



# O Tocar na Relação de Cuidado Baseada no Sensível

Danis Bois  
Hélène Bourhis

**RESUMO – O Tocar na Relação de Cuidado Baseada no Sensível.** Este artigo visa a introduzir a relação de ajuda manual no campo da educação para a saúde. Argumentamos em favor do interesse em se integrar a dimensão humana no tratamento dos pacientes, através do tocar relacional. O leitor encontrará um inventário da questão na França e descobrirá uma abordagem de acompanhamento baseada na mediação corporal fundamentada no Sensível.

Palavras-chave: **Corpo Sensível. Cuidado. Relação de Ajuda Manual. Sensível. Somatopsicopedagogia.**

**ABSTRACT – The Role of Touching in the Sensitive-Based Relationship of Care.** This paper aims to introduce the relationship of manual help in the field of Education for Health. It is argued in favor of the interest in integrating the humane dimension to the treatment of patients by means of the relational touch. The reader will find an inventory of the matter in France and discover an assistance approach founded on Sensitive-based corporal mediation.

Keywords: **Sensitive Body. Care. Relationship of Help Manual. Sensitive. Somato-Psychopedagogy.**

Este artigo visa a introduzir uma abordagem somatopsíquica na relação de ajuda ao paciente. Há alguns anos acompanhamos o surgimento de uma mutação nas concepções concernentes à visão do cuidado. Por muito tempo, a ideia de cuidado foi reduzida a *efetivar um cuidado* ou a *oferecer um cuidado* determinado por uma patologia. Nesta acepção do termo, a pessoa que sofre de uma doença é relegada ao segundo plano, em proveito de uma abordagem sintomática. As ciências humanas e sociais trouxeram uma evolução no entendimento dos pacientes, incluindo uma dimensão humana que cede lugar a uma aproximação centrada na pessoa. Devemos às ciências da educação um olhar que privilegia o polo educativo e formativo do cuidado. As dimensões do *cuidar de alguém* são múltiplas, permitem o encontro e o acompanhamento do outro em sua existência, com o objetivo de participar do processo de desenvolvimento da saúde. Dentre as numerosas abordagens existentes, priorizamos a noção de *oferecer cuidados* sob o ângulo do tocar na relação de ajuda manual baseada no Sensível.

Em um primeiro momento, situamos os desafios do sentimento de existência e introduzimos o tocar relacional de ajuda em seu campo paradigmático e epistemológico como ele se apresenta na França. Isso permitirá aos colegas brasileiros situarem melhor o contexto da relação de ajuda em um país europeu. Em um segundo movimento, introduzimos a relação de ajuda sob a ótica do Sensível por meio de uma abordagem somatopsicopedagógica do acompanhamento do paciente.

## **Doença e Sentimento de Existência**

Todos os testemunhos convergem no mesmo sentido: diante de uma doença grave, a pessoa passa por uma grande crise existencial. P. Ben Soussan refere-se a uma *experiência extrema* para definir o paroxismo de um acontecimento que desencadeia uma série de emoções frequentemente incontroláveis, que chega até mesmo a abalar os valores existenciais da pessoa. O sentido da vida, que até então parecia evidente, é subitamente rompido e todas as referências de vida são questionadas, isso porque a doença interrompe uma lógica que não pode mais ser integrada ao que é conhecido. Instala-se, então, o caos; em alguns casos, porém, a crise vivida constitui, ao contrário, uma oportunidade de questionar o sentido profundo da existência. É o que enfatiza E. Gagnon: “[...] *uma oportunidade de romper com o curso habitual da existência, de mudar de vida, de se conhecer e de sair engrandecido desse processo*” (Gagnon, 2005, p. 648). B. Girardeau, um célebre ator francês, amplia essa ideia ao declarar no jornal *Le Figaro*: “*Cada câncer é único, pois cada doente é único [...] a doença me propunha ir em direção daquilo que sou*”.

A literatura mostra que os homens não são iguais diante da doença; alguns têm uma percepção dela que os paralisa, aniquilando todos os valores da sua existência: *por que eu?, por que agora?, que sentido dar à minha vida?, que*

*orientação dar aos meus projetos?*. Esta série de perguntas demonstra até que ponto a questão do sentido está impregnada no itinerário da doença. Muitos buscam uma causa para a sua doença: *o que eu fiz ou não fiz para merecer isso?*. Ao passo que outros encontram nessa experiência uma força interna que não conheciam, descobrem nessa adversidade novas figuras do sentido. No prolongamento dessa busca existencial, enfatizemos a distinção feita por M.C. Josso entre um aprendizado por meio da experiência e uma experiência existencial:

Eu gostaria que se admitisse o interesse de introduzir uma distinção entre ‘a experiência existencial’ e ‘o aprendizado por meio da experiência’. Efetivamente, a experiência existencial diz respeito à totalidade da pessoa, à sua identidade profunda, ao modo pelo qual ela se percebe como ser vivo, ao passo que o aprendizado por meio da experiência diz respeito apenas a transformações de menor porte. [...] Não existe verdadeiramente uma metamorfose do ser (Josso, 1991, p. 198).

Deve ser destacada aqui a ideia bastante contraditória na evolução da formação da pessoa de que a experiência existencial atua quando o sujeito se orienta na direção de uma atitude compreensiva de sentido que o conduz a uma metamorfose do seu ser. O que se destaca aqui é a ideia, totalmente consensual na evolução da formação, de que a experiência existencial é ativada quando o sujeito se orienta na direção de uma atitude compreensiva de sentido que o conduz a uma metamorfose do seu ser. A abordagem da somatopsicopedagogia leva a pessoa a reconciliar-se com seu corpo e encontrar uma proximidade consigo mesma. O tocar relacional é uma prática especializada do sentido da experiência corporal, pertinente no acompanhamento de que mantém uma relação negativa com o corpo em razão de sua doença.

