quarto hospitalar realmente é diferente do nosso quarto, com as nossas coisas, com a nossa casa de banho como um espaço privado e isto faz-nos falta. Claro que o hospital nunca pode ter as mesmas condições que temos em casa. Na véspera do internamento, preocupa-me em trazer aquilo que é indispensável num internamento de poucos dias, como a nossa roupa interior, utensílios de higiene pessoal e um livro para passar o tempo. Fica-se um pouco ansioso sobre o que nos irá acontecer amanhã, aquela sensação estranha de perda da nossa rotina e a entrada no desconhecido.
2. No dia de internamento fico preocupada em deixar a minha mãe que tem 83 anos de idade, embora fique a minha filha que me dá ajuda lá em casa. É mais a separação familiar que sinto mais no ficar no hospital. Não tenho tanta preocupação se fico sozinha ou acompanhada na enfermaria, embora sinta muito mais á vontade quando tenho possibilidade de ficar num quarto mesmo se o quarto não tem wc. Privativo como é o caso. O sentir-mos sós na altura do internamento dá-nos uma certa liberdade de movimentos do que se temos de partilhar o mesmo espaço. E depois não sabemos em que condições vão encontrar os outros doentes que ficam ao nosso lado. O facto das pessoas se sentirem mal ao meu lado, de terem de vomitar por causa do tratamento, é um pouco incomodativo embora saibamos que também nos podem acontecer e que temos de ter paciência. Embora na minha vida profissional não seja uma pessoa muito social, não sino problema em ter de ficar numa enfermaria.
3. Relativamente á alteração da minha intimidade, existem alguns constrangimentos que são ultrapassável facilmente talvez pela minha experiência em hospitais. Claro que não é a mesma coisa andar a circular com roupa interior pelo serviço, como circular em casa, até porque tenho o cuidado de utilizar roupas mas apropriadas para andar aqui. Vergonha perante os profissionais com a exposição d meu corpo nunca senti nem perante os outros doentes. No entanto, sinto que se estivesse dependente de outros nos cuidados de higiene em que me tivesse de expor aos outros, naturalmente que numa primeira fase sentiria um certo pudor dessa minha exposição. O nosso corpo é algo que nos diz apenas a nós e é sempre difícil aceitar que os outros nos mexem mas também se pode ultrapassar essa situação sem grande problema.

4. Como eu já disse tenho uma certa predisposição para eu viver sozinha os sentimentos de tristeza, de revolta, de emoções depressivas. Tento proteger os outros dos meus problemas, daí que a expressão dos meus sentimentos perante os outros normalmente não o faço. É uma lua interior em que eu tento ultrapassar através de actividades várias domésticas, em que a minha mão não note diferenças nas minhas atitudes e no meu trabalho diário. Lavo a roupa, passo a ferro e sempre fui muito independente desde a minha infância. No fundo, eu resguardo-me um pouco da tendência do “coitadinho” que é um sentimento incómodo. E por ter trabalhado neste hospital, a minha exposição aumentou e isso pode até certo ponto ser incómodo. Lá está, tento ultrapassar isso.

ENTREVISTA 8

1. O que mais me preocupava em casa era o que iria encontrar no hospital. Eu estou habituada a ter a minha casinha pequena com as minhas coisas, aquecida e tinha a sensação de nada disto iria ter no internamento. Tive o cuidado de trazer roupas quentes e os meus objectos de higiene pessoal. As próprias roupas que escolhi eram diferentes das que costumo usar em casa, porque me sinto mais protegida dos olhares dos outros. Não me lembro de ter tido outras preocupações.
2. No dia de entrada, preocupava-me o facto de estar com dores e de demorar muito tempo a minha entrada no serviço. Como ira ser recebido e em que condições: se iria ficar junto de doentes que estivessem mal ou se ficaria sozinha na enfermaria. Claro que eu não pedi para ficar sozinha mas gostava, e até acabei por ficar. A gente como doente sente-se mais á vontade só do que ter de estar junto com dentes que possam estar até muito mal e que incomodem. A maior preocupação é só com atendimento: não são as paredes mas o acolhimento afectivo, quentinho e não a estrutura do hospital. O hospital ode ser moderno mas o acolhimento é muito importante. Quanto ás normas, não senti dificuldade em cumprir as normas hospitalares.
3. Durante o internamento, aquilo que nos afecta é a necessidade de mostrar o nosso corpo aos outros. Aos profissionais, desde que seja com respeito, não sinto grande dificuldade mas perante os outros doentes incomoda-me. A nossa intimidade é readaptada ás condições do serviço: tomar banho após os outros e com algum medo dos outros entrarem e eu estar nua , a vestir-me ou a fazer outras coisas. Na enfermaria, perante os outros doentes tenho vergonha em incomodar os outros, até mais do que ser incomodada. Tive uma experiência muito aborrecida, quando numa noites tive de fazer as minhas necessidades fisiológicas na cadeira sanita, por não poder deslocar-me ao W.C. E como estava com diarreia foi uma sensação estranha porque estava a incomodar o doente ao lado. Se estivesse só, estava mais á vontade. Portanto todas as nossas vergonhas de nos expor aos outros vêm ao de cima. A nossa autonomia desaparece e ficamos dependentes dos outros e isso é como um corte da nossa vida íntima. Se tiver de me expor fisicamente aos profissional, lógico que prefiro faze-lo perante o mesmo sexo do que o oposto.
4. Relativamente aos sentimentos, eu choro com muita facilidade porque tenho saudade de casa, dos irmãos e porque a doença deixa-nos muito mais tristes. Não tenho vergonha em chorar à frente dos outros sejam profissionais ou até doentes eu estejam na enfermaria embora o tente sempre fazer mais na minha privacidade. O sentimento é algo que é meu, esteja triste ou alegre, é meu.

