



MARIA BETTINA CAMARGO BUB

CONCEPÇÕES DE SAÚDE, ÉTICA E PRÁTICA DE
ENFERMAGEM

FLORIANÓPOLIS

2001

MARIA BETTINA CAMARGO BUB

**CONCEPÇÕES DE SAÚDE, ÉTICA E PRÁTICA DE
ENFERMAGEM**

FLORIANÓPOLIS

2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO
OPÇÃO: FILOSOFIA EM SAÚDE E ENFERMAGEM

CONCEPÇÕES DE SAÚDE, ÉTICA E PRÁTICA DE ENFERMAGEM

MARIA BETTINA CAMARGO BUB

Tese apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem na área de Filosofia da Enfermagem – Área: Filosofia em Saúde e Enfermagem

Orientadora: DRA. SANDRA CAPONI

FLORIANÓPOLIS

MARÇO, 2001

FLORIANÓPOLIS, 09 DE MARÇO DE 2001.


CONCEPÇÕES DE SAÚDE, ÉTICA E PRÁTICA DE ENFERMAGEM

MARIA BETTINA CAMARGO BUB

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca examinadora para a obtenção do Título de:


DOUTOR EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 9 de março de 2001, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós - Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia em Saúde e Enfermagem.



Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Coordenadora PEN/UFSC

BANCA EXAMINADORA:



Dra. Sandra Caponi
Presidente

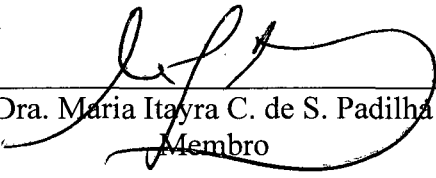
Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega
Membro

Vera Lúcia Regina Maria

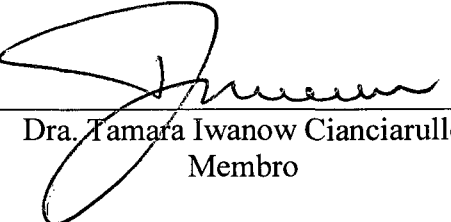
Dra. Vera Lúcia Regina Maria
Membro



Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Membro



Dra. Maria Itayra C. de S. Padilha
Membro



Dra. Tamara Iwanow Cianciarullo
Membro

Dra. Águeda L. Pereira Wendhausen
Membro

Dedico este trabalho aos meus pais, pelo seu amor, carinho e, sobretudo, pela tolerância e sabedoria.

AGRADECIMENTOS

Ao Theo, além do amor, pelo companheirismo de sempre.

Aos meus filhos e filha:

Teco, pela ajuda técnica e paciência

Lito, pela música que me alegra

Teté, pela doçura

Chico, pela sensibilidade

À Jú, Sabrina e Deni por me aceitarem como sou e por amarem aos que amo.

À Jack, minha irmã, amiga e companheira nas horas de apuro.

Aos meus irmãos e irmãs, pelos momentos de desabafo

À Bê e a Sissa, por tolerarem meus momentos de mal humor e pelo apoio logístico

É muito difícil agradecer citando à cada um nominalmente, pois o risco de ser injusto é muito grande. No entanto, não poderia de deixar de agradecer de forma especial:

Ao Gustavo e à Sandra Caponi, por terem me trazido à lucidez, refinado meu espírito crítico e, além de orientadores, amigos.

Ao Lennart Nordenfelt, por ter me aceitado, acolhido e orientado em Linköping

Ao Per-Erik Liss, por seus esclarecimentos, nossas discussões estimulantes e pela amizade

Ao Tommy Svensson, Ulla Lundh, Anna Strömberg e Alda Holmgren por me ajudarem nas entrevistas.

Aos membros da Banca Maria Miriam Lima da Nóbrega, Vera Lúcia Regina Maria, Maria Itayra, Tamara Ivanow Cianciarullo, Denise Elvira Pires de Pires e Águeda Wendhausen por suas contribuições, disponibilidade e compreensão das minhas limitações.

Aos meus colegas do Departamento de Enfermagem da UFSC e da PEN, professoras, professores e funcionários, por me darem suporte nestes anos de estudo

Aos meus colegas do *Department of Health and Society*, especialmente à Yvonne Blixt, Jan Perseli e Lotta Holme

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por tudo que aprendi

Aos meus colegas de Doutorado, pela convivência agradável

À CAPES, por ter garantido meus estudos no *Tema Institutet: Hälsa och Samhälle*

Ao Mario, pela música *caliente* que me ajudou a enfrentar o frio sueco

À todas enfermeiras e enfermeiros suecos que contribuíram com seus valiosos depoimentos.

Aos meus colegas do NEFIS, pelas discussões estimulantes e a companhia agradável.

À todas as minhas amigas e amigos, dos quais não é preciso citar nomes, pois nos reconhecemos na nossa amizade.

RESUMO

A prática de enfermagem no Brasil tem sido influenciada mais fortemente por duas concepções de saúde. De um lado, pelo modelo biomédico, totalmente centrado na doença, no qual o principal foco de atenção recai sobre as anormalidades funcionais e estruturais dos órgãos e sistemas do organismo. De outro lado, por uma série de teorias de enfermagem, nas quais o foco de atenção é o ser humano como um todo. Para Nordenfelt (1987, 1995), de acordo com modelo biomédico, a saúde é vista sob uma perspectiva analítica, enquanto que, na minha opinião, na grande maioria das teorias de enfermagem, a saúde é vista sob, o que este mesmo autor denomina, uma perspectiva holística. Minha tese é que as diferentes concepções de saúde influenciam o processo de cuidar de maneira positiva ou negativa, tendo como conseqüência implicações éticas distintas. Assim, tenho como finalidade refletir sobre as relações entre concepções de saúde, ética e processo de cuidar em enfermagem. Para tanto, realizo uma reflexão filosófica, na qual analiso uma teoria representante do modelo biomédico, uma teoria de enfermagem, e uma teoria baseada na ação humana, caracterizando o modo como as diferentes concepções de saúde podem se refletir no processo de cuidar e na relação cliente- profissional. Discuto até que ponto e de que modo os conceitos de saúde e os princípios éticos podem fundamentar teoricamente o processo de cuidar em enfermagem. Este trabalho foi dividido em três partes. Na primeira, analiso a Teoria Bioestatística de Christopher Boorse (1975,1977), a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (1979) e, a teoria holística baseada na ação humana de Lennart Nordenfelt (1987,1995). Na segunda parte, apresento uma fundamentação teórica sobre a ética da saúde, destacando a constituição do agente moral e o nascimento da ética principalista. Como parte do processo do cuidar, descrevo a relação profissional sob a perspectiva da experiência hermenêutica (descrita por GADAMER [1998] e analisada por ÀRNASON [2000]), a qual privilegia a solidariedade e o diálogo. Finalmente, apresento um suporte empírico com depoimentos de enfermeiras e enfermeiros suecos sobre o processo de cuidar. Finalmente, no último capítulo, faço algumas reflexões sobre a possibilidade de uma enfermagem baseada na solidariedade.