## **O Ato de Tocar na Relação de Cuidado**

Com grande frequência, as relações interpessoais estabelecem-se por intermédio da linguagem, mas a linguagem não pode ocultar a importância da comunicação não verbal associada a ela. Existe uma dimensão sensorial do cuidado, na qual o olhar, a escuta e o toque, o ato de tocar, desempenham papel fundamental na relação. C. Mercadier, porém, situa o tocar como o sentido primordial na relação. “Dentre todos os sentidos, ele é o mais interativo: não se pode tocar sem ser tocado” (Mercadier, 2002, p. 17). Em seu doutorado em medicina, S. Bancon concorda com esse ponto de vista, acrescentando uma dimensão de profundidade na troca por meio do tocar: se o olhar e a escuta são os primeiros sentidos utilizados na aproximação com o corpo do paciente, o tocar é um sentido à parte, isso porque ele envolve simultaneamente aquele que toca e aquele que se deixa tocar.

Embora o olhar e a escuta sejam os primeiros sentidos a serem acionados na abordagem do corpo do paciente, o tocar é um sentido à parte, e isso pelo fato de que ele envolve, simultaneamente, aquele que toca e aquele que se deixa permite tocar em uma verdadeira troca. O sentido tátil diz respeito ao corpo como um todo, englobando toda a superfície da pele, assim como da percepção em profundidade. Enquanto o olhar e a escuta examinam o corpo superficialmente, o tocar irá perceber o outro em toda a sua densidade (Bancón, 2008, p. 85).

É fato estabelecido que o tocar constitui uma ajuda incontestável para uma relação de qualidade. Essa observação, porém, não diminui a importância do gesto técnico, ela lhe confere uma dimensão global e humana que permite ao paciente realizar a experiência de seu corpo: “A maneira pela qual o paciente se sente tocado pelo terapeuta definirá, em grande parte, a experiência que ele tem do seu corpo” (Vinit, 2007, p. 121).

Constatamos que o impacto relacional do tocar implica uma postura particular do clínico. Um tocar responde a um desejo, a uma necessidade e a intenção do clínico deve colocar-se no mesmo tom do desejo do paciente e ser associada a um *savoir-faire* técnico.

Existe um amplo conjunto de disciplinas que utiliza o tocar como base de sua ação, mas que não desenvolveremos aqui. Cada uma delas apoia-se em conceitos ligados a uma determinada filosofia. Existem numerosas classificações dos diferentes tipos de tocar na literatura científica (Eastabrooks; Morse, 1992; Chang, 2001; Routasalo, 1999) e, em sua revista, Routasalo enumera dezenas delas. No conjunto desses trabalhos, encontramos geralmente três categorias do ato de tocar: o tocar considerado como técnica; o tocar como relação; o tocar como comunicação. Alguns autores distinguem, igualmente, o que denominam o tocar de conforto e de bem-estar que reagrupa os múltiplos toques-massagens (Paryez; Savatofski, 2009; Abrassart, 2004; Hieronimus, 2007; Veldman, 2007). Outros autores acrescentam uma dimensão energética ao tocar que Chang (2001) denomina “*toques-cósmicos*”. No contexto deste artigo, deixaremos de lado o tocar técnico, também denominado tocar funcional, de procedimento ou utilitário que, ao lado dos toques energéticos, são voltados para objetivos específicos, para nos dedicarmos ao tocar relacional, igualmente denominado tocar de solicitude, social, reconfortante.

O tocar relacional de ajuda foi objeto de inúmeros artigos e obras que delimitam seus contornos (Dolto, 1988; Bois, 1989, 2006, 2007; Bois; Berger, 1990; Van Manen, 1999; Bonneton-Tabariès; Lambert-Libert, 2006; Vinit, 2004; Hieronimus, 2007; Austray, 2009). Entre os diferentes contornos esboçados pelos autores, retomemos as definições propostas por D. Austray: “[...] o tocar relacional começa quando o cuidador que oferece cuidados ultrapassa o aspecto técnico do seu gesto, para considerar a realidade do seu paciente” (Austray, 2009, p. 156) e por F. Vinit, para quem o tocar relacional: “[...] reúne o conjunto dos gestos de valor expressivo e comunicacional, que expressam uma determinada qualidade presencial diante do outro e da relação” (Vinit, 2007, p. 99).

Escolhemos na literatura especializada algumas passagens que ilustram o interesse do tocar relacional na dimensão do cuidado, na esfera das modalidades de cuidados. Esse tocar permite ao paciente sentir-se considerado em sua globalidade enquanto pessoa humana e não apenas enquanto doente: “Por meio do tocar relacional, o paciente pode finalmente sentir-se considerado e tomado na sua totalidade, reconhecido como um ser completo” (Bonneton-Tabariès; Lambert-Libert, 2006, p. 85). Encontramos essa dimensão em D. Bois, que enfatiza que tocar um corpo, em qualquer uma das suas partes, não significa apenas tocar a pessoa, mas também tocar um ser vivo, no que ele traz em si mesmo de vulnerabilidade, mas também de vigor. Com tudo o que este último comporta em si de vulnerável, mas também de vigor.

Quando se toca um corpo, não se toca apenas um organismo, mas uma pessoa em sua totalidade: o tocar não se restringe apenas a um coração, um fígado, um osso, mas a um ser vivo com seus medos e com suas potencialidades (Bois, 2006, p. 72).

Uma perspectiva como essa deve estar sintonizada com a demanda do paciente, é o que enfatiza Van Manen: “[...] o paciente espera primeiramente desta mão que ela seja capaz de cuidar, que ela ofereça cuidados (*a caring hand*), ou seja, não apenas que ela toque o corpo físico, mas igualmente o *eu*, a pessoa encarnada em sua totalidade” (Van Manen, 1999, p. 22). Este aspecto ético é importante, pois algumas pessoas não desejam ser encaradas desta maneira. Esta qualidade do tocar implica, por conseguinte, um consentimento do paciente, mas igualmente um autêntico compromisso do clínico: “[...] tocar, é assumir um compromisso, implicar-se na relação com o outro, pois a mão que toca reflete os seus sentimentos profundos e não pode enganar como a palavra” (Bonneton-Tabariès; Lambert-Libert, 2006, p. 94). Esse pacto é sustentado por uma postura de escuta profunda: “[...] a mão passa a desempenhar o papel de um ouvido da alma no projeto de escutar o paciente. Trata-se de um ‘tocar de escuta’, um ‘tocar de reencontro’, um tocar de reconhecimento que legítima e reconhece” (Tournebise apud Courraud, 2007, p. 48). Dr. Austray leva essa dinâmica em consideração quando destaca o tocar em sua dimensão de abertura para o ser:

A experiência de tocar é uma experiência do ser humano; o tocar é exatamente, justamente o tocar do outro, o encontro com uma pessoa, mas é também encontro com o humano, o humano que existe em si e o humano que existe no outro (Austray, 2009, p. 146).

O tocar relacional de ajuda manual, aplicado nas instituições de cuidado implica um gesto profissional integral que requer competências reconhecidas e identificadas pela ciência médica. Entretanto, apesar dessa exigência, a integração do tocar relacional em ambiente hospitalar permanece delicada, em função da proximidade que o cuidador pode ter com o paciente, tal como

ênfatiza A. Perraut Soliveres:

Tomemos o exemplo de algumas posturas ligadas à segurança no trabalho que exigem uma grande proximidade com o paciente para poder mobilizá-lo com delicadeza. Raros são os cuidadores que suportam uma intimidade física desse tipo, seja porque esse contato os incomoda por uma questão de pudor, seja porque lhes causa repulsa (Perraut Soliveres, 2001, p. 272).

Além disso, essa dificuldade é ampliada pela dimensão subjetiva que o tocar evoca, ensejando estratégias de evitamento, como destaca F. Vinit: “[...] o ato de tocar é então enquadrado em um ‘profissionalismo’ que limita as trocas muito pessoais” (Vinit, 2007, p. 36). Esse autor acrescenta que o “saber tocar”, construído e transmitido durante a formação médica consiste em evitar a materialidade da pessoa em estado de sofrimento, em proveito de uma atenção totalmente voltada para os sintomas físicos da doença e não necessariamente para a pessoa que sofre (Vinit, 2004). Em consequência, existe toda uma estratégia que evita o contato demasiado comprometedor e que, por vezes, chega a extremos:

Na efetivação dos cuidados, as enfermeiras preocupam-se frequentemente em não tocar e olhar a pessoa ao mesmo tempo, de modo a não confundirem o corpo físico como objeto do tratamento e o ser emocional que vivencia os cuidados (Vinit, 2007, p. 75)

Apesar disso, assistimos na França a uma renovação das mentalidades no meio médico, que se encarrega de uma oferta de cuidados mais humanos ao paciente. Há uma vontade de instaurar democracias sanitárias (direito dos doentes, papel das associações de pacientes, desenvolvimento do modelo ecológico), que podem propiciar o direito ao reconhecimento da experiência dos pacientes no seio das instituições de cuidado. (E. Jouet; L. Flora, 2010). Neste contexto, há uma abertura para a dimensão relacional.

O tocar relacional de ajuda é cada vez mais adotado pelas instituições de saúde, pelos hospitais; é praticado quase sempre pelas enfermeiras, ao passo que, paradoxalmente, está pouco integrado na prática dos fisioterapeutas, embora o tocar seja o instrumento central de sua profissão. É nas revistas especializadas ligadas à enfermagem que se encontra uma literatura rica relativa ao tocar relacional (Perraut-Soliveres, 2001; Mercadier, 2002; Belmin; Amalberti; Béguin, 2005; Attely 2010). Inúmeros artigos mencionam o *tocar massagem* ou *massagem relaxante* para definir a dimensão racional do tocar e para distingui-lo dos gestos habituais da enfermeira. Com o tocar-massagem, a relação entre a enfermeira e seu paciente assume outro aspecto. Este tocar é particularmente indicado para pessoas que não podem mais se comunicar verbalmente. J. Belmin, F. Amalberti e A.-M. Béguin nos oferecem um exemplo da pertinência do tocar em pessoas idosas:

No cuidado relacional, qualquer contato corporal torna-se um lugar privilegiado de encontro quando a linguagem verbal da pessoa idosa torna-se difícil ou até mesmo impossível. Não se trata aqui de quantificar, controlar e explicar todos os atos ou resultados esperados, mas de aceitar acolher o que acontece, acompanhando a pessoa idosa muito além do que, como cuidador, se pode compreender a respeito dela (Belmin; Amalberti; Béguin, 2005, p. 304).

Neste contexto particular, o ato de tocar visa entrar em comunicação com a pessoa e fazê-la saber que ela não está só. Além desse aspecto, porém, o tocar relacional favorece a reconciliação com o corpo e a mobilização de uma consciência mais aguçada de si, uma dimensão educativa que aparece nos argumentos de J. Belmin, F. Amalberti e A.-M. Béguin:

Na presença que implica o cuidado educativo, o tocar está a serviço dos processos de aprendizado. O cuidador que o utiliza pode ajudar a pessoa idosa a se reconciliar parcialmente com o seu corpo, reaprender a amá-lo, a aceitá-lo tal como ele é (Belmin; Amalberti; Béguin, 2005, p. 303).

Para alguns autores, o tocar relacional pode igualmente incidir na eficácia do tratamento:

O desenvolvimento da relação de ajuda surgiu, então, como uma inevitável evolução na qualidade e na eficiência da medicina. Não se trata aqui de considerações psiquiátricas, nem de psicopatologias a serem curadas, mas de uma qualidade dos comportamentos diante do sofrimento humano. Ela [...] é atualmente reconhecida como um cuidado integral. [...] Ao reaproximar o cuidador do paciente, o tocar-massagem permite uma melhor percepção e conhecimento do outro, uma melhor escuta que aprimora significativamente a qualidade dos tratamentos (Bonneton-Tabariés; Lambert-Libert, 2006, p. 92-93).

O estudo do tocar relacional manual mostrou a pluralidade dos métodos utilizados no cuidado. Dentre as numerosas práticas manuais que envolvem os cuidados, encontramos a *fasciaterapia*<sup>1</sup> praticada com maior frequência por um fisioterapeuta, que requer não apenas um procedimento protocolar e técnico, mas também uma qualidade de relação humana do clínico:

A *fasciaterapia* concebe o corpo como base de acesso à experiência subjetiva e corporal que apreende a pessoa em sua profundidade. O gesto nela envolvido é, simultaneamente, técnico e vetor de uma qualidade relacional (Courraud, 2007, p. 9).

Apesar de seu atraso na consideração da dimensão racional no cuidado, a Fisioterapia começa a levar em conta a dimensão relacional de ajuda por meio do tocar. C. Courraud, Fisioterapeuta também dedicado à psicopedagogia, responsável pela formação em *fasciaterapia*, enfatiza a necessidade de introduzir na fisioterapia a dimensão de relação de ajuda:

A relação de ajuda adaptada à fisioterapia ainda está para ser descoberta, construída e ensinada. Não é suficiente apenas aplicar a relação de ajuda psicológica à fisioterapia, pois o fisioterapeuta não tem nem a vocação, e nem a formação para tornar-se psicoterapeuta. Compreende-se, assim, que a formação da relação de ajuda nos dias correntes se apresenta como uma formação prioritária para o clínico, e que ela se desenvolve cada vez mais no âmbito das profissões médicas e paramédicas. [...]. Apesar disso, o desafio desta pesquisa induz à necessidade de se operar uma mutação epistemológica do paradigma da fisioterapia (Courraud, 2007, p. 8-9).

Em sua dissertação de mestrado em psicopedagogia perceptiva, C. Courraud nos confia os processos de transformação operados em sua mentalidade:

Não esqueço as dificuldades que eu mesmo encontrei para deslocar o centro dos meus interesses terapêuticos e modificar minhas concepções intelectuais. Finalmente, nesse contexto específico é necessário mudar a visão do cuidado. O fisioterapeuta não é um técnico que pratica um cuidado, mas uma pessoa que ajuda um paciente a cuidar de si. Esta dupla orientação do cuidado mostrou-se pertinente no tratamento dos pacientes. Esta pesquisa deveria propiciar a construção de elementos suplementares em prol da integração de uma relação de ajuda no âmbito da fisioterapia. Essa preocupação será encontrada ao longo de toda a minha pesquisa, na qual se delineiam os contornos de uma relação de ajuda por intermédio da mediação corporal, e que teria o mérito de se inscrever no campo de competência da fisioterapia (Courraud, 2007, p. 9).

## O Tocar Relacional de Ajuda Manual em Somatopsicopedagogia

Anteriormente a este item apresentamos o papel do tocar relacional no cuidado, a fim de oferecer ao leitor uma referência epistemológica e teórica para a nossa pesquisa. A somatopsicopedagogia<sup>2</sup> é uma disciplina que envolve quatro instrumentos práticos: a relação de ajuda manual, a relação de ajuda gestual, a relação de ajuda introspectiva e a relação de ajuda verbal<sup>3</sup>. Vinculado ao termo *psicopedagogia*, o termo *somato* enfatiza o primado do corpo em todas as operações educativas propostas, enquanto o termo *pedagogia* remete ao caráter formador de acompanhamento próprio a esse método. Quanto à dimensão *psico*, ela reflete a atividade cognitiva e mental requerida pela prática da somatopsicopedagogia.

Nesse contexto, o tocar relacional constitui uma forte dimensão de *relação de ajuda*, na qual o clínico é, simultaneamente, especialista na arte do tocar e pedagogo na arte de acompanhar uma pessoa no aprendizado de suas vivências internas e, igualmente, no acesso a novos conhecimentos que contribuirão para sua transformação. Dentre todos os instrumentos propostos pela somatopsicopedagogia, unicamente a relação de ajuda manual constitui o objeto de nosso estudo.



## Gênese da Emergência da Relação de Ajuda Manual Baseada no Sensível

Em todos os escritos de D. Bois, o corpo vivo ocupa um lugar central, primeiramente na elaboração da *fasciaterapia* e, em seguida, da somatopsicopedagogia. Antes de tornar-se doutor em ciências da educação e professor de psicopedagogia, ao longo dos anos 1980, D. Bois era fisioterapeuta e especialista em osteopatia. Nessa época, ele explorou a vida subjetiva que ele provoca com a sua mão e descobre a presença de uma animação interna inovadora quando comparada à encontrada na prática da osteopatia: “Tomei consciência de que a atividade interna que eu percebia não correspondia àquela descrita pela osteopatia” (Bois, 2009, p. 53). Na essência dessa percepção íntima encarnada na substância corporal, D. Bois experimentou um movimento interno que transforma o “corpo objeto” em “corpo sujeito”, pois diz respeito à pessoa em sua singularidade. “Ele (o sujeito) descobre a presença de um movimento interno que se move no interior da matéria e que traz consigo o princípio primordial da subjetividade” (Bois; Austray, 2007, p. 7).

D. Bois prefere denominar a atividade interna de *movimento interno*. Esta escolha está ligada às manifestações que se efetivam sob a mão, sob a forma de orientações, amplitudes, ritmos, velocidade, e que são constitutivas de qualquer movimento. A dimensão *interna* é justificada em virtude do movimento percebido situar-se na interioridade do corpo e dos tecidos. Dentre todas estas categorias de movimento, a velocidade atrai a atenção de D. Bois, pois ela apresenta uma lentidão idêntica em todos os pacientes. D. Bois relata a ligação entre a lentidão e a totalidade, oferecendo um excerto do seu diário, datado de 1980:

As órbitas de influência que percebo não estão em consonância com o modelo descrito pela osteopatia. Minhas mãos captam uma atividade de outra natureza, mais lenta e referente não apenas à matéria, mas também à pessoa em sua totalidade (Bois, 2009, p. 53).

O movimento interno tornou-se uma profunda expressão do humano que existe no homem: “Depois de tanto escutar o movimento interno sob minhas mãos, finalmente admiti que ele não é apenas um órgão da comunicação silenciosa do corpo, mas que se trata, igualmente, do sentido por meio do qual o corpo do homem torna-se humano” (Bois, 2009, p. 54).

Em meados dos anos 1989, D. Bois constatou a desigualdade perceptiva entre as pessoas.

Tomei consciência de que certos pacientes não tinham acesso ao caráter essencial do tônus corporal desencadeado pelo tocar relacional. Eles pareciam sofrer de uma forma de cegueira perceptiva motivada pela natureza da interioridade. Sentia-me extremamente desafiado! Como uma pessoa poderia não perceber

fenômenos inerentes a seu corpo, enquanto uma pessoa estranha tinha acesso a eles por meio do tocar relacional? (Bois, 2009, p. 55)

Essa etapa constitui uma grande mutação na evolução do método, dando lugar à integração de uma dimensão pedagógica com a ação terapêutica, permitindo a um maior número de pessoas realizarem a experiência da sua interioridade viva e Sensível. “A dimensão do sensível [...] nasce de um contato direto, íntimo e consciente de um sujeito com o seu corpo” (Bois, 2007, p. 18).

O Sensível nasceu precisamente do estudo da relação que o sujeito estabelece com o movimento interno. A percepção do Sensível capta informações internas sutis, a princípio pouco intensas, porque elas não são perceptíveis pela percepção habitual e, ao mesmo tempo, são paroxísticas quando o sujeito tem acesso a essa espécie de percepção. Esse estranhamento perceptivo exige que seus contornos sejam precisados em relação ao sentido clássico atribuído ao Sensível:

Via de regra, seja em filosofia ou em neurociências, a percepção sensível é sempre visualizada em relação ao mundo exterior ou a um objeto. Nós a situaremos aqui sempre em relação a algumas manifestações vivas da interioridade corporal. Portanto, não falaremos mais em percepção sensível, dedicada à apreensão do mundo, mas antes de percepção do sensível, que emerge de uma relação do indivíduo consigo mesmo (Bois, 2007, p. 18).

É com base na percepção do sensível que se constrói a relação de ajuda manual baseada na *reciprocidade atuante*. Trata-se de uma qualidade de relação de ajuda particular, que surge no momento em que duas pessoas entram em relação com elas mesmas, no âmago de sua subjetividade corporificada. Instaura-se, então, um território de troca intersubjetiva que gera uma influência recíproca, evolutiva, que circula entre *aquele que toca e aquele que é tocado* e entre *aquele que é tocado e aquele que toca*. Trata-se de uma espécie de categoria relacional que se apóia na arquitetura tônica interna da pessoa. Na verdade, D. Bois observou o aparecimento de uma modulação tônica quando sua mão oferecia um ponto de apoio ao corpo. Ele próprio descreve precisamente esse fato nos seguintes termos: ocorre uma defasagem entre o momento em que o ponto de apoio é realizado e o aparecimento da *tensão tônica*; um *contágio tônico que traduz a difusão dessa tensão na extensão do corpo*; um *envolvimento da pessoa por intermédio da intensidade da resposta tônica*; um *limite máximo de intensidade que traduz o confronto entre a força de renovação do corpo e a força de preservação* (momento intenso de confronto perceptivo-cognitivo: construtivismo imanente); enfim, um *relaxamento tônico que provoca um movimento interno de liberação e de distensão psíquica e corporal*.

Por intermédio da reciprocidade atuante, a pessoa tocada torna-se capaz de entrar em ressonância com as suas vivências internas, e é isso o que interessa a D. Bois, exatamente pelo fato de que esse tocar relacional torna-se, então, educativo para a pessoa:

Ela aprende, assim, a escutar seu corpo e seu pensamento, motivada por suas modificações tônicas. Eu denominava essa reconstrução identitária psicofônica, 'ligação somatopsíquica'. A ligação 'somatopsíquica' transformava-se então, em ação pedagógica por meio da qual o clínico restabelecia um diálogo entre o psiquismo e o corpo. Desde então, eu não tratava mais o corpo sem apelar para a mente, nem a mente sem apelar para o corpo, o espírito, e tampouco a mente sem apelar para o corpo (Bois, 2009, p. 61)

Durante a evolução do método, emergiu o modelo da mobilização introspectiva Sensível ou sensorial que contribui para a atribuição de sentido à subjetividade corporal nascida dessa qualidade relacional:

Para definir a natureza da mobilização introspectiva que permeava todas as ações pedagógicas intermediadas pelo Sensível, escolhi o termo 'introspecção sensível' [...] A introspecção sensível propiciava uma análise introspectiva muito ativa da interioridade do corpo (Bois, 2009, p. 62).

Assistimos, então, ao desenvolvimento de um protocolo que favorece a mobilização introspectiva ligada com o Sensível, descrita de modo preciso na análise biográfica de D. Bois. Dadas as circunstâncias, reteremos apenas os impactos pedagógicos da introspecção Sensível, também denominada introspecção sensorial:

Graças à mobilização introspectiva Sensível, as pessoas envolvidas nesse modo de sentir tinham acesso a categorias do Sensível que se apresentavam à consciência do sujeito sob a forma de um movimento interno, de um calor, de modulações internas que remetem a um sentimento de profundidade, de globalidade e de existência. A introspecção sensível, porém, não desenvolvia única e exclusivamente o modo do sentir, ela propiciava também uma ampliação do modo do pensar. Neste instante eu assistia às premissas de uma mobilização perceptiva e cognitiva que em seguida davam acesso à atribuição imediata de sentido ligada à experiência corporal vivida (Bois, 2009, p. 62-63).

Nota-se que a evolução do método é decorrente de um projeto fundador: "É possível acompanhar uma pessoa que instaura uma maior proximidade com ela mesma?" (Bois, 2009, p. 70).

À mediação corporal e, principalmente, ao encontro com o Sensível, D. Bois propõe associar um *tocar fático (modo do pensar)*, um *tocar gnóstico que coloca em jogo o "modo do pensar"*. Assim, a pessoa alcança um novo nível de consciência, sensibilidade e reflexão, que lhe permite o acesso imediato a uma doação de sentido imediato proveniente da sua experiência, de uma espécie de "autodoação" que emerge de seu próprio corpo:

Eu desejei igualmente desdobrar o modo do pensar que se efetiva na experiência do sensível [...]. Nesse caso, essa subjetividade corporal não se reduz apenas ao mundo da sensação vivida e objetivada, mas abre-se a uma 'atividade

pensante não refletida' segundo uma dinâmica de emergência que não toma de empréstimo as vias reflexivas habituais [...] a prática desse conhecimento permite acessar uma 'forma de pensamento percebido', ou uma 'forma de percepção pensada' (Bois, 2009, p. 71).

A experiência do corpo sensível desvela uma forma inteiramente evidente da competência humana denominada *inteligência sensorial*. Para D. Bois, esta forma específica de inteligência evoca: "As capacidades que, em certas condições, um indivíduo pode desenvolver para apreender, reconhecer e tratar as informações internas que lhe são fornecidas por meio de sua relação com o corpo sensível" (Bois, 2007, p. 360).

Esboçamos, em algumas linhas, as importantes etapas que permitiram a emergência da relação de ajuda manual baseada no Sensível. Atualmente, esta qualidade racional é praticada junto a pacientes que vivenciam as agruras de sua doença.

## **A Relação de Ajuda Manual em Somatopsicopedagogia**

Para M. Bernard:

Se nosso corpo expressa magnificamente a vida e suas possibilidades infinitas, ele ao mesmo tempo proclama nossa morte futura e nossa finitude essencial [...] Quer queira, quer não, qualquer reflexão sobre o corpo é, então, ética e metafísica (Bernard, 1995, p. 7-8)

Entendido dessa forma, o estado de doença defronta-se com um paradoxo: de um lado, o corpo traz consigo o signo da patologia e, de outro, a marca da vida. De modo mais frequente, a tendência natural da pessoa é fixar-se, focalizar-se nos signos da sua doença, considerando seu corpo como sede de sua doença, mas, também, como a causa de seu estado. Quando a dor e o sofrimento tornam-se onipresentes, a estratégia adotada pela pessoa é, frequentemente, a negação do corpo caracterizada pelo distanciamento em relação a ele, a fim de atenuar o sofrimento. Nesse contexto, a sensibilidade corporal torna-se um verdadeiro barômetro que permite acessar a realidade íntima da pessoa e a profundidade de seu sofrimento.

Essa reflexão reitera o fato de que a subjetividade se efetiva na relação com o corpo e, por meio dele, na relação com a vida e com a morte. Trata-se, então, de uma dimensão que não pode ser honestamente negada em um processo de cuidado que engloba a totalidade da pessoa. Nessa perspectiva, o corpo representa perfeitamente o desafio essencial para a redescoberta "[...] da unidade indissociável do homem. Corpo e psique, vida interior e expressão corporal são inseparáveis no homem vivo e em atividade" (Lemaître; Colin, 1975, p. 17).

Outra ideia importante desenvolve-se desde a década de 1970, a concepção segundo a qual todo pensamento passa pelo corpo; inclusive, que todo pen-

samento é corpo e, mais ainda, que o corpo é a pessoa que todo pensamento, inclusive, é corpo; ainda mais, que o corpo é a pessoa (Crespelle, 1975, p. 87). A articulação entre corpo e pensamento constitui um polo de interesse essencial para a somatopsicopedagogia que se volta para a educação, ao considerar o corpo como um *espaço para viver* e como um “espaço para pensar”, constituindo assim um campo de experiência que é conveniente explorar.

A relação de ajuda manual proposta pela somatopsicopedagogia leva em conta, prioritariamente, os *espaços para viver e para pensar* que o corpo constitui e a marca de vida que diz respeito ao domínio do Sensível e envolve experiências formadoras e fundadoras, ancoradas nas experiências corporais vividas.

Em somatopsicopedagogia, a noção de Sensível remete ao conjunto dos fenômenos vivenciados e que se desenrolam no contato conscientizado com o movimento interno, em todas as dimensões da existência e da pessoa (Humpich; Lefloch-Humpich, 2009, p. 92).

Essas experiências possibilitam explorar emergências internas que permitem acessar potencialidades de experiências vividas inesperadas. “Progressivamente, a sensibilidade corporal e psíquica se enriquece e o corpo torna-se um lugar de encontro consigo mesmo por meio das percepções internas” (Humpich; Lefloch-Humpich, 2009, p. 92).

A partir desse desafio, a pessoa reencontra uma qualidade de presença para sua própria vida ao descobrir as nuances sensíveis do seu corpo. É essa originalidade que é exigida pela somatopsicopedagogia, uma postura que implica uma reviravolta nas perspectivas referentes ao corpo. Tocamos aqui nas propriedades corpóreas do ser vivo, cuja profundidade se desvela em diferentes graus de aprendizado:

A pessoa não é apenas mais um paciente, mas redescobre-se como um aprendiz que desenvolve novas competências perceptivas. ‘Perceber-se como ser humano por meio da sensibilidade do seu corpo é uma descoberta, um reencontro. Nesse estágio, a pessoa ‘habita seu corpo’ (Humpich; Lefloch-Humpich, 2009, p. 92).

Por todas essas razões, é desejável aprofundar o universo do sentir que se esboça em uma educação sensorial e é nessa linha de pensamento que se situa a intervenção somatopsicopedagógica. Consultando a literatura (Courraud, 2007; Cencig, 2007; Bothuyne, 2010; Duval, 2010) identificamos o testemunho de doentes que relatam os impactos do tocar relacional de ajuda manual tanto na saúde física e psíquica, quanto na dimensão existencial. Encontramos pontos em comum em seus testemunhos no que diz respeito a seu estado de tensão física, que cede lugar a um estado de relaxamento, bem como em relação à sua ansiedade que se transmuta em um estado de calma e serenidade. O acompanhamento proposto pela somatopsicopedagogia visa a estimular uma *saúde*

*perceptiva positiva* que se apoia na vivência corporal. Efetivamente, o olhar que a pessoa elabora sobre sua doença, a percepção que tem de si mesma são tributários do sentimento orgânico que ela vivencia por meio de seu corpo e que incidem em seu psiquismo, em sua vida afetiva e em sua qualidade de vida.

## Conclusão

Por todas as razões evocadas neste artigo, é desejável explorar o universo do sentir que se desenvolve em uma relação com o corpo sensível. Atualmente, a educação pelo tocar inscreve-se na relação de ajuda junto aos pacientes. O tocar relacional de ajuda baseado no Sensível visa a assegurar uma saúde perceptiva positiva, enraizada na relação com a vivência corporal. Tocar um corpo em uma relação capaz de tratar implica, portanto, um aprendizado, pois não se trata apenas de entrar em contato com um corpo físico, mas de entrar em relação com uma pessoa. Parece-nos, então, pertinente aceitar o desafio da integração do tocar relacional nos currículos universitários, a fim de formar profissionais especializados no acompanhamento baseado na mediação corporal junto a uma população que vivencia uma doença crônica.

No plano científico, este artigo nos oferece a oportunidade de socializar as iniciativas propostas na França que tendem a promover o tocar na relação de ajuda. Elas devem ser ampliadas não apenas por meio das práticas da experiência, mas também por modalidades de teorização indispensáveis para que sua inscrição seja ainda mais categórica no campo da educação voltada para a saúde.

*Recebido em julho de 2011 e aprovado em dezembro de 2011.*

## Notas

- 1 A *fasciaterapia* é uma terapia manual desenvolvida por Danis Bois nos anos 1980. Para aqueles que desejam obter mais informações, pode-se consultar as suas obras de referência, *La vie entre les mains* (1989), Paris: Trédaniel, *Uma thérapie manuelle de la profondeur* (1990), Paris: Trédaniel, *Le moi renouvelé* (2006) Paris: Point d'appui, bem como os trabalhos do CERAP (Bourhis, 2007; Courraud, 2007).
- 2 A *fasciaterapia* e a somatopsicopedagogia são duas disciplinas desenvolvidas por D. Bois que constituem as experiências do Sensível.
- 3 O leitor que desejar conhecer melhor a somatopsicopedagogia pode consultar os livros de D. Bois, (2006) *Le Moi renouvelé*, [O eu renovado], Paris: Point d'appui ou o de E. Berger (2006), *La somato-psychopédagogie*, [A Somatopsicopedagogia] Paris: Point d'appui, assim como os trabalhos de pesquisa disponíveis no sítio da Internet <[www.cerap.org](http://www.cerap.org)>.

## Referências

- ABRASSART, Jean-Louis. **Le Toucher Libérateur**. Paris: Trédaniel, 2004.
- ATTELY, Marie-Willye. **Le Corps de l'Infirmière: paradoxes et non-dits d'un corps à corps**. 2010. Thèse (Doctorat) – Université Paris 13/Nord, sous la direction de Christine Delory Momberger, Paris, 2010.
- AUSTRY, Didier. Le Touchant Touché dans la Relation au Sensible. In: BOIS, Danis; JOSSO, Marie-Christine; HUMPICH, Marc (Org.). **Le Sujet Sensible et le Renouveau du Moi**. Ivry: Point d'appui, 2009. P. 146.
- BANCON, Sabine. **L'Enjeu Relationnel et Thérapeutique de l'Examen du Corps en Consultation de Médecine Générale**. Analyse du vécu des patients à partir de 37 entretiens semi-dirigés. 2008. Thèse (Doctorat en Médecine) – Université Claude Bernard, Lyon 1, Lyon, 2008.
- BELMIN, Joel; AMALBERTI, Françoise; BEGUIN, Anne-Marie. **L'Infirmier et les Soins aux Personnes Âgées**. Paris: Masson, 2005.
- BEN SOUSSAN, Patrick. **Le Cancer, Approche Psychodynamique chez l'Adulte**. Ramonville Saint-Algne: Eres, 2004.
- BERNARD, Michel. **Le Corps**. Paris: Seuil, 1995.
- BOIS, Danis. **La Vie entre les Main**. Paris: Trédaniel, 1989.
- BOIS, Danis; BERGER, Eve. **Une Thérapie Manuelle de la Profondeur**. Paris: Trédaniel, 1990.
- BOIS, Danis. **Le Sensible et le Mouvement**. Paris: Point d'appui, 2001.
- BOIS, Danis. **Corps Sensible et Transformation des Représentations: propositions pour un modèle perceptivo-cognitif de la formation**. 2005. Tesina en Didactique et Organisation des Institutions Éducatives – Université de Séville, 2005.
- BOIS, Danis. **Le Moi Renouvelé**. Paris: Point d'Appui, 2006.
- BOIS, Danis. **Le Corps Sensible et la Transformation des Représentations chez l'Adulte - vers un accompagnement perceptivo-cognitif à médiation du corps sensible**. 2007. Thèse (Doctorat Européen) – Université de Séville, Département didactique et organisation des institutions éducatives, sous la direction d'Antonio Morales et d'Isabel Lopes Gorriz, 2007.
- BOIS, Danis; AUSTRY, Didier. Vers l'Émergence du Paradigme du Sensible. **Réciprocités**, Universidade Fernando Pessoa, Porto, n. 1, p. 7, 2007.
- BOIS, Danis; BERGER, Eve. Expérience du Corps Sensible et Création de Sens: approche psychopédagogique. **Réciprocités**, Universidade Fernando Pessoa, Porto, n. 1, p. 18, 2007.
- BOIS, Danis. De la Fasciathérapie à la Somato-psychopédagogie; émergence d'une nouvelle discipline. **Réciprocités**, Universidade Fernando Pessoa, Porto, n. 2, 2008. Disponível em: <[http://cerap.pointdappui.fr/images/Reciprocites/danis\\_bois\\_fasciaterapie\\_somato\\_psychopedagogie.pdf](http://cerap.pointdappui.fr/images/Reciprocites/danis_bois_fasciaterapie_somato_psychopedagogie.pdf)>.
- BOIS, Danis; JOSSO, Marie-Christine; HUMPICH, Marc (Org.). **O Sujeito Sensível é Renovação do Eu, as Contribuições da Fasciaterapia e da somato-psicopedagogia**. Éditions Paulus, Centre Universitaire São Camilo/Brésil, 2008.
- BOIS, Danis; JOSSO, Marie-Christine; HUMPICH, Marc (Org.). **Sujet Sensible et**

- Renouveau du Moi.** Ivry: Point d'Appui, 2009.
- BONNETON-TABARIÈS, France; LAMBERT-LIBERT, Anne. **Le Toucher dans la Relation Soignant-soigné.** Paris: Med-line éditions, 2006.
- BOTHUYNE, Ghislaine. **La Confiance Immanente dans l'Épreuve du Cancer.** Démarche autobiographique. 2010. Dissertação (Mestrado em Psychopédagogie Perceptive) – Université Fernando Pessoa, Porto, 2010.
- CENCIG, Doris; HUMPICH, Marc. La Somato-psychopédagogie et ses Dimension Soignante et Formatrice. In: BOIS, Danis; JOSSO, Marie-Christine; HUMPICH, Marc (Org.). **Sujet Sensible et Renouveau du Moi.** Ivry sur Seine: Point d'Appui, 2009. P. 339-346.
- CHANG, Sung O. The Conceptual Structure of Physical touch in Caring. **Journal of advanced Nursing**, v. 33, n. 6, p. 820-827, 2001.
- COURRAUD, Christian. **Le Toucher Psychotonique et Relation d'Aide.** 2007. Mémoire (Mestrado de Psychopédagogie Perceptive) – sous la direction de Danis BOIS, Université Moderne de Lisbonne, 2007.
- CREPELLE, Isabelle. Psychopédagogie de l'Expression Corporelle et Verbale. **Education permanente**, n. 28, p. 31-41, 1975.
- DOLTO, Boris. **Le Corps entre les Mains.** Paris: Hermann éditeur des sciences et des arts, 1988.
- DUVAL, Thierry. **Fasciathérapie et Transformation du Rapport à la Santé.** Étude auprès de Patients suivis en Fasciathérapie. 2010. Mémoire (Mestrado em Psychopédagogie Perceptive) – Université Fernando Pessoa, Porto, 2010.
- EASTABROOKS, Carole A.; MORSE, Janice M. Toward a Theory of Touch: the touching process and acquiring a touching style. **Journal of Advanced Nursing**, v. 17, n. 2, p. 448-456, 1992.
- FÉDOR, Marie-Christine; GROUSSET, Sylvie; LEYSSENE-OUVRARD, Claire; MALAQUIN-PAYAN, Evelyne. **Le Toucher au Cœur des Soins, Phase 1. Guide pour la Pratique, la Formation et l'Évaluation en soins Infirmiers, Recommandation** Groupe Toucher (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs), 2007.
- HIÉRONIMUS, Christian. **Initiation à un Toucher Conscient et Créatif.** Paris: Lanore, 2007.
- HUMPICH, Marc; LEFLOCH-HUMPICH, Géraldine. L'Émergence du Sensible, une Rencontre ou Cœur de Soi. In: BOIS, Danis; JOSSO; Marie-Christine; HUMPICH, Marc (Org.). **Sujet Sensible et Renouveau du Moi.** Ivry: Point d'Appui, 2009. P. 73-104.
- GAGNON, Eric. Figure de la Plainte: la douleur, la souffrance et la considération. **Médecine/sciences**, M/S n. 6-7, v. 21, p. 648-651, jun./jul. 2005.
- JOUET, Emmanuelle; FLORA, Luigi. Usagers-Experts: la part du savoir des maladies dans le système de santé. **Pratique de Formation**, Université de Paris 8, n. 58-59, 2010.
- JOSSO, Marie-Christine. **Cheminer vers Soi.** Lausanne: L'âge d'homme, 1991.
- LEMAÎTRE, Jean-Marie; COLIN Lucette. **Le Potentiel Humain, Bio-énergie, Gestalt, Groupe de Rencontre.** Paris: Delarge, 1975.
- MERCADIER, Catherine. La Dimension Sensorielle du Soins. **Perspectives Soignantes:** pour une pratique porteuse de sens et respectueuse des personnes, Seli Arslan, Paris, n. 13, p. 6-28, abr. 2002.



PERRAUT-SOLIVERES, Anne. **Infirmière le Savoir de la Nuit**. Paris: PUF, 2001.

PRAYEZ, Pascal; SAVATOFSKI, Joël. **Le Toucher Apprivoisé**. Rueil-Malmaison: Lamarre, 2009.

ROUTASALO, Pirkko. **Physical Touch in Nursing Studies**: a literature review, 1999.

TOURNEBISE, Thierry. **Communication Thérapeutique**, documents publiés en ligne Disponível em: <[www.maieusthesie.com/nouveautes/article/aide.htm](http://www.maieusthesie.com/nouveautes/article/aide.htm)>. Acesso em: 2004.

VAN MANEN, Max. The Pathic Nature of Inquiry and Nursing. In: MADJAR, Irena; WALTON, Jo (Org.). **Nursing and the Experience of Illness**. Rutledge, 1999. P. 17-35.

VELDMAN, Frans. **Haptonomie, Science de l'Affectivité**: redécouvrir l'humain. Paris: PUF, 2007.

VINIT, Florence. **Approche Phénoménologique du Toucher dans le Champ des Pratiques Soignantes Contemporaines**. Strasbourg: Université M. Bloch, 2004.

VINIT, Florence. **Le Toucher qui Guérit**: du soin à la communication. Paris: Belin, 2007.

Danis Bois é professor catedrático, titular em Ciências Sociais, doutor em Ciências da Educação. Professor da Universidade Fernando Pessoa, pesquisa sobre Metodologia de pesquisa qualitativa; Psicopedagogia e acompanhamento de adultos, Educação para a saúde e Educação terapêutica.  
E-mail: [danis.bois@gmail.com](mailto:danis.bois@gmail.com)

Hélène Bourhis é psicopedagoga, mestre psicopedagogia Perceptiva, doutoranda em Ciências da Educação, assistente de pesquisa da Universidade de Fernando Pessoa, diretora Pedagógica da Formação de Somato-psicopedagogia. Pesquisa sobre Psicopedagogia e acompanhamento de adultos, Educação para a saúde e Educação terapêutica.  
E-mail: [bourhis.helene@gmail.com](mailto:bourhis.helene@gmail.com)

Tradução: Edgard de Assis Carvalho e Mariza Perassi Bosco