5. Em termos de estatuto à uma grande diferença, passamos a ter um rótulo de doente e esquecem-se completamente daquilo que nós somos profissionalmente. Ficamos sujeitos a fazer aquilo que os outros querem e não nos dão espaço para pensar e participar na nossa doença. Sentimos o mundo a cair sobre nós e passamos de repente a depender de todos menos de nós. No início da nossa doença até temos a necessidade de nos esconder dos outros, não aceitamos a mudança desse estatuto.

ERRATA

ONDE SE LÊ

“Assim, este carácter de intimidade..”; pág. 15, col.1
Pudor e Intimidade da Pessoa; pág.21, cabeçalho
 “.. individual de pessoa-valor-tipo”; pág. 21, col. 10
 “L’ouvre durable de Scheler consiste en une...”;pág. 21, col. 15
 “..e as ideias da ciência moderna e da...”; pág.22, col.22
 “...ambos pertencem ao...”; pág.25, col.23
 “... que os instintos são...”; pág.27, col.2
 “... deve ser considerada ...”; pág.31, col.25
 “...à sua plena realização Daqui...”; pág.42, col.6
 “...á afirmação do valor da condição...” pág.49, col.4
Idem; pág.49, pé de página, col.8
 “...de que se ocupou Max Scheler...” Pág. 55, col.8
 “... fundada na fusão dos dois...”; pág. 63, col. 13
 “... intuíti um modo mais complexo...”; pág. 66, col.14
 “HABIBE, Claude - «pudeur»...”; pág. 73, col.27
 “... dimensão corporal ...”; pág. 85, col. 6
 “...no sentimento do pudor.”; Pág. 87, col.6
Pudor como sentimentos afectivos; pág. 87, col. 7
 “...esta característica Scheleriana...”; pág. 92, col.14
 “... afirmar que esta diferenças”; pág. 106, col.4
 “O pudor – valôr e também virtude...”; pág.109, col.9
 Finalizado a fundamentação...; pág. 114, col.4
 “...devidamente instalados ...”; pág. 120, col.4
 “...Medicina II do Instituto.”; pág. 128, col.14
 “... existir em simultâneo...”; pág.147, col.29
 “...ser parte dela...”; pág.150, col.9
 “...qualitativo e fenomenológico...”; pág.157, col.12

DEVE LER-SE

“Assim, esta característica de intimidade..”
Concepção de Pessoa em Max Scheler
 “.. individual de *pessoa-valor-tipo*”
 “L’ouvre durable de Scheler est une...”
 “...e das ideias da ciência moderna e na...”
 “...ambos pertencentes ao...”
 “... que os instintos são...”
 “... deve ser considerada ...”
 “...à sua plena realização. Daqui...”
 “...à afirmação da condição...”
Ibidem
 “...de que se ocupou Max Scheler..”
 “... fundada na fusão dos dois...”
 “... forma um modo mais complexo...”
 “HABIBE, Claude - «pudeur»...”
 “... dimensão corporal ...”
 “...no sentimento «afectivo» do pudor.”
Pudor como sentimento afectivo
 “...esta análise Scheleriana...”
 “... afirmar que estas diferenças”
 “O pudor – como valor e virtude -...”
 Finalizada a fundamentação...
 “...devidamente instalados ...”
 “...Medicina II do Instituto...”
 “... existir em simultâneo...”
 “...ser parte dele...”
 “...qualitativo e fenomenológico...”