



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR**

MARIA DAYSE PEREIRA

**ÉTICA DA ALTERIDADE NO CUIDADO DE ENFERMAGEM
EM HOSPITAL DE ENSINO NO CEARÁ**

FORTALEZA

2009

Maria Dayse Pereira

ÉTICA DA ALTERIDADE NO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM HOSPITAL DE ENSINO NO CEARÁ

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. José Célio Freire

Fortaleza

2009

P49e Pereira, Maria Dayse

Ética da alteridade no cuidado de enfermagem em hospital de ensino no Ceará / Maria Dayse Pereira. – 2009. 104 f. : il. ; 31 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Mestrado em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, Fortaleza-CE, 2009.

Orientação: Prof. Dr. José Célio Freire.

1-ÉTICA DE ENFERMAGEM. 2-ÉTICA PROFISSIONAL. 3-CUIDADOS DE ENFERMAGEM. 4 - RELAÇÕES ENFERMEIRO-PACIENTE. 5 - RELAÇÕES INTERPESSOAIS. I. Freire, José Célio (Orient.). II. Universidade Federal do Ceará. Mestrado em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior. III. Título.

CDD (21 ed.): 610.730699

Maria Dayse Pereira

ÉTICA DA ALTERIDADE NO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM HOSPITAL DE ENSINO NO CEARÁ

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: 04 / 09 /2009.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. José Célio Freire (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro de Sousa Rodrigues
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Lucilane Maria Sales da Silva
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

|

AGRADECIMENTOS

Na trajetória da elaboração deste estudo, compartilhamos ideias e valores éticos que surgiram como referências importantes para o nosso amadurecimento pessoal e científico, edificados em muitos anos de trabalho nesta Instituição.

Houve momento em que este compartilhar foi mais intenso com reflexões, introspecção, solidão, tristeza e insegurança, que se alternavam com a satisfação e esperança.

Ao vivenciar estes momentos com pessoas muito especiais, realçadas pela sua importante contribuição à concretização deste estudo, tenciono expressar os meus sinceros agradecimentos:

a Deus, que, por sua presença, luz, e força, sempre me abençoa e capacita para tudo aquilo que Ele me destina;

aos meus pais, Ozanam e Baby, que, por uma vida de amor, dedicação e trabalho, sempre possibilitaram aos seus filhos o ensejo de realizar sonhos e conquistas;

ao prof. Dr. José Célio Freire, inspirador do tema, orientador e parceiro que tão bem soube me acolher nas minhas inquietações e limitações, com zelo e cuidado, com abertura a alteridade;

às Prof.as Dr.as Lúcia Bosi e Lia Silveira, membros da banca de qualificação, que contribuíram com importantes e enriquecedoras sugestões;

às Prof.as Dr.as Socorro Sousa e Lucilane Sales que prontamente aceitaram o convite para banca de defesa deste estudo;

ao meu marido Lucineudo, Davi e Júnior, meus filhos, minha irmã Carol, Catherine, minha sobrinha, e Maria Júlia, minha neta, que sempre me apoiaram e compreenderam os períodos de introspecção, ausência e isolamento, compensados, todavia, nos alegres momentos de convivência familiar;

aos professores do Mestrado (POLEDUC), obrigada pelas orientações ao longo desses anos;

aos meus colegas do Mestrado, pelo companheirismo e agradáveis momentos de convivência;

ao prof. Silvio Furtado, Diretor Geral do HUWC/UFC, pelo incentivo à qualificação e ao meu aperfeiçoamento profissional;

às coordenadoras, Jackeline Osterno, Lenir Ximenes e Lúcia Regina, Valeska, Fátima Nóbrega, Rita Paiva e Ana Mesquita, exemplos de persistência, determinação, coragem e competência, as quais, nos momentos de turbulência, incentivaram neste desafio;

a todos os enfermeiros que aceitaram participar desta pesquisa, colaborando com o esforço de suas experiências laborais;

a todos que fazem a equipe de enfermagem deste Hospital de Ensino, a minha inspiração e reconhecimento para a busca de melhoria contínua;

ao Prof. Vianney Mesquita, da UFC e Academia Cearense de Língua Portuguesa, pela gentileza e profissionalismo com a correção gramatical e estilística;

à Edilda, colaboradora do Mestrado, pelo acolhimento e atenção;

à Lorena Ferreira, pelo acolhimento e disponibilidade às minhas solicitações;

à Ana Paula Oliveira, pela presteza e acolhimento na tradução; e

à Eliene Moura, pelas orientações e normalização.

RESUMO

A prática de cuidado ético de Enfermagem no âmbito dos serviços de saúde, especificamente nos hospitais públicos de ensino, se insere como parte do trabalho coletivo na área de saúde, incorporando aspectos técnico, gerencial, pedagógico, social e político. A dimensão ética da alteridade do cuidado, neste cenário laboral, assume a configuração de uma atitude de respeito e acolhimento do outro, ensejando a contínua reflexão e mudança de atitude dos profissionais de Enfermagem. O objetivo deste estudo é compreender a concepção ética do cuidado na experiência cotidiana de Enfermagem no hospital público universitário, com discussão ética da alteridade radical em Emmanuel Lévinas. De caráter descritivo, este estudo se fundamenta na fenomenologia Hermenêutica, com abordagem qualitativa. A apreensão dos dados empíricos se concretizou junto a nove enfermeiros do quadro funcional do hospital, com a utilização da técnica de entrevista individual. A análise dos depoimentos evidenciou três eixos temáticos: cuidado, ética e alteridade de Enfermagem. Sob tais dimensões, os dados analisados permitiram identificar a importância da Ética da alteridade no cuidado de Enfermagem, a busca da organização do processo de cuidar e da gestão, o aperfeiçoamento profissional, a interdisciplinaridade das ações mediante a mobilização e articulação de saberes, o cuidado responsável e ético, a atitude de entender a importância da qualidade assistencial, o compromisso com a subjetividade do cuidado, ressaltados pelos entrevistados. Estes profissionais, todavia, convivem, atualmente, com as contradições inerentes ao seu processo de trabalho, acentuando o modelo assistencial que persiste em transitar entre o modelo funcional e integral, nos moldes curativista e hospitalocêntrico. O modelo a gestão imprime, ainda hoje, as características do trabalho mecanicista e fragmentado; a multidisciplinaridade e sua relação direta com a hierarquização do cuidado, em detrimento da interdisciplinaridade; o sofrimento ocupacional derivado das condições laborais inadequadas; deficit progressivo da força de trabalho e absenteísmo crescente; e mudança atual da estrutura organizacional, no que concorrem para a tensão entre o cuidar e gerenciar. Em decorrência deste cenário, é possível concluir que a Enfermagem resiste, de forma propositiva, a estes desafios, revelando acentuado indício ético em relação à alteridade do cuidado. Esta tendência poderá expressar a reflexão para a reinvenção da prática social do cuidar, transcendendo a clássica atitude do cuidado parcelar para a dimensão da alteridade do cuidado ético.

Palavras-chave: Ética de Enfermagem. Alteridade do Cuidado de Enfermagem.

ABSTRACT

The practice of ethical Nursing care within health services, particularly in public hospitals of Education, comes as part of collective work in health, incorporating technical, managerial, educational, social and political. The ethical dimension of alterity of care in this work scene, assumes the configuration of an attitude of respect and welcome the other, and promotes a continuous reflection and changing of attitude of nursing professionals. The aim of this study is to understand the design ethic of care in the daily experience of nursing in the University Public Hospital, with ethical discussion of radical alterity in Emmanuel Lévinas. Descriptive in nature, this study is based on the Hermeneutic-phenomenology, with a qualitative approach. The seizure of the empirical data was achieved with nine nurses of the hospital staff, using the technique of individual interview. The analysis revealed evidence of three areas: care, ethics and otherness of Nursing. Under such dimensions, the data analysis allowed us to identify the importance of ethics of alterity in nursing care, the search for the organization of the care and management, the training, the interdisciplinarity of the shares through the mobilization and articulation of knowledge, the ethical and responsible care, the attitude of understanding the importance of quality care, the commitment to the subjectivity of care, highlighted by the interviewees. However, these workers live, now, with the contradictions inherent in the process of their work, emphasizing the care model that persists in transit between the model and fully functional in form and curative hospital. The management model prints, even today, the characteristics of mechanistic and fragmented work, the multidisciplinary and its relationship with the hierarchy of care, rather than interdisciplinarity; the suffering occupational derivative inadequate working conditions; progressive deficit of the workforce and increased absenteeism, and change the current organizational structure to support the tension between the handle and manage. Because of this scenario, it can be concluded that the Nursing resist, so purposeful, to these challenges, with strong evidence on ethical alterity of care. This trend can express the reflection for the reinvention of the social practice of care, beyond the classical approach of partial care for the size of alterity ethics of care.

Keywords: Nursing ethics. Alterity of nursing care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	16
2.1	A abordagem fenomenológica como método de pesquisa.....	16
2.2	A Hermenêutica e as pesquisas interpretativas.....	23
2.3	O processo da pesquisa.....	25
3	CONSIDERAÇÕES ACERCA DA ÉTICA DO CUIDADO.....	34
3.1	Ética em diferentes enfoques filosóficos.....	34
3.2	Concepções sobre a dimensão da ética da alteridade radical em Lévinas.....	38
4	O CUIDADO NO PROCESSO DE TRABALHO E SUA DIMENSÃO SUBJETIVA.....	44
4.1	Concepções teórico-filosóficas do cuidado e sua evolução histórica.....	44
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	68
5.1	Discussão ética do cuidado na dimensão da alteridade radical levinasiana.....	68
5.2	Cuidado de Enfermagem.....	68
5.3	Ética de Enfermagem.....	77
5.4	Alteridade em Enfermagem.....	81
6	A MODO DE REMATE.....	86
	REFERÊNCIAS.....	91
	APÊNDICES.....	100
	ANEXOS.....	103

1 INTRODUÇÃO

Há décadas a preocupação com a ética vem emergindo cada vez mais fortemente em nossa sociedade, mais precisamente no âmbito de saúde, pelas diversas modificações, descobertas e experimentos científicos. Nesta vertente, os profissionais de enfermagem, discutem e aprofundam suas reflexões éticas acerca da sua prática cotidiana, vislumbrando enfrentar novos desafios do cotidiano laboral.

Nesta perspectiva, este estudo teve como propósito a compreensão de como os enfermeiros cotidianamente vivenciam os aspectos éticos na produção do cuidado, em hospital de ensino, desde a discussão da alteridade radical proposta pelo filósofo Emmanuel Lévinas, referencial centro do debate.

A inspiração para desenvolver este estudo foi embasada na filosofia de Lévinas, consolidada na leitura do livro *O lugar do Outro na modernidade tardia*, de José Célio Freire, orientador desta pesquisa, a qual nos provocou a curiosidade de compreender como o enfermeiro poderia, em sua prática cotidiana, desenvolver sua relação com a alteridade na transcendência do cuidado ético.

Conforme Freire (2002, p.47) “o humano só se oferece a uma relação que não é poder. O outro sempre transborda e ultrapassa a minha compreensão, se constitui excesso de significação”. Cuidar do outro como uma dimensão ética é uma exigência que precisa ser vivenciada por quem cuida e implica um não exercício do saber ou de um poder sobre outro.

A profissão de Enfermagem, como integrante do trabalho coletivo no setor saúde, reconstrói seu conhecimento como uma das profissões cuidadoras, que busca nos fundamentos da filosofia e em diversos autores a epistemologia que privilegia os aspectos intersubjetivos na produção dos serviços.

A expansão dos estudos e discussões sobre o cuidado humano, como uma característica singular e essencial à prática de Enfermagem, gradativamente tem se desenvolvido, na medida em que a ética nos remete a reflexões que visam aproximar o agir do Enfermeiro ao seu processo de trabalho. Conceitos, práticas e rituais de cuidar têm merecido a atenção de vários estudiosos, incluindo, entre vários aspectos, os comportamentos de Enfermeiros, percebidos pelos usuários como indicadores de cuidado e de não cuidado, significados e percepções, cuidado relacional, cuidado ecológico-planetário, entre outros. Estes autores desenvolveram suas pesquisas utilizando várias abordagens metodológicas, embasando-se em

teorias e seus respectivos métodos que enfocam a temática do cuidado, tais como: o caráter filosófico do cuidar, abordados por Bevis (1981), Gaut (1984), Ray (1981) e Watson (1979).

As teorias que aprofundam o fenômeno cuidar/cuidado, no cenário mundial da Enfermagem, orientam grande parte dos estudos, investigações e discussões, bem como inspiram e originam outros modelos e reposições teóricas para a prática de Enfermagem e para o seu ensino. O cuidado é também estudado na gestão e alguns enfoques e modelos são propostos por autores tais como Brown (1986), Evans (1990), Wells (1993) e Wesorick (1990). Conceitos, práticas e rituais de cuidar merecem a atenção de vários estudiosos, incluindo-se, entre outros aspectos, comportamentos de enfermeiros percebidos por pacientes e por enfermeiros como indicadores de cuidado e de não-cuidado, significados e percepções, entre outros. Nesse grupo, citamos os interessantes trabalhos de Brown (1986), Halldórsdóttir (1989), Riemen (1986), Sherwood (1991) e Wolf (1986).

A literatura de Enfermagem que aborda o cuidado, e é basicamente estadunidense, está se difundindo em outros países, entre os quais o Brasil, (WALDOW, 1995). Patrício (1992, 1993) faz uma reflexão no sentido de colaborar com a compreensão do conceito de cuidado como um instrumento da Enfermagem para promoção da cidadania e sobre uma experiência em saúde comunitária com um referencial enfocando o cuidado de caráter holístico; Santos (1993, p. 58) revela o cuidado como conceito central à Enfermagem e comenta sobre sua dimensão de trabalho invisível; Castanhel e Boehs (1993) relatam a experiência de cuidar de uma família utilizando o referencial de Leininger. Neves-Arruda e Silva (1994) expõem a criação de um programa de pesquisa para desenvolver conceitos e teorias de Enfermagem sobre o cuidar/cuidado e confortar/conforto, com um compromisso de transformar a realidade; Nunes e Neves-Arruda (1995) apresentam uma revisão de literatura sobre o significado de conforto e sua importância no processo multidimensional de cuidar. Outros autores de Enfermagem se dedicaram ao tema, como Boemer (1984), Waldow (1992), Radünz (1994), Nunes (1995), Souza (1995), Silva(1996).

Todos esses estudos abordam a variada gama de abrangência do cuidado e o quanto ele está internalizado no “fazer” e “pensar” diário da Enfermagem atual, com enfoques de aplicação em eventos de situações, de desenvolvimento e

de saúde-doença, em que cada autor introduz a sua visão de mundo, o seu referencial de vida.

De acordo com Campos (2005, p. 57),

A enfermagem é um diálogo vivo; trata-se da enfermeira e do paciente relacionando-se de modo criativo. Envolvidos neste diálogo, estão o encontrar-se, o relacionar-se, o estar presente; uma chamada e uma resposta, que constituem uma indicação de natureza complexa do diálogo vivo. Diálogo é um encontro entre seres humanos.

Para Emmanuel Lévinas, a relação intersubjetiva implica, necessariamente, um certo deslocamento ou modificação na experiência subjetiva (NELSON, 2008); é com base nessas posições que emerge uma concepção particular de ética, compreendida como o permanente reconhecimento do outro, que nos antecede e faz com que sejamos alguém.

Alteridade é, portanto, a representação do outro dentro de nós, que implica a capacidade de conviver com o outro diferente, de se proporcionar um olhar interior com base nas diferenças. Significa que eu reconheço “o outro” também como sujeito de iguais direitos. É exatamente esta constatação das diferenças que enseja a percepção da alteridade. Portanto, o significado de alteridade (e aqui aproximamos tal conceito da prática do Enfermeiro), conforme Lévinas (2004, p. 13), “consiste certamente em querer compreendê-lo, mas a relação (da alteridade) excede esta compreensão”. Nesta relação, o cuidado implica em colocar-se no lugar do outro, de se responsabilizar pelo outro, cuidado como abertura ética ao outro, geralmente em condições adversas. É um modo de estar com o outro, na intersubjetividade do cuidado ético, no que se refere às questões especiais da vida dos cidadãos e de suas relações sociais, dentre estas o nascimento, a promoção da saúde, a recuperação da saúde e a própria morte. Então, eticamente, não há subjetividade sem que haja antes uma alteridade radical que a possibilite.

Compreender o valor do cuidado de Enfermagem requer uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si, iniciando com a valorização e o respeito ao outro em sua complexidade e em suas escolhas. Nesta vertente, o cuidado de Enfermagem possui em sua amplitude um componente humanístico ao promover a continuidade da espécie humana, inserindo-se no âmbito da responsabilidade, no concerto individual, universal, agregando uma série de ações

profissionais de natureza própria da Enfermagem, que se caracteriza em prática multidisciplinar, e com sustentação teórica, inclusive, em outras ciências.

A aproximação com a realidade concreta vivida no cotidiano nos espaços dos serviços públicos de saúde coletiva e hospitalar nos instigou às primeiras reflexões acerca da ética no cuidado, tendo como horizonte o contexto das crises ocorridas no âmbito das instituições públicas, em particular, as de saúde. Essas crises têm origens localizadas, tanto na macroestrutura das instituições, pelos muitos equívocos das políticas públicas para o setor da saúde, quanto na microestrutura institucional, onde se estabelecem as relações de trabalho em saúde. A Enfermagem, como profissão da área da saúde, inserida no contexto histórico-social, se manifesta na preservação do potencial saudável do cidadão, dependendo de uma concepção ética do cuidado que privilegia a vida como um bem valioso em si.

Por ser um conceito de amplo espectro, o cuidado pode incorporar diversos significados; ora quer dizer solidarizar-se, evocando relacionamentos compartilhados entre cidadãos em comunidades, ora dependendo das circunstâncias e da doutrina adotada, transmite uma ideia de obrigação, dever e responsabilidade social (SOUSA *et al.*, 2005).

Nesta lógica, o arcabouço teórico que nos provocou a assumir a proposta deste estudo iniciou-se quando da reflexão acerca da retrospectiva de nossa trajetória profissional, desde a escolha primeira em ser profissional graduada em Enfermagem até a inserção definitiva na profissão pela Universidade Estadual do Ceará, na década de 1980. A inquietação com a dimensão da ética no cuidado de Enfermagem configurou-se na medida em que vivenciamos as experiências na habilitação em Enfermagem médico-cirúrgica, e como bolsista de Instituição em doenças transmissíveis. Ao término da formação universitária, tivemos a oportunidade de assumir cargo como enfermeira na Saúde Coletiva, onde vivenciamos momentos especiais como responsável pela consulta de Enfermagem à gestante para o cuidado pré-natal. Esta aproximação com o cuidado na perspectiva da responsabilidade ética no exercício da profissão ensejou a abertura de espaços para questionar a divisão social do trabalho, o cuidado parcelado, as contradições e dúvidas inerentes ao processo de trabalho da Enfermagem.

A experiência na pós-graduação com o estudo nas dimensões do cuidar, gestão do cuidado e do ensino na área de Enfermagem representou uma fonte

consideravelmente rica de questões e dilemas éticos que se relacionam ao cuidado à responsabilidade da Enfermagem, bem como as contradições que emergem do processo do cuidado, cujo enfrentamento requer a permanente formulação de estratégias que favoreçam a sua superação.

Concluídos os cursos de pós-graduação lato sensu, nos entusiasmos para a grande chance de aprofundamento dos conteúdos teóricos concernentes ao cuidado, mediante um desafio maior – o Mestrado Profissional de Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, ensejado pela Universidade Federal do Ceará. Esta ensanchar consistia, para nós, um sonho longínquo, em face da pouca facilidade do enfermeiro de serviço realizar, dadas a natureza e a sobrecarga física e emocional que nosso ofício propicia.

Ao nos deparar com os impasses institucionais e profissionais do cotidiano, percebemos muitos desconfortos da equipe de Enfermagem com relação à forma de promoção da integralidade do cuidado direto aos usuários do sistema de saúde. Embora este princípio da integralidade do cuidado seja de enorme relevância, observávamos sua reprodução de forma acrítica, fragmentando, também, os problemas e as opções para sua resolução.

Nesta vertente, assumimos a proposta desta investigação, que apontou no sentido da dimensão ética expressiva do cuidado do enfermeiro, com suporte no referencial da ética da alteridade, de Emmanuel Lévinas, e sob a perspectiva da responsabilidade em que são realizadas estas práticas profissionais.

Muitas destas reflexões foram continuamente emergindo durante a nossa trajetória profissional, quando tivemos a oportunidade de exercer vários cargos na Administração pública. Nestas experiências, observamos muitas situações de não-conformidade relacionadas à ética, envolvendo profissionais da área, fato que motivou o desenvolvimento deste ensaio.

Na vivência dos problemas decorrentes do processo de trabalho do enfermeiro, estamos consciente de que há implicações éticas, sociais e políticas, tanto no comportamento humano quanto no âmbito da organização, que comprometem o exercício do respeito à alteridade.

A dimensão ética do cuidado, neste estudo, não se caracterizará como procedimento técnico, ou de proteção, ou como prática de alinhamento ou controle, mas como exercício de cuidado pelo outro, com a alteridade, de abertura ao encontro com o novo.

O cuidado assume, nesta pesquisa, a configuração de uma atitude de respeito e acolhimento do outro, pois o poder, o saber e o domínio sobre o outro não dão mais conta do encontro subjetivo emanado das relações entre o enfermeiro, na qualidade de profissional da saúde, e o usuário. Uma prática reflexiva implica problematizar situações cotidianas que deparamos quando assistimos pessoas, seja promovendo a saúde ou cuidando delas.

Acreditamos que essa investigação poderá ter um valor social relevante, no sentido de contribuir para provocar reflexões para o reconhecimento da alteridade nas dimensões do cuidado para com o cliente, envolvendo a ressignificação dos valores compartilhados pelos agentes que fazem as instituições. Este despertar para a consciência da prática de uma ética crítica certamente, proporcionará a diminuição dos dilemas éticos, com o devido aumento da confiança e a motivação dos profissionais.

Este conhecimento poderá viabilizar a análise do profissional para a reflexão de novas condutas, posicionamentos benéficos, justos e adequados a todos os sujeitos envolvidos no processo do cuidar. Acreditamos que este estudo poderá ensejar o desvelamento da dinâmica das relações éticas da instituição, ressaltando a ética do cuidado e da responsabilidade como seu eixo norteador, bem como propiciar, adicionalmente, o incremento das habilidades necessárias para a tomada de decisão responsável no enfrentamento dos conflitos éticos. Desta forma, esperamos que esta investigação possibilite o desenvolvimento de mecanismos que viabilizarão perceber aspectos subjetivos, dificilmente tangíveis, e ainda dará subsídios para uma reflexão crítica para a importância da ética da alteridade.

Assim, estas temáticas serão aprofundadas nos capítulos seguintes. Ao segundo capítulo denominei “Aspectos Metodológicos”, cuja descrição da fenomenologia como referencial metodológico foi selecionada, com o objetivo de permitir uma aproximação com a realidade pesquisada, bem como desvelar os sentidos da dimensão ética da alteridade do cuidado na prática do enfermeiro. Adicionalmente apresentarei a forma crítico-interpretativa das análises da pesquisa, a partir da fenomenologia hermenêutica, na abordagem qualitativa e investigação de natureza descritiva. Encerro este capítulo com a descrição da forma como a pesquisa foi construída e desenvolvida no campo de estudo.

Ao terceiro capítulo, designado “Considerações acerca da ética do cuidado”, intencionarei dialogar com os diversos autores da filosofia nos seus

diferentes enfoques, principalmente na discussão da dimensão da ética da alteridade radical em Lévinas, relacionando à prática do enfermeiro.

Ao quarto capítulo, intitulado “O cuidado no processo de trabalho de Enfermagem e sua dimensão subjetiva”, tecerei as concepções teórico-filosóficas do cuidado, evolução histórica, dimensão subjetiva, bem como sua inserção no processo de trabalho de Enfermagem.

Ao quinto capítulo, denominado “Resultados e Discussões”, apresentarei a compreensão e interpretação da pesquisa desveladas à partir do resultado das entrevistas com os participantes. Consciente do caráter inacabado de uma pesquisa, concluo esta trajetória, colocando minhas questões e reflexões no quinto capítulo intitulado “A modo de Remate”.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 A abordagem fenomenológica como método de pesquisa

Um dos caminhos metodológicos para a pesquisa é a fenomenologia, que se originou como um movimento na Filosofia, sendo aplicada, posteriormente, às ciências humanas. Na Enfermagem, a utilização da fenomenologia também ocorreu como busca de alternativa metodológica de pesquisa que contemplasse a natureza de certos objetos de investigação.

Creemos que, ao assumir esse referencial, implica não somente compreendê-lo como uma maneira de pesquisar, mas, fundamentalmente, compreendê-lo feito um “pensar” que fundamenta um “ver” o mundo, “pensar” esse que necessariamente tem de fazer sentido para o pesquisador, não se tratando apenas de um entendimento intelectual.

O fundador do movimento fenomenológico foi Edmund Husserl (1859-1938) na Alemanha, que utilizou o nome antigo de fenomenologia, imprimindo-lhe um novo significado: método de apreender e dizer os fenômenos, que se referem à realidade que se manifesta por si mesma (FRANCA, 1978).

Para Husserl, a fenomenologia é então,

[...] uma ciência rigorosa, mas não exata, uma ciência que procede por descrição e não por dedução. Ela se ocupa de fenômenos, mas com uma atitude diferente das ciências exatas e empíricas. Os seus fenômenos são os vividos da consciência, os atos e os correlatos dessa consciência. (CAPALBO, 1994, p.145).

Sendo o fenômeno o objeto de investigação fenomenológica, para aclarar seu significado, retornamos à sua etimologia:

[...] Do grego phainomenon significa discurso esclarecedor a respeito daquilo que se mostra para o sujeito interrogador. Do verbo phanesthai como mostrar-se, desvelar-se. Fenômeno é, então, tudo o que se mostra, se manifesta, se desvela ao sujeito que o interroga. (MARTINS; BOEMER; FERRAZ, 1990, p. 141).

Um dos princípios básicos da fenomenologia diz respeito à intencionalidade da consciência. Assim, a consciência é sempre “consciência de alguma coisa”, estando dirigida para um objeto. Por sua vez, o objeto também é sempre “objeto-para-um-sujeito”. Consciência e objeto não são entidades separadas

na natureza, mas definem-se, respectivamente, com apoio nessa correlação. "(...) *Se a consciência é sempre consciência de alguma coisa e se o objeto é sempre objeto para a consciência, é inconcebível que possamos sair dessa correlação, já que, fora dela, não haveria nem consciência nem objeto*". (DARTIGUES, 1973, p. 26).

O sujeito, segundo Husserl (1988), é concebido como um ser dotado de uma consciência, é pensante, tem uma história e é capaz de apreender objetos. Portanto, a consciência dos significados aos objetos, e é a central de significações ou matriz destes. Para tanto, devemos sair do cotidiano para ir ao fenomenal, pois parte da experiência vivida não busca explicar, mas sim compreender.