ABSTRACT

The nursing practice in Brazil has been influenced, mostly by two health conceptions. In one hand, by the biomedical model, totally focused on the disease, with all the spotlights pointed at the structural and functional abnormalities of the organism. In the other hand, by a number of nursing theories, with an approach centered in the human being as a whole. To Nordenfelt (1987, 1995), according to the biomedical model, health is taken as an analytical concept, and in my point of view, in most of the nursing theories, as the same author says, health is studied under a holistic perspective. My thesis is that the different health conceptions influence the caring process in a negative or positive way, and has as a consequence different ethical implications. Therefore, my goal is to reflect about the way the concepts of health, ethics and nursing care process are related to each other. In order to achieve, I make a philosophical reflection, in which I analyze one biomedical theory, a nursing theory and action – based theory of Lennart Nordenfelt (1987, 1995), showing how this different health conceptions can reflect on the caring process, as well as in the client - professional relationship. Discussing until what point the health concepts and ethical principles can theoretically support the nursing care process. This work has been divided in two parts. In the first one, I analyze Christopher Boorse's biostatistic (1975, 1977) theory, Wanda Horta's (1979) human basic needs theory and action – based theory of Lennart Nordenfelt (1987, 1995). In the second part, I present theoretical support about health and ethics, emphasizing the constitution of the moral agent and the birth principlism ethics. As part of the caring process, I present the professional relation under the perspective of a hermeneutical experience, as described by Arnason (2000). And finally, an empirical support with the testimony of Swedish nurses on the caring process. Finally, I reflect about the possibility of solidarity based caring process, taking as a subsidy health ethic's concepts'.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
PARTE I - CONCEPÇÕES DE SAÚDE.....	27
2. DUAS CONCEPÇÕES DE SAÚDE TRADICIONAIS NA ENFERMAGEM BRASILEIRA	28
2.1. UMA CONCEPÇÃO BIOMÉDICA: A TEORIA BIOESTATÍSTICA DE CHRISTOPHER BOORSE	28
2.2. UMA CONCEPÇÃO DE ENFERMAGEM: A TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE WANDA DE AGUIAR HORTA.....	37
3. A CONCEPÇÃO BASEADA NA AÇÃO HUMANA: A TEORIA DE LENNART NORDENFELT.....	62
PARTE II - ÉTICA E PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM.....	69
4. A ÉTICA DA SAÚDE.....	70
4.1. UMA INTRODUÇÃO HISTÓRICA SOBRE A ÉTICA DA SAÚDE.....	70
4.2. UM CONCEITO BÁSICO DE MORALIDADE E A CONSTITUIÇÃO DO AGENTE MORAL	74
4.3. COMO NÓS DEVEMOS VIVER NOSSAS VIDAS.....	75
4.4. O NASCIMENTO DA ÉTICA PRINCIPALISTA.....	80
4.5. A RELAÇÃO CLIENTE - PROFISSIONAL.....	87
4.6. OBEDIÊNCIA À AUTORIDADE.....	93
5. O PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM.....	96
5.1. COMO AS ENFERMEIRAS CUIDAM: DEPOIMENTOS DE ENFERMEIRAS E ENFERMEIROS SUECOS	96
6. UMA NOVA POSSIBILIDADE PARA O PROCESSO DE CUIDAR	114
6.1. EM BUSCA DE UM ENFERMAGEM SOLIDÁRIA	116
7. BIBLIOGRAFIA	119
ANEXOS.....	125

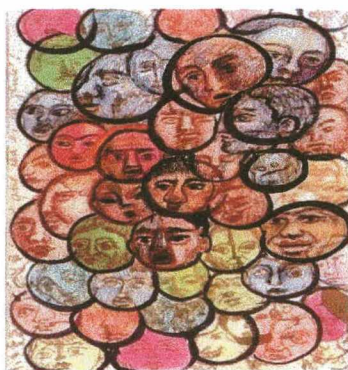
LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - PROCESSO DE DOENÇA.....	33
FIGURA 2 - MODELO BIOMÉDICO	34
FIGURA 3 - DOMÍNIO DA ENFERMAGEM.....	49
FIGURA 4 - FUNÇÕES DA ENFERMEIRA	51
FIGURA 5 - PROCESSO DE ENFERMAGEM	52
FIGURA 6 - METODOLOGIA DA ENFERMAGEM	56
FIGURA 7 - FATORES QUE TENDEM A COMPROMETER A SAÚDE.....	67

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS.....	52
QUADRO 2 - MODELO OPERACIONAL PARA DETERMINAR A DEPENDÊNCIA DE ENFERMAGEM EM NATUREZA E EXTENSÃO.....	55

1. INTRODUÇÃO



O termo **concepção** é originário das palavras latina^s *conceptione* ou *conceptio* e pode significar “ato ou efeito de conceber ou gerar (no útero), geração”, mas também “o ato de conceber ou criar mentalmente, de formar idéias, especialmente abstrações: a concepção de um princípio filosófico, de uma teoria matemática. (FERREIRA, 1986, p.445).

Também pode significar operação pela qual o sujeito forma, a partir de uma experiência física, moral, psicológica ou social, a representação de um objeto de pensamento ou conceito. O resultado dessa operação também é chamado de concepção. Um^o concepção é uma operação intelectual pela qual o entendimento forma um conceito (JAPIASSÚ & MARCONDES, 1996, p.49).

Já a palavra **conceito** deriva também do latim, do termo *conceptum* ou *conceptu* que, por sua vez, pode significar pensamento, idéia. Ou seja, a representação de um objeto pelo pensamento por meio de suas características gerais (abstração, idéia). Significa

a ação de formular uma idéia por meio de palavras; definir, caracterizar; formar uma noção, apreciação, julgamento, avaliação, ou ter uma opinião (FERREIRA, 1986, p.445) .

Em sentido mais geral, um conceito é uma noção abstrata ou idéia geral, designando um objeto ou uma classe de objetos. Do ponto de vista lógico, o conceito é caracterizado por sua extensão e por sua compreensão. Para Kant (*apud* JAPIASSÚ & MARCONDES, 1996, P.48), o conceito nada mais é do que uma encruzilhada de juízos virtuais, um esquema operatório cujo sentido só possuiremos quando soubermos utilizar a palavra em questão. Ele distingue duas categorias de conceito: a) conceitos *a priori* ou puros; e, b) os conceitos *a posteriori* ou empíricos¹.

Na filosofia, conceito é um termo chave, pois designa uma idéia abstrata e geral sob a qual podemos unir diversos elementos. Só em parte é sinônimo de idéia, palavra mais vaga, que designa tudo o que podemos pensar ou que contém uma apreciação pessoal: aquilo que podemos pensar de algo. Enquanto idéia abstrata construída pelo espírito, o conceito comporta, como elementos de sua construção: a) a *compreensão* ou o conjunto dos caracteres que constituem a definição do conceito (o homem: animal mamífero, bípede, etc.); b) a *extensão* ou o conjunto dos elementos particulares dos seres aos quais se estende esse conceito. A compreensão e a extensão se encontram numa relação inversa: quanto maior for a compreensão, menor será a extensão; quanto menor a compreensão, maior será a extensão (JAPIASSÚ & MARCONDES, 1996, p.49).

Como o propósito deste trabalho é realizar uma reflexão filosófica sobre as relações das concepções de saúde com a prática de enfermagem e as implicações éticas, sempre que

¹ Os conceitos *a priori* são categorias do entendimento (conceitos de unidade, de pluralidade, de causalidade etc.). Enquanto que os conceitos *a posteriori* são noções gerais definindo classes de objetos (conceito de vertebrado, conceito de prazer, etc.). Ainda, o significado de conceito pode mudar de uma disciplina para outra. Em seu estilo matemático, o conceito é uma noção básica que supõe uma definição rigorosa (ex. o conceito de círculo: figura gerada por um segmento de reta em torno de um ponto fixo). Nas ciências experimentais, o conceito é uma noção que diz respeito a realidades ou fenômenos experimentais bem determinados (ex. o conceito de peso, o conceito de ácido, etc.) (KANT *apud* JAPIASSÚ & MARCONDES, 1996, P.48).

me referir ao termo *concepção* estarei utilizando-o com o significado de noção, idéia, modo de ver. Já o termo *conceito*, utilizarei no seu sentido mais geral; como uma noção abstrata ou idéia geral, considerando como elementos de sua construção a compreensão (ou o conjunto dos caracteres que constituem a definição do conceito) e, a extensão (o conjunto dos elementos particulares dos seres aos quais se estende esse conceito).

Uma vez estabelecidos os significados destes termos podemos introduzir o tema principal desta tese, iniciando pelas transformações das concepções de saúde ao longo do tempo.

A saúde tem sido vista sob diferentes perspectivas ao longo dos tempos. Na antigüidade, *Hippocrates* (460-370 a.C.) considerava a saúde como o equilíbrio entre os elementos do corpo: sangue, bile e fleuma. A enfermidade, por sua vez, era considerada um desequilíbrio entre estes elementos. Para restaurar o equilíbrio perdido poderia ser prescrito um tratamento, como por exemplo uma dieta. (SVENAEUS, 1999). O médico hipocrático não era, nem um mágico nem um cientista, e sim um tipo de artesão que oferecia seus serviços em troca de pagamento. Nesta época, a medicina já era conhecida como uma forma de cultura próxima da retórica e da filosofia (BOWERSOK *apud* FOUCAULT, 1985). Não era simplesmente concebida como uma técnica de intervenção que, em caso de doença, empregava remédios e operações tal como ocorre atualmente. A medicina devia, sob a forma de um corpo de saber e de regras, definir uma maneira de viver, um modo de relação refletida consigo, com o próprio corpo, com o alimento, com a vigília e com o sono, com as diferentes atividade e com o meio (FOUCAULT, 1985).

A concepção clássica de saúde como equilíbrio foi mantida por Galeno (120-200d.C), cuja medicina influenciou a prática médica até o início do século XVII, diminuindo sua influência, progressivamente, após o surgimento de Descartes (1595-1650).

Galeno foi ensinado inicialmente por seu próprio pai e, posteriormente, por filósofos que lhe mostraram a importância de conhecimentos sobre filosofia, matemática e

ciências naturais. De forma que, aos quatorze anos, Galeno já possuía excelente conhecimento sobre anatomia, empirismo, e as doutrinas de Hipócrates. Sua concepção de saúde seguiu a teoria fundamental de Hipócrates (fleuma, sangue, bile amarela e bile negra), na qual a saúde dependia do equilíbrio destes quatro humores. A partir desta concepção ele classificou a personalidade das pessoas de acordo com os quatro humores em fleumático, sangüíneo, colérico e melancólico (LYONS & PETRUCELLI, 1987). A influência de Galeno na medicina foi conseqüente não só aos seus escritos sobre anatomia, mas particularmente sobre a utilização em larga escala de medicamentos – sempre preparados por ele próprio. Como um astuto observador clínico, ele compreendeu e descreveu as incertezas e medos vinculados a doença, bem como as inter-relações das emoções com os sintomas corporais (LYONS & PETRUCELLI, 1987).

Já Descartes (1595-1650) - matemático e filósofo francês - revolucionou o pensamento da época com a idéia de uma ciência universal que ligasse todo o conhecimento humano. Sua mais importante publicação foi o livro “*Discours de la Méthode*” (1637), no qual ele descreve quatro regras para construir o conhecimento². O método de Descartes passou a influenciar muitas áreas do conhecimento e, obviamente, também a medicina. Na sua obra “*Principia Philosophiae*” (Princípios da Filosofia), publicada em 1644, Descartes afirma que o ser humano é uma união entre mente e corpo - duas substâncias completamente diferentes que interagem na glândula pineal. Sua idéia era de que as ações do corpo são o resultado final de um arco reflexo que começa com um estímulo externo e implica numa resposta interna (ENCYCLOPAEDIA BRITANNICA, 1989).

²Quatro regras preconizadas por Descartes em seu livro “Discurso sobre o método”, como condições para a construção do conhecimento. (i) não aceite nada como verdade a menos que seja claramente reconhecido como tal; (ii) para resolver problemas analise-os sistematicamente, parte por parte; (iii) vá das considerações mais simples para as mais complexas; e, (iv) reveja tudo cuidadosamente para ter certeza de que nada foi omitido (*Enciclopedia Britannica*, v.4, p.29).

Entretanto, mesmo após Descartes, a idéia clássica de saúde como equilíbrio permaneceu, embora modificada pelo pensamento cartesiano e pelo desenvolvimento científico.

Com a anatomia patológica, criada por Morgagni (1682-1771), a medicina contemporânea pode estabelecer uma topografia para o corpo humano e, auxiliada pelo método empírico, passou a descrever as alterações nos diferentes órgãos do corpo em termos de estrutura e função, desenvolvendo uma nosografia que deu origem ao modelo médico contemporâneo. Este modelo, segundo Nordenfelt (1995), é baseado na perspectiva analítica; seu foco principal é o processo de doença.

O desenvolvimento de disciplinas como a fisiologia e a anatomia mantiveram a noção de saúde como equilíbrio. Porém, trata-se de um equilíbrio entre as diversas funções do corpo. Quando algo incomum ocorre no nosso corpo, uma série inteira de mecanismos são ativados para conduzir o corpo de volta ao seu estado original. Aparece então o conceito de *homeostasis* (NORDENFELT, 2000). Nesta linha de raciocínio, podemos citar a definição dada por Perkins *apud* Caponi (1995, p.11), na qual a

[...]saúde é um estado de relativo equilíbrio de forma e de função do organismo que resulta de seu ajuste dinâmico satisfatório com as forças que tendem a perturbá-lo. Não é um inter-relacionamento passivo entre a matéria orgânica e as forças que atuam sobre ela, mas sim uma resposta ativa do organismo no sentido de ajuste.

Como podemos observar nesta definição, a noção de equilíbrio deixa de ser entre os humores do corpo e passa a ser resultante do ajustamento dinâmico e satisfatório de forma e função do organismo às forças que tendem a perturbá-lo.

Porém, a concepção de saúde como equilíbrio passa a mostrar sua face problemática, pois assume a tendência de restringir o fenômeno da saúde ao estritamente biológico, sem problematizar o fato de que, muitas vezes, a saúde é influenciada negativamente pelo próprio meio. Muitas vezes, é o próprio meio que determina o aparecimento e a distribuição social das doenças (CAPONI, 1997). Este reducionismo da

saúde ao âmbito biológico tem como consequência o entendimento de saúde como um conceito contraditório ao de doença. Segundo Caponi (1997) é também em resposta a este reducionismo que surgiram conceitos mais ampliados, tal como o da Organização Mundial da Saúde – OMS, em 1948.

Na definição da OMS, a saúde aparece vinculada a idéia de bem-estar. De acordo com esta definição “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente uma ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1998). Embora esta concepção tenha sido muito criticada por não ser realista ou plausível, alguns aspectos positivos devem ser comentados. No primeiro deles, a saúde deixa de ser vista como um fenômeno meramente biológico avaliado por critérios objetivos. No segundo, ela passa a ser considerada não mais como a mera ausência de doença ou enfermidade, e sim como um estado de bem-estar. Fato este que, no dizer de Caponi (1997), atribui humanidade aos sentimentos e sensações das pessoas da saúde pois a saúde passa a ser caracterizada como um fenômeno móvel e subjetivo. E, no terceiro aspecto, é importante comentar que, embora este conceito careça de operacionalidade por sua característica utópica³ e subjetiva, ele pode ser útil se usado com um propósito simbólico ou motivacional (LISS, 1996). Mesmo que haja dificuldade para medir a saúde, este conceito assume sua importância pelo seu valor ético e político. Como reconhece a própria OMS no seu “*Rapport sur la Santé dans le Monde 1998. La vie au 21e siècle. Une perspective pour tous*”, quando comenta que

[...] por falta de meios propícios para avaliar efetivamente a saúde conforme a Constituição da OMS, a presente avaliação das tendências sanitárias repousam sobre os indicadores clássicos como esperança de vida, mortalidade e morbidade(OMS, 1998, p.43).

³ Liss (1996), faz uma distinção muito apropriada entre objetivos, ideais e ideal utópico. Nós temos um objetivo quando a possibilidade de se atingir o estado final é alta; um ideal, quando a possibilidade de se atingir o estado final é baixa; e, um ideal utópico quando a possibilidade de se atingir o estado final é muito baixa ou nula.

Uma outra concepção ampliada de saúde, foi formulada durante a VIII Conferência Nacional de Saúde. De acordo com a qual, a saúde

[...] é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, tempo livre, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente o resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”.

Neste caso, de acordo com Caponi (1997, p.302), a saúde é vista como um valor social e, seu mérito repousa na “[..] capacidade e no mérito de haver conseguido direcionar a atenção para a estreita conexão existente entre a saúde dos sujeitos e a sociedade da que forma parte”. Conforme esta concepção, a base socioeconômica funciona como determinante absoluta do grau de saúde de um indivíduo ou de uma população. Este fato tende a tornar esta definição politicamente pouco operativa. As condições enumeradas na definição constituem-se em fatores que podem contribuir para melhorar o estado de saúde. Contudo, estas condições por si só, além de não garantirem a saúde da população, podem gerar reivindicações equivocadas (CAPONI, 1997).

Embora existam tantas concepções de saúde quantas nossa imaginação possa alcançar, o pensamento comum sobre saúde tende a oscilar entre duas perspectivas. De um lado a perspectiva holística e, de outro, a analítica (NORDENFELT, 1995). Na primeira, o enfoque é se uma pessoa é ou não saudável. O que significa saber como ela ou ele se sente, quais suas capacidades, se consegue viver num ambiente social e, assim por diante. O foco é o ser humano como um todo. Por este motivo, quando a saúde é estudada conforme esta perspectiva, os conceitos utilizados são emprestados da linguagem comum, da psicologia, antropologia ou sociologia. A questão básica para um ser humano comum é : eu sou saudável ou não? (NORDENFELT, 1995)

Na segunda perspectiva, a atenção é voltada para as partes do organismo; o que será considerando é sua estrutura e função. As questões são dirigidas para saber se um órgão está funcionando normalmente. Qual é a frequência respiratória, a capacidade pulmonar, a temperatura corporal, a pressão arterial, e outras medidas referentes ao funcionamento de

partes do corpo. A origem desta perspectiva é a arte e a ciência da medicina. Como o principal objetivo da medicina é eliminar a doença e restaurar a saúde das pessoas que procuram ajuda profissional, a abordagem da saúde nesta perspectiva usa, principalmente, conceitos da biologia química e estatística. A questão básica para a medicina é: qual é a natureza desta doença? (NORDENFELT, 1995).

Porém, estas duas perspectivas não são excludentes; não é possível compreender toda a dimensão da saúde e da doença tomando-se como ponto de vista apenas uma delas. Um ser humano comum sabe perfeitamente que seu corpo é responsável por sua saúde. Por outro lado, se esta pessoa procura a ajuda de uma médica ou médico – ou de qualquer outro profissional de saúde - ela ou ele já percebeu que algo em seu corpo não está bem, e relatará ao profissional utilizando uma linguagem comum de forma que expresse o todo do seu problema de saúde. Quando este organismo funciona bem, nós temos estados de boa saúde; quando ele funciona mal nós temos estados de não saúde que podem variar de um ligeiro mal estar à transtornos mais graves.

Assim, analisando concepções de saúde vinculadas a estas duas perspectivas, podemos encontrar semelhanças e diferenças entre seus elementos e características, os quais podem ser bastante estimulantes para serem tomados como ponto de partida para *iniciar uma reflexão sobre as maneiras pelas quais estas diferentes concepções influenciam a prática concreta das enfermeiras e enfermeiros, e implicam em abordagens éticas distintas.*

Dentro deste contexto, me proponho a analisar duas concepções de saúde que tem tido grande influência na prática de enfermagem. A primeira, a teoria bioestatística de Christopher Boorse, tipicamente analítica e considerada uma representante típica do que comumente denominamos modelo biomédico. E, a segunda, a teoria das necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta. Esta é a teoria que mais tem influenciado a enfermagem brasileira e que, embora tenda para uma perspectiva holística de saúde, conserva elementos tipicamente analíticos.

Na análise destas teorias pretendo elucidar algumas das múltiplas relações existentes entre saúde, doença e outros fatores que podem influenciar nossa saúde. Pretendo também identificar, de que forma as concepções saúde predominantes na prática de enfermagem influenciam o modo como as enfermeiras e enfermeiros se relacionam com seus clientes, e como fundamentam o processo de cuidar. Pois, parece razoável imaginar que conforme o modelo biomédico (perspectiva analítica), todo o processo de cuidar em enfermagem (histórico, diagnóstico, intervenções e avaliação) estaria baseado nas causas (ou fatores etiológicos), nas alterações estruturais e/ou funcionais e nos sinais e sintomas das doenças. Fato este que determina um enfoque dos problemas de saúde mais vinculados à esfera biológica da natureza humana. Enquanto que, procedendo de acordo com uma perspectiva mais holística, a tendência seria enfocar os problemas de saúde mais relacionados com as esferas psicossociais ou existenciais da natureza humana.

Para tentar estabelecer um contraponto entre as concepções de saúde destes dois modelos e buscar uma forma de orientar o “pensar” e o “agir” em enfermagem, apresento e discuto a teoria proposta por Lennart Nordenfelt, descrita em seu livro *On the Nature of Health* e em publicações suas como: *Health, Quality of Life and Happiness* (1996), *Talking About Health: A Philosophical Dialogue* (1997) e, *Action, Ability and Health: Essays in the Philosophy of Action and Welfare* (1999).

Uma teoria Lennart Nordenfelt é baseada na teoria da ação humana de Georg Henrik von Wright descrita no seu livro *Explicación y comprensión* (1987) e no clássico trabalho de Georges Canguilhem, intitulado *O normal e o patológico* (1990). Embora a teoria de Nordenfelt seja classificada por ele próprio como fundamentalmente holística, não descarta a análise como uma ferramenta válida para melhor compreender e explicar os problemas de saúde das pessoas.

A partir das concepções de saúde destas três teorias, surge a necessidade de refletir sobre as implicações éticas vinculadas a estas concepções e a forma pela qual elas se refletem na prática concreta, mais especificamente na relação profissional entre clientes e enfermeiras/enfermeiros. Parece fácil imaginar que esta relação, quando baseada na

perspectiva analítica, tende a ser mais prescritiva, pois o enfoque é sobre os fatores etiológicos e alterações orgânicas e os sinais e sintomas. Neste caso, a mera prescrição de cuidados parece bastante adequada para o alcance de tal objetivo.

Por outro lado, uma relação profissional conforme uma perspectiva holística caracteristicamente só pode ser mediada pelo diálogo entre iguais, pois a base do cuidado é a experiência dos problemas de saúde da pessoa. Porém, existe também o risco de se estender demasiadamente a esfera do “diagnosticável”; aumentando-se assim, a possibilidade daquilo que Foucault (1993) e Illich (1975) chamaram de “medicalização” (“enfermeirização”) da existência. Assim, parece não haver dúvida de que diferentes concepções de saúde não só requerem diferentes atitudes, como também, apresentam conseqüências éticas, políticas, e sociais distintas.

Portanto, minha principal inquietação relaciona-se por um lado, com o “pensar” (o conhecimento) em enfermagem no sentido epistemológico, de tal maneira que se possa fundamentar nossa prática em concepções de saúde que sejam operacionais (com características e elementos bem descritos) e, por outro, com o “agir” em enfermagem, de forma que nossas ações sejam eticamente apropriadas (ou moralmente justas). Para nortear tal reflexão, minha principal indagação é **de que modo o conceito de saúde se vincula aos princípios éticos e de que forma podem fundamentar o processo de cuidar em enfermagem.**

Tenho observado que, dependendo da concepção de saúde adotada, a prática de enfermagem é influenciada positiva ou negativamente, uma vez que nós somos conduzidos a agir de maneiras bastante distintas. Assim, minha preocupação nesta tese é **refletir sobre as maneiras pelas quais as diferentes concepções de saúde se refletem na nossa prática concreta, mais especificamente sobre processo de cuidar e a relação entre clientes e enfermeiras ou enfermeiros e quais as implicações éticas decorrentes.**

A melhor maneira de descrever o tipo de estudo realizado é esclarecendo o que ele é, e o que não é. Assim, o estudo realizado nesta tese tem a pretensão de ser uma reflexão

filosófica baseada na análise das concepções saúde mais utilizadas na enfermagem e suas implicações éticas para a prática concreta.

Para subsidiar minha reflexão, recorri a um suporte empírico com o objetivo de obter uma caracterização mais realística da prática de enfermagem, buscando identificar, através de entrevistas realizadas com enfermeiras e enfermeiros suecos, as concepções de saúde envolvidas em sua prática cotidiana e as questões éticas emergentes dos relatos desta prática. Contudo, utilizando este tipo de suporte, este estudo pretende ser uma reflexão teórica e ética voltada para a análise da prática concreta da enfermagem e não uma pesquisa em si.

Para orientar minha reflexão sobre o “agir” em enfermagem (aquilo que é moralmente justo) busquei suporte, basicamente nas obras de James Rachels (1999), intitulada “*The Elements of Moral Philosophy*”; de Giovanni Berlinguer (1996), “*Ética da Saúde*”; e, de Beauchamp & Childress (1994), intitulada “*Principles of Biomedical Ethics*”.

Sobre a reflexão filosófica

Quando nos empenhamos numa reflexão, necessitamos como ferramentas o pensamento e a linguagem. Com estas ferramentas é possível investir na tarefa básica da reflexão filosófica que é a interpretação da realidade. Em nosso caso, a parte da realidade em questão é a saúde e os conceitos relacionados.

A interpretação do conceito de saúde constitui-se num dos principais motivos pelos quais a reflexão filosófica é necessária com o propósito de clarear e definir sem ambigüidades, os termos vinculados à saúde e ao cuidado de saúde.

Neste caso, a interpretação filosófica deve ser usada com um propósito técnico, buscando um conceito que sirva como baliza teórica e operacional para direcionar e avaliar a prática profissional, de forma clara e precisa. Senão, vejamos, de que modo um conceito de saúde como “... *um completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de*

moléstia ou enfermidade.” (OMS, 1998) pode contribuir operacionalmente para avaliar a condição de saúde das pessoas, delimitando os problemas de saúde e indicando as intervenções de enfermagem? Quais as questões éticas vinculadas a esta concepção e quais suas implicações para a prática de enfermagem?

Talvez o conceito da OMS possa ter uma função de motivação e, quem sabe, também, uma função simbólica.⁴ Apresenta-se como um objetivo a ser atingido a longo prazo, como uma “idéia reguladora”. Assim, se o objetivo da OMS, foi motivar e atribuir um valor simbólico à saúde, então a linguagem em termos vagos e gerais, está justificada. Porém, se a função do objetivo foi orientar as ações de saúde (como pretende ser o meu caso), este tipo de linguagem já não está adequada.

Contudo, é refletindo sobre conceitos abstratos como o de saúde, que a filosofia tem uma grande contribuição a dar para as profissões ligadas ao cuidado e a cura, como a enfermagem. Pois, analisar conceitos facilita a compreensão da estrutura básica de todo o pensamento. Considerando que esta idéia se aplica também ao conhecimento sobre saúde, nos permite compreender a forma de pensar a saúde e suas relações.

Entretanto, conforme Nordenfelt (1997, 2000), a reflexão filosófica não faz sua análise conceitual, isoladamente. Os filósofos escrevem os conceitos e os submetem à apreciação dos outros, os quais podem achar que uma definição é muito ampla ou o contrário; ou ainda, que sua estrutura lógica não está bem formulada.

Porém, a missão da filosofia não é apenas uma questão de interpretação e clarificação de significados, mas também de auxiliar os outros na criação de conceitos, mais ou menos operacionais. Através da reflexão filosófica, é possível julgar se um determinado conceito é logicamente coerente e, se serve ou não, para um determinado propósito.

⁴Funções dos objetivos, descritas por Liss (1996)

A reflexão também pode ajudar a analisar e, se houver possibilidade de correspondência, encontrar um termo com significado semelhante em outra língua. Como por exemplo, podemos citar o termo inglês *illness*. Nós não temos um termo correspondente em português. Para conseguir o mesmo significado em português temos de lançar mão de expressões mais complexas, como “mal estar”, para tentar atribuir um significado semelhante ao seu correspondente em inglês, ou, como no meu caso, decidi atribuir o significado de *illness* à palavra portuguesa “enfermidade”. Nós temos problemas semelhantes com o termo *handicap*. A tendência inicial é interpretar o significado deste termo como deficiência (física, mental, etc.) mas quando interpretamos o conceito de *handicap*, o termo correspondente mais adequado seria “desvantagem” (social). Esta, por sua vez, conseqüente a uma incapacidade ou deficiência física ou mental. Embora, neste caso, a tendência fosse manter o significado da linguagem coloquial como “deficiência”, para fins técnicos ou instrumentais é mais interessante utilizar o termo desvantagem, e introduzir um novo significado que é o de desvantagem social, cujo o significado real não seria assimilado caso fosse mantido o termo deficiência.

Nordenfelt (2000, p.46) demonstra de que forma isto se expressa na linguagem da filosofia analítica. *“Se X não pode, mesmo aproximadamente ser traduzido por Y, não podemos dizer que X e Y representam o mesmo conceito. Porém, se X pode ser traduzido por Y, um mínimo denominador comum deve existir. E deve ser possível delinear este mínimo denominador comum. Talvez seja isto que uma análise conceitual tente”*.

Finalidade e objetivos

Considerando o que foi exposto até aqui, meu interesse no desenvolvimento desta tese é refletir sobre a articulação entre as concepções de saúde, ética e o processo de cuidar em enfermagem. **Minha argumentação será em defesa da tese de que as diferentes concepções de saúde influenciam o processo de cuidar de maneira positiva ou negativa, tendo implicações éticas distintas.**

Eu penso que é, ao mesmo tempo, necessário e estimulante tentar contribuir para o

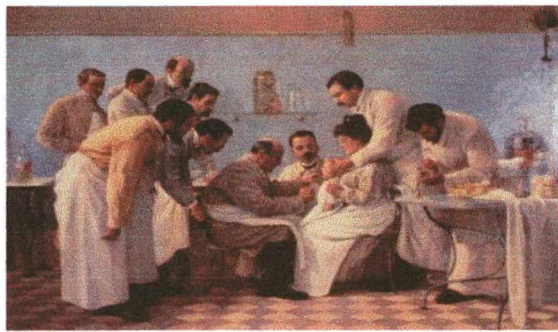
esclarecimento da forma como se dá esta influência. **Por este motivo, a finalidade desta tese é refletir sobre as relações entre concepções de saúde, ética e processo de cuidar em enfermagem.** Para alcançar tal finalidade, tenho como objetivos instrumentais:

1) analisar os conceitos de saúde do modelo biomédico e da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta;

2) caracterizar o modo como estes conceitos podem se refletir no processo de cuidar e na relação cliente-enfermeira ou enfermeiro; e,

3) discutir até que ponto e de que modo os conceitos de saúde e os princípios éticos podem fundamentar teoricamente o processo de cuidar em enfermagem.

PARTE I - CONCEPÇÕES DE SAÚDE



Embora a saúde seja vista sob diferentes perspectivas, na enfermagem brasileira duas concepções tem exercido uma forte influência. Por um lado, o modelo genericamente denominado de modelo biomédico e, por outro, das concepções de saúde das teorias de enfermagem. Nesta primeira parte, apresentarei a teoria bioestatística de Christopher Boorse como representante do modelo biomédico. E, como um dos representantes dos modelos utilizados na enfermagem, apresentarei a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta é a teoria que mais tem influenciado a enfermagem brasileira.

2. DUAS CONCEPÇÕES DE SAÚDE TRADICIONAIS NA ENFERMAGEM BRASILEIRA

2.1. Uma concepção biomédica: a teoria Bioestatística de Christopher Boorse

As concepções de saúde da antigüidade, preservaram sua influência sobre a medicina até o advento da medicina moderna. Com nascimento da clínica e da anatomia patológica, desenvolvida por Morgagni (1682 – 1771) em Paris, houve a possibilidade de associação de determinadas lesões nos órgãos e sistemas do corpo com os sintomas (CANGUILHEM, 1990; SVENAEUS, 1999). Este tipo de associação forneceu o substrato para a classificação das doenças. Foi a partir desta perspectiva analítica de saúde que se desenvolveu o que hoje chamamos genericamente de modelo biomédico, do qual elegemos a teoria bioestatística de Christopher Boorse como representante.

Contudo, os avanços científicos no campo da medicina não podem nos prover com respostas sobre o que é saúde. Uma vez que a medicina científica vem investigando os organismos doentes e saudáveis, a reflexão filosófica sobre o estado e o significado dos resultados obtidos pela ciência parecem ser o ponto de partida das teorias médicas. Assim, durante as últimas três décadas temos testemunhado o que pode ser chamado de renascimento da filosofia da medicina e da saúde (SVENAEUS, 1999).

Embora Christopher Boorse (1975, 1977) não seja nem o primeiro, nem o último filósofo neste campo da filosofia da ciência, no que diz respeito à filosofia da medicina, ele

parece ser um dos mais abrangentes e interessantes ao meu propósito de fornecer uma caracterização de uma teoria que represente o que hoje denominamos de modelo biomédico.

De acordo com Nordenfelt (1995), Christopher Boorse (1975, 1977) se coloca alinhado com as tradições médicas da antigüidade que culminaram com Galeno. Quando introduz sua teoria, faz citações da história médica do *Health and Disease Dictionary of History of Ideas* (Temkin, 1973) conceituando saúde e doença como conceitos teleológicos⁵, baseados na biologia. No entanto, sua idéia de função normal ou natural é distinta das teorias médicas da antigüidade. Para ele o normal ou natural não implica numa avaliação positiva da função, e sim na idéia de funções orientadas por objetivos. Conforme a sua visão,

[...] a noção básica de função é a de contribuir para um objetivo. Organismos são orientados por objetivos no sentido que Sommerhoff, Braithwaite e Nagel tentaram caracterizar: isto é, eles estão dispostos de forma a ajustar seu comportamento às mudanças ambientais de uma maneira a conseguir um resultado constante, o objetivo (BOORSE, 1977, p.555-556).

Tanto na teoria bioestatística de Boorse, como em outras teorias das ciências médicas, sobretudo na explicação do processo de doença publicado pela OMS (1980), o enfoque recai sobre os aspectos estruturais e funcionais dos órgãos e sistemas do corpo humano e suas manifestações.

⁵ O sentido teleológico dos conceitos de saúde e de doença, citados por Temkim (1973) é de que todas as partes do corpo são construídas e funcionam para permitir que o ser humano tenha uma boa vida e para preservar a sua espécie. Saúde é um estado de acordo com a natureza e doença é um estado contrário à natureza.

Neste contexto, as doenças, são caracterizadas e classificadas conforme os fatores etiológicos, as alterações estruturais e/ou funcionais e as suas manifestações (sinais e sintomas). Para que um processo seja considerado uma doença é necessário que uma parte do corpo deixe de funcionar de uma forma normal (que não atinge o objetivo biológico).

A normalidade, no sentido atribuído por Boorse (1975, 1977) é um conceito livre de juízo de valor (não avaliativo). Ou seja, um conceito descritivo, baseado nos resultados estatísticos das investigações científicas. Este sentido de normalidade é diferente daquele utilizado nas teorias de saúde da antigüidade, onde o conceito de normal estava ligado aquilo que era desejável ou positivo; natural de acordo com os padrões culturais da época.⁶ Neste aspecto, difere também do significado conferido por Cannon (1932), em seu livro “A sabedoria do corpo”, de acordo com o qual um organismo normal é aquele em que suas funções (meio interno) está em estado de equilíbrio permanente, controlado de tal forma que se algo incomum acontece, uma seqüência de mecanismos são ativados para que o organismo retorne ao seu estado original. Desta forma, o desequilíbrio é logo corrigido e a estabilidade é mantida contra as influências que o perturbam (CANGUILHEM, 1990; NORDENFELT, 2000). Para expressar este estado Cannon criou a palavra *homeostasis*.

Embora Boorse (1977) não rejeite a importância do conceito de *homeostasis*, ele afirma que este conceito não pode ser visto como um modelo geral para as funções biológicas, a não ser que seja estendido aos processos orientados para o alcance de objetivos. Conforme este pensamento, cada órgão do corpo exerce sua função com a finalidade de atingir um determinado objetivo, ou vários objetivos independentes simultaneamente. O comportamento do organismo parece seguir um padrão característico do desenho da espécie conforme caracterizado nos livros texto de biologia. As células, tecidos, órgãos e grupos de órgãos têm diferentes funções com diferentes objetivos. A finalidade do corpo é contribuir para a sobrevivência, a reprodução, a sobrevivência da

⁶ Este sentido, normalidade dá ao conceito de saúde um caráter normativo; ou seja, carregado de juízo de valor.

espécie e o equilíbrio ecológico (NORDENFELT, 1995). É apenas no sub-campo da fisiologia que as funções parecem ser relevantes para a saúde.

De acordo com Boorse (1977) todos os objetivos do organismo são funcionais no sentido de que eles são processos que não são ajudados pela intencionalidade (pela ajuda consciente da pessoa); muito embora eles tenham o propósito de manter a vida do organismo e viabilizar a sua reprodução.

Um organismo que tem a capacidade de funcionar de acordo com resultados de investigações científicas de um vasto número de indivíduos, é considerado saudável ou normal. Caso contrário, este organismo é considerado doente. Conforme a teoria bioestatística, **saúde é considerada a ausência de doença. E, doença é considerada como aqueles estados internos que diminuem a capacidade do funcionamento biológico para valores abaixo daqueles considerado normal.** De acordo com Boorse (1977), valores acima do normal podem não ser necessariamente tomados como doença. Como exemplo, ele cita a capacidade cardiovascular aumentada de um corredor de maratona.

Para que uma pessoa se sinta **enferma (*ill*) é necessário que alguma parte do seu organismo funcione em níveis subnormais.**⁷ Assim, mesmo que uma pessoa não se sinta bem ou mesmo enferma, é necessário que haja uma doença para que ela ou ele seja considerado não saudável. Caso contrário, ela ou ele será considerado saudável, mesmo não se sentindo bem. Neste sentido, **enfermidade (*illness*) é uma subcategoria da doença.** Uma enfermidade é uma doença com certos aspectos distintos e, estes aspectos são normativos. Assim, conforme afirma Boorse (1976) **uma doença é uma enfermidade (*illness*) somente se ela é séria o suficiente para ser incapacitante e indesejável para seu hospedeiro; ou uma justificativa para um tratamento especial; ou uma desculpa válida para um comportamento normalmente criticável.** Isto significa que nós

⁷ Como aponta Canguilhem (1990), *ill* não se refere necessariamente à subnormalidade, pois pode estar vinculada também com excesso, como é o caso da hipertensão e do hipertiroidismo.

podemos ter uma doença sem que tenhamos uma enfermidade, uma vez que uma doença pode não ser incapacitante e nem sempre indesejável.

Boorse (1977) afirma que embora a saúde possa ser definida em termos teóricos (descritivos) e práticos (normativos), na sua opinião ela é um conceito teórico. Em termos práticos, a saúde pode ser definida como a ausência de enfermidade tratável. Enquanto que, em termos teóricos, como a ausência de doença, como estado de funcionamento natural que é próprio para a espécie (desenho biológico).

Isto não quer dizer que o que paciente sente ou pensa não deva ser considerado pelo médico ou médica – e, em nosso caso uma enfermeira ou enfermeiro – para guiá-lo na busca de uma doença. Porém, Boorse (1977) deixa bem claro que isto é apenas relevante como um meio para, pois para ele muitas pessoas que já estão doentes ou não saudáveis por um longo período, não têm sintomas e não requerem tratamento.

Assim, o fato de uma pessoa ser ou