Heidegger (1981) redefine fenomenologia como a ciência dos fenômenos, ou seja, a ciência do que se revela, utilizando-se da máxima husserliana "ir às coisas mesmas", caracterizando-a por deixar e fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra. Consiste, pois, num método que não caracteriza "o que" dos objetos da investigação, mas o seu modo, o "como", dessa investigação. Portanto, busca elucidar e compreender o sentido do ser, entendido como algo que se torna presente, manifesto, compreendido e conhecido para o ser humano, denominado o "ser-aí" ou "Dasein". O "ser-no-mundo" consiste nas múltiplas maneiras vividas pelo homem, nas diversas formas de este se relacionar e atuar com os entes que encontra e a ele se apresentam. É uma característica existencial do "ser-aí" o "ser-com". Nessa relação entre seres humanos, há uma intercomunicação de consciências e a subjetividade de um e outro se transforma em intersubjetividade.

Como as contribuições de Heidegger são amplamente utilizadas por alguns trabalhos na Enfermagem, é necessário reforçar a noção de que este destacou a interpretação e a compreensão, além da descrição da experiência humana. O enfoque da investigação fenomenológica é, então, o que a pessoa experimenta em relação a um fenômeno (fenomenologia descritiva) e como interpreta essa experiência (Hermenêutica). Neste sentido, o fenomenologista acredita que as experiências vividas deem significado à percepção de cada pessoa sobre um fenômeno particular, sendo a meta da pesquisa fenomenológica descrever a experiência totalmente vivida e as percepções que ela faz surgir.

Tanto para Heidegger como para Husserl, entretanto, o importante em fenomenologia é não separar o sujeito do fenômeno, mas reuni-los indissociavelmente na estrutura intencional da experiência; ou seja, juntar

dialeticamente, na intencionalidade, o homem e o mundo, o sujeito e o objeto, a existência e a significação.

Neste estudo, a proposta é a de contribuir para a compreensão do referencial fenomenológico para explicar os fenômenos e suas relações, implicados no processo do cuidado de Enfermagem.

A Enfermagem, por lidar com questões existenciais dos seres humanos de quem cotidianamente cuida, tem na fenomenologia uma importante contribuição para o seu “pensar” e o seu “fazer”, pois, para compreender a realidade do dia a dia no qual estamos imersos, é preciso que saibamos mergulhar na subjetividade e sua essência, sem nos esquecermos da objetividade que o permeia; a essência significa a possibilidade de leitura da realidade, do fenômeno e da experiência vivida. E a subjetividade é aquela com base na qual emergem as características do sujeito, reforçando o seu aspecto de ser humano único e singular. Das inter-relações cotidianas dos sujeitos reponta a intersubjetividade, intensificando as interações que cada sujeito estabelece com o outro, compartilhando visões de mundo, crenças e valores no cotidiano social. Nesta abordagem, a essência define a existência do ser, a sua "humanidade", revelando o ser como ele realmente é, dando, assim, sentido à vida.

Portanto, a fenomenologia, como movimento filosófico, pretende descrever o fenômeno tal qual ele aparece, reconhecendo nessa caminhada a essência do ser, da vida, das relações. Para a fenomenologia, os fenômenos acontecem dentro de um determinado tempo e espaço e precisam ser mostrados para que se alcance a compreensão da vivência, levando-nos a refletir sobre como esta modalidade de pensar pode contribuir para o viver cotidiano.

Voltando-se para a experiência vivida, a fenomenologia adota uma forma de reflexão que deve incluir a possibilidade de olhar as coisas como estas se manifestam; descreve o fenômeno sem explicá-lo, sem analisá-lo, não tendo a preocupação de buscar relações causais; está voltada a mostrar e não a demonstrar, para descrever com rigor, pois, por meio dela, é que se pode chegar à essência do fenômeno. Tem como objetivo alcançar a intuição das essências, ou seja, o conteúdo inteligível e ideal dos fenômenos, captado de forma imediata, pré-reflexiva, tão livre quanto possível de pressuposições conceituais, numa tentativa de descrevê-los tão fielmente quanto possível.

Pela relevância das reflexões trazidas pela fenomenologia, cremos na pertinência do desafio de se buscar apreender a forma como as pessoas sentem, pensam, interagem no cotidiano, em especial, nos variados contextos trazidos pelos seres humanos cuidados em Enfermagem. Desta forma, a fenomenologia representa um método adequado ao estudo de fenômenos que requerem um outro "modo de ver, de olhar" transpondo as concepções objetivistas legadas pelo pensamento oriundo da ciência tradicional.

Desta forma, a fenomenologia permite, na pesquisa em enfermagem, um saber-compreensão, que não está evidente, mas ligado aos fenômenos humanos; um saber que leva à reflexão e provoca mudanças na ação daquele que a considera como possibilidade, bem como na percepção do ser humano, visto como sujeito e não como objeto.

Como possibilidades mais amplas para ao estudo de Enfermagem, que também enfrenta as exigências voltadas à pesquisa clínica como foco, a fenomenologia aponta para um norte capaz de promover a consciência de que o ser humano, apesar de estar inserido em um todo, é parte indissociável e complexa que exige a atenção da Enfermagem. Estamos ciente de caminhos que não são antagônicos, mas complementares, pois a pesquisa clínica elucida aspectos elementares e necessários à saúde humana, mas a fenomenologia, ou a linha qualitativa de pesquisa, pode "mostrar" o que está guardado no íntimo de cada ser.

Tendo em vista o fato de que a prática de pesquisa constitui evidência cada vez mais presente na enfermagem, cabe refletir sobre esta, buscando discutir que referenciais são utilizados pelos pesquisadores da área.

Neste sentido, dentre a gama de opções metodológicas que podem pautar a pesquisa em enfermagem, de acordo com os diferentes objetos de estudo a serem investigados, reafirmamos a importância da fenomenologia como um tronco filosófico e um caminho metodológico para a área, tanto no que diz respeito à produção de mais conhecimentos, quanto à fundamentação teórico-filosófica de sua prática. Temos ciência de que a trilha da fenomenologia constitui em alternativa de investigação que contribui efetivamente para nova perspectiva sobre os seres, os espaços e o vivido pela Enfermagem.

Na Enfermagem, a utilização da fenomenologia também ocorreu como busca de estratégias metodológicas de pesquisa. Nesse sentido, ainda de acordo com Omery (1983), muitos pesquisadores enfermeiros começaram a perceber o uso

do método científico como problemático, na medida em que reduz o ser humano, limitando-o em unidades quantitativas pequenas a serem estudadas, não dando pistas de como tais unidades podem ser combinadas num todo dinâmico – o ser humano vivo com o qual o enfermeiro interage na prática.

Discorrendo acerca da importância da fenomenologia na Enfermagem, comenta Ray (1985, p.84) que

A filosofia, essencialmente a fenomenologia, oferece um meio pelo qual a enfermeira pode constantemente descobrir sua consciência do mundo. A fenomenologia, então, pode oferecer um meio pelo qual as experiências vividas do mundo-vida das enfermeiras podem ser estudadas e compreendidas.

Pensemos que tal reflexão possa ser estendida a outros campos da Enfermagem. Compreendemos que o ato de assumir algumas ideias básicas da fenomenologia na Enfermagem é adotar, essencialmente, uma atitude que envolve se voltar para o outro, como pessoa em sua própria experiência de vida, feito sujeito ativo, com múltiplas possibilidades de existir, um vir-a-ser.

Ao despertar para outras dimensões além da biológica, a Enfermagem, na busca de conhecimentos, necessita de abordagens diversas de pesquisa. Nessa lógica, a fenomenologia mostra-se um caminho possível para a realização de investigações, vislumbrando um novo horizonte de compreensão deste ofício artístico-científico.

Por se tratar da investigação das particularizações, demandas e singularidades do contexto cotidiano, optamos pela pesquisa qualitativa.

Por falar em abordagens qualitativas, nas últimas décadas, assistimos, tanto no plano da investigação em Enfermagem como noutros domínios, a um apelo para a inadiável necessidade de aplicar diferentes modelos de abordagem da realidade, ou novos modos de fazer investigação, nomeadamente recorrendo ao potencial destas “*ferramentas*”. Esta evocação é resultado dos expansivos debates acerca dos limites, adequabilidade e potencialidades de cada modo de encarar a realidade, quer seja sob o prisma quantitativo (positivista) quer qualitativo (fenomenológico). A natureza dos impasses com que se trabalha é uma das principais causas advogadas para a sua utilização, já que a tradicional abordagem quantitativa se mostra muitas vezes insuficiente ou mesmo inadequada, e reforça a “necessidade de novas orientações epistemológicas e metodológicas na prática de

investigação centradas em fenômenos relevantes para a prática, facilitando a centralização na dimensão existencial e relacional do ser humano”. (GAMEIRO, 2003, p. 12). Neste prisma, concordamos a seguinte premissa:

Toda área científica da saúde é, ainda hoje, fortemente controlada pelos pesquisadores orientados pela tradição quantitativa e, seguramente, este aspecto sociológico de produção do conhecimento constitui um obstáculo político importante para a afirmação da abordagem qualitativa (BOSI, 1994, p. 20).

A questão reside, ainda, na articulação entre o campo político e o científico, e nos dá a ideia do quão abstratos podem ser os discursos que distanciam ciência e poder.

A posição qualitativa não só consiste em um modelo de fazer ciência, mas congrega também uma série de implicações sociais, políticas, ideológicas e éticas.

De uma parte, os estudos de saúde se desdobram em dois eixos. Um eixo central deste olhar reconhece o ponto de vista dos outros (indivíduos, sujeitos, agentes sociais, grupos, sociedades), que trata do tema da alteridade. O outro eixo cuida de estudos interessados nas experiências e processos de significação e nas ações e observações, objeto de mensuração.

Um dos espaços sociais onde a opinião dos profissionais e especialistas continua sendo decisiva no planejamento, organização e avaliação dos serviços é no setor saúde. Nesta vertente, as propostas derivadas da Pesquisa Qualitativa pressupõem a existência de vários pontos de vista dos profissionais de saúde e de especialistas.

A concepção tradicional sobre os serviços de saúde, em geral, remete a um conjunto de estruturas, processos, recursos e ações que, direta ou indiretamente, se vinculam à atenção a saúde, ou à sua promoção e, sobretudo, à prevenção, atenção e limitação da enfermidade e sua reabilitação. Como evidenciamos, os serviços de saúde vincularam-se social, econômica e ideologicamente ao modelo da Biomedicina, que assume a centralidade dos profissionais no âmbito da saúde – os médicos. Esta concepção pouco se ajusta aos princípios e fundamentos da pesquisa qualitativa, pois considera, em sua origem, premissas e dinâmica, a perspectiva de priorizar certos agentes sobre outros (pessoal médico sobre o não-médico, profissionais sobre os leigos, especialistas sobre os generalistas).

Os serviços de saúde são objeto de análise crítica e debate ao longo do tempo, desde as diversas posições teóricas, políticas e ideológicas.

Durante grande parte do século XX, os serviços de saúde se concebem e se organizam tendo como suporte o modelo biomédico. Esta concepção centraliza os aspectos curativos do ambiente hospitalar e o interesse na esfera orgânica dos indivíduos considerados isoladamente, bem como tomando como eixo central os profissionais de saúde, particularmente, o médico.

Esta visão conduziu à incorporação marginal das propostas da população e dos enfermos, no planejamento, organização e avaliação dos serviços e, sobretudo, à exclusão de propostas de agentes sociais considerados pouco relevantes em função do discurso médico dominante.

Nessa lógica e seguindo as propostas de Martinez (1995, p. 58),

Os serviços médicos não são senão parte inerente ao modelo médico hegemônico no momento atual. Este modelo abrange diversos saberes e práticas de atenção à enfermidade que têm como eixo os profissionais da saúde, sobretudo os médicos, que por motivos históricos se impõem ao modelo de auto-atenção e mesmo aos médicos subalternos e demais profissionais.

Diante da importância da perspectiva de subjetividade dos profissionais, o caminho metodológico de investigação qualitativa encontra-se alicerçada em uma atitude de busca do sentido dos fenômenos no espaço da intersubjetividade, ou seja, no encontro entre a subjetividade situada na vivência dos informantes e a do próprio pesquisador, mediante as compreensões e interpretações compartilhadas.

Ao mesmo tempo, a intersubjetividade representa o caminho da subjetividade em direção aos graus ou perspectivas da objetividade, uma vez que esta só se manifesta com arrimo na subjetividade (BOEMER; ALENCASTRE, 1996 p. 15). Trata-se, portanto, de um movimento de “[...] colocar-se no lugar do outro”. (SIMÕES; SOUSA, 1997, p. 13).

A valorização da experiência vivencial dos agentes sociais, concebendo-o como esse “outro” – sujeito e protagonista de um serviço – aliada ao posicionamento epistemológico de investigação pautada na intersubjetividade da relação sujeito-investigador, contempla, duplamente, a exigência ética da alteridade na reflexão acerca dos serviços, já que a “alteridade não só evidencia o nível das relações que

se estabelecem entre as pessoas, como também as relações que se estabelecem entre o homem e a vida”. (CORREIA, 1996, p. 68).

Ao tratar das abordagens qualitativas, nos remetemos a uma ampla diversidade de vertentes e filiações oriundas da Sociologia, Psicologia, Antropologia, História, dentre outras disciplinas afins.

Embora o campo da pesquisa qualitativa abrigue tensões com referenciais interpretativos, é a partilha de alguns elementos epistemológicos que permitem o enquadramento de tão diferentes perspectivas na denominação qualitativa. Um ponto em comum é o status central dado à interpretação do significado das ações sociais.

Os patamares epistêmicos que apontam a interpretação como a ação investigativa por excelência das ciências humanas foram delineados contra a concepção positivista. Observamos que a abordagem interpretativa toma para si o desafio de apresentar uma perspectiva metodológica capaz de conduzir a elaboração de conhecimento de um campo científico bastante peculiar. Essa abordagem busca construir um sentido de objetividade qualitativamente distinto daquele que funda epistemologicamente as ciências naturais.

A epistemologia do cuidado de Enfermagem precisa se haver com bases teóricas, filosóficas e históricas relativas à própria Enfermagem, em termos de arte pedagógica, mas também entendida como prática investigativa de uma ciência-em-construção, ou, sobretudo, como prática científica assistencial reconhecida, legalmente, no campo das ciências da saúde.

Ao considerar as situações cotidianas do enfermeiro no contexto da saúde, buscando o ponto de vista dos sujeitos, e suas condições no processo saúde-doença, esse profissional tem aproximado mais as pesquisas da assistência de Enfermagem, voltando-se à compreensão/interpretação dos fenômenos pesquisados. Ao lado da subjetividade, a alteridade, ou seja, a perspectiva que leva em conta os outros, constitui em preocupação central desta pesquisa.

2.2 A Hermenêutica e as pesquisas interpretativas

Grande parte das pesquisas de Enfermagem enfoca questões do cotidiano, buscando significados socialmente compartilhados. Concordamos com Lowenberg (1993), quando acentua que a adoção de abordagens interpretativas é

um caminho promissor para a Enfermagem, em suas atividades de pesquisa. Da mesma forma, enveredar por esse caminho possibilitará que a Enfermagem participe do diálogo atual entre as ciências sociais e humanas.

Adotar na Enfermagem pesquisas de natureza interpretativa representa, cada vez mais, a possibilidade para que os enfermeiros analisem fenômenos no cotidiano da saúde, do ponto de vista de quem o vivencia.

A Hermenêutica, feito paradigma filosófico, fundamenta as pesquisas qualitativas da Enfermagem. A Hermenêutica é utilizada como base filosófica para diferentes estudos qualitativos realizados por enfermeiros, haja vista que o homem e as interações humanas são frequentemente objeto de estudo da Enfermagem. Estudos de tal natureza remetem a processos interpretativos do investigador, à importância do contexto na compreensão de significados, bem como ao entendimento da linguagem oral e escrita do outro.

A palavra hermenêutica sugere o processo de trazer uma situação ou uma coisa, da inteligibilidade à compreensão, ou seja, tornar compreensível; ou, ainda, o estudo dos princípios metodológicos de interpretação e explicação. A interpretação é moldada pela questão com amparo na qual o intérprete aborda o seu tema ou tematizações de respostas às perguntas que os diferentes intérpretes levantaram. A Hermenêutica fornece interpretações válidas moldadas pelo curso das interrogações. Orienta-se não só em como obter interpretações válidas, mas, também, na natureza ou dinâmica da própria compreensão.

Com suporte na herança deixada por Edmund Husserl, M. Heidegger, em sua obra "Ser e Tempo",

[...] se afasta da fenomenologia de seu mestre Husserl e inicia seu caminho de reflexão sobre o sentido mais profundo da existência humana, bem como sobre as origens da metafísica e o significado de sua influência na formação do pensamento ocidental. (JAPIASSU; MARCONDES, 2006, p.116).

Heidegger observou que o mundo humano não significa apenas o meio ambiente exterior e tampouco constituía uma elaboração subjetiva e arbitrária (SIEBENEICHLER, 1983). Em suas últimas obras, Heidegger explicita que a compreensão se expressa na linguagem e nela se constitui o horizonte histórico da compreensão. "A hermenêutica torna-se, assim, a interpretação da primitiva compreensão do homem em si e do ser" (CORETH, 1973, p. 23).

Baseado em Heidegger, de quem foi seu discípulo mais próximo e em seus estudos humanísticos, Gadamer "desenvolveu um interesse filosófico pelo diálogo com a tradição, com as línguas e as culturas distantes e refletiu sobre as condições históricas e filosóficas da compreensão e da interpretação" (HABERMAS, 1997, p. 7). Baseado nas formulações de Schleiermacher, Dilthey e Heidegger, Hans-Georg Gadamer elabora uma teoria filosófica em que a Hermenêutica adquire status de corrente filosófica.

Reconhecemos, então, que o indivíduo é único, complexo e as experiências vivenciadas por ele são singulares e contextualizadas por seu cotidiano, formando sua percepção do mundo. Assim, ao optar pela abordagem qualitativa, expressaremos o fenômeno da subjetividade nas relações éticas da organização.

Tendo estes pressupostos como guias, consideramos, neste estudo, a pertinência de nos fundamentar na fenomenologia, como uma ferramenta metodológica que auxilia a apreender, captar e descobrir a produção de novas realidades que se foram constituindo em particular no empírico. Isto, de certa forma, nos possibilitou uma aproximação do fenômeno em estudo, desde as perspectivas próprias apresentadas pelos sujeitos da pesquisa. Certamente que, por meio da fenomenologia-Hermenêutica, teremos a possibilidade de compreender os significados atribuídos pelos sujeitos à condição existencial de estar-no-mundo e, por meio de sua linguagem, nos relatos, chegar ao entendimento de sua ação. O homem revela a realidade por meio da linguagem oral ou escrita e, pela interpretação da linguagem, o pesquisador chega aos aspectos significativos essenciais para a compreensão do ser. Portanto, a linguagem pode ser um elemento mediador que permite essa compreensão/interpretação, tanto dos processos cognitivos individuais, quanto dos aspectos sociais e culturais.

2.3 O processo da pesquisa

Na busca de atender aos objetivos propostos e desenvolver o tema em estudo, realizamos investigação de natureza descritiva, utilizando a abordagem de pesquisa qualitativa, e tendo como principal referência metodológica a fenomenologia hermenêutica.

Definimos como universo do estudo, os enfermeiros de uma instituição hospitalar, que se caracteriza por ser um hospital público de ensino, situado no Município de Fortaleza. O Hospital é parte integrante da Universidade Federal do Ceará, tendo sua origem em 1944, quando do início da construção do Hospital Carneiro de Mendonça, no bairro de Porangabussu, atualmente Rodolfo Teófilo.

Caracteriza-se como um hospital público universitário certificado como Hospital de Ensino, de acordo com a Portaria Interministerial nº 2.378, de 26 de outubro de 2004. Tem como missão institucional "desenvolver e promover o ensino, a pesquisa e a atenção terciária e quaternária à saúde, com responsabilidade social, integrando os modelos de saúde vigente". Administrativamente, é subordinado diretamente à Reitoria da UFC; no âmbito de ensino encontra-se vinculado ao Ministério da Educação, e, no plano de assistência insere-se na rede de estabelecimentos de saúde vinculada ao SUS. Desenvolve habilidades prático-assistenciais e de pesquisa dos graduandos da Faculdade de Medicina (FACMED) e Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE), bem como de outras universidades, faculdades privadas e cursos de nível técnico da área de saúde do Estado.

Possui como áreas de destaque em ensino, pesquisa e assistência: a Clínica, a Farmacologia Clínica e a Cirurgia Experimental. Oferece à comunidade 243 leitos ativos, nas áreas de internação clínica, cirúrgicas e ambulatoriais, além de serviços de Radiodiagnóstico, Quimioterapia e Procedimentos Especializados. É referência nordestina nos transplantes renal, hepático e de medula óssea, com perspectivas de iniciar transplante cardíaco e de pâncreas. Possui o Centro de Atenção ao Idoso, sendo referência no tratamento das doenças prevalentes nesta fase da vida.

A pesquisa foi desenvolvida nas Unidades de Clínicas Médicas, Clínicas Cirúrgicas e Pacientes Externos. Está respaldada nas determinações constantes na Resolução nº. 196/96, e no decreto nº. 93.333 de janeiro de 1987, que estabelecem critérios sobre pesquisas envolvendo seres humanos (*in anima nobili*).

Para a realização da pesquisa, encaminhamos o projeto para autorização à Diretoria de Ensino e Pesquisa, para apreciação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, no que foi atendido. A coleta de informações teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do complexo

hospitalar da UFC, tendo acontecido antes a devida pré-testagem do instrumento a ser utilizado.

A amostra teórica é intencional e constituída por nove profissionais enfermeiros, gerentes de unidade e enfermeiros assistenciais distribuídos nas diversas unidades. Os critérios de inclusão utilizados para a amostra foram: que os enfermeiros informantes estivessem lotados nas unidades de Clínicas Médicas, Clínicas Cirúrgicas e Ambulatórios, e que aceitassem participar da pesquisa.

O número suficiente de participantes foi determinado com atenção a certa “reincidência das informações”. Como a pesquisa qualitativa não tem por finalidade a generalização, e sim o aprofundamento da compreensão de um determinado fenômeno, o critério não é numérico. Nesse sentido, priorizamos a busca dos sujeitos com atributos para o desvelamento do objeto focalizado.

Na realização de um estudo fenomenológico, e se considerarmos a maneira mais comum de coleta de dados, a ENTREVISTA, é de todo impossível pensar em dois ou três investigadores na divisão de tarefas. O objetivo da entrevista fenomenológica centra-se na exploração da experiência vivida; ela é diferente dos outros tipos de entrevista e deve ir além de um mero desenrolar de perguntas e respostas, devendo pressupor a existência de uma relação entre o participante/informante e o entrevistador (WIMPENNY; GASS, 2000), de modo que se faça uso da reflexão.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a maio de 2009, mediante a técnica de entrevista individual, tendo como instrumento um roteiro de temas referentes ao significado do cuidado de Enfermagem, a descrição e entendimento da ética do cuidado, bem como a dimensão da alteridade destes profissionais no hospital de ensino.

Para Chizzoti (1991, p. 93) a entrevista abre possibilidades na relação entre as pessoas, ao revelar sistema de valores, “os modos de agir, as normas e os símbolos ao mesmo tempo em que transmite a magia representada por determinado grupo social”.

Optamos pela entrevista em decorrência da sua característica de interação pesquisador-pesquisado, economia de tempo, por permitir o aprofundamento dos tópicos levantados e pela possibilidade de as questões serem refeitas em caso de dúvidas, e sem interferir nos objetivos da investigação.

Ressaltamos que a forma de registro das informações utilizada neste estudo foi a gravação oral, pela possibilidade de se registrar a fala do entrevistado imediatamente, enquanto o entrevistador poderia se ater às expressões não verbais, e, ao mesmo tempo, fazer as devidas anotações, caracterizando uma estratégia de informação complementar.

No momento da entrevista, os enfermeiros foram lembrados dos objetivos do estudo, sendo apresentado, e realizada sua leitura, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para permitir que o profissional o assinasse. Após concordância e assinatura dessa peça, iniciamos a entrevista, obedecendo a sequência do roteiro, com o auxílio de gravador, e realizamos algumas anotações a fim de complementar o que estava sendo dito. Segundo Lüdke e André (1986, p. 36), “há toda uma gama de gestos, expressões, entonações, sinais não-verbais, hesitações, alterações de ritmo, enfim, toda uma comunicação não-verbal cuja captação é muito importante para a compreensão e a validação do que foi efetivamente dito”.

As entrevistas foram realizadas no próprio hospital, e os encontros previamente estabelecidos com os participantes, levando-se em conta a disponibilidade de seu horário de trabalho e, ou, seus compromissos. O tempo de duração da entrevista transcorreu entre dez a vinte minutos.

Considerando que o material coletado se fundamenta no diálogo interativo, desenvolvido mediante entrevistas gravadas, e partindo da premissa de que tudo o que foi expressado é passível de ser submetido à análise e interpretação, norteamos o estudo na compreensão da ética da alteridade no cuidado de Enfermagem, à luz da teoria da ética em Lévinas, visando à compreensão do objeto do estudo.

Procuramos, assim, captar os discursos, os fazeres, as experiências vividas, além das observações que foram se revelando, em distintos momentos, pelos profissionais enfermeiros. Antes do início da gravação oral, os profissionais receberam uma explicação geral dos objetivos da pesquisa, bem como as indicações pertinentes em relação aos questionamentos do processo investigativo. Foi entregue aos entrevistados o termo de compromisso, com o objetivo de obter a sua aquiescência. Os dados coletados foram gravados, sendo posteriormente validados pelos partícipes e posteriormente transcritos na íntegra. Os sujeitos estão

identificados no texto com a letra E, seguida dos números de 1 a 9, correspondentes aos depoimentos efetivados.

Após a coleta dos dados, procuramos compreendê-los para tanto responder às nossas inquietações, quanto para confirmar ou não os nossos pressupostos, o que nos permitiu ampliar o conhecimento em torno do objeto da pesquisa. Consciente das dificuldades que se apresentaram nesta fase do nosso trabalho, dadas a complexidade e a diversidade dos indicadores evidenciados, pretendíamos superar a mera descrição dos indicativos encontrados, efetivando a interpretação que estivesse baseada no diálogo constante entre nossa experiência, nosso marco de referência e a nossa observação. Mesmo reconhecendo a pouca facilidade deste trabalho, acreditamos na riqueza de sua tentativa e dos ganhos que, como gestora e pesquisadora, poderíamos obter.

Para tanto, encontramos em Minayo (1996) uma proposta de análise, denominada Hermenêutica dialética, método que nos parece ser o mais coerente com o objeto definido para dar relevância à práxis, observando o que prescreve Minayo (1992, p. 219):

A hermenêutica e a dialética não devem ser "encurtadas" através de sua redução à simples teoria de tratamento de dados. Mas pela sua capacidade de realizar uma reflexão fundamental que ao mesmo tempo não se separa da práxis, podemos dizer que o casamento dessas duas abordagens deve preceder e iluminar qualquer trabalho científico de compreensão da comunicação.

Esta escolha está vinculada à incessante busca que acompanha todo este trabalho, de entender o significado, mais do que de reconstruir processos que se organizaram de forma sequenciada, para, nesse caminho, buscar na linguagem da práxis a compreensão do sentido dos fatos experienciados.

Minayo tomou como referência o conceito de Gadamer, que apresenta a Hermenêutica como [...] a busca de compreensão do sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos, onde a linguagem ocupa um ponto no tempo e no espaço (GADAMER *apud* MINAYO, 1992), conceito que é complementado pela autora quando ressalta que ao ampliar os horizontes da comunicação e da compreensão, nunca escapamos da história, fazemos parte dela e sofremos os preconceitos de nosso tempo (MINAYO, 1992).

A recuperação das experiências, o recobro dos fatos e os levantamentos exaustivamente efetuados de uma determinada época foram aos poucos reconstituindo um determinado contexto que, no entanto, está

[...] sempre passível de compreensão; é ao mesmo tempo questionável, e potencialmente incompreensível. A experiência hermenêutica balança entre o familiar e o estranho, entre a intersubjetividade do acordo ilimitado e o rompimento da possibilidade de compreensão. (MINAYO, 1994, p.67).

A dialética, por sua vez, no seu sentido metodológico, estabelece "a relação entre o objeto construído por uma ciência , o método empregado e o objeto real visado por essa ciência". (BRUYNE; HERMAN; SCHOUTHEETE, 1982, p. 65).

A análise dialética

[...] visa um conjunto objetivo que determina o sentido do desenvolvimento histórico (leis dialéticas da história); as leis por sua vez revelam o sentido objetivo de um conjunto histórico, e propõe assim uma espécie de hermenêutica do sentido objetivo da História. (BRUYNE; HERMAN; SCHOUTHEETE, 1982, p. 67).

Minayo sugere a associação da hermenêutica com a dialética, por entender que essa é uma complementaridade possível, arrimada na própria realidade, destacando o fato de que

[...] a reflexão hermenêutica produz identidade da oposição, buscando a unidade perdida. Ela se introduz no tempo presente, na cultura de um grupo determinado para buscar o sentido que vem do passado ou de uma visão de mundo própria, envolvendo num único movimento, o ser que compreende e aquilo que é compreendido. (MINAYO, 1996, p. 221).

A escolha da Hermenêutica dialética para referenciar e guiar essa investigação decorre portanto, de afinidade das suas elaborações com a abordagem que pretendemos realizar, buscando

[...] entender o texto, a fala, o depoimento, como resultante de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos frutos de múltiplas determinações mas com significado específico. Esse texto, é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político. (MINAYO, 1992, p. 227).

Para Minayo (1996, p. 56), “o desenvolvimento da análise de dados com base na hermenêutica-dialética permite colocar a fala dos entrevistados em seu próprio contexto, bem como compreender suas representações”. Elas são fruto de condições dadas, mas são também produto de sua ação transformadora sobre o meio social.

A citada autora chama a atenção para alguns obstáculos decorrentes da diversidade e da heterogeneidade dos dados em uma pesquisa qualitativa. O primeiro se refere à possibilidade de o pesquisador fazer uma “interpretação espontânea”, decorrente de sua familiaridade com o objeto de pesquisa, o que, em nosso caso, significa o perigo de ter nossa compreensão limitada, com conclusões simplistas e até equivocadas. O segundo óbice refere-se ao comprometimento excessivo do pesquisador com os métodos e as técnicas para coletar dados, em detrimento da riqueza, diversidade e significação dos indicadores recolhidos. A terceira dificuldade se relaciona com o embaraço que o pesquisador pode ter no momento de articular as teorias e conceitos abstratos com os dados concretos recolhidos, ensejando a possibilidade de fracionamento do nosso trabalho, pelo fato de não encontrarmos convergência entre o referencial teórico e as nossas descobertas.

Desta maneira, compreendemos que, para alcançar nosso objetivo em relação à feitura de uma análise interpretativa, o método hermenêutico-dialético proposto por Minayo (1996, p. 227) nos pareceu bastante pertinente, uma vez que “a união da hermenêutica com a dialética leva o intérprete a entender o texto, a fala, o depoimento como resultado de um processo social e processo do conhecimento, ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico”.

Dando prosseguimento à proposta metodológica, estabelecemos etapas para dar sequência à análise. O primeiro nível de análise referiu-se ao ordenamento dos dados: todas as gravações foram ouvidas e literalmente transcritas, visando a fazer a leitura geral e abrangente do material, que nos apresentou uma perspectiva inicial do conjunto de dados. A interpretação e a descrição aconteceram simultaneamente, caracterizando, portanto, a etapa fenomenológica propriamente dita; logo após, sucedeu a chamada decodificação vertical, com a realização das inúmeras leituras de cada uma das entrevistas, com o intuito de organizar os relatos; na sequência ocorreu a categorização das temáticas singulares informadas por parte de cada participante, observando as recorrências e repetições. Em seguida,

traçamos eixos comuns que convergiram para a classificação das informações em temas, dimensões e subdimensões, os quais possibilitaram de forma convergente, desde uma perspectiva crítico-interpretativa, a elaboração da rede interpretativa. Com esta etapa, obtivemos “um mapa horizontal” de nossas descobertas.

Esta categorização em torno de tema, entretanto, “não expressa uma autonomia de cada tema em relação aos demais; trata-se, antes, de um recurso de exposição que, na medida do possível, buscará revelar o entrelaçamento entre eles, daí a idéia de rede”. (GODOY; BOSI, 2004, p. 247).

Das exaustivas leituras e interpretação do material empírico, surgiram três blocos temáticos gerais: **1. Cuidado de Enfermagem**, **2. Ética de Enfermagem** e **3. Alteridade no cuidado**.

As falas obtidas foram distribuídas segundo a série, dentro de cada um destes grandes blocos, conforme a Figura 1.

Rede interpretativa			
TEMAS	1. Cuidado de Enfermagem	2. Ética de Enfermagem	3. Alteridade no cuidado
DIMENSÕES	1.A Cuidado	2.A Interdisciplinaridade no Hospital Escola	3.A Outridade
	1.B Assistência	2.B Ética de Enfermagem	3.B Condições de trabalho

Figura 1 – Rede interpretativa

Fonte: Pesquisa direta.

A segunda etapa se relacionou à seleção e à distribuição das falas, mediante várias leituras repetidas dos textos contidos em cada um dos grandes blocos temáticos há pouco mencionados. Com isto, buscamos estruturas relevantes que nos permitissem agrupá-las de forma lógica e coerente. Desta etapa, surgiram duas unidades de sentido para cada um dos blocos temáticos, assim descritos no Apêndice B.

Assim, para o bloco 1. Cuidado de Enfermagem, as unidades de sentido foram: **cuidado e assistência**. Para o bloco 2. Ética de Enfermagem, as unidades de sentido foram: **a interdisciplinaridade no hospital-escola e ética**. Para o bloco 3. Alteridade no cuidado, as unidades de sentido foram: **“outridade” e condições de trabalho**. Esta etapa se caracterizou como a mais complexa, pois nela tentamos “fazer a leitura “transversal” visando à constituição de temáticas comuns que facilitassem a compreensão dos dados, pois entendemos que “o dado não é “dado” é “construído”. (MINAYO, 1996, p. 235).

Na terceira etapa, realizamos novamente uma leitura horizontal dos nossos dados, procurando nas falas dos participantes as semelhanças e diferenças, visando à identificação das unidades estruturantes que nos permitissem formar as subdimensões empíricas.

Logo após, fizemos uma leitura transversal entre as falas contidas nas duas unidades de sentido de cada bloco temático. Deste exercício, surgiram, então, as subdimensões que se constituíram da compreensão acerca do cuidado, ética e alteridade no cuidado de Enfermagem.

Na última etapa, estabelecemos as articulações entre os dados coletados e o referencial teórico do trabalho, tentando transcender a descrição geral da realidade pesquisada, possibilitando o estabelecimento de relações que objetiva a compreensão do cuidado de Enfermagem com esteio na da discussão ética na dimensão da alteridade radical em Lévinas.

3 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA ÉTICA DO CUIDADO

3.1 Ética em diferentes enfoques filosóficos

A Ética como reflexão científica, filosófica e até teológica vem sendo estudada desde a Antiguidade pelos mais renomeados filósofos. Sócrates, consagrado "fundador da Moral", destacou-se nesta área da Filosofia por buscar em suas indagações a convicção pessoal para obter melhor compreensão da justiça. Sócrates acreditava nas leis, mas como pensador capaz de por em prova o próprio ego, o questionava, dando azo a um descontentamento nos conservadores gregos da época (MESQUITA, 2002).

Neste sentido, utilizamos uma abordagem mais filosófica e comentaremos sobre o ético na concepção de alguns filósofos, estabelecendo entre eles um cotejo, de modo a deixar claras as divergências e convergências de pensamentos no que tange as suas concepções de Ética.

A palavra ética tem origem na Grécia antiga, em cuja língua *ethos* significa o lugar de onde brotam os atos, isto é, a "interioridade", o "modo de ser" ou o próprio caráter. Para os gregos, o posicionamento ético estava associado a um alcance do que eles consideravam como o bem supremo: a felicidade. Dessa forma, a busca pela felicidade estava diretamente relacionada ao desenvolvimento das virtudes e qualidades morais das pessoas.

Faz-se, porém, necessário retomar o pensamento filosófico como forma de mapear as ideias que povoaram o imaginário da humanidade sobre este ou aquele conceito.

Já Platão (427-347 a.C.), discípulo de Sócrates, articulava em suas inspirações teóricas a ideia de se encontrar a felicidade no centro das questões éticas. A sabedoria, para Platão, não está expressa no saber pelo saber, ou melhor, não se identifica o sábio pela sua grandeza de conhecimentos teóricos, mas pela sua grandeza de virtudes. O homem virtuoso tende a encontrar e contemplar o mundo ideal.

Aristóteles (384-322 a.C.), também pensador da Grécia antiga, fundamentou a maior parte de seu postulado teórico no empirismo, onde desenvolveu algumas obras que enfocam as questões éticas daquele tempo: *Ética a Eudemo*, *Ética a Nicômaco* e uma *Magna Moral*. Aristóteles não descarta a relação

entre o Ser e o Bem, contudo enfatiza a não existência de um valor único, e que este deve variar de acordo com a complexidade do ser. Para o homem, por exemplo, há a necessidade de se ter muitos valores, para que este possa alcançar a felicidade humana. A virtude, em Aristóteles (2000, p. 11), está inclusa nos melhores dos valores, pois “o objetivo da ética seria determinar qual é o bem supremo para as criaturas humanas (felicidade) e qual é a finalidade da vida humana (fluir esta felicidade da maneira mais elevada – a contemplação)”. Nesta óptica, a reflexão filosófica tinha como ponto relevante o modo de agir humano e suas finalidades para se alcançar o bem supremo, mas sob uma visão individual. Pode-se, entretanto, verificar uma diferença básica no sentido que a palavra ética assumiu na atualidade: o aspecto relacional, introduzindo no cenário, além das posições e virtudes individuais, todo um espectro de atitudes e comportamentos de cada um diante dos outros.

Para Kant (1994), a pessoa tem um valor em si própria, por força do qual atua “como agente moral capaz de tomar decisões autônomas sobre as questões relacionadas à sua vida, o que a investiria de dignidade, atributo imprescindível para que pudesse ser respeitada”. Neste sentido, a dignidade como propriedade intrínseca da pessoa implica a constatação de que a pessoa digna deve e merece ser respeitada. A racionalidade dos imperativos éticos emerge dos princípios formais que podem ser universalizados. Com relação à autonomia, Kant afirmava que o “eu” é autônomo no sentido de que ele impõe a si mesmo regras pessoais de conduta que são logicamente compatíveis com princípios universalizáveis da razão. Por isto, ele trata os demais como receptores finais da ação moral e não como meios para fins egoístas. A autonomia, então, se torna necessária para um exercício moralmente relevante da razão prática, porque seu contrário, a heteronomia, é vista por muitas pessoas como sendo governada por outros egoístas ou por absolutamente nenhum princípio de dever (HUTCHENS, 2007); já o “desinteresse” é necessário para a autonomia, isto é, nossa conduta não pode ser moral quando temos algum objetivo socialmente meritório em mente ou quando outras pessoas estão nos tratando como um meio para satisfazer os próprios fins. Ser moralmente autônomo define nosso interesse, e não vice-versa, de tal forma que desejamos cumprir nossos deveres, mais que tudo, mas não somos moralmente autônomos apenas porque, sê-lo, é conveniente para nossos interesses. Já para Hutchens (2007, p.47) o “eu” não está

isolado em uma autossuficiência insular; é a passividade de um “eu” exposto que constitui sua subjetividade, não a atividade de sua autonomia

Heidegger (1989, p. 246), em sua filosofia, buscou compreender a intrínseca multiplicidade dos modos de ser, ligando o ser ao tempo: assim, para o desenvolvimento da Ontologia, determina o ser como presença, como abertura ao mundo das relações com o outro e com o mundo.

O estudo filosófico de Heidegger era a ontologia do ser, ou seja, o significado do ser, entendido como o sentido existencial. A Filosofia heideggeriana apresenta a percepção de que, apesar do ser existir em um mundo compartilhado, a existência ao fim é não relacional, ou seja, a morte diz respeito unicamente ao ser, pois quando morre chega ao fim de seu estar-no-mundo-com-o-outro.

Da abertura ao mundo das relações com o outro, na Filosofia heideggeriana, Hans Jonas emerge com a ética da responsabilidade, referência para a ética do cuidado em Enfermagem.

O conhecimento que fundamenta o cuidado de Enfermagem deve ser constituído na intersecção da Filosofia, que responde à grande questão existencial do homem, com a ciência e a tecnologia, tendo a lógica formal como responsável pela correção normativa numa abordagem comprometida com a emancipação humana e a evolução das sociedades. A formulação da Enfermagem como prática social tenta responder às demandas do usuário do sistema de saúde, viabilizado pela integralidade do cuidado, consolidado por meio do encontro intersubjetivo. Esta elaboração pode ser verificada como um conjunto de características subjetivas das pessoas no contexto histórico, político-social, e, no nosso caso, na prática de saúde

Como podemos constatar, existem vários enfoques filosóficos acerca da Ética. De fato, as várias contribuições ao estudo da Ética são permeadas por posições atentas, principalmente, aos costumes exteriores e com a atitude individual e subjetiva do sujeito. Entre as tendências atuais, valoriza-se a posição da alteridade como um ideal ético, privilegiando o aspecto pessoal da Ética: autenticidade, opção. Outra perspectiva aponta a Ética nas relações sociais, tendo como ideal ético a ideia de uma vida mais justa.

Em um contexto no qual o acelerado desenvolvimento tecnológico enseje possibilidades para intervenções humanas sobre a natureza e sobre si mesmo, observa-se que o homem se tornou perigoso para si mesmo. Dupas (2001, p. 73) destaca a noção de que, “ao longo deste século [século XX] o homem conquistou o

que jamais pode pretender: o poder de se destruir com a entrada na era nuclear e o poder de se transformar, com o acesso ao domínio do ser vivo”.

Como uma disciplina filosófica, a Ética se refere à reflexão crítica sobre o comportamento humano, que interpreta, discute, problematiza e investiga valores e princípios (SOUZA, 1995). Nesta concepção, a Ética da responsabilidade se pauta como eixo de nossa reflexão, por entendermos que ela constitui uma referência para o cuidado em Enfermagem.

Não se trata de pressupor a bondade e a perfeição do profissional que, sendo responsável, procura agir para o bem, mas sim daquele que se conscientiza das consequências previsíveis e imputáveis à sua ação.

A Ética da responsabilidade surge, ainda, no âmbito das organizações da saúde, como referência para o cuidado em Enfermagem. Nessa visão, importante é que a relação a outrem seja o despertar da obrigação; que a responsabilidade por outrem seja o engajamento mais antigo do que toda deliberação memorável constitutiva do despertar humano.

Nesta dimensão, Jonas (2006, p. 18) “propõe ao pensamento e ao comportamento humano uma nova ética que defende a criação de uma teoria da responsabilidade”. A responsabilidade é o princípio primordial e norteador da Ética, que nos responsabilizará a cumprir o papel de apontar valores e os fins a serem perseguidos e utilizar os meios como aquilo que realmente são, sem transformá-los em fins em si mesmos.

De acordo com Jonas (2004, p. 209), “a busca da essência do ser humano tem que ser encaminhada através dos encontros do ser humano com o ser”. Estes encontros não apenas fazem aparecer a essência do ser humano, mas, na verdade, eles a constroem, porque neles ela se decide a cada momento. A própria capacidade do encontro é essência básica do ser humano. Então, quem quer que administre o curso e o uso da teoria precisa se responsabilizar pelas necessidades e sofrimentos da humanidade. Portanto, as bênçãos do conhecimento não recaem, em primeira linha, sobre aquele que conhece, mas sim sobre seus semelhantes que não conhecem e, para ele próprio, apenas na medida em que é um deles.

Só uma ética fundamentada na amplitude do ser, e não apenas na singularidade ou na peculiaridade do ser humano, é que pode ser de importância no universo das coisas. Reconhecerá sua importância se o ser humano a tiver; e se ele

a tem, teremos que aprendê-lo com origem em uma interpretação da realidade como um todo, ou pelo menos em uma interpretação da vida como um todo.

Refletimos o ser, mas nisto refletimos a nós mesmos. Seja qual for a qualidade moral que possa entrar na relação entre mim e o mundo, ela não pode ter sua origem a não ser no próprio eu. Consolida-se o fato de que a Ética se fundamenta em um princípio que possa ser descoberto na natureza das coisas, e não apenas na autoridade divina.

3.2 Concepções sobre a dimensão da ética da alteridade radical em Lévinas

Para este estudo, elegemos a Filosofia de Lévinas como referencial para a Ética da alteridade no cuidado de Enfermagem. O autor desenvolveu este conceito na vivência como judeu ao horror nazista dos campos de concentração, situação em que percebia o outro negado em sua alteridade em face do sentido dado pelo projeto alemão. Ao ser vigiado pela janela por soldados alemães, após voltar das longas jornadas do trabalho forçado, reconheceu a inexistência da alteridade na situação, concluindo que "o existente que dá sentido aos entes no mundo, estaria numa impessoalidade, árida, neutra, que somente poderia ser superada no ser-para-o-outro, como momento ético de respeito a alteridade". (MANCINI, 1994, p.25).

Conforme Lévinas (1988, p. 30),

[...] chama-se ética a esta impugnação da minha espontaneidade pela presença de outrem [...] A metafísica, a transcendência, o acolhimento do outro pelo mesmo, de outrem por mim produz-se concretamente como a impugnação do mesmo pelo outro, isto é, como a ética que cumpre a essência crítica do saber.

A Ética da alteridade tem sua radicalização na obra de Emmanuel Lévinas. É importante fazer referência ao contexto em que essa proposta ética foi apresentada. Trata-se do período após a Primeira Grande Guerra, quando Lévinas, como semita, vivenciou os episódios de perseguição ao povo judeu pelo nazismo alemão. Lévinas rediscute conceitos clássicos da Ética, bem como do seu tempo, propondo rupturas na inteligibilidade e no estatuto da ética (PIVATTO, 2000).

A alteridade, para Lévinas, compreende a relação responsável pelo outro (PIVATTO, 2000). Essa responsabilidade sucede na relação intersubjetiva, sendo, "uma relação não-simétrica. Neste sentido sou responsável por outrem sem esperar

recíproca, [...] A recíproca é assunto dele” (LÉVINAS, 1988, p. 90). Isso quando “voltar-se para o outro significa responsabilidade”. (PIVATTO, 2000, p. 88).

A tese central de Lévinas (1991, p. 13) asseve que a relação ao outro “consiste certamente em querer compreendê-lo, mas a relação (da alteridade) excede esta compreensão”. Significa que outrem não é, primeiramente, objeto de compreensão e, depois, interlocutor. Faz-se mister manter a relação, que é linguagem, e assim constituir a Ética como Filosofia primeira sobre a relação absoluta da alteridade. Então, será possível criar o humanismo do outro homem, com relações melhores e instaurar o humano como reino do Bem para além do ser.

Assim, o outro sempre me excede; ele está além de mim, trazendo a ideia de infinito e se mostrando por meio da miséria, da nudez, do desamparo, ou seja, do miserável, do estrangeiro, do explorado.

Para Freire (2002, p. 50, grifo do autor), a pluralidade e proximidade fraternas “resultam numa ‘afectividade’ des-interessada pelo *Outro*”, ou, dizendo de outra forma, resulta do ser afetado pela alteridade do outro-que-si, do outro-de-si e do outro-do-outro.

Para Freire (2002, p. 118), “a reformulação da ética se dá pela perspectiva da responsabilidade, seja ecológica, bioética, humanitária, econômica ou mesmo ‘midiática’”.

Tal argumento propõe uma exigência ética em que “o sentido profundo do homem que o eleva ao humano como realização e destino tanto individual como social” emerge da relação com o outro, na vivência do “encontro humano”. (PIVATTO, 2000, p. 81). Nestes tempos, baseando-se em comentários de Pivatto (2000), observa-se que o “encontro” é o sentido ético da relação. Basicamente, têm-se uma proposta de relação na qual o outro não é objetivado por um saber racionalizador – no sentido de dominar o outro, tornando-o um objeto do meu conhecimento, explica Pivatto (2000), mas sim em um saber mediado pelo ser, privilegiando, dessa forma, a construção ética no encontro presencial.

Nesse sentido, a Enfermagem se mostra neste estudo como uma resposta de cuidado de uma pessoa para com outra, no período de necessidade, numa transação inter-humana e intersubjetiva do cuidado ético.

Em Freire (2002, p. 46),

[...] o ético antecede o ontológico; não [se trata] de um “dever ser” mas de um “ter de ser”; não da possibilidade de fazer escolhas mas de uma disponibilidade de responder ao outro (responsabilidade) que antecede qualquer voluntarismo. Neste sentido, não há opção, não há decisão, só intimação pelo Outro.

Para Pivatto (2000), o ser humano se reconhece como parte de um ser – ele mesmo diante de seu semelhante. Cabe destacar que Lévinas acrescenta a esse encontro uma relação responsável que pressupõe romper com o eu-egoísta. Portanto, a Ética da alteridade também mostra uma tentativa de ruptura com o individualismo tão presente na sociedade atual, além de permitir um novo olhar para o “encontro”, a relação presencial, por vezes suprimida em seu significado, pelas tipificações e mesmo pelo uso dos meios eletrônicos de comunicação.

Para Freire (2002, p. 61), “a subjetividade chega tarde, enquanto o Outro obsedia desde sempre e minha responsabilidade para com ele não é fruto da minha escolha [...] a responsabilidade é a questão para a qual o ser é sempre chamado – ser-em-questão...”

Assim, a abertura ao encontro autêntico é possível por conta da disponibilidade e da expressividade do ser que cuida ante a presença do ser que é cuidado. No cuidado, o ser que cuida não impõe nem decide a respeito de vida do outro, mas lhe enseja escolhas, possibilitando a tornar-se mais segundo suas potencialidades.

Cabe explicitar, no entanto, a distinção sugerida por Lévinas entre subjetividade e sujeito. O sujeito, para Lévinas, é constituído, limitado, estruturado e tem pretensões a certa auto-suficiência e soberania. A subjetividade, por sua vez, é entendida como sendo processual, uma resposta ao outro e responsabilidade pelo outro que se impõe. Nesta medida, poderíamos dizer que o sujeito se pretende autárquico (e as teorias do sujeito de uma certa forma corroboram esta suposição); já a subjetividade é anárquica (no sentido de que tem seu princípio fora de si, anterior a si, no outro. Há, na Filosofia de Lévinas, um inevitável confronto com os limites (ou grande limite) da razão. É justamente na experiência de contato com a alteridade que se apresenta a ideia do infinito e supõe a separação do Mesmo em relação ao Outro. Que ele me olhe ou não, o outro me diz espreito e devo responder por ele (LÉVINAS, 2004, p. 291). Para Lévinas, há sempre algo que escapa, que excede, no contato de um eu com o outro. É nesse sentido que o outro não pode e não deve ser reduzido ao outro concebido como alguém com quem convivo,

convivência que aponta para uma simetria na relação. A relação será sempre assimétrica, com o outro precedendo e antecedendo ao eu. O outro se eleva e irrompe diante de mim, faz exigências, desafia minha capacidade de assimilação, em última instância, me desaloja e faz de mim outro que não eu mesmo, como condição para o contato. Portanto, além da alteridade ser irreduzível à identidade, também impõe desalojamento de mim, impõe que não posso estar realmente em contato com o radicalmente outro, a não ser quando abandono o império do Mesmo e aceito ser desalojado por um Outro que não tenho como assimilar.

Cabe introduzir agora outra temática fundamental para Lévinas: o rosto. Impondo-se sob meu olhar, com toda a força da alteridade, o rosto do Outro me arranca os olhos e me submete ao poder de uma alteridade que impõe a passividade; uma passividade original que recebe a invasão, a ruptura e a provocação da alteridade radical de um outro. O rosto do outro, no face-a-face, acaba por exigir, a cada momento, um novo pensamento; sou interpelado permanentemente pelo rosto do outro. É bom que se reafirme que, para Lévinas, o rosto do outro não se situa diante de mim como uma entidade definida, tampouco é algo que posso ver ou tocar, ou, mais precisamente, como ele afirma, o rosto é um fenômeno que se mostra, mas que permanece ausente. Mediante sua concepção do rosto, Lévinas busca substituir a noção ontológica de totalidade, em que tudo acaba, a seu ver, por convergir para o Mesmo, pela ideia de separação. É a separação que possibilita o face-a-face. Há aqui também a afirmação de que o rosto do outro escapa a qualquer possibilidade de que haja uma equivalência adequada entre a representação que se constrói de um “rosto” e o rosto como fenômeno que se apresenta (presença que é sempre também ausência). E, diante do problema da liberdade, Lévinas (1988, p. 196) insiste na importância originária da responsabilidade como forma de resposta aos apelos impostos pelo rosto do outro: “A vontade é livre de assumir a responsabilidade no sentido que quiser, mas não tem a liberdade de rejeitar essa mesma responsabilidade, de ignorar o mundo palpável em que o rosto de outrem a introduziu”.

Com relação ao rosto, ao face-a-face, a proximidade nunca é totalmente próxima. Não é um lugar nem uma posição. Trata-se, mais propriamente, da forma de contato com o outro, que se aproxima e me desaloja. A aproximação do outro faz com que se instale em mim a não-indiferença pelo outro, apoio e marca da Ética. A não-indiferença exige e impõe uma forma particular de se conceber a

responsabilidade. A responsabilidade prevista no escopo de um posicionamento ético é aqui presente em sua radicalidade: sou responsável porque respondo ao outro, sou constantemente exigido pelo outro em sua alteridade que se recusa a uma absorção ao meu mundo identitário. Sou responsável pelo outro porque constantemente coloco-me no trabalho exigido pelo ato de responder ao outro, sou chamado pelo outro e respondo. Assim, a subjetividade é inaugurada no ato de resposta ao chamado de um outro. Os processos permanentes de subjetivação passam a ser entendidos desde a constante exigência de resposta ao outro, um pedido, uma exigência que procuro responder, mas que nunca respondo plenamente. A Ética não aparece aqui como suplemento de uma base existencial prévia;

É na Ética entendida como responsabilidade que se funda o próprio núcleo do subjetivo [...]; a responsabilidade não é um simples atributo da subjetividade, como se esta já existisse nela mesma, antes da relação ética. A subjetividade não é um para si; ela é, ainda uma vez, inicialmente para um outro. (LÉVINAS, 1988, p. 1).

Ao reforçar sua Filosofia social, Lévinas (1991, p. 167) “aponta que somos seres de relação, quando a ética, ao transcender a idéia de Infinito, nos chega ao Outro, com a responsabilidade de ser por, pelo e para o outro”. Essa alteridade de outrem constitui uma alteridade excepcional, transcendente, ética. Assim, a dimensão ética fundamenta o humano pela alteridade. Neste processo, o cuidado em Enfermagem, na concepção de colocar-se no lugar do outro, aproxima-se dos fundamentos do humanismo, ao caracterizar a humanidade do homem, pela sua capacidade de colaboração com o próximo. Nesta dimensão, prestar serviços, quer nos aspectos pessoal e social, constitui uma das virtudes mais dignas entre os homens.

Essas considerações da Ética da alteridade permitem levantar algumas questões relativas ao que ocorre no âmbito das organizações de saúde. Questiona-se então: como acontecem as relações face a face no serviço do Enfermeiro? Quais as expectativas presentes nessas relações? Qual o tempo disponibilizado ou possível para o “encontro com o outro”, diante do frenético ritmo e sobrecarga de trabalho aos quais estes profissionais estão submetidos? Que condições as organizações dispõem para proporcionar a convivência humana, que permita esse autorreconhecimento humano na presença de outrem?

“A consciência ética jamais pode prescindir do encontro da voz que interpela, a partir da sua exterioridade, com aquele que a escuta”. (SILVA, 1998, p.76). E a alteridade se constitui neste espaço, espaço dialógico, porque o Outro diferente me interpela a novas condutas e atitudes ante o vivenciado. Na profissão de Enfermagem, as repercussões da utilização do respeito à alteridade fazem-se sentir diretamente na prática da assistência, particularmente no que se refere à questão da autonomia – momento no qual, enfim, se reconhece que o usuário é dono do seu corpo e sujeito do seu cuidado. Na nossa visão, porém, a abertura à alteridade, aceita e incorporada formalmente, mostra-se muito vulnerável no confuso e complexo universo das relações humanas, no contexto desigual da assistência à saúde no nosso país.

4 O CUIDADO E SUA DIMENSÃO SUBJETIVA NO PROCESSO DE TRABALHO

4.1 Concepções teórico-filosóficas do cuidado e sua evolução histórica

A definição de saúde foi objeto de constantes alterações e hoje não é mais vista de forma isolada ou estanque, mas sim em estreita associação com o contexto social, seus determinantes e com os recursos de que cada uma de nós dispõe para viver. Não podemos pensar em saúde sem refletir nas questões de alimentação e nutrição adequadas, condições de moradia e de saneamento básico disponíveis à população, oportunidades de trabalho, acesso à educação e ao lazer, relações sociais e o próprio entorno ambiental. Muito menos podemos deixar de perguntar sobre o que sonham as pessoas para a própria vida, para o bem viver e para a saúde (AYRES, 2001, p. 67). A compreensão da saúde como um devir e não algo pronto instiga à qualificação da saúde como uma experiência subjetiva, ou seja, configura uma resposta às adversidades, buscando o equilíbrio essencial para a sobrevivência da espécie, mas, principalmente, ao desenvolvimento do homem e à sua constituição como sujeito. Assim, a saúde envolve características dinâmicas, complexas, multicausais e indissociáveis de suas causas. Desde os primórdios da humanidade, a prática de cuidados expressa a organização da vida social, com a qual se confunde. Alimentar-se, abrigar-se das intempéries, descansar em segurança, proteger o corpo com vestuário adequado e reproduzir-se, constituem, até hoje, as necessidades vitais de qualquer grupo humano (COLLIÉRE, 2003).

Parece claro que o desenvolvimento da noção de cuidado remonta a épocas distantes, com obras literárias da antiga Roma e fontes mitológicas e filosóficas que conformam suas raízes. Outras abordagens, como a religiosa, a psicológica, a teológica, influenciam nas orientações éticas e comportamentos morais. Disto decorrem distintas estruturas explicativas para a ética do cuidado. De ordinário, a literatura sobre a Ética do cuidado presta pouca atenção a esta história anterior à década de 1980, porém conhecer este horizonte mais amplo de significados pode iluminar e desafiar este emergente paradigma da Ética e da Bioética.

Na cultura greco-romana, evidencia-se a preocupação com o cuidado como trajetória para se alcançar o autoconhecimento e a superação de si mesmo, a fim de bem conduzir-se pessoal e socialmente.

Conforme Melo, Geovanini e Barros (1997, p. 8), “há poucas referências sobre os cuidados aos doentes nas antigas civilizações, significando uma grande inconveniência e desonra à sociedade, principalmente quando se tratava de moléstias contagiosas ou distúrbios mentais”. Este sentimento foi a herança dos romanos, que consideravam o cuidado aos enfermos como algo indigno dos cidadãos, atribuindo essa tarefa aos escravos e estrangeiros. Nesse percurso, o cuidado deslocou-se do domicílio para as instituições e se inseriu como atividade humana, que evoluiu de práticas a ofícios e de ofícios a profissões.

O ato de cuidar, com o objetivo de garantir a sobrevivência e manutenção social dos grupos, era primitivamente um ritual. Inicialmente o cuidado institucionalizado foi assumido por instituições de caridade, nas quais prevalecia a preocupação de garantir a salvação da alma do cuidador e do "ser" cuidado. No final do século XVIII e início do século XIX, uma nova ordem econômica marcou o fim do feudalismo e o início do capitalismo. O desequilíbrio socioeconômico e a exploração da classe trabalhadora, ensejados pela expansão do capital, levaram o Estado a assumir gradativamente a prestação de assistência à saúde do trabalhador como estratégia para manutenção da mão de obra necessária à produção e à defesa da ordem social.

A filologia da palavra “cuidado” aponta sua derivação do latim *cura* (cura), que constitui um sinônimo erudito de cuidado. No modo mais antigo do latim, a palavra *cura* escreve-se “*coera*” e é usada, num contexto de relações de amor e amizade, para expressar uma atitude de cuidado, desvelo, preocupação e inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação. Estudos filológicos indicam outra origem para a palavra ‘cuidado’, derivando-a de “*cogitare/cogitatus*”, que significa cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação (ZOBOLI, 2004). Como se pode notar, a natureza da palavra ‘cuidado’ inclui duas significações básicas, intimamente ligadas: a primeira é uma atitude de desvelo, solicitude e atenção para com o outro e a segunda uma preocupação e inquietação advindas do envolvimento e da ligação afetiva com o outro por parte da pessoa que cuida. Assim, parece que a filologia da palavra ‘cuidado’ indica que cuidar é mais do que um ato singular; é modo de ser, a forma como a pessoa se estrutura e se realiza no mundo com os outros. É um modo de ser no mundo que funda as relações estabelecidas com as coisas e as pessoas.

A história dos cuidados, de acordo com Oguisso (2005, p. 123) cujo marco coincide com a própria história das espécies vivas, “prosseguiu com a aparição da linhagem Homo, e milhares de anos depois, do *Homo Sapiens*, quando homens e mulheres lutaram para, fundamentalmente, assegurar a continuidade da vida”. Nesta dimensão, observa-se que as civilizações mais antigas desenvolveram normas de conduta, tais como o Código de Hamurabi, os Dez Mandamentos e o Código Mosaico. Convém destacar o fato de que o advento do Cristianismo, a queda do Império Romano e as Cruzadas exerceram forte influência na ação de cuidar. Como exemplo, evidenciamos que, no período das Cruzadas, o cuidado era prestado, basicamente por monges enfermeiros, aos peregrinos e feridos. Por pertencerem a uma ordem militar, estes Enfermeiros conheciam bem as regras de disciplina, hierarquia e obediência. Inicialmente concebida como parte integrante da prática médica, a enfermagem se configurava como prática social, porque se encontrava articulada com o conjunto de práticas que compõem a estrutura da sociedade, que, por sua vez, era determinada pelos aspectos econômicos, políticos e ideológicos.

Estes estudos e modelos possibilitam propor uma reflexão crítica da prática do enfermeiro no âmbito da saúde pública, concretizada com base em uma exigência ética, ou seja, mais precisamente pela dimensão do cuidado ético da alteridade. No âmbito da profissão de Enfermagem, a constituição da Ética se consolida, envolvendo Filosofia, Hermenêutica, Religião, Antropologia e Tecnologia, para compreender a magnitude do cuidado em Enfermagem e a responsabilidade com o ser humano em sociedade.

Consagrado como uma das antigas práticas da humanidade, o cuidado tem como objetivos a manutenção biológica da espécie e o manutenção social dos grupos. O cuidado ao ser humano se insere na história como atividade ligada à cura das doenças e ao alívio do sofrimento físico e mental. Nesta perspectiva, a concepção acerca da doença e da saúde sempre determinou modos de praticar o cuidado, orientando-se pelos valores predominantes na sociedade.

Historicamente, a profissão de Enfermagem é influenciada pelas diferentes correntes de pensamento, haja vista que o positivismo cartesiano e a racionalidade científica conduzem a operacionalização pelo modelo biomédico de atenção à saúde. Este modelo assistencial curativista é fator prevalente nos serviços de saúde, tanto na assistência prestada ao usuário do sistema de saúde, bem como

no próprio senso comum, caracterizando-se em foco principal, senão único, na promoção da saúde.

Hoje o cuidado assume novas dimensões como produto que se diversificou em inúmeras atividades, tornando-se parte integrante da realidade histórica, política, econômica, cultural e social, sendo considerado essencial para o desenvolvimento e realização do ser humano, em uma perspectiva humanitária.

Os princípios da Bioética (beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça), interagem com as práticas do enfermeiro, e são demonstrados, quer por sua aproximação, quer pela sua inobservância. Estes princípios são transgredidos, fundamentalmente, pela representação de um agir ético do enfermeiro, semelhante à atuação do que foi denominado por Selli (1997) como a “mãe da casa”, que pretende, de um modo até onipotente e, aparentemente, sem pensar e refletir, ‘vigiar’, ‘dar conta’ e responsabilizar-se por tudo: pelo cliente, como se pudéssemos ser o seu dono e donos, também, do seu corpo; pelo exercício de proteção ao médico, como se esse profissional precisasse de uma mãe que o defendesse; pela instituição e seu funcionamento como um todo.

Esse método tradicional, mecânico e reprodutivo de agir faz com que a Enfermagem se perca, por vezes, nos meios, sem conseguir alcançar os fins que diz pretender: o cuidado do usuário como pessoa. Para a equipe de Enfermagem, reconhecer no paciente um ser humano, e assim cuidá-lo, precisa também, e num estágio anterior, reconhecer-se e tratar-se como um ser humano. O cuidado dos elementos da equipe como sujeitos que necessitam exercer o próprio cuidado para assegurar o cuidado dos outros, há anos é enfatizado.

Para a evolução do cuidado de Enfermagem, enumeraremos três momentos históricos: o surgimento da Enfermagem moderna, com Florence Nightingale (1820-1910), seu alvorecer científico, com as Teorias de Enfermagem, e a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Conforme Kawamoto e Fortes (1997, p. 98) por

[...] muitos anos a enfermagem foi exercida de maneira empírica pelas mães, sacerdotes, feiticeiros e religiosos. Corroborando que a retomada do passado demonstra que as práticas de saúde são tão antigas quanto a humanidade, pois são inerentes à própria condição de sobrevivência.

Para Cianciarullo *et al.* (2001, p.122)

[...] até o fim da década de 50, pouco se fez em relação à ciência de enfermagem. A partir daí, parece ter havido um consenso entre os enfermeiros pela busca de conhecimentos específicos da profissão, organizados e sistematizados em teorias e modelos estruturados, visando a descrever, explicar e prever fenômenos vinculados à disciplina de enfermagem.

A Enfermagem institucionalizada saiu do âmbito familiar, privado, doméstico e inseriu-se na esfera pública, no século XIX, com a organização do setor saúde e das práticas médicas. Fundamenta-se, desde aí, no conhecimento científico e adquire o mesmo caráter de racionalidade e tecnologia que domina toda a esfera produtiva da sociedade. Pelo fato de sua essência ser o cuidado, entretanto, não pode prescindir de seus aspectos afetivos, da sensibilidade e da intersubjetividade que se realiza na prática cotidiana. Varia também de acordo com a cultura, incorporando, junto com a racionalidade científica, as questões étnicas, de gênero, religiosas e éticas, entre outras.

Daher, Santo e Escudeiro (2002, p.155) ressaltam que, no início do séc. XIX,

[...] ganha espaço o paradigma cientificista, na tentativa de superar a concepção mágico-religiosa da profissão, vigente até então. Neste período, Nightingale ganhou destaque com a sistematização de um campo de conhecimentos, instituindo-se “uma nova arte e uma nova ciência”, para a qual seria necessário a educação formal, e organizada sobre bases científicas.

As concepções teórico-filosóficas de Enfermagem desenvolvidas por Nightingale tiveram como base as observações sistematizadas e registros extraídos de sua experiência prática no atendimento diário aos doentes. O conceito de Enfermagem moderna advém, portanto, do trabalho de Florence Nightingale e tem como marco cronológico inicial a segunda metade do século XIX, na Inglaterra. Vale ressaltar como importante o trabalho dessa profissional que pôs em prática uma parte do processo social de saúde que se fazia necessária no âmbito das transformações sociais da época. Por suas intervenções nos hospitais de Scutari, largamente difundidas na Inglaterra, podemos assinalar que Florence Nightingale introduziu uma visão de Enfermagem não só de intervenção direta aos doentes, como aplicação de cataplasmas, compressas e medicamentos, mas também ampliou as funções para o meio ambiente, tendo o controle deste por meio de

observação e supervisão rigorosas. Requer o seu trabalho contribuirá para compreender a gênese do conhecimento do cuidado de Enfermagem.

Quanto a este ponto, Oguisso (2005) refere que, “não obstante o treinamento e a atividade de cuidar dos feridos e doentes existirem antes de Nightingale, sua forte personalidade, visão e habilidade prática para a organização conseguira dar à enfermagem os poderosos fundamentos, os princípios técnicos e educacionais e a ética que impulsionaram a profissão e criaram oportunidades impensáveis anteriormente”.

O que Florence realizou resultou de uma iniciativa individual, como pessoa culta e bem posicionada socialmente. A leitura que fazemos é de que ela respondeu a um projeto burguês e expansionista que se instalava na época, ou seja, com a mudança do modo de produção do feudalismo para o capitalismo, e fez a recuperação da força de trabalho se tornar um projeto político. Pelo fato de a Enfermagem haver atendido satisfatoriamente a esse projeto político-social do capitalismo, se iniciou a sua inserção na área da saúde; no momento histórico em que o hospital ainda não era considerado local de cura, era, por sua vez, independente da prática médica, e suas ações se prendiam a procedimentos de cuidado para o conforto da alma do doente. A Enfermagem e a Medicina permaneceram, portanto, como trabalhos independentes até meados do século XIX, quando o modelo tecnológico de saúde individual começou a organizar-se (ALMEIDA; ROCHA, 1986). Esse novo modelo de saúde necessitou do hospital como meio de intervenção importante sobre o doente e a doença.

As práticas médicas e de enfermagem, antes independentes, encontrou, então, no mesmo espaço em que o saber médico começou a constituir-se e onde a organização desse espaço, ainda confuso, tornou-se inadiável. É fundamental ressaltar, contudo que “essa subordinação do trabalho de enfermagem não se dá em relação ao profissional médico, mas ao trabalho médico. A prática médica não tem autonomia plena, pois o seu conteúdo técnico subordina-se às necessidades da articulação das práticas na divisão social do trabalho”. (DONNANGELO; PEREIRA, 1976). Prevalece um processo de trabalho partilhado, que desconhece o sujeito pleno, a trazer consigo, além de um problema de saúde, certa subjetividade, uma história de vida, que são também determinantes do seu processo de saúde-doença.

A Enfermagem, sob este enfoque, responde às exigências definidas pelas organizações mediante de práticas econômicas, políticas, sociais e ideológicas.

Torna-se incômodo reconhecer os limites de uma prática social que parece não ir ao encontro de uma atuação de seres críticos, criativos, conhecedores das mais variadas práticas de saúde, estimuladas à competência interpessoal, à gerência e à sensibilidade humana. A transformação do cuidado deverá focar a dignidade da vida, as condições laborais adequadas, os direitos políticos, bem como o valor do ser humano, tanto cuidador, quanto ser cuidado, nesta complexidade. Ao discorrer sobre o cuidado como objeto epistemológico da Enfermagem, ressaltamos o fato de que a produção do conhecimento ocorre sobre o cuidado, cuidado do corpo, mas também de um corpo que vive de modo inteiro, ou é vivido como integral, pessoa e experiência íntegras, além dos limites meramente físicos ou biológicos. Cuidar significa assistir o ser humano em suas necessidades básicas e este é o caráter universal do cuidado. Na prática, entretanto, o cuidado se apresenta de forma histórica e contextual, portanto, é variável e depende de relações que se estabelecem no processo de assistência, tornando-se uma atividade bastante complexa.

Hoje, o cuidado assume novas dimensões como um produto que se diversificou em inúmeras atividades, tornando-se parte integrante da realidade histórica, política, econômica, cultural e social, sendo considerado essencial para o desenvolvimento e a realização do ser humano, em uma perspectiva humanitária. Nesta lógica, a organização do trabalho de Enfermagem se fez em três direções, que, mesmo articuladas de maneiras diferentes e utilizando instrumentos de trabalho diversos, convergiram para um mesmo fim: a recuperação individual dos corpos sociais. A primeira vertente foi no sentido de organizar o cuidado ao doente, o que se deu pela sistematização das técnicas de Enfermagem; a segunda ocorreu na organização do ambiente terapêutico, e a terceira teve por objetivo treinar os agentes de Enfermagem, utilizando as técnicas e os mecanismos disciplinares. A organização do cuidado, que se desenvolveu pela sistematização das técnicas, foi uma das primeiras manifestações organizadas do saber da Enfermagem.

De acordo com Bastos e Mendes (2005, p. 33), “o reconhecimento da necessidade de desenvolver um sistema de trabalho que concretize a proposta de promover, manter e recuperar o nível de saúde do cliente surgiu nas últimas três décadas”.

Neste período, teve origem o “processo de enfermagem”, que para Horta (1979), foi o motivo que levou a Enfermagem a atingir sua maioridade. Neste

contexto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é legitimada como marco teórico de prática de enfermagem (BASTOS; MENDES, 2005).

Villalobos (1998, p. 181) considera que “o conceito de enfermagem tem evoluído de uma descrição de tarefas e técnicas para um serviço humano amplo, compreensivo e de apoio, realizado como uma vocação aprendida”. A autora destaca que mais recentemente a Enfermagem passou a ser reconhecida como uma área de conhecimento e de prática da saúde e do comportamento humano que maneja o cuidado da saúde, realizado e recriado por diferentes cuidadores. A concretização do cuidado sustenta-se na concepção de um trabalho dirigido a indivíduos e à coletividade. Organiza-se com base nos valores e crenças que orientam eticamente as relações entre os sujeitos envolvidos no ato de cuidar. Desta forma, o cuidado é expresso em atividades que, em sua maioria, se consomem no ato de sua realização por cuidadoras conscientes de seu projeto e execução e, nem sempre, conscientes dos seus resultados e consequências. Como profissão, atualmente, a Enfermagem se consolida e conquista espaços por intermédio de produção e difusão do conhecimento científico e tecnológico. Inserido em seu âmbito, busca o seu conhecimento, principalmente na interdisciplinaridade, na interseção de seus saberes específicos, juntamente com outros saberes essenciais para concretização do seu trabalho. Por isto mesmo, não pode se focalizar somente no biológico, em patologias, e, menos ainda, submeter-se ao poder de outras áreas, práticas sociais e organizações que controlam e manipulam a saúde, política, econômica e ideologicamente. Evidenciar os modos de cuidar em enfermagem, suas múltiplas facetas, seu registro e divulgação, torna-se elemento fundamental para a sua problematização e busca de novos caminhos na prática dessa profissão.

O “cuidado de Enfermagem” é cada vez mais objeto de pesquisas, sendo “muitas vezes desarticulado das grandes questões éticas e políticas de profissão” (FERRAZ; VALLE, 1996, p.16). Atualmente, um dos grandes desafios deste mister se prende ao fato de aliar a sua prática com a dos clientes cuidados, respeitando a alteridade, opções de cuidados mais coerentes com as suas necessidades.

A busca de soluções para os muitos dilemas enfrentados na área de saúde necessita de um espaço coletivo dos profissionais que aí atuam, sendo que a Enfermagem pode oferecer uma condição importante, já que são os profissionais que mais tempo permanecem com o cliente.

A Enfermagem torna-se visível em todos os setores de saúde, não se resumindo apenas à aplicação de conhecimentos técnicos e científicos de forma fragmentada e mecanicista. Quando salientamos a prática social da Enfermagem, nos referimos à capacidade de transformar a realidade, quer na mudança de paradigmas, quer na ampliação de espaços de atuação, efetivando o trabalho de promoção de saúde em sua multidimensionalidade psicossocial, cultural, biológica e coletiva.

Neste estudo, tomamos como objeto o cuidado de Enfermagem, procurando pesquisar os significados e formas de produzir cotidianamente o cuidado ético. Alteridade aqui entendida como a capacidade de se relacionar com o outro, que é diferente, é reconhecê-lo como sujeito de direitos iguais, à busca da cidadania.

Definida como prática social e historicamente constituída para “o cuidar”, para o “gerenciar” e para o “educar”, a Enfermagem é também envolta por uma malha de afazeres que dão origem a inúmeros papéis. Estes, no entanto, muitas vezes são confundidos pelos profissionais da saúde. Ao se trabalhar a especificidade do trabalho do enfermeiro, há uma indefinição sobre o que é específico deste profissional, fato que interfere conflitivamente na identidade do enfermeiro, bem como na sua atuação (SAAR, 2005). Cuidar é um ato que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos nossa autonomia, mas também é um ato de reciprocidade que somos levados a prestar às outras pessoas, temporária ou definitivamente, quando estas não podem assumir as suas necessidades vitais, por insuficiência, diminuição ou perda de autonomia. O cuidado é um processo, portanto, só pode se dar de forma interativa do cuidador com a pessoa a ser cuidada. A relação de cuidado será estabelecida se certas condições como a disponibilidade, a receptividade, a intencionalidade, a confiança, o conhecimento, entre outras, se fizerem presentes. Desta forma, estar com o ser que será cuidado (transpondo o corpo físico) permite o envolvimento deste na relação, facilitando a expressão da consciência, do afeto e da subjetividade-condição essencial para a expressão da alteridade dos sujeitos envolvidos.

E quanto ao cuidado da Enfermagem? Entendemos é parte do cuidado em saúde, compreendido como ação coletiva, realizada por diferentes profissionais, em que as pessoas cuidadas também são agentes desta ação em um determinado momento da vida. Compreender o cuidado como vir-a-ser, contrário dialético de ser,

contempla-o como possibilidade de mudança inerente às relações sociais; portanto, o cuidado, visto na sua totalidade, envolve não só o modo de ser, dimensão mais definidora e capturável, como também o modo de vir-a-ser, característica que o torna versátil na concepção dialética.

Conforme Heidegger (1996), “a discussão sobre o ser-no-mundo inclui a dimensão da cura/cuidado, que compõem a estrutura da “pré-sença”- constituição ontológica de homem, ser humano e humanidade”. É na presença que o homem constrói seu modo de ser-no-mundo; a cura em sua essência é entendida como condição estrutural de existência humana. Ontologicamente, cura não pode significar uma atitude especial para consigo mesmo, porque essa atitude já se caracteriza como “preceder a si mesma”, envolvida por outros dois momentos estruturais: o “já ser-em e o ser junto-a”. O conceito ôntico de cura também permite chamá-lo de cuidado e dedicação, integrando aos comportamentos e atitudes humanas.

O cuidado se manifesta na preservação do potencial saudável dos cidadãos e depende de uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si, iniciando pela valorização da própria vida para respeitar a do outro em sua complexidade e escolhas – inclusive a da profissão de Enfermagem.

Leininger (1991) identificou “diferenças nas formas das pessoas expressarem e se comportarem em relação ao cuidar”. Em razão da ênfase do pensamento prevalente na Enfermagem, que pauta a doença em modelos médicos positivistas, bastante enfatizados e priorizados até as décadas de 1950-60, Leininger cita a ênfase na técnica e nos tratamentos (cura) e culto à eficiência. O uso do conhecimento médico, associado à expressão cuidado de Enfermagem parecia legitimar a Enfermagem. Cuidar da saúde de alguém, todavia, é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Há que se manter, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde, como historicamente se percebe a configuração da divisão do processo de trabalho do enfermeiro. A atitude cuidadora do enfermeiro tende a se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde.

Neste estudo, tratamos de um cuidado que se caracteriza de forma singular, o jeito de cuidar, a sensibilidade, a intuição, o “fazer com”, a cooperação, a disponibilidade, a participação, o amor, a interação, a cientificidade, a autenticidade, o envolvimento, o vínculo compartilhado, a espontaneidade, o respeito, a presença,

a empatia, o comprometimento, a compreensão, a confiança mútua, o estabelecimento de limites, a valorização das potencialidades, a visão do outro como único, a percepção da existência do outro, o toque delicado, o respeito ao silêncio, a receptividade, a observação, a comunicação, o calor humano e o sorriso, são os elementos essenciais que fazem a diferença no cuidado.

Com base em novos valores, o profissional poderá compreender melhor a dimensão da alteridade, do acolhimento, do respeito, da reciprocidade e da complementaridade de sua relação. Esperamos que o ato de cuidar não se direcione para qualquer ação, e sim para uma ação ética, de forma consciente, ordenada e sobretudo que respeite os direitos do paciente. Entendemos que o “cuidar” vai além do “agir” e “fazer”; envolve presença, zelo e compreensão, quando tem a possibilidade para aproximar-se, deixar-se ser e, junto com o outro, abrir espaços para novas possibilidades.

Para Cohen e Ferraz (1995), “é no âmbito das relações humanas que se dá a prática cotidiana da equipe de enfermagem, e nelas pode-se dar a formação do sujeito ético”. Essa condição permite ao homem reconhecer os conflitos que representam o significado de estar no mundo, sendo que é a resolução desses conflitos que lhe permitirá a autodeterminação. Torna-se evidente, desta forma, o fato de que não nascemos éticos, mas nos tornamos éticos no decorrer de nossas existências.

Inseridos no ambiente hospitalar, os profissionais enfermeiros têm frequentes oportunidades de facilitar e manifestar o respeito e o cuidado com os pacientes, pois, sendo líderes, também prestam assistência direta, constituindo a fonte principal de contato pessoal, próximo e contínuo com estes.

A Enfermagem consiste, conforme Watson (1985), “na ciência e na filosofia do cuidado”. Segundo a autora, uma forma de entender a Enfermagem é mediante a identificação, descrição e investigação dos fatores científico-humanísticos, principais e essenciais para efetuar uma mudança positiva na saúde. Esses fatores enfatizados por Watson são, em princípio, mecanismos de “cuidar de” outro ser humano, que implicam, portanto, além de uma abordagem humanística, uma abordagem comportamental.

Nessa visão, as intervenções relacionadas ao processo de cuidado humano requerem uma intenção, um desejo, um relacionamento e ações, pois consistem em uma experiência única e total a cada ser humano. Como parte do

trabalho coletivo em saúde, estas intervenções inserem-se no trabalho de Enfermagem e configura-se como instrumento do trabalho em si de, atuando sobre o mesmo objeto e reproduzindo o modelo clínico de organização desse processo, na medida em que se ocupa prioritariamente do cuidado individual dos corpos (MENDES-GONÇALVES, 1992). Nestes espaços, predomina a produção em saúde centrada na finalidade, de controlar as doenças em escala social.

Nesta lógica, o processo de trabalho de Enfermagem particulariza-se em uma rede de subprocessos (SILVA, 1998a) que são denominados cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar. Nesta perspectiva, o processo de trabalho de enfermagem incorpora aspectos técnico, gerencial, pedagógico, social e político, que exigem, para a realização do cuidado, conhecimentos, atitudes e habilidades indissociáveis.

Em decorrência, há uma inquietação generalizada em relação à ética do cuidado nas organizações de saúde, principalmente no âmbito da profissão de Enfermagem, objeto deste estudo. Compreendemos que os cuidados de enfermagem, hoje, se baseiam mais nas normas que presidem a saúde e com as quais se confundem, porque são da mesma natureza e dirigem-se às pessoas saudáveis ou aos doentes consoante, nos ensinou Florence Nightingale há mais de um século. E o cuidado exercido como prática profissional numa sociedade desigual? E o cuidado exercido predominantemente em um processo de trabalho organizado e hierarquizado, demarcado por uma profunda e fragmentada divisão social e técnica? Cada um destas inquietações pode ser abordada como um processo à parte com seus próprios elementos (objeto, meios, instrumentos e atividade) e pode ou não coexistir em determinado momento. Nesses diferentes processos, os profissionais de Enfermagem “inserem-se de forma heterogênea e hierarquizada, expressando a divisão técnica e social do trabalho” (SILVA, 1998b, p.74). O processo da divisão do trabalho dicotomiza os momentos de concepção e gestão, daqueles que executam as atividades do cuidado.

O trabalho assistencial de Enfermagem requer e expressa alguma forma de autonomia dos agentes, cujo espectro varia a depender da categoria profissional. A utilização do conceito de autonomia técnica na análise desse trabalho procede à medida que, nas intervenções de Enfermagem, nada é totalmente definitivo antes da execução, isto é, não é possível nem desejável definir a ação por completo antes da execução (SCHRAIBER; PEDUZZI, 1993).

Para o trabalho de Enfermagem, a análise da dimensão intersubjetiva do processo é importante, pois se trata de uma prática na qual a intervenção técnica está sempre permeada pela interação, estando as dimensões ética e comunicativa imediatamente associadas à dimensão técnica.

Os conceitos de trabalho, trabalho humano, processo de trabalho na saúde e na Enfermagem são centrais no âmbito desta pesquisa, que visa a formular indicadores para a definição de força de trabalho de Enfermagem. Esses conceitos foram recuperados do materialismo histórico e dialético de Marx (2002) e utilizados por autores como Braverman (1987), Melo (1986), Oliveira (2004), Pires (2007), Leopardi (1999), Almeida e Rocha (1986), Almeida Filho (1977), Ramos (1999), Capella e Leopard (1998), Capella *et al.* (1999) e Gelbcke (2001).

Oliveira (2004, p. 5), em seu livro *História do Trabalho*, define que trabalho:

[...] é a atividade desenvolvida pelo homem, sob determinadas formas, para produzir a riqueza. São as condições históricas que lhe dão validade e estabelecem o seu limite [...]. A história do trabalho começa quando o homem buscou os meios de satisfazer suas necessidades.

Ainda é Oliveira (2004, p. 6) quem define processo de trabalho como:

[...] o resultado da combinação do objeto, dos meios, da força e do produto do trabalho. O objeto do trabalho é a matéria com que se trabalha: matéria bruta é a matéria que se encontra em estado natural; matéria prima é a matéria que já sofreu a intervenção do homem [...]. Os meios de trabalho são os instrumentos que o homem utiliza para realizar a transformação da matéria e o ambiente em que ocorre essa transformação: o serrote e a oficina de marcenaria são meios de trabalho. Força de trabalho é a energia humana empregada no processo de transformação, mas não pode ser confundida com o trabalho (o trabalho é o rendimento da força de trabalho). Produto é o valor criado pelo trabalho e corresponde ao objeto produzido para satisfazer as necessidades humanas (o produto é então um valor de uso). Logo pelos conceitos expostos, o trabalho está embutido num processo que envolve elementos concretos e abstratos em todas as suas etapas.

O que distingue, no entanto, o homem dos animais é o fato de que o trabalho humano é consciente e proposital, ao passo que o dos animais é instintivo. Assim “o trabalho como atividade proposital, orientado pela inteligência, é produto especial da espécie humana”. (BRAVERMAN, 1987, p. 52).

A divisão do trabalho “é aparentemente inerente característica do trabalho humano tão logo ele se converte em trabalho social, isto é, trabalho executado na sociedade e através dela” (BRAVERMAN, 1987, p. 71).

A divisão do trabalho, porém, que implica o parcelamento dos processos acessíveis para a feitura do produto em numerosas operações, executados por diferentes trabalhadores, só emerge com o modo capitalista de produção. Assim,

[...] a divisão pormenorizada do trabalho destrói as ocupações, e torna o trabalhador inapto a acompanhar qualquer processo completo de produção. [...] Enquanto a divisão do trabalho subdivide a sociedade, a divisão parcelada do trabalho subdivide o homem. (BRAVERMAN, 1987, p. 72).

A divisão parcelar do trabalho busca, com o mesmo número de pessoas, produzir um volume maior de trabalho, em razão do aumento da destreza de cada uma delas e da economia do tempo que é perdido, em geral, na passagem de uma espécie de trabalho para outra. Finalmente, a invenção de grande número de máquinas que facilitam e abreviam o trabalho permitiu que um homem faça o trabalho de muitos (BRAVERMAN, 1987).

Conforme Braverman (1987), em termos de mercado, isto significa que a força de trabalho capaz de executar o processo pode ser comprada mais barato como elementos dissociados do que como capacidade integrada num só trabalhador. O modo mais simples de baratear a força de trabalho é exemplificado pelo princípio de Babbage: fracionar e hierarquizar o valor de cada atividade acumulada no processo de produção.

Nesse ínterim, as relativamente poucas pessoas para quem se reservam instrução e conhecimentos são isentas tanto quanto possível da obrigação do trabalho simples. Deste modo, é dada uma estrutura a todo o processo de trabalho que em seus extremos polariza aqueles cujo tempo é infinitamente valioso e aqueles cujo tempo quase nada vale. (BRAVERMAN, 1987, p. 80).

Quando o capitalista compra o tempo de trabalho

[...] o resultado está longe de ser tão certo e tão determinado de modo que possa ser computado desse modo, com rigor e antecipação. Isto significa simplesmente que a parcela de seu capital despendido na força de trabalho é a porção variável, que sofre um aumento no processo de produção; para ele, a questão é de quanto será o aumento do capital investido. Torna-se, portanto, fundamental

para o capitalista que o controle sobre o processo de trabalho passa das mãos do trabalhador para as suas próprias. Esta transição apresenta-se na história como a alienação progressiva do trabalhador em relação ao processo de produção; para o capitalista, apresenta-se como o problema de gerência. (BRAVERMAN, 1987, p.59).

Muitas dessas características ajudam a explicar a lógica da fragmentação do trabalho de Enfermagem encontrado na prática institucional em saúde no Brasil. Nos serviços de saúde, no âmbito do trabalho de Enfermagem, a (o) enfermeira(o) apropria-se do trabalho de supervisão e controle, solidificando o seu papel de trabalhador intelectual na equipe. Dono de um saber que, inicialmente, é sobre as técnicas profissionais e, mais tarde, com a institucionalização do ensino, reveste-se de uma complexidade que envolve saber administrar, supervisionar e ensinar, o que garante às(aos) enfermeiras(os) uma posição privilegiada na divisão social do trabalho da Enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Resta claro que a divisão parcelar do trabalho na Enfermagem, no Brasil, não surgiu por ação e nem permanece pela tradição, mas apareceu como forma de adaptação da estrutura ocupacional às necessidades do gerenciamento das instituições de saúde (MELO, 1986), seja de aumentar o rendimento do trabalho com vistas à acumulação privada, seja para redução dos custos nas instituições públicas (PIRES, 2007).

A mesma autora entende que

[...] no conjunto dos trabalhos humanos, o trabalho em saúde tem características especiais. Localiza-se no campo do trabalho em serviços e diferencia-se da produção material industrial e do trabalho no setor primário da economia. Como os demais trabalhos humanos, tem sido influenciados(sic) pelas mudanças tecnológicas e pelos modos de organização do trabalho vigentes nos setores mais dinâmicos da economia. Foi influenciado pelos princípios da “organização científica do trabalho”, e, atualmente, está sendo influenciado em parte, pelas transformações atuais do processo de trabalho. O trabalho em saúde é um tipo especial de serviço que é consumido no momento que é produzido e que pode ser prestado de diversas maneiras: na forma de serviço que é oferecido no mercado, diretamente pelo produtor ao consumidor; na forma de trabalho coletivo prestado em instituições públicas ou privadas, envolvendo trabalho assalariado e trabalho autônomo; na forma de trabalho coletivo desenvolvido por uma rede de empresas que realizam parte do trabalho em saúde, cooperando para a produção do serviço em si. (PIRES, 2007, p. 233).

É no contexto da sobrevivência do grupo humano, buscando assegurar a vida, que se fundam os primeiros atos de cuidar. Neste cenário, registram-se, também, as bases fundamentais do trabalho de Enfermagem, e na evolução de sua história, uma longa trajetória. Os contextos sociocultural e econômico de cada época imprimiram ao fazer da Enfermagem marcas que se propagam nos dias de hoje.

Muitos trabalhos teóricos que tratam das questões referentes às práticas de saúde dão conta de sustentar parte de nossa inquietação, uma vez que as análises do processo de trabalho caminham na perspectiva da organização social das atividades profissionais no interior das sociedades de classe, no modo capitalista de produção.

A direção da maioria desses estudos tomou, para análise do processo de trabalho, seus elementos clássicos, ou seja, os objetos e os meios do trabalho, elementos que se circunscrevem ao âmbito da articulação prática e social das organizações de saúde.

Considerando as crescentes conquistas e perspectivas e, ao mesmo tempo as contradições do trabalho da Enfermagem, motivamo-nos a buscar respostas que satisfaçam o desejo de compreender melhor o seu papel, na dimensão ética da alteridade.

Neste sentido, alguns autores se destacam, tais como Almeida e Rocha (1997), Pires (2007), Mello (1986), Almeida e Rocha (1986). Conforme adverte Motta (1997), a incorporação de alguns aspectos, como os referentes às relações que se estabelecem no cotidiano de trabalho, revelam-se, nesse momento, como da maior importância. Alguns destes aspectos estão, inclusive, suscitando, no setor saúde, investigações das quais podemos destacar os trabalhos de Campos (1997) Cecílio e Merhy (1994), Pires, (1989, 1996), Merhy (1997), Motta (1997), Ferraz e Valle (1996), Almeida e Rocha (1986, 1997), Santos (2004), dentre outros.

No debate sobre o processo de trabalho da Enfermagem, embasamos-nos em Almeida e Rocha (1997, p. 17). Esses autores apreenderam a Enfermagem como uma atividade que se constitui no interior do trabalho em saúde. Nesse sentido, identificavam a perspectiva em que esta prática se produz na sua relação com os outros trabalhos da saúde e da sociedade capitalista, e, nesta articulação, reconhece a complementaridade deste trabalho com outros, enfim, qual é o espaço institucional e social desta prática.

Em meados da década de 1970, as enfermeiras brasileiras, acompanhando algumas tendências de outros países, aderiram ao movimento de valorização e reconhecimento profissional, apontando como principal estratégia a sistematização de assistência de Enfermagem, principal via para atingir a tão almejada autonomia profissional (HORTA, 1979).

Almeida e Rocha (1986, p. 83), ressaltam que

[...] a busca pela autonomia e especificidade de enfermagem possibilitaram a construção de um corpo de conhecimentos científicos, que teve início no fim da década de 60, estendeu-se por todos os anos de 70 e chegou à atualidade, em sua expressão mais recente e dominante, na enfermagem ocidental.

A organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a enfrentar para a mudança nos serviços de saúde, para colocá-los operando de forma centrada no usuário e em suas necessidades.

No modelo assistencial vigente, médico-hegemônico (assistencialista-curativista), prevalece, no modo de produção de saúde, o uso das tecnologias duras, em detrimento das tecnologias leve-duras e leves para o cuidado ao usuário (MERHY, 2002). Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço do cuidado seja produtivo.

No mesmo movimento social de transformação do hospital como local de cura, ocorrido no século XVIII, surgiu na Inglaterra, no século XIX, a possibilidade de transformar o corpo doente como objeto do trabalho médico, higienizar e disciplinar o espaço hospitalar – apareceu também a Enfermagem como prática para possibilitar este projeto de recuperação individual. Portanto, a Enfermagem se institucionalizou neste momento do nascimento da clínica, juntamente com a transformação do hospital como instrumento de cura (ALMEIDA; ROCHA, 1986; SILVA, 1998).

Os serviços de saúde em geral operam de acordo com o modelo hegemônico, centrado nos interesses das grandes corporações em sintonia com os objetivos institucionais do estabelecimento. Estes são determinados, de um lado, por questões relacionadas à macroestrutura social, à divisão técnica e social do trabalho, à ordem mercadológica e às políticas de saúde. De outro, são determinantes o modelo de atenção à saúde, as formas como os profissionais

operam os serviços, o modo de fazer a assistência, as relações que estabelecem e os processos decisórios implícitos na dinâmica do trabalho cotidiano.

Este conjunto, macro e microorganizacional e institucional que moldura o serviço de saúde, raramente desenha seu modelo de assistência centrado no usuário. A forma normativo-burocrática de operar os processos de trabalho em saúde oprime a energia transformadora produzida de relações construídas no cotidiano do serviço entre os próprios profissionais e destes com o usuário. O último é visto como um objeto, à mercê do poder absoluto do saber exercido pelos trabalhadores.

Neste modelo tradicional, o encontro dos serviços com seu destinatário final se dá por parâmetros burocráticos, onde as necessidades dos usuários são apenas subsidiárias aos interesses das corporações e estabelecimento (MERHY, 2006).

O processo de trabalho é o modo como o homem produz e reproduz sua existência. Ao fazê-lo, estabelece relações sociais e objetiva sua subjetividade. A concepção histórica, materialista e dialética, procura demonstrar que cada geração transmite uma massa de forças produtivas e a compreensão de que as práticas em saúde, articuladas ao modo de produção às políticas sociais, são parte de um processo de trabalho histórico, coletivo, organizado socialmente para atender às demandas sociais.

Ao fazermos uma reflexão acerca da dimensão da subjetividade, com o objetivo de vislumbrar o processo de trabalho na saúde, temos o propósito de tornar a dimensão subjetiva do processo de trabalho algo um pouco mais perceptível.

As relações de trabalho se formam como uma teia onde estão imbricadas as questões da subjetividade, com arrimo nas quais se tenta compreender o ser humano inserido num âmbito social, familiar e seu enfrentamento junto a situações problema e ante as próprias limitações.

Desta maneira, a subjetividade corresponde a um processo complexo já que vai além do entendimento das propriedades individuais, pois situa a pessoa junto à instância coletiva, social e histórica. A complexidade encontra-se, também, no fato de construção simbólica e imaginária da pessoa consigo mesma e com o mundo (VERONESE, 2006).

A conscientização busca intervir durante o processo de trabalho na dimensão da subjetividade, especialmente, nas relações interpessoais, visando a

adequar e de certa forma garantir um produto final que satisfaça o ser humano, a família e a comunidade, que necessitam e buscam por atendimento e cuidado. O produto final aqui é entendido como o corpo do ser humano, modificado pela tarefa profissional dos trabalhadores da área de saúde.

Cuidar da saúde de alguém é mais do que elaborar um objeto e um olhar de intervenção sobre ele. Para que se possa cuidar, há que se considerar a elaboração de projetos, há que sustentar uma consonância entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados com suporte na proposta de se opor “a dissolução”. A habilidade de cuidar, então não pode se resumir à atividade parcelar nas práticas de saúde.

Os agentes sociais e políticos, capazes de conduzir um processo de mudanças baseado no trabalho, são os próprios profissionais. Detentores do recurso fundamental de conhecimento técnico, não apenas de sua formação, mas sobretudo do que foi adquirido em sua experiência concreta do cotidiano do serviço, estabelecem relações entre si e com o usuário, controlando o processo de trabalho. Este controle lhes confere o extraordinário poder do “fazer”, podendo, assim, operar os serviços de um modo ou de outro, conforme o projeto que considera mais adequado, de acordo com seus interesses, os do usuário e os do serviço, possivelmente nesta ordem.

As transformações dos serviços de saúde, portanto, são possíveis desde que haja mudanças no processo de trabalho, desde que se permita que o trabalho vivo, que opera com base no conhecimento e nas relações estabelecidas entre os próprios profissionais e destes com os usuários, seja o fator determinante na organização e operacionalização dos serviços/estabelecimentos.

Neste contexto, emergiram essas novas necessidades sociais com o capitalismo, fazendo-se então necessário o controle da ocorrência de escassez de força de trabalho. A saúde, portanto, foi um dos mecanismos para possibilitar o projeto maior e assim cuidar da força de trabalho.

Desde aí, a clínica foi se instrumentalizando para dar conta das necessidades de saúde próprias do usuário, com o saber anatomofisiológico para recortar o seu objeto de trabalho e apreendê-lo, ou seja, corpo doente, a doença. Este é o modelo clínico que tem por finalidade a recuperação do corpo individual. E o agente histórico e socialmente que apreende este processo é o médico. Cabe a este a apropriação do trabalho mais intelectual (diagnóstico e terapêutico), tornando-

se o agente hegemônico deste processo, garantindo o espaço de poder sobre o conjunto de outros trabalhos (MENDES-GONÇALVES, 1992). Portanto, a Enfermagem, neste modelo clínico de saúde, é parte desse processo, é parte do trabalho médico: sua ação é um instrumento que cuidará ou fará cuidar do corpo doente. Assim, no trabalho de Enfermagem, o modelo de saúde individual, que é o clínico, “passa a ser um instrumento ou um meio do processo de trabalho médico” (CASTELLANOS, 1989, p. 46).

O processo de trabalho é compreendido como prática social, isto é, forma especificamente humana de satisfazer necessidades conforme se estabelecem nas modalidades de vida social constituídas em uma estrutura social determinada e em uma formação social concreta.

Nesta perspectiva, é importante ressaltar que essa subordinação do trabalho de Enfermagem não se dá em relação ao profissional médico, mas ao trabalho médico. A prática médica não tem autonomia plena, pois o seu conteúdo técnico subordina-se às necessidades da articulação das práticas na divisão social do trabalho (DONNANGELO; PEREIRA, 1976). Prevalece um processo de trabalho partilhado que desconhece o sujeito pleno, o qual traz consigo, além de um problema de saúde, certa subjetividade, uma história de vida, que são também determinantes do seu processo de saúde-doença.

No estudo sobre o cuidado de Enfermagem, elegemos a discussão acerca de sua dimensão ética com apoio da Ética da alteridade radical de Emmanuel Lévinas, desvelando alguns aspectos histórico-filosóficos que o caracterizam. Este é o terreno das tecnologias leves, capazes de conduzir a processos de mudanças na micropolítica da organização dos serviços de saúde.

A expansão dos estudos e discussões sobre o cuidado humano, como característica única e essencial na prática de Enfermagem, gradativamente, tem se desenvolvido, na medida em que a Ética nos remete a reflexões que visam a aproximar o agir do enfermeiro ao processo do trabalho da profissão.

Conforme Freire (2002, p. 1), “cuidado na dimensão originária de respeito ao outro em sua singularidade e resistência à absorção e totalização pelo mesmo”. Não existe Ética sem o outro, sem o encontro subjetivo, pois o que falo e faço tem ressonância para o outro.

Evidenciar os modos de cuidar em Enfermagem, suas múltiplas facetas, seu registro e divulgação, torna-se elemento fundamental para a sua

problematização e para a busca de novos caminhos na prática dessa profissão. Atualmente, um dos grandes desafios desta profissão se prende ao fato de aliar a sua prática com a dos clientes cuidados, buscando a alteridade, opções de cuidados mais coerentes com as suas necessidades.

De acordo com Ayres (2000, p. 38), “a intersubjetividade qualifica o cuidado individualizado em saúde, se manifestando como história relacional vivida, como linguagem, intercomunicação, conhecimento, valores, crenças, emoções, desejos, temores, perspectivas, projetos”. Valorizar a intersubjetividade na atenção e lidar com ela de forma apropriada imprime um lugar no momento assistencial, ou seja, ao “empoderamento” ou formação do poder de ser pessoa, podendo produzir emancipação humana.

Toda subjetividade deve ser pensada como responsabilidade, pois o outro nos atinge, nos afeta pelos sentimentos e emoções. A estrutura da subjetividade está na responsabilidade pelo outro e evoca a responsabilidade fraterna.

A emancipação ou autonomia dos sujeitos, como escuta compartilhada de si mesmos e participação política ativa e crítica na vida pessoal e social, é vital à conquista da saúde, cidadania e democratização dos serviços. O encontro intersubjetivo que se processa e a atenção individualizada trazem à cena peculiaridades do universo afetivo, cultural e social de ambos, sujeitos e agentes da atenção.

A experiência do cuidado é uma relação recíproca. Neste sentido acentuamos que “cada pessoa vivencia o cuidado de maneira singular segundo seus próprios referenciais e imprime, neste espaço, maneiras singulares de expressão de subjetividades”. (BARCELOS, 2006, p. 26). A dimensão intersubjetiva expressa a existência humana em meios e circunstâncias diversas, ao englobar sofrimentos e relações entre pessoas, mobilizando continuamente a afetividade e a criação. Os exercícios intersubjetivos são espaços de descoberta, de humanização, de formação e atualização das identidades dos sujeitos, que demarcam o desenrolar de suas vidas e suas condições de saúde-doença.

As necessidades do cuidado serão identificadas no momento em que a subjetividade seja expressa, mediante o reconhecimento da sua existência e do estabelecimento da relação intersubjetiva, isto é, da relação sujeito-sujeito, que possibilita conhecer a pessoa em sua individualidade singular (PATERSON, 1979).

O cuidado na saúde pode concorrer para a geração de maior bem-estar, na medida em que valorize a intersubjetividade, criando possibilidades de aproximação das pessoas, de suas vivências, interpretações e potenciais, abrindo-se de fato às suas necessidades mediadas pelas relações personalizadas e estimuladoras de uma participação mais ativa e autônima.

A Enfermagem, como profissão histórica e culturalmente filosófico-humanista, potencializa a saúde do cidadão e a própria conquista da cidadania. Por isto mesmo, não pode se focalizar somente no biológico, em patologias, e, menos ainda, submeter-se ao poder de outras áreas, práticas sociais e de organizações que controlam e manipulam a saúde, política, econômica e ideologicamente.

A intersubjetividade, por sua vez, é entendida como sendo processual, uma resposta ao outro e responsabilidade pelo outro que se impõe.

A subjetividade, para Lévinas, estrutura-se na exterioridade e não num centro do sujeito, que é, na verdade, sujeitado e, desde a revelação de outrem, tem sua saciedade (necessidade) colocada em xeque pela ideia de Infinito desejo (FREIRE, 2002). O Outro me chama a uma responsabilidade intransponível e me chega como um estrangeiro, o que não pode ser entendido, visto, morto ou desvelado. Freire (2002, p. 61) afirma que o sujeito “[...] nasce então da passividade, da vulnerabilidade ao outro, da intimação absoluta que ele faz, da fraternidade [...]. Para Lévinas, o psiquismo já nasce psicose, apesar de mim [...] Psicose porque dividido não é dono de si mesmo, não é um eu [...]”.

O Outro se revela outro em seu rosto, mas manifesta ser infinitamente Outro pela sua palavra. A linguagem se torna um lugar de reencontro, com o estranho e desconhecido Outro. Tudo começa em perceber o silêncio, o espaço mudo entre uma palavra e outra, entre um olhar e uma ação. O silêncio é oportunidade para que algo inédito possa se instalar. Nele acreditamos encontrar uma oportunidade para que o encontro entre profissional e paciente aconteça.

A linguagem que usamos com os outros e os tipos de relações interpessoais que desenvolvemos mostram diretamente o quanto respeitamos a alteridade. Enfim, num momento em que a Enfermagem e a saúde, em geral, se envolvem cada vez mais no desenvolvimento de conhecimentos científicos e técnicos, discussões sobre “alteridade” e “humanização hospitalar” tornam-se absolutamente necessárias.

Na Enfermagem, as repercussões da utilização do respeito à alteridade fazem-se sentir diretamente na prática da assistência, particularmente no que se refere à questão da autonomia, momento no qual, enfim, se reconhece que o paciente é dono do seu corpo e sujeito do seu cuidado (SADALA, 1999).

O enfermeiro está em uma posição singular para identificar essas necessidades, de maneira a implementar uma assistência com qualidade, entendendo-se que a assistência ao paciente deve se estender, também, ao familiar do paciente (MORGON; GUIRARDELLO, 2004). A representação do outro como *alter* vai além de vê-lo como um indivíduo capaz de chorar, sorrir e ter as próprias vontades, é preciso também compreendê-lo em seu contexto histórico, familiar e cultural. O encontro intersubjetivo do profissional enfermeiro se processa na atenção individualizada, colocando em cena peculiaridades do universo afetivo, cultural e social de ambos, sujeitos e agentes da atenção.

É importante também refletir sobre a competência da Enfermagem como ação prática que dá suporte à vida humana, mas estendendo essa concepção; é relevante reconhecê-la como um fazer profissional, *único e absolutamente indispensável* na área da saúde, cujos profissionais deverão sempre ter em mente a noção clara de sua atuação e de seu espaço profissional, assim como entender que ele se entrelaça em um contexto humano, que é também social e, portanto, político, mas também autônomo: não se esquecendo de que a responsabilidade da vida de cada um é do portador desta tarefa.

O desafio atual é repensar o modo de ser egoísta que a sociedade atual cultiva no íntimo de cada cidadão e trabalhar formas que levem os homens a atuarem na dimensão da coletividade, preservando valores universais humanos e as microrrealidades históricas, fazendo com que seja preservada a biodiversidade, com que se reconheçam as especificidades locais e respeitadas as diferenças de gênero, raça, religião e outras mais.

O pensar no outro e a solidariedade vêm à tona com a quebra da ética tradicional, oriunda de uma sociedade fortemente individualizada e centrada nas comunidades religiosa, familiar, cívica e nacional. Essa mudança de paradigma no cenário da Ética leva a repensar as ações éticas no cotidiano.

Considerar o universo subjetivo dos que demandam a assistência individualizada representa uma efetiva recusa às formas de violência que se escondem no cotidiano da atenção, na invisibilidade das suas estruturas de

produção dos sentidos e nas suas práticas de controle, submissão e legitimação. Mais do que isso, tal investimento representa a efetiva consideração ao humano, que, mais atento ao aprendizado da complexidade vital dos sujeitos alvos dos cuidados em saúde, pode localizar e percorrer caminhos de requalificação da própria vida, trabalho e saúde.

Acreditamos que a consolidação da Enfermagem, como uma prática social, ultrapassa as relações entre os sujeitos, para a promoção do cuidado, integral, relacional, intersubjetivo. Observamos esta construção como um conjunto de características complexas, intercalando as subjetividades, a política, a história e a vida social. Entendemos que o trabalho de Enfermagem privilegia as condições das pessoas, do próprio ambiente de trabalho, das suas obrigações, assim como das necessidades de um dado momento histórico. Portanto, o trabalho profissional, assumindo estas características, reúne-as na esfera do esforço social representado pela produção das subjetividades dos indivíduos nas condições oferecidas pelo contexto.

Ante tais reflexões, faz-se necessária a inserção da Ética da alteridade no cotidiano, norteando as atividades, seja realizando assistência, ensino ou pesquisa, despertando a consciência pessoal e organizacional, numa reflexão contínua, que valorize o cuidado para com o ser humano e tudo o que tem vida.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Discussão ética do cuidado na dimensão da alteridade radical levinasiana

Ao resgatar a proposta deste estudo, que buscou compreender como os enfermeiros em seu cotidiano laboral vivenciam os aspectos éticos da produção do cuidado, com base na discussão da alteridade radical proposta pelo filósofo Emmanuel Lévinas, iniciamos, portanto, a etapa que requer a sensibilidade e o dinamismo intelectual do pesquisador para a compreensão dos fenômenos representados pelos participantes da pesquisa.

Este é o momento que consideramos bastante desafiador – o de redigir, com base fenomenologia hermenêutica, o texto interpretativo que pressuporá a Ética da alteridade radical levinasiana, a perspectiva do cuidado, a dimensão subjetiva do trabalho de Enfermagem. Tal análise se dará tendo por substrato as entrevistas dos nove enfermeiros que informaram suas compreensões vivenciadas acerca do cuidado, da Ética e da alteridade no Hospital de Ensino. Ao final deste estudo, descreveremos a rede de significados, tecida no âmbito da investigação, por meio da explicitação de nossos pressupostos.

Nesta perspectiva, não pretendemos esgotar a discussão para ao entendimento dos fenômenos que envolvem o processo do cuidado ético do enfermeiro e sua dimensão na alteridade radical, mas, sobretudo, delinear a nossa compreensão da perspectiva ética do cuidado e sua dimensão de alteridade radical, ou seja, entender como o profissional enfermeiro se concebe na prática deste cuidado, vislumbrando a reflexão e a geração de novas atitudes profissionais.

Com a definição das três áreas temáticas: (1) cuidado de Enfermagem; (2) ética de Enfermagem; e (3) alteridade do cuidado, teceremos a nossa discussão.

5.2 Cuidado de Enfermagem

Tema 1 – Cuidado de Enfermagem	
Dimensões	
1A – Cuidado	1B - Assistência

Figura 2 – Tema 1 da rede interpretativa

Fonte: Pesquisa direta.

Quanto ao primeiro tema da rede interpretativa – “cuidado” - os participantes demonstraram particularidades que agora tentaremos explicitar, situando-nos na óptica dos entrevistados, para a compreensão de como o cuidado é concebido no âmbito deste Hospital Público de Ensino. Tentar entender como eles compreendem o cuidado, indo além de suas definições, implica reconhecer que seus conhecimentos são diversos, e que a percepção de suas realidades está permeada de fenômenos também complexos e dinâmicos, os quais evidenciam a influência das diferenças individuais.

Ao discorrer sobre o cuidado como objeto epistemológico da profissão de Enfermagem, enfatizamos que a produção do conhecimento acontece sobre o cuidado do corpo, mas também de um corpo que vive de modo inteiro, ou é vivido como inteiro, pessoa e experiência inteira, além dos limites meramente físicos ou biológicos. Neste sentido, percebemos literalmente a influência de nossa formação, quando da asserção veemente, recheada de emoção, observada na fala da participante, acerca da compreensão do cuidado de Enfermagem prestado aos nossos usuários no hospital escola:

[...] o cuidado de enfermagem é a essência de enfermagem [.....]

Esta ideia ainda é bastante enfatizada na formação acadêmica, por meio da Teoria de Leininger (1991, p. 13), que tem como crença básica a noção de que “cuidar/cuidado é a essência da enfermagem”, com seu foco principal dominante e unificador.

Entendemos, todavia, que o cuidado de Enfermagem é parte do cuidado em saúde, compreendido como ação coletiva, realizada por diferentes profissionais. Adicionalmente, as pessoas que são cuidadas também são agentes desta ação em determinado momento da vida.

Hoje, o cuidado assume novas dimensões como uma filosofia que se diversificou em inúmeras atividades, tornando-se parte integrante da realidade histórica, política, econômica, cultural e social, sendo considerado essencial para o desenvolvimento e a realização do ser humano, em uma perspectiva humanitária. Nesse processo, percebemos que o trabalho e suas determinações, como o acesso, o acolhimento, a resolubilidade e a igualdade de tratamento, não se efetivam apenas por meio do ato médico ou da Enfermagem; ele se produz numa cadeia imbricada

de relações, que, de maneira simplificada, poderíamos afirmar se processar desde os recepcionistas, que dão acesso ou não, até aos demais profissionais que vão atendê-la, ou seja, todos os trabalhadores que tiveram algum ato profissional relacionado a este atendimento estão envolvidos com a produção do processo de trabalho, facilitando ou dificultando, dominando ou interferindo em parcelas deste. Manter o usuário dos serviços de saúde como foco primordial é compreender que as mudanças do processo de trabalho da Enfermagem serão imprescindíveis para transformar e qualificar a assistência à saúde. Para a viabilização da busca para a qualificação do cuidado, ressalta Merhy (2006, p. 89), “ocorre na medida em que vários trabalhadores atuam, transformando esta busca numa ação coletiva concreta”. Nas ações cuidadoras, verificaremos que um diversificado número de trabalhadores, com seus conhecimentos, autonomia e poder, vai intervir sobre o processo saúde-doença.

A ação cuidadora, então, faz parte do processo vital; aqueles que cuidam, não raro se deixam envolver por atos de desvelo e preocupação, em favor de pessoas que estão sob sua responsabilidade e que necessitam dos seus cuidados, assim como afirma a participante:

[...] O cuidado exercido pela Enfermagem é o cuidado muito voltado ao paciente, vendo todas as suas limitações, dentro de um respeito mútuo tanto de paciente para enfermagem, quanto da enfermagem para o paciente [...]

[...] ninguém faz a enfermagem consigo próprio. Pra você fazer a enfermagem, você pressupõe o encontro entre duas pessoas. E do encontro de duas pessoas você tem alguém que tá necessitando de seu trabalho como enfermeiro [...]

Na óptica de Collière (2003, p. 385), o “ser humano é um ser de múltiplas relações. O relacionamento implica “sair de si”, de projetar-se nos outros, de transcender. Implica na necessidade de nutrir e ser nutrido”.

Nesta compreensão, cuidado corresponde a um ato de reciprocidade, que somos levados a prestar a todo ser humano que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir suas necessidades vitais. Refletindo acerca da natureza do cuidado, chega-se a compreender a importância de acolher o outro como ser humano, além de contribuir para a melhoria de sua qualidade de vida, bem como para a sobrevivência humana, conforme o entrevistado:

[...] vai além do desenvolvimento de tarefas vai na perfeição, sensibilidade de você captar todas as alterações que perpassam esse cuidado, que é exatamente o foco [...]

Por isto mesmo, não pode se focalizar somente no biológico, em patologias, e, menos ainda, submeter-se ao poder de outras áreas, práticas sociais e organizações que controlam e manipulam a saúde, política, econômica e ideologicamente. Evidenciar os modos de cuidar em Enfermagem, suas múltiplas facetas, seu registro e divulgação torna-se elemento fundamental para problematizá-los e buscar novos caminhos na prática dessa profissão.

O “cuidado de Enfermagem” é cada vez mais objeto de pesquisas, sendo muitas vezes desarticulado das grandes questões éticas e políticas da profissão (FERRAZ; VALLE, 1996). Atualmente, um dos grandes desafios desta profissão se prende ao fato de aliar a sua prática com a dos clientes cuidados, respeitando a alteridade, criando opções de cuidados mais coerentes com as suas necessidades.

O panorama de alta complexidade onde ocorreu este estudo nos instiga à constante reflexão de como estes profissionais se envolvem com a integralidade do cuidado, conforme a recomendação do SUS, e constatada na fala do entrevistado:

[...] o cuidado com o paciente é um cuidado integral que envolve o cuidado da enfermagem, que envolve o cuidado do odontólogo, do nutricionista, do fisioterapeuta, do psicólogo, do médico. Enfim, todos estão dentro de uma equipe pra prestar um cuidado integral ao paciente ; como o paciente, ele é um paciente dependente não só do cuidado técnico, mas também daquele cuidado de atenção, de visão, de segurança, de ser bem atendido, não só da parte de enfermagem, mas também garantir que haja continuidade também pelos outros serviços [...]

Na visão do participante, o cuidado prestado ao paciente consiste na efetivação de sua integralização, envolvendo todos os profissionais. Neste caso específico, o participante se mostrou reticente quanto à afirmação ser de total veracidade, submetendo a dúvida este envolvimento geral entre as profissões que interagem no cenário hospitalar, que ainda continuam fechadas em suas castas, reproduzindo o trabalho fragmentado e dividido socialmente:

[...] existe também o problema colaborativo, que você cuida da enfermagem, mas você vai precisar também da colaboração de outros profissionais que devem, pelo menos deveriam trabalhar de uma forma interdisciplinar e não multiprofissional, porque aí pressupõe a existência de uma hierarquização do poder.

Observamos nesta narrativa a valorização fundamental das profissões, que colaboram para a realização do cuidado integral, de maneira interdisciplinar, em detrimento da forma mutiprofissional, que privilegia a existência do poder hegemônico outorgado socialmente ao profissional médico. Baseadas nesta compreensão, Almeida e Rocha (1986, p. 76) esclarecem “que a enfermagem e a medicina permaneceram como trabalhos independentes até meados do século XIX, quando o modelo tecnológico de saúde individual começou a organizar-se”. Estas práticas, antes independentes, se encontram, a partir daí, no mesmo espaço em que o saber médico começa a se constituir e onde a organização desse espaço, ainda confuso, se torna inadiável.

Nesta relação, quando da ênfase do pensamento prevalente na Enfermagem, que pauta a doença em modelos médicos positivistas, bastante enfatizados até as décadas de 1950 – 60, Leininger ressalta a “ênfase na técnica e nos tratamentos (cura), e culto à eficiência”. Portanto, a expressão “cuidado de enfermagem”, associada ao uso do conhecimento médico, parecia legitimar a profissão de enfermagem, o que ainda é observado.

Autores como Pires (1999), Campos (1997), e Nunes (1995), quando caracterizam e apontam as especificidades do trabalho no setor de saúde, demonstram que “este é um trabalho produzido em sua maioria, no âmbito institucional, seja no ambulatório, seja no hospital, estando cada vez mais atrelado à complexidade hospitalar. O trabalho coletivo tem a sua centralidade na figura do médico, que efetivamente tem dado direcionalidade com a impressão das lógicas do setor, e tornando os outros trabalhos parcelares realizados pelos outros trabalhadores”.

Neste contexto, historicamente, a profissão de enfermagem vem sendo influenciada por diferentes correntes de pensamento, onde o positivismo cartesiano e a racionalidade científica conduzem a operacionalização pelo modelo biomédico de atenção à saúde, consolidando a divisão técnica e social de seu trabalho.

Conforme Ferraz e Valle (1996) “a grande divisão técnica e social do trabalho se traduz entre os que pensam, e portanto, administram e concebem, e os que executam, os administrados”. Esta é a forma como ainda está organizada a divisão do trabalho na Enfermagem introduzida por Florence Nightingale, cabendo, primordialmente à enfermeira, as atividades intelectuais – lady nurses (ações administrativas e educação), e às demais categorias – as nurses-competem as

ações assistenciais. Desta forma, o cuidado que inicialmente era executado de maneira integral por um só elemento passa a ser fragmentado em técnicas ou tarefas, possibilitando o desenvolvimento da prática funcional, que visa à economia de tempo e a maior agilidade na execução do serviço. Neste sistema, as tarefas são distribuídas pelo grau de complexidade, o cliente sendo atendido por vários profissionais da mesma equipe. Atualmente, observamos uma contradição, pois, embora a Enfermagem empregue, na maioria dos serviços de saúde, o método funcionalista de trabalho, sempre mantém a crença de que presta o cuidado de Enfermagem de maneira holística. Então, na busca de uma forma de organização de trabalho, em que o cuidado seja prestado de modo integral e não pela divisão deste em tarefas, a Enfermagem se debate, almejando que a qualidade deste cuidado seja mais importante do que a padronização e a fragmentação dos procedimentos. Ao reconhecer o outro como indivíduo, se constrói uma relação de respeito, valorizando a dimensão ética do cuidado prestado, conforme relatou o respondente:

[...] e uma das coisas que coloquei foi a transcendência do cuidado, ciclo que os seres humanos, nós enfermeiros, temos a oportunidade de ser humano, de fazer o cuidado transcender. Isso é muito importante, só acontece com pessoas que são sensíveis, com pessoas que estão diretamente pegando na mão de enfermagem que a nossa profissão nós temos como parâmetro máximo na nossa vida em termos de profissão; e acho que o cuidado transcendental é uma prática que nós aqui também fazemos porque diante de tudo, conseguimos transcender e fazendo o cuidado em alta qualidade mesmo diante de todas as dificuldades [...]

[...] Isto é ter sensibilidade, isto é ter ética, não deixar que os problemas e as nossas rotinas que os nossos problemas atrapalhem o nosso cuidado, o cuidado acima de tudo, isto é ter ética [...]

A Enfermagem, como profissão histórica e culturalmente filosófico-humanista, potencializa a saúde do cidadão e a própria formação da cidadania. Por isto mesmo, não se pode focalizar somente no biológico, em patologias, e, menos ainda, submeter-se ao poder de outras áreas, práticas sociais e de organizações que controlam e manipulam a saúde, política, econômica e ideologicamente.

Como a assistência integral à saúde é um princípio bastante evidenciado, principalmente nas instituições de saúde, na medida em que há uma demanda do envolvimento da Enfermagem com o modelo de assistência integral à saúde proposto pelo SUS, a Enfermagem brasileira atravessa um período de transição. E

esta proposta implica a necessidade de incessante qualificação da equipe de Enfermagem, confirmada pela percepção do entrevistado:

[...] um dos melhores que já pode perceber porque nós temos profissionais capacitados nós temos equipe também capacitada; o cuidado de enfermagem aqui eu considero um dos melhores; acho que a humanização do cuidado também, os profissionais que estão entrando precisam também disso e entender que o cuidado deve ser humanizado [...]

De acordo com estas opiniões, observamos que a preocupação com a capacitação permanente e incentivo a qualificação dos membros da equipe de Enfermagem nesta instituição, que atualmente se constitui prioridade.

Para tanto, para se efetivar o cuidado de Enfermagem integral, conforme os princípios preconizados pelo SUS, no cotidiano destas instituições, sobrevive a condição de multiplicidade de papéis do enfermeiro, sequestrando-o do seu real papel junto ao usuário, conforme a percepção do participante:

[...] principalmente na reestruturação de papéis, que muitas vezes assume papéis que não são especificamente dele que o desviam do cuidado mais na medida do possível e o que está sendo feito eu acredito que um trabalho de qualidade [...]

Definida como prática social e historicamente constituída para cuidar, gerenciar e educar, a Enfermagem é também envolta por uma malha de afazeres que dão origem a inúmeros papéis. Estes, no entanto, muitas vezes são confundidos pelos demais profissionais da saúde. Ao se operar especificidade do trabalho do enfermeiro, há uma indefinição (SAAR, 2005) sobre o que seja específico deste profissional, fato que interfere conflitivamente na identidade do enfermeiro, bem como na sua atuação.

Sob tal aspecto, afirmamos que a profissão de Enfermagem é regulamentada por uma Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, que determina e especifica a todos os membros da equipe de Enfermagem suas competências profissionais em todo o Território nacional. Nesta óptica, subliminarmente, foi observado pelo entrevistado que o enfermeiro ainda não adquiriu, em sua totalidade, atitudes de autonomia profissional mediante atribuições que não lhe compete, prevalecendo a vulnerabilidade quanto ao conhecimento do seu real papel frente às necessidades do usuário. Ao ser sequestrado para outras tarefas, como as de

organizar o trabalho de outros profissionais, deixa o cuidado ser banalizado, com o comprometimento de sua responsabilidade social e de sua competência profissional.

Como parte do trabalho coletivo em saúde o trabalho de enfermagem realiza-se em diferentes cenários, e, neste estudo, no hospital formador de recursos humanos, onde predomina a produção em saúde, como ressalta Mendes-Gonçalves (1992), centrada na finalidade de controlar as doenças em escala social, configura o trabalho de Enfermagem como instrumento, na medida em que se ocupa, prioritariamente, do cuidado individual dos corpos, como observa o participante relativamente à dimensão assistencial da prática de enfermagem; sua visão estabelece a existência da diferença entre o “cuidar” e o “assistir”. Neste raciocínio, Pires (2007) define o “cuidado” como gesto de relação presente da própria vida, seja nos espaços de gestão, na abordagem individual e coletiva, na educação em saúde, nas atividades de pesquisa, ensino e consultoria, e como “assistência”, traduz a sistematização do cuidado, enfatizando a técnica instrumental. O verbo cuidar, quando empregado com o sentido discursivo de “zelar pelo bem-estar ou pela saúde de alguém (MICHAELIS..., 1998), indica uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para a realização do cuidado; ou seja, indica um processo de trabalho que ocorre mediante a adoção de um determinado modo de fazer, fundamentado em alguma forma de pensar. Esse verbo se exprime na transitividade relacional que ocorre entre, no mínimo, duas pessoas presentes na situação e no ambiente do cuidado.

Nesta perspectiva, ressaltamos que a avaliação da prática assistencial por pessoa alheia à área da saúde seria descrita simplesmente como inúmeras tarefas manuais rotineiras, algumas mais simples e outras mais complexas, em detrimento dos aspectos intelectuais envolvidos no processo do cuidar. Subliminarmente, o participante inferiu o descaso com o planejamento sistemático da assistência por parte de alguns enfermeiros, no que se refere aos registros sistemáticos dos elementos (diagnóstico, ações, intervenções e resultados), que pode se desdobrar, por um lado, em ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional; por outro lado, o que é talvez mais estarrecedor, em ausência ou dificuldade de avaliação de sua prática, conforme informou o entrevistado:

[...] Assistir ao paciente significa você utilizar uma metodologia científica, você utilizar uma ferramenta chamada de processo de

enfermagem. Já o cuidado, ele não pressupõe, a existência dessa metodologia científica [...]

[...] o cuidado da enfermagem no meu ponto de vista é um cuidado especialíssimo e que precisa de profissionais cada vez mais como nós temos aqui, graças a Deus, no nosso hospital...de profissionais que planejem essa assistência que entendam dessa importância e se reconheçam como profissionais indispensáveis no processo de saúde, doença do paciente [...]

Nestas falas observamos as concepções divergentes à proposta deste estudo, pois estas se referem à conotação da sistematização do cuidado de Enfermagem, intitulado “Processo de Enfermagem” embasado na cientificidade e rigor metodológico, conforme legislação vigente.

Nesta direção, acrescentamos que este processo de trabalho de Enfermagem se particulariza em uma rede de subprocessos denominados cuidar ou assistir (SILVA, 1998a) administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar, podendo, adicionalmente, cada um destes ser abordados como um processo separado com seus próprios elementos, instrumentos e atividades, inseridos, de forma heterogênea e hierarquizada, expressando a divisão técnica e social do trabalho, dicotomizando os momentos de concepção e gestão, no mesmo conceito de cuidar e assistir. Para o trabalho de Enfermagem, a análise da dimensão intersubjetiva do processo se torna de fundamental importância, pois se trata de uma prática na qual a intervenção técnica está sempre permeada pela interação, numa convergência das dimensões éticas e comunicativas associadas à dimensão técnica, de acordo com o entrevistado.

[...] Os cuidados interdependentes são aqueles cuidados que você vai tomar com base em uma prescrição médica. Já os cuidados independentes do enfermeiro, são aqueles cuidados que você já vai usar metodologia científica [...]

[...] porque é um problema de enfermagem, e somente o profissional enfermeiro é capaz de resolver esse problema, porque é um problema de enfermagem [...].

[...] O cuidado aqui no Hospital, pela vivência, a enfermagem tem preocupação em cuidar, ele se preocupa realmente com o paciente, o enfermeiro aqui do hospital é um enfermeiro que assiste e que não delega, que está presente, enfermeiro que presta cuidado; na maioria dos casos é um cuidado comprometido [...]

Assim, estamos convicta de como são complexas as dimensões que influenciam o cuidado sistematizado e comprometido com os clientes hospitalizados.

5.3 Ética de Enfermagem

Tema 2 – Ética de Enfermagem	
Dimensões	
2A – Ética	2B – Interdisciplinaridade

Figura 3 – Tema 2 da rede interpretativa

Fonte: Pesquisa direta.

Para efetivar a prática do processo de cuidar, a preocupação com a Ética emerge cada vez mais fortemente na sociedade, mais precisamente no âmbito de saúde, em razão das diversas modificações, descobertas e experimentos científicos. A Enfermagem discute e aprofunda suas reflexões e questionamentos sobre a sua prática cotidiana, vislumbrando enfrentar esses desafios, bem como as questões éticas que rotineiramente aparecem.

No segundo tema da rede interpretativa, fazemos referência à dimensão ética de enfermagem, que procuramos delinear, como uma reflexão crítica sobre o comportamento humano, o qual interpreta, discute, problematiza e investiga valores e princípios. Aristóteles (2000) articulava em suas inspirações teóricas a ideia de se encontrar a felicidade no centro das questões éticas. Para ele, a Ética era a doutrina da virtude, do agir ponderado, racional. Agir bem significava buscar o bem, que pode ser denominado de “felicidade”. Buscar o bem significa a procura dos elementos que estão de acordo com a essência ou a natureza do sujeito, dando ênfase à vida interativa, à participação nas deliberações políticas, junto com a liberdade do ser racional e digno. Ao discutir acerca de Ética, meditamos sobre a nossa vida real e profissional na circunstância concreta da fala do participante, cuja compreensão acerca da Ética no cuidado de enfermagem se apóia no pensamento ético-filosófico de Immanuel Kant, cujas obras voltadas à filosofia prática demonstram certa relevância na exigência imperativa, o de dever ajudar. Na medida em que se fundamenta quase que exclusivamente na razão, na lógica, no princípio da não-contradição, o seu ideal ético é o de uma ação moral universalizável. Tal ação se torna sábia, na condição de que o exercedor da Enfermagem reconheça que muitas de nossas relações trazem a marca da utilização do outro como um meio, quando deve ser tratado com um fim em si mesmo; exigindo-se, contudo, o respeito pelo outro; isto significa dizer que a valorização do respeito como virtude que dignifica a

pessoa humana transcende a teoria ética contida no Código de Deontologia da profissão de Enfermagem, que contempla ações que regulamentam o comportamento dos profissionais, como atitude de dever, de ser correto, bem compreendida pelo respondente:

[...] Quando é que um enfermeiro tem ética. Quando ele faz aquilo que é bom. Quando ele faz aquilo que é certo. Quando ele faz aquilo que é correto [...]

[...] e há profissionais já tão inerente ao desempenho dele, que você percebe claramente a ética é inerente ao desempenho, é algo que já está intrínseco nele.

[...] O respeito entre as profissões. Entre os valores humanitários, principalmente não só como a gente não tem que se comportar não tão somente como profissionais, mas como seres humanos que respeitamos e entendemos os diferentes como pessoas que tem seus limites e tem suas contribuições também pra dá.

[...] desta forma a ética, ela torna-se fundamental, essencial para o bom convívio do atendimento assistencial ao paciente no sentido de manter esse paciente seguro, tranquilo, em perfeito equilíbrio não só com a parte do cuidado dos procedimentos que ele vai ser submetido, mas também a essa demanda de solicitações que ele sofre diariamente.

A corrente deontológica, voltada para os deveres, se preocupa bem mais com a ação certa, moral e correta em si do que com a felicidade, mais de acordo com princípios do que com os resultados, mais com a forma de ação do que a quantidade possível de bem, ou seja, agir corretamente, agir de forma moral, é o que importa. Associamos o nosso pensamento ao de Heidegger (1996), quando não despersonaliza o homem, vendo apenas a tradição e a convenção social que o profissional desempenha nas instituições, mas contempla a dimensão existencial do ser-com (Mitsein). Nesta lógica, a ética profissional professada no código de deontologia, se torna, muitas vezes, a expressão caricata da ética, reduzindo-se a pequenos códigos, muitas vezes corporativos, dando margem à ocorrência de choques entre a legalidade e a moralidade, entre o direito e a moral, vivenciada pelos entrevistados:

[...] A enfermagem do hospital universitário, ela é muito ética [...]

[...] envolve totalmente esse processo, porque a ética ela envolve desde a relação com o próprio paciente, a relação com todos os outros clientes [...]

[...] você tem que ter a ética com o próprio paciente, de estar respeitando essa pessoa, esse indivíduo, que dentro do hospital ele perde um pouco da sua individualidade então você ainda tem que

estar preparado, e tem que oferecer essa individualidade para ele e com os outros profissionais [...]

[...] para você ser um enfermeiro você tem que gostar do cuidado, tem que ter essa responsabilidade de como você está cuidando do outro e não tem como fazer essas duas coisas se você não tiver ética como profissional, como pessoa, que aí entra o respeito com o outro [...]

[...] Isto é ter sensibilidade, isto é ter ética, não deixar que os problemas e as nossas rotinas que os nossos problemas atrapalhem o nosso cuidado, o cuidado acima de tudo, isto é ter ética [...]

[...] Até porque os profissionais da área de saúde, por serem vários, eles tem esse desejo de querer aprender, mas também esse desejo não pode ir de encontro com as necessidades do paciente. Então, a ética se torna fundamental [...]

Na dimensão de interdisciplinaridade, a preocupação com o cliente após a alta hospitalar, a educação em saúde, o retorno à sua comunidade apto a manter o seu auto-cuidado, comporta o trabalho interdisciplinar em seus diferentes níveis, especificidades e abordagens. Estas ações demandam a convergência de esforços das diversas profissões, visando à resolubilidade das questões da comunidade.

A saúde, concebida como possibilidade a ser alcançada num plano que transcende ações de domínio exclusivo da Enfermagem, coloca o desafio de trabalhar para superar a fragmentação do cuidado e sua conseqüente divisão técnica e social, em uma perspectiva que permita a abordagem integral e dialógica dos sujeitos e da comunidade, na qual a Enfermagem se insere com atuação efetiva.

Caracterizada pela intensidade das trocas entre especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas (JAPIASSU, 1976), a interdisciplinaridade supera as fronteiras e práticas disciplinares, contemplando um espaço privilegiado para refletir teorias e inovar as formas de pensar a saúde, concretizando-se um movimento que aglutine o saber e os sujeitos desse saber.

Vale assinalar que a dimensão mecanicista aliada aos valores patrimonialistas e clientelistas, ainda presentes nas instituições de saúde, gera um sistema que apresenta baixo impacto sobre os problemas de saúde e sobre a qualidade de vida dos cidadãos, decorrentes do modelo assistencial vigente.

Neste contexto, a profissão de Enfermagem em geral, configura-se como parte do trabalho em saúde, de forma que a assistência de Enfermagem tem relações sociais com outras práticas de saúde, que no conjunto se complementam. Assim, a Enfermagem não desenvolve um trabalho autônomo, nos aspectos de

cuidar e administrar, pois esta autonomia fica submetida a instâncias hierarquicamente superiores para administrá-lo, e ao médico para o cuidado clínico (SILVA, 1998a), pois é ele que possui os instrumentos para diagnosticar e estabelecer ações terapêuticas, as quais direcionam parte significativa do cuidado de Enfermagem. Esta interdependência nos mostra a dimensão da importância da interdisciplinaridade para a concretização da assistência integral prestada ao cliente.

Torna-se necessário reconhecer o caráter segmentado do conhecimento produzido pela ciência tradicional, devendo ser superado por um modelo que pense nas relações, conexões e interconexões existentes para o avanço de uma lógica aditiva e de práticas interdisciplinares.

No momento em que avançam as práticas interdisciplinares na saúde, e com o reconhecimento da fortaleza das diferentes profissões da saúde, com seus domínios específicos e interdependências, esta relação de saberes não permitirá a hegemonia e arrogância que atualmente imperam nas instituições, e sim, o somatório dos esforços e atitudes político-sociais para maiores conquistas.

Acreditamos que, como campo de conhecimento científico e profissão social, a Enfermagem busca os caminhos para ampliar a sua aptidão na formulação de saberes de maior abrangência nas esferas política, social, científica e tecnológica. Com esta iniciativa, procura demonstrar uma atitude ativa de inter-relação e diálogo, relacionando os diversos conhecimentos num projeto de construção solidária do ato de cuidar. Assim, consolidará um grande avanço para a ampliação da capacidade de conhecer uma determinada realidade e consequente intervenção responsável e ética, almejando a garantia da vida com dignidade e qualidade, conforme a revelação do entrevistado:

[...] Aquele que quando sai do hospital, saber se aquela pessoa está saindo do hospital vai ter condições de manter aquele mesmo cuidado. Ou se aquele cuidado que você está prestando ali está sendo estendido pros familiares pra acompanharem esse paciente. E tudo isso tem que ser baseado com ética [...]

[...] você até não entrar no mérito da profissão de cada um. E que todo mundo esteja nesse objetivo integrado, isso também acaba sendo um pouco a parte da enfermagem, já que ela tá dentro desse hospital o dia inteiro, então ela se preocupa com esse link interprofissional [...]

[...] E como o paciente, ele é um paciente dependente não só do cuidado técnico, mas também daquele cuidado de atenção, de visão, de segurança, de ser bem atendido, não só da parte de enfermagem,

mas também garantir que haja continuidade também pelos outros serviços [...]

[...] Por ser um hospital de ensino a gente entende que nós vamos ter uma gama de alunos, de acadêmicos, das diversas profissões que vão está todas convergindo para um único paciente [...]

[...] Até porque os profissionais da área de saúde, por serem vários, eles tem esse desejo de querer aprender, mas também esse desejo não pode ir de encontro com as necessidades do paciente. Então, a ética torna-se fundamental [...]

5.4 Alteridade em Enfermagem

Tema 3 – Alteridade	
Dimensões	
3A – “Outridade”	3B – Condições de trabalho

Figura 4 – Tema 3 da rede interpretativa

Fonte: Pesquisa direta.

No terceiro tema da rede interpretativa, observamos o maior número de respostas referentes à dimensão “outridade”, emanada dos respondentes, seguidos da concepção relativa ao cuidado, fato que ratifica a importância e experiência que estes temas trazem à prática profissional, e que, imbricados na mesma interpretação, impacta positivamente na alteridade do cuidado ético. Para dar sustentação teórica a este tema, escolhemos o pensamento levinasiano, que se insere como um destaque peculiar entre as múltiplas correntes do pensamento dialógico contemporâneo, delineando uma nova atitude na reflexão crítica e abrangente dos direitos humanos. A Filosofia de Lévinas instaura outro humanismo, porque seu pensamento abrange fundamentalmente a Ética, que tem como pressuposto básico o reconhecimento da alteridade. Portanto, na dimensão “outridade”, discutiremos a Ética do cuidado em enfermagem com relação à concepção filosófica da alteridade radical de Emmanuel Lévinas, fundamentado pela alteridade, na dimensão de situar-se no lugar do outro, de ter a preocupação com o outro e acreditar nesta relação. Associamo-nos ao pensamento de Lévinas (1991), ao assimilar que somos seres de relação, quando a Ética nos traz a ideia de infinito, com a responsabilidade de ser por, pelo e para o outro; a subjetividade se fará presente na ação de resposta ao chamado do outro. No exercício da Enfermagem nesta instituição, observamos esta tendência de prestar serviços com envolvimento, preocupação e responsabilidade, em cujos

traços o respeito à alteridade se faz presente no cuidado, traduzida na força de uma subjetividade reveladora, assim como enfatiza o entrevistado:

[...] a enfermagem neste momento, é uma das profissões onde a outriedade é um dos elementos mais necessários para a realização do nosso trabalho como enfermeiro; assim o estar com o outro é uma preocupação nossa [...]

[...] importantíssimo esse conceito de outricidade para o desenvolvimento da função de enfermagem, essa preocupação que você tem que ter com o outro, faz parte da essência da atividade profissional de enfermagem. Esse conceito de outricidade. Esse conceito de você só existir a partir do momento que você acredita que o outro é a extensão de você próprio. Ou seja, pra você existir é condição que o outro exista.

A relação que manifesta a essência do outro por excelência não pode ser de forma alguma uma fusão, pois a relação será sempre assimétrica (LÉVINAS, 2004), com o outro precedendo e antecedendo o eu. Com relação à responsabilidade, captamos a emoção da missão de “dar conta” do processo cuidar em toda sua complexidade e convergindo com Freire (2002), ao acentuar que a perspectiva da responsabilidade ocorre pela reformulação ética, seja ecológica, humanitária, ou econômico; se respondo ao outro, me torno responsável (LÉVINAS, 2004), porque sou constantemente exigido pelo outro em sua alteridade. O princípio da responsabilidade implica preservação da condição de existência da humanidade, mostrando como o ser humano é vulnerável, quando se apresenta ante a fragilidade natural da vida, aqui descrita pelo entrevistado, no processo da doença:

[...] nossa prática diária, o que eu posso observar dos meus colegas e das equipes onde nós trabalhamos, que essa preocupação com o paciente. Na maioria dos profissionais de enfermagem deste hospital eu identifico esse compromisso, essa dedicação. E de uma forma muito valorosa, muito heróica; na nossa prática diária, o que eu posso observar dos meus colegas e das equipes onde nós trabalhamos, que essa preocupação com o paciente [...]

[...] eu vejo que na hora que a gente se forma como enfermeiro, não tem como ser enfermeiro se não se vê o outro, saber olhar o outro, e principalmente não ter disposição e gostar de cuidar de alguém; pra você ser um enfermeiro você tem que gostar do cuidado, tem que ter essa responsabilidade de como você está cuidando do outro e não tem como fazer essas duas coisas se você não tiver ética como profissional, como pessoa, que aí entra o respeito com o outro [...]

Trata-se, portanto, da necessidade de um novo horizonte na prática profissional, que considere a diferença como um atributo que, ao ser compartilhado, promoverá um mútuo crescimento, e não como possibilidade de ameaça.

Com relação à subdimensão condições de trabalho, os riscos observados na saúde dos trabalhadores referentes à sua atividade laboral nas instituições de saúde, constata-se através da literatura (LOPES, 1988; MARZIALE *et al.*, 1991; POSSO, 1988) que seus profissionais possuem condições de trabalho insatisfatórias em decorrência de a inúmeros fatores, que vão desde a baixa remuneração a rodízios de horários de trabalho. A atividade de Enfermagem se caracteriza pela promoção, manutenção e restabelecimento das necessidades básicas do indivíduo, em especial, quando este é atingido em sua integridade física e mental. Atualmente no Brasil, essas atividades são realizadas por profissionais que se encontram subdivididos em categorias, segundo o seu preparo técnico. São eles: enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem e atendentes, sendo que essa última categoria não é regulamentada por lei do Conselho Federal de Enfermagem. Essa precariedade pode ser detectada por meio da elevada incidência de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, mesmo que as notificações encontradas não coincidam com a realidade. As condições de trabalho dos enfermeiros nos hospitais há muito tempo têm sido consideradas inadequadas em decorrência das especificidades do ambiente e das atividades insalubres executadas.

Então, constatamos nas falas dos participantes a ênfase do esforço para com a responsabilidade para com o usuário do sistema de saúde, apesar das condições de trabalho inadequadas, proporcionadas a estes profissionais. Geralmente, o cuidado de Enfermagem nas instituições públicas (LUNARDI, 1995) é apenado em razão da progressiva deficiência do potencial humano, bem como de recursos materiais, o que poderá interferir diretamente na qualidade do cuidado prestado à comunidade, dando azo a insatisfação e frustração dos profissionais.

Aliados a outros elementos que podem interferir no processo do cuidado ético, poderemos elencar as longas jornadas de trabalho, atualmente em decurso de redução para 30 horas semanais, multiplicidade de vínculos empregatícios, trabalho em turnos desgastantes, riscos ocupacionais, divisão técnica e social do trabalho, o sistema hierárquico e relações de poder, absenteísmo causado por fatores laborais, sociais, culturais, direção deficiente, que não prioriza a política pública prevencionista e humanista ao trabalhador de enfermagem O desgaste físico e

emocional, a baixa remuneração e o desprestígio social são fatores associados às condições de trabalho do enfermeiro, que refletem negativamente na qualidade da assistência prestada ao cliente, levando ao abandono da profissão e conseqüentemente à escassez de profissionais no mercado de trabalho. Foi ressaltado também, na fala dos entrevistados, o fato de que, na organização, pelo enfermeiro, do seu tempo de trabalho, este se expressa na permanente preocupação e compromisso em realizar o trabalho da melhor maneira possível, em detrimento de suas condições físicas e psíquicas, além de ter que lidar com impasses oriundos do deficit da força de trabalho, e além de se empenhar no provimento de condições para a execução das tarefas da equipe multiprofissional, para a implementação do cuidado.

Mesmo com o processo de trabalho organizado sob a égide do modelo clínico de atenção à saúde, identificamos o fato de que o enfermeiro tem o diferencial laborativo visualizado no contexto hospitalar, pelo compromisso e envolvimento com o cliente, bem como pela multiplicidade de atividades que realiza simultaneamente, além da sua capacidade de articulação e mobilização entre os diferentes setores e agentes, convergindo, portanto, para a complementaridade dos diversos agentes do processo de cuidar. As dimensões subjetivas do processo de cuidar no comportamento do profissional constituem facetas importantes e o conjunto delas determina a forma de relacionamento interpessoal humanizado prestado aos clientes, de acordo com a expressão de um dos informantes:

[...] eu considero que apesar de todos os fatores que interferem na qualidade desse cuidado, que tem a questão dos RH e materiais, mais de um vínculo empregatício que tem atividade social fora do hospital, do stress cotidiano, mesmo acho que o enfermeiro perpassa tudo isso e cuida bem do paciente na medida do possível, é um cuidado humanizado e ético [...]

[...] apesar de todos os problemas de falta de RH e falta de material, eu percebo que há preocupação com o paciente, que está passando por problema, que precisa muitas vezes não só do cuidado mais aquela atenção o ouvir de um olhar, de um sorriso, então ainda percebo que existe isso por parte da enfermagem, que se preocupa com o paciente [...]

[...] de muitas vezes a gente vê o esforço sobre-humano dos profissionais pra terem uma melhoria de vida eles tem que estar em 2, 3 até 4 empregos, mas não deixam a peteca cair [...]

[...] a gente está conseguindo resgatar nossos direitos com as 30 horas, o APH para sanar as deficiências que está nos perturbando e

questionando a nossa prática, mas o nosso dever do SAE é de fazer o melhor [...]

O excesso de horas trabalhadas reduz as oportunidades de apoio social do indivíduo, causando insatisfação, tensão e outros problemas de saúde. Por outro lado, o indivíduo, muitas vezes, está exposto a fatores situacionais que por si só ensejam incertezas e ameaça, originando processos antecipatórios de afrontamento, assim como a responsabilidade excessiva, em consequências psicológicas e somáticas negativas, podendo determinar um estresse agudo ou crônico. O conflito de funções, por sua vez, se refere à qualidade e à natureza da informação de que o indivíduo dispõe para avaliar uma situação. Ele ocorre, por exemplo, quando o indivíduo se encontra entre os interesses do cliente e os da empresa. Quanto mais ambíguas as condições da situação, maior a influência das variáveis pessoais na análise e maior o risco para o desenvolvimento de estresse. A qualidade das relações interpessoais é outro fator importante na hora de determinar o potencial estressor. A falta de coesão do grupo é uma das características que pode facilmente causar estresse. O conflito no grupo de trabalho cumpre funções positivas, quando estimula a busca de soluções para o problema; no entanto, caso a situação de conflito seja contínua, poderá produzir frustrações, insatisfação e moléstias somáticas. Desta maneira, a autonomia dos enfermeiros sugere o momento profissional vivenciado pelo grupo, explicitando a forma como apreendem a situação, bem como se relacionam, na interioridade das instituições de saúde, com o cotidiano repleto de conflitos e relações de poder.

6 A MODO DE REMATE

A consolidação da Enfermagem, como prática social, ultrapassa as relações entre os sujeitos, para a promoção do cuidado integral, relacional e intersubjetivo. Esta trajetória pode ser compreendida como um conjunto de características complexas, que intercalam as subjetividades pessoais em um dado momento histórico, político e social, no cenário da saúde.

Como objeto epistemológico da Enfermagem, encontramos no processo do cuidar as dimensões ética, estética, empírica e pessoal que transcendem o assistir, cabendo-lhe a função do exercício da capacidade de reconhecer a expressão dos sentimentos dos clientes, bem como experienciar estes sentimentos, na concepção ética da alteridade. Na Ética do cuidado, responde-se à alteridade, ou seja, o poder de cuidar é evocado em resposta a alguém a quem se atribui alguma importância e grande valor, sem, contudo, impor ao outro a nossa maneira de compreender a realidade, ensejando ao usuário a reflexão sobre a sua co-responsabilidade pelo processo. A base epistemológica capaz de fundamentar o cuidado de enfermagem (MINAYO, 1996) deve ser instalada entre a Filosofia, que responde à grande questão existencial do homem, a Ciência e a Tecnologia, responsáveis pela correção normativa, e a Ética, numa abordagem comprometida com a emancipação humana; ou seja, em um processo de cooperação, a Filosofia passa ser a mediadora entre a Ciência e Tecnologia. Nesta dimensão, a cooperação interdisciplinar manterá atitudes críticas fundamentais em relação à racionalidade técnica, instrumental e à ideologia tecnocrática.

Os dados analisados nos permitiram identificar a grande capacidade dos Enfermeiros em viabilizar a mobilização e articulação dos saberes com os demais membros da equipe multiprofissional, bem como nos aspectos de organização e gestão, acompanhando todas as ações inerentes ao processo de cuidar, mesmo carentes de políticas públicas que contemplem as necessidades básicas destes profissionais. Um dos aspectos bastante destacados refere-se à escassez progressiva de potencial humano para a implementação do cuidado isento de riscos ao cliente. Isto produz nestes profissionais conflitos interpessoais e intergrupais, favorecendo a inobservância da importância da alteridade. Nesta condição, o enfermeiro, detentor da autoridade para fazer a sistematização assistencial dos clientes, ação regulamentada na lei do exercício profissional de Enfermagem, fica

impossibilitado de atender a todas as demandas de forma ética, pois no comando das diferentes tarefas da própria equipe, por intermédio das normas e rotinas, mecaniza suas ações, fragmentando o processo de cuidar e fortalecendo a divisão técnica e social do trabalho.

Todo o desenvolvimento deste processo reside nesta instituição hospitalar, ambiente repleto de significações, mesmo percebendo o entusiasmo dos respondentes, quando ressaltam que a alteridade neste serviço se torna uma preocupação constante para a maioria dos profissionais de Enfermagem. Apesar de todo um ranço histórico de disputas internas pelo poder, precárias condições de trabalho, desvalorização profissional pelo sistema vigente, decréscimo progressivo da força de trabalho, angústia coletiva que se traduziu em todos os participantes com relação à mudança de estrutura organizacional imposta pela atual gestão, bem como a rejeição, em vez do acolhimento e resolução das questões e a indiferença surda, associada ao sofrimento ocupacional decorrentes do próprio processo de trabalho destes profissionais, se dizem dispostos a continuar na busca de melhoria contínua, tendo a alteridade como significado primordial ao desenvolvimento pessoal e profissional. Observam-se, ainda, inadequações ou dificuldades que têm a relação direta com os referenciais que ainda hoje dão sustentação às ações de saúde e conseqüentemente para as formas de gerenciamento, referendadas na intervenção, na racionalidade científica e econômica, na solidariedade mecânica que prima pelo caráter do poder e dominação, da relação sujeito - objeto, que configuram o cuidado de forma não personalizada submetido ao controle gerencial normativo. Mesmo com estas adversidades expostas, houve o compartilhamento das vivências dos vários modos de vida e formas do cuidar, que nos permitiu a sensibilidade para apreender o forte desejo de maior transcendência no cuidado atual, ou seja, do cuidado instrumental, racional, para o cuidado de expressão e de sensibilidade. Procuramos compreender, entretanto, o processo de cuidar como um fenômeno ambíguo, da dimensão científico-instrumental e expressivo-sensível entre seres humanos, vislumbrando a redescoberta para o cuidado solidário, contradizendo a lógica existencial que ora coabita o espaço institucional, derivada da imposição de um modelo hospitalocêntrico que ainda se faz perpetuar. Ao tecermos a idéia dos saberes interdisciplinares, provavelmente obteremos um novo processo de cuidar, possibilitando o resgate das origens do humano, do solidário, da sensibilidade, pois cuidado ético representa um processo recíproco, de troca, de crescimento mútuo

entre profissionais e usuários, pressupondo a transparência da alteridade destes sujeitos. Neste contexto, é importante salientar que, para situar o cliente no centro do processo do cuidado, é impreterível que seja considerada a Ética da alteridade, e não apenas os ganhos e curas obtidos por meio da eficiência técnica e científica, mas também o respeito com a integridade e dignidade dos indivíduos que utilizam os serviços de saúde.

A perspectiva ética do cuidado responsável, implica a necessidade dos profissionais se considerarem agentes de mudança para o estabelecimento da alteridade face a face, haja vista que o princípio da alteridade da Enfermagem denomina-se processo de cuidar, com todos os seus desdobramentos práticos, constituindo, portanto, o eixo condutor das ações de saúde (BRAGA, 2003), de revelação do outro, na escuta de sua voz e da voz do outro, bem como na preservação do estado de existência da humanidade. Para alguém cuidar do outro e conduzi-lo, como o fazem os enfermeiros em suas práticas, se torna fundamentalmente que demonstre que podem conduzir-se, que conhece os limites de sua prática e que necessita respeitar o outro como alguém diferente de si próprio.

Quanto à autonomia profissional, ao longo do tempo e da evolução da Enfermagem, tem sido um tema importante ao entendimento da profissão, tanto na definição de seus desafios e objetivos como na forma como os enfermeiros se relacionam e se apresentam para a equipe de saúde e para a sociedade em geral. Pode ser definida como sendo a faculdade de se governar, a liberdade ou independência moral/intelectual ou ainda a propriedade pela qual o homem pretende poder escolher as leis que regem sua conduta. A autonomia profissional tende a ser representada como algo ainda não completamente estabelecido, ao passo que também não é representada como ausente ou inexistente. A autonomia é, então, representada essencialmente, como processo, como algo que está sendo edificado, apesar das contradições vivenciadas na cotidianidade do ofício. Concordamos com Fuerst *et al.* (1974) quando descreveram que “[...] o papel social do Enfermeiro está passando de uma função dependente, da delegação de responsabilidade de outra equipe de profissionais de saúde, para a sua autonomia”. Rotulados como conservadores, burocráticos, corporativistas e lentos pelos gestores, percebemos neste espaço institucional uma mudança cultural dos profissionais de Enfermagem no que se refere às discussões acerca da importância de sua autodeterminação na

condução das equipes, salvaguardando seus direitos e deveres, bem como dos usuários.

Observamos adicionalmente que a enfermagem provoca fissuras na hierarquia culturalmente consolidada pelas práticas médicas. Isto decorre de outra forma de relação que denominamos de poder legítimo do coletivo, derivado do consenso negociado, que prevaleceu em diversos impasses no âmbito institucional. O exercício desta subjetividade marca o enfrentamento da forte hierarquia do saber, decorrente de um desejo intenso da maioria desse grupo em ter outra identidade, não mais sujeitada ou depreciada. Esta estratégia se torna fundamental para que se consiga ampliar os grupos para a discussão do direito à saúde e garantia das adequadas condições de trabalho, dando-lhes voz e consequente visibilidade, vislumbrando a mudança de concepção do que seja receber e prestar cuidados em ambiente hospitalar. Temos ciência de que a reflexão acerca da dimensão ética da alteridade no cuidado da Enfermagem contemporânea é inesgotável, por não ser de fácil exercício, porquanto estes profissionais refletirão diuturnamente suas atitudes nos espaços institucionais, tendo a clara consciência de sua atuação e de seu espaço profissional. Entendemos, também, que estes profissionais, como agentes de mudança, se entrelaçam em um contexto humano, que é também social, político, e autônomo, consagrando este dinâmico movimento para as transformações necessárias às políticas sociais de cunho emancipatório.

Logicamente compreendida na convergência de todas as falas, nas quais inferimos que há grandes possibilidades de indícios e tendências à transcendência do cuidado, apesar das grandes contradições e mudanças vivenciadas por esta categoria, mantendo-se, portanto, a perspectiva ética da responsabilidade do cuidado como compromisso maior da profissão. É imperativa a percepção lúcida de que nunca estamos sós e sim face a face com outras pessoas, interagindo, e que nos pedem que reconheçamos nossas responsabilidades para com elas; este “face a face” sempre evoca a nossa responsabilidade, de que ninguém poderá nos substituir. Diante de outrem sou responsabilidade imediata, antes mesmo de poder iluminar a natureza de minha iniciativa, uma vez que escapa ao plano de qualquer atividade.

No caráter imediato da responsabilidade, o sujeito encontra-se despossuído de si mesmo, sem ter a quem recorrer, perdido de sua identidade, exilado de si ou “em si como exílio”; mas é pelo outro que se dá propriamente a

subjetividade. O ato do cuidado humano de cuidar desvela o existencial, derivando sentimentos, atitudes e ações, como vontades, desejos, inclinações e impulsos, ou seja, o ser perante o mundo, os outros e a si mesmo.

Portanto, para a Enfermagem, se torna necessária a reinvenção de sua prática social de cuidar, mesmo tensionada pelas contradições e disputas com as relações envolvidas no seu processo de trabalho, devendo compor, desta forma, o perfil de profissional com qualidade formal e política, contemplando toda a ambiguidade e complexidade do cliente. Será fundamentada, todavia, a Enfermagem eticamente no cuidar, “como gesto de poder humano inquieto, contraditório e repleto de utopias que libertam” (PIRES, 2004). Acrescentamos, também, a grande complexidade da sociedade atual, que demandará da atuação do enfermeiro o emergente paradigma de adequar permanentemente o cuidado profissional à dinâmica deste devir solidário que liga os seres humanos à sua natureza, a fim de contemplar a participação de todos para o bem comum.

No desvelamento da compreensão dos significados, senti com a experiência das entrevistas, a abertura ética necessária para ratificar o meu compromisso para a discussão e reflexão coletiva acerca da importância da dimensão da alteridade na prática profissional, refutando a exclusividade da visão teórico-mecanicista do processo do cuidado. A busca de novas atitudes, novas perspectivas para o acolhimento, respeito, responsabilidade e sensibilidade, poderá viabilizar a disponibilidade pessoal de cada Enfermeiro para a transcendência do cuidado ético.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, p. 5-23, 1977.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S.M.M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997
- ALMEIDA, M.C.; ROCHA, J.S.Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo, Cortez, 1986.
- ARISTÓTELES. **Ética à Nicômaco**. São Paulo: Martin Claret, 2000.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, n. 6, p. 117-123, 2000.
- AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e praticas de saúde. **Ciência: Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BARCELOS I.M.S. Alvim N.A.T. Atenção e presença física: dimensões expressivas e a prática dialógica do cuidado de enfermagem na perspectiva do cliente hospitalizado. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 1, n. 59, p. 25-29, 2006.
- BASTOS, M.A.R.; MENDES, M.A. Transformando a prática do enfermeiro. **Nursing**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 8, p. 30-37, 2005.
- BEVIS, O. A life force. In: LEININGER, M. **Caring an essential human need**. Thorofare: Charles B. Slack, 1981.
- BOEMER, M. R. Abordagem “do caring”. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 55-58, 1984.
- BOEMER, M.R.; ALENCASTRE, M. B. O referencial da fenomenologia para a prática de pesquisa. **Ciência y Enfermeria**, v. 2, p. 13-17, 1996.
- BRAGA, F.C.E. Princípio da justiça. In: URBAN, C. A. **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 27-35.
- BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no séc. XX. Rio de Janeiro: Gaúcha-Koogan, 1987.
- BROWN, L. **The experience of care**: patient perspectives topics in clinical nursing, v. 8, n.2, p. 56-62, july 1986.
- BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. (Org.). **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**: os pólos da prática metodológica. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.
- CAMPOS, E. S. **Quem cuida do cuidador**: uma proposta para os profissionais de saúde. Petrópolis: Vozes, 2005. 148 p.

- CAMPOS, G.W. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MEHY, E.; ONOKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-66.
- CAPALBO, C. Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, v.2, n.2, p.192-197, 1994.
- CAPELLA, B. *et al.* Cuidado: essência da enfermagem. In: _____. **Fundamentos de Enfermagem**. Florianópolis: UFSC/CCS, 1999.
- CAPELLA, B.; LEOPARD, M.T. **Uma abordagem sócio humanista**. Florianópolis: PEN/UFSC, 1998.
- CASTANHEL, M. S; BOEHS, A. E. Cuidando de uma família na comunidade – uma experiência utilizando um referencial teórico. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 2, n. 2, p. 87-98, jul./dez. 1993.
- CASTELLANOS, B.E.P. **O trabalho do enfermeiro a procura e o encontro de um caminho para o seu estudo: da abordagem mecânico-funcionalista à pesquisa qualitativa**. 1987. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.
- CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. **A integralidade do cuidado como eixo da geatão hospitalar**. Campinas: [S.n.], 1994.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1991.
- CIANCIARULLO, T.I.; GUALDA, D.; MELHEIRO, M.; ANABUKI, M. **Sistema de Assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Icone, 2001.
- COHEN, C.; FERRAZ, F.C. Direitos humanos ou ética das relações. In: SEGRE, Marco. **Bioética**. São Paulo: Edusp, 1995. p. 37-50.
- COLLIÉRE, M.F. **Cuidar: a primeira arte da vida**. 2. ed. Loures: Lusociência, 2003.
- CORETH, E. **Questões fundamentais de hermenêutica**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1973.
- CORREIA, F.A. A alteridade como critério fundamental e englobante da ética. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. (Org.). **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Paulus, 1996. p. 68-74.
- DAHER, D.V.; SANTO, F.H.E.; ESCUDEIRO, C.L. Cuidar e pesquisar: práticas complementares ou excludentes? **Rev. Latino-Am. Enf.**, v. 10, n. 2, p. 145-150, mar./abr. 2002.
- DARTIGUES, A. **O que é a fenomenologia?** Trad. de Maria José J. G. de Almeida: Rio de Janeiro: Eldorado Tijuca, 1973.

DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DUPAS, G. **Ética e poder na sociedade da informação**: de como a autonomia das novas tecnologias obriga a rever o mito do progresso. 2. ed. São Paulo: Ed. UNESP, 2001. p. 73.

EVANS, C.L.S. Teaching care as the essence of nursing administration. In: LETNINGER, M. M., WALESTON, J. (Ed.). **The caring imperative in education**. New York: National League for Nursing, 1990. p. 167-176.

FERRAZ, C.A.; VALLE, E.R. **A transfiguração da administração em enfermagem-da gerência científica à gerência sensível**. Ribeirão Preto: [S.n.], 1996. Mimeo.

FRANCA, L. **Noções de história da filosofia**. 22. ed. Rio de Janeiro: Agired, 1978. cap. 3, p. 249-52.

FREIRE, J.C. **O lugar do outro na modernidade tardia**. São Paulo: Annablume, 2002.

FUERST, E. V. *et al.* **Fundamentos de Enfermagem**: o humanitarismo e as ciências da Enfermagem. Rio de Janeiro: Interamericana, 1974.

GAMEIRO, M.G.H. **Experiências subjetivas de sofrimento na doença**. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Porto, Porto, 1998.

GAMEIRO, M. **Sofrimento na doença**. Coimbra: Quarteto, 2003.

GAUT, D.A. A theoretic description of caring as action. In: LETNINGER, M.M. (Ed.). **Care**: the essence of nursing and health. Detroit: Wayne state University Press, 1984.

GELBECKE, F.L.A. **Saúde do trabalhador e a organização do trabalho**: um estudo acerca do processo de trabalho de enfermagem. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

GODOY, M.G.C.; BOSI, M.L.M. Entre o mito e a ciência: algumas incursões sobre gravidez não planejada na perspectiva de usuárias de um serviço pré-natal. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 223-277.

HABERMAS, J. **Teoria de la acion comunicativa**. Madrid: Taurue, 1997. v. 2.

HALLDÓRSDÓTTIR, S. Five basic modes of being with another. In: GAUT, D.A.; HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Petrópolis: Vozes, 1989. Parte 1, p. 243-300.

HEIDEGGER, M. **Todos nós... ninguém**: um enfoque fenomenológico do social. Tradução de: D. M. Critelli. São Paulo: Moraes, 1981.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**: parte II. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

HUSSERL, E. **Investigações lógicas**: 6ª investigação: elementos de uma elucidação fenomenológica do conhecimento. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

HUTCHENS, B.C. **Compreender Lévinas**. Tradução de Vera Lúcia Mello. Petrópolis: Vozes, 2007.

JAPIASSÚ H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

JAPIASSÚ, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JONAS, Hans. **O princípio da vida**: fundamentos para uma biologia filosófica. Tradução de Carlos Almeida Pereira. Petrópolis: Vozes, 2004.

JONAS, Hans. **O princípio responsabilidade**: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Tradução: Marijane Lisboa, Luiz Barros Montez. Rio de Janeiro: Contraponto, 2006.

KANT, I. **Crítica da razão prática**. Lisboa: Edições 70, 1994.

KAWAMOTO, E.E.; FORTES, J.I. **Fundamentos de enfermagem**. 2. ed. São Paulo: EPU, 1997

LEININGER, M. M. (Ed.). **Caring**: the compassionat healer. New York: National League for nursing, 1991. p. 95-108.

LEOPARDI, M.T. **Teorias em enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LÉVINAS, E. **Entre nous**: essais sur Le penser-à-l' autre. Paris: Éditions Grasset Fasquelle, 1991.

LÉVINAS, E. **Entre nós**: ensaios sobre a alteridade: Petrópolis: Vozes, 2004.

LÉVINAS, E. **Totalidade e infinito**. Lisboa: Edições 70, 1988.

LOPES, M.J.M. O trabalho da enfermeira: nem público, nem privado, feminino, doméstico e desvalorizado. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3/4, p. 211-217, 1988.

LOWENBERG, J. Interpretive research methodology: broadening the dialogue. **Adv. Nurs. Sci.**, v. 16, n. 2, p. 57-69, 1993.

LUNARDI, F.W.D. **Prazer e sofrimento no trabalho**: contribuições a organização do processo de trabalho de enfermagem. 1995. 284 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul,

MANCIE, E.A. Emmanuel Lévinas e a alteridade. **Rev. Filos.**, v. 7, n. 8, p. 23-30, 1994.

MARTINEZ, M. C. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n.1, p 55-61, 1995.

MARTINS, J.; BOEMER, M.R.; FERRAZ, C.A. A fenomenologia como alternativa metodológica para a pesquisa: algumas considerações. **Rev. Escola Enferm. USP**, v. 1, n. 24, p.139-147, abr. 1990.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

MARZIALE, M.H.P. *et al.* A postura corporal adotada pela enfermeira durante a execução de seu trabalho. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 19, n. 13, p. 19-24, abr./jun. 1991.

MELO, C. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MELO, A. S.; GIOVANNI, T.; BARROS, S.M.O. **A história do cuidado de enfermagem**: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, E.E. **A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Práxis em salud um desafio para lo público**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 71-112.

MERHY, E.E. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo de saúde coletiva. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MESQUITA, M.P.R.L. **A dimensão gerencial da identidade profissional do enfermeiro na percepção da equipe de enfermagem**: uma perspectiva de construção coletiva. 2002. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Florianópolis, 2002.

MICHAELIS: moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 1998.

MINAYO, M.C.S. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? **Saúde e Sociedade**, v. 2, p. 42-63, 1992.

MINAYO, M.C.S. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 42-63, 1994.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.

MORGON, F. G., GUIRARDELLO, E. B. Validação da escala de razão das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 198-203, mar./abr. 2004.

MOTTA, M.G.C. **O ser doente no tríplice mundo da criança, família e hospital:** uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

NELSON, S. Ciência: o grande segredo da enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 1, p. 110-111, 2008.

NEVES-ARRUDA, A.; SILVA, A.L. Cuidando- confortando: um programa emergente de pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis. v. 3, n. 1, p. 116-127, 1994.

NUNES, A.M.P.; NEVES-ARRUDA, E. Repensando conforto no processo de cuidar em enfermagem. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 139-149, jan./jun. 1995.

NUNES, D.M. **Linguagem do cuidado**. 1995. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1995.

OGUISSO, Tako. **Trajetória histórica e legal de enfermagem**. Barueri: Manole, 2005.

OLIVEIRA, A.M.L. **Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem:** adaptação cultural e validação do instrumento. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

OMERY, A. Phenomenology: a method for nursing research. **Adv. Nur. Sci.**, v. 52, p. 49-63, 1983.

PATERSON, J.E. Enfermería humanística. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 518-525, 1979.

PATRÍCIO, Z. O processo de trabalho de enfermagem frente às concepções de saúde: repensando o cuidado/propondo o cuidado (holístico). **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 67-82, jan./fev. 1993.

PATRÍCIO, Z. Promovendo a cidadania através do conceito cuidado. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 89-93, jan./fev. 1992.

PIRES, M.R.G.M. Pela reconstrução dos mitos da enfermagem a partir da qualidade emancipatória do cuidado. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 41, n. 4, p.78-124, 2007.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e na enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

Pires, D. **Processo de trabalho em saúde no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho**. Tese (Doutorado) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

PIRES, D.E.P. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M.T. **Processo**: de trabalho em saúde organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Levus; 1999. p. 64-75.

PIVATTO, S. Ética da alteridade. In: OLIVEIRA, M. (Org.). **Correntes fundamentais da ética contemporânea**. Petrópolis: Vozes, 2000.

POSSO, M.B.S. **Fontes potenciais de riscos físicos e químicos**: incidentes sobre os membros da equipe cirúrgica. 1988. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

RADÜNZ, V. **Cuidando e se cuidando**: fortalecendo o "self" do cliente oncológico e o "self" da enfermeira. 1994. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

RAMOS, F.R.S. **Para pensar o cotidiano**: educação em saúde e a práxis de enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1999. p. 15-63.

RAY, M. A. A philosophical method to study nursing phenomeno. In: LEININGER, M.M. **Qualitative research methods in nursing**. Orlando: Grune & Stratton, 1985. cap. 5, p.81-92.

RAY, M.A. Philophical analyses of caring within nursing. In: LEININGER, M. M. **Caring**: an essencial human need. Thorofare: Slack, 1981. p. 25-36.

RIEMEN, D.J. Non caring and caring in the clinical setting: patientsi descriptions. **Topics in Clinical Nursing**, v. 8, n. 2, p. 30-36, july 1986.

SAAR, S.R.C. **Especificidade do enfermeiro**: uma visão multiprofissional. 2008. 135 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SADALA, M.L.A. A alteridade: o outro como critério. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 33, n. 4, p. 355-357, 1999.

SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as ciências**. 8. ed. Porto: Edições Afrontamento, 1993.

SANTOS, et AL. Enfermagem assistencial no ambiente do cuidado: São Paulo: Atheneu, 2004

SCHRAIBER, L.B.; PEDUZZI, M. Tendências e possibilidades de investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. **Educacion Medica y Salid**, v. 27, n. 3, p. 295-313, 1993.

SELLI, L. **Beneficência, autonomia e justiça como princípios bioéticos**: implicações para o fazer da enfermagem. 1997. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

SHERWOOD, G. Expressions of nurse's caring: the role of the compassionate Healer. In: LEININGER, M.M. **Caring**: the compassionate Healer. New York: Gant e Leininger Editors, 1991.

- SIEBENEICHLER, F.B. Fenomenologia e hermenêutica. In: CAPALBO, C. **Fenomenologia e hermenêutica**. Rio de Janeiro: Âmbito Cultural, 1983. cap. 1, p. 9-34.
- SILVA, A.L. O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. In: MEYER, D.E. *et al.* **Marcas de diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998a.
- SILVA, A.L. **O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado**. 1998. Tese (Livre Docência) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998b.
- SIMÕES, S.M.F.; SOUZA, I.E.O. O método fenomenológico Heideggeriano como possibilidade na pesquisa em enfermagem. **Texto e Contexto – Enfermagem**, v. 6, n. 3, p. 50-56, set./dez. 1997.
- SOUSA, M.L.; SARTOR, V.V.B.; PADILHA, M.I.C.S.; PRADO, M.L. O cuidado de enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto e Contexto – Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 266-270, abr./jun. 2005.
- SOUZA, A.I.J. **No cuidado com os cuidadores**: em busca de um referencial para a ação de enfermagem oncológica pediátrica fundamentada em Paulo Freire. 1995. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.
- VERONESE, M.V. **Subjetividade, trabalho e solidariedade**: Aletheia, 2006.
- VILLALOBOS MMD. **Enfermería: desarrollo teórico y investigativo**. Bogotá: Uniblos, 1998.
- WALDOW, V.R. Cuidado: uma revisão teórica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 29-35, 1992.
- WALDOW, V.R. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 7-30.
- WATSON, J. **Nursing: human science and human care**. Connecticut: Appleton Century Crofts, 1979.
- WATSON, J. **Nursing: human science and human care**. Connecticut: Appleton Century Crofts, 1985.
- WELLS, A. Shared governance: a model of caring in practice. In: GAUT, D.A. (Ed.) **A global agenda for caring**. New York: National League for Nursing, 1993. p. 347-363.
- WESORICK, B. **Standards of nursing care**: a model for clinical practice. Philadelphia: Lippincott, 1990.

WIMPENNY, P.; GASS J. Interviewing in phenomenology and grounded theory: is there a difference? **Journal of Advanced Nursing**, v. 31, n. 6, p. 1485-1492, 2000.

WOLF, E. R. The caring concept and nurse identified caring behaviors. **Topics in Clinical Nursing**, v. 8, n. 2, p. 84-93, 1986.

ZOBOLI, E.L.C.P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 38, n. 1, p. 21-7, 2004.

APÊNDICES

Apêndice A – Guia de Entrevista

GUIA DE ENTREVISTA

1. Como você entende o cuidado no trabalho de Enfermagem?
2. Como você compreende a ética da Enfermagem em um Hospital de Ensino?
3. Como você entende a dimensão da alteridade (responsabilidade para com o outro) no cuidado de Enfermagem, neste mesmo cenário?

Dimensões e Sub-dimensões da Rede Interpretativa						
TEMAS	1. Cuidado de enfermagem		2. Ética de enfermagem		3. Alteridade do cuidado	
Dimensões	1A. Cuidado	1B. Assistência	2A. Interdisciplinaridade de no Hospital Escola	2B. Ética	3A. Outridade	3B. Condições de trabalho
Sub-dimensões	<ul style="list-style-type: none"> - Complexo; - Transcende a tarefa; - deliberação de atitude de atenção; - cuidado integral; - preservação do cuidado; - gostar do cuidado; - abordagem social e psicológica; - preocupação com cuidado pós-alta hospitalar; - essência da enfermagem; -humanização do cuidado existe. 	<p>Pressupõe metodologia científica ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - processo de enfermagem; - importância; reconhecimento no processo de saúde; -cuidado sistematizado(SA E) para fazer o melhor para o cliente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Convívio das profissões ; - equilíbrio para demanda de procedimentos e solicitações aos clientes; - respeito entre as profissões; - valores humanísticos e comportamentais; - respeito às diferenças e área de cada profissão; -responsabilidade com aluno e prática de qualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faz aquilo, que é bom, certo; - objetivo comum da profissão; -permeia toda prática; -responsabilidade Como premissa máxima; -ter recursos humanos para o trabalho ético. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipes com preocupação com o outro de forma intensa; - envolvimento e desprendimento; - compromisso e dedicação; - valorização e forma heróica de abordar o outro; - encontro entre duas pessoas; - utiliza ferramentas; gerenciais e assistenciais na preocupação com o outro; - parte da atividade da enfermagem - outro é a sua extensão; - sua extensão é condição para a existência do outro; - esforço sobre humano para preocupação do outro; - importância e cautela; - vê o outro; - saber olhar o outro; - disposição para o outro; - responsabilidade com o outro; -ouvir o outro, sorriso, atenção; -preocupação e estar com o outro existe; -transcendência do cuidado e sensibilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não se preocupa com nome, família - não conhece o outro profundamente e -carência de recursos influenciam na prática.

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Maria Dayse Pereira, enfermeira do HUWC/UFC, estou realizando uma pesquisa intitulada “Ética da alteridade no cuidado de enfermagem em hospital de ensino no Ceará.” A referida pesquisa tem como objetivo “compreender a ética do cuidado de enfermagem, ressaltando as relações de alteridade com o cliente.”

Será realizada uma entrevista com nove profissionais enfermeiros que atuam nas Unidades de Clínicas Médicas, Clínicas Cirúrgicas e de Pacientes Externos e Procedimentos Especializados, e que trabalhem no HUWC/UFC. As informações fornecidas serão confidenciais e do conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis; não haverá identificação dos sujeitos.

A entrevista não representa qualquer risco de dimensões física, moral ou psicológica dos profissionais de enfermagem. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, com benefício direto para a equipe de enfermagem. É garantida a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo. O participante tem direito de ser mantido informado sobre os resultados da pesquisa. Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador se compromete a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Garantia de acesso: “em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a enfermeira Maria Dayse Pereira, R. José Nogueira Freire, nº 40 Bloco B apto: 1204, Cidade dos Funcionários, Fone: 9615-0384/3227-1391, também podendo ser contactado o pesquisador Prof. Dr. José Célio Freire.

“Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUWC – Rua Capitão Francisco Pedro 1290, Rodolfo Teófilo; fone: 3366-8589 – E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br” Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim sobre o estudo acima. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do participante

Data / /

Assinatura da testemunha

Data / /

ANEXO

Declaração de Revisão Estilística e Gramatical

Vianney Mesquita (Reg. Prof. nº CE00485JP)

Revisão Gramatical e Estilística de Textos
 Docente da Universidade Federal do Ceará
 Acad. Titular (Cad nº 37) da Acad. Cearense de Língua Portuguesa

DECLARAÇÃO

Declaro, para constituir prova junto ao (à)
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR
 do(a) UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ,
 que procedi ao trabalho de revisão estilística e gramatical do(a)
 _____ intitulado(a) ÉTICA DA ALTERIDADE
NO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM HOSPITAL DE
ENSINO NO CEARÁ
 _____, da
 autoria de MARIA DAYSE PEREIRA,
 orientado(a) pelo(a) PROF. DR. JOSÉ CÉLIO FREIRE,
 pelo que assino a presente.

Fortaleza, 14 de AGOSTO de 2009.


Prof. João Vianney Campos de Mesquita
 Universidade Federal do Ceará e
 Academia Cearense de Língua Portuguesa

Válida somente com a carta anexa.

Vianney Mesquita (Reg. Prof. nº CE00489JP)

Revisão Gramatical e Estilística de Textos
 Docente da Universidade Federal do Ceará
 Acad. Titular (Cad nº 37) da Acad. Cearense de Língua Portuguesa

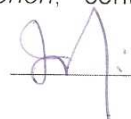
Fortaleza, 14 de agosto de 2009

À atenção de
 consultantes, membros de bancas examinadoras,
 orientadores, editores e coordenadores de cursos
 de pós-graduação

Senhoras/Senhores

Antes de analisarem e criticarem as correções procedidas pelos revisores de texto, solicito a gentileza de atentarem para os pontos a seguir alistados.

1. É recomendável, sempre, proceder-se à segunda revisão, máxime se o texto contiver grande quantidade de erros. As impropriedades maiores detectadas na primeira revista, normalmente, escondem as menores, vistas somente após efetuadas as emendas recomendadas pelo revedor. As boas editoras fazem de quatro a oito revisões.
2. Há possibilidade de o estudante de pós-graduação, ou autor qualquer, não proceder às emendas sugeridas a grafite, deixando de fazê-las, por desídia ou mesmo por não aceitá-las, de modo a permanecerem as incorreções indicadas.
3. Podem ocorrer modificações em parte do escrito revisado, a instâncias do orientador ou mesmo ao talante do autor, sem a audiência do revisor, o que o exime — é claro — da responsabilidade sobre a porção alterada.
4. Frequentemente, pessoas envolvidas com o texto (autor, orientador etc) fazem referência a erros “deixados” pelo revisor, porém, em geral, não os indicam. Neste caso, é de bom alvitre a leitura destes pontos, bem como é necessário que apontem claramente ao dono do escrito onde se encontram os defeitos, para que, existindo, sejam sanados.
5. Também é muito recorrente acontecer de o “erro” apontado não se tratar realmente de erro, restando equivocado quem o “encontrou”. É preciso entender-se que o Português é uma língua bastante escorregadia – porque riquíssima – e nem todos conhecem seus meandros nem se utilizam dos seus quase ilimitados recursos. A língua culta, em que é vazado o escrito didático-científico, é bem diversa da fala coloquial. Assim, por exemplo, não se há de empregar termos e expressões do jargão popular, admissíveis noutros contextos de fala que não a comunicação científica (estágio, que é treinamento, em vez de estádio, fase, período, quadra); ao invés, que significa ao reverso, ao contrário, ao revés, no lugar de em vez; ótica, palavra vinculada a audição, trocada por óptica, perspectiva, visão, modo de enxergar etc. etc.). Recomendo a leitura de *A Escrita Acadêmica: acertos e desacertos* (BARRETO, J. A. Esmeraldo & MESQUITA, Vianney. Fortaleza: Casa de José de Alencar/UFC, 1997).
 Certifique-se, pois, se existe, na verdade, o erro, se está absolutamente certo do erro indigitado. Manda a prudência: na dúvida, não afirme. Assim, não estará abalando, em vão e desassisadamente, a idoneidade pública do profissional de revisão textual.
6. Muitas vezes, o trabalho chega incompleto para ser revisado, faltando elementos pré e pós-textuais (sumário, resumo, referências bibliográficas etc), de crucial relevância para o acerto do todo, e partes muito passíveis da ocorrência de enganos. Então, acontece de o autor aprestá-los, *a posteriori*, contendo desacertos, imputando-se o agravo ao revisor inculpe.



Vianney Mesquita (Reg. Prof. nº CE00489JP)

Revisão Gramatical e Estilística de Textos
 Docente da Universidade Federal do Ceará
 Acad. Titular (Cad nº 37) da Acad. Cearense de Língua Portuguesa

7. Convém atentar para o importante fato de que não impende ao revisor, via de regra, abonar conceitos ou falseá-los. Se ele for portador do preparo suficiente para fazê-lo, não há dúvidas de que é excelente auxílio para o autor. Caso não o faça, porém, não se há de inculpá-lo pelos enganos de quem escreveu, pois não tem essa obrigação. Desse modo, chamo à atenção dos produtores de texto, a fim de que procurem, para corrigir seus ensaios e outros escritos, pessoas com a devida prontidão intelectual para opinar desfavoravelmente no tocante a conceitos equivocados, tendo-se sempre em conta a noção de que a responsabilidade total e final sobre a propriedade ou ideação falaciosa é, evidentemente, de quem assinou o texto, bem como de seus orientadores.
8. O revisor não pode ser responsabilizado pela correção das normas técnicas nem pela propriedade das notações bibliotécnicas (referências, classificação, catalogação na fonte, numeração progressiva etc.), porquanto, legalmente, é defeso a ele fazer este trabalho, privativo que é do profissional bibliotecário; a não ser que ele o seja.
9. As citações, embora, evidentemente, o revedor seja obrigado a ler (para entender o contexto do escrito e cotejar os dados da menção com os das referências bibliográficas), ele não pode modificar. Sucede, porém, de, não em raras ocasiões, o profissional ser chamado à responsabilidade pelos deslizes dos autores citados, mesmo que, nas mais das vezes, não sejam realmente deslizes. É muito comum, ainda, atribuírem-lhe os erros dos discursos orais — gravados e transcritos — dos sujeitos da pesquisa, o que é um despropósito, mas serve para desabilitar o revisor.
10. Os revisores textuais, salvo pacto diverso entre estes e os autores, não podem responder por palavras, expressões nem citações maiores expressas em língua estrangeira.
11. No meu caso (professor Vianney Mesquita), as indicações de emenda são procedidas a grafite, principalmente para oferecer oportunidade de o consulente aceitá-las de pronto ou delas discordar, no momento em que se faz necessária uma audiência dos dois, um *tête-à-tête* para explicação e debate das modificações efetivadas. O conserto direto no disquete ou cd dificulta grandemente este entendimento.
12. Há mais de vinte anos elaborando trabalhos de correção de textos acadêmicos e outros escritos, tenho por costume justificar minhas intervenções no verso da página escrita, de sorte que, nos ensaios futuros, o consulente possa espelhar-se nessas indicações para conformar seus discursos.
13. Faço remissão ao item 11 e sugiro, em casos mais comentados e controversos, que o estudante terminal de pós-graduação *lato* e *stricto sensu*, ou qualquer outra pessoa, seja instado a conduzir a versão corrigida a grafite, a fim de suprimir dúvidas, pois ali estão aduzidos os motivos das correções procedidas.
14. Expresso, por fim, a probabilidade ampla de o revisor (humano, mortal e imperfeito) falhar nos seus cuidados e deixar, ilesos de conserto, erros e mais erros, do que estão eivadas a vida e a ciência, na visão de que, porém, não se há de fechar a porta a todos os erros sob pena de a verdade também ficar de fora, conforme lembra o poeta indiano Rabindranah Tagore.
- Espero que, após a leitura desses catorze pontos, sejam reduzidos os embaraços e objeções relativos ao assunto, exatamente pela falta deste entendimento.
- Obrigado pela atenção,

Vianney Mesquita

14 - 08 - 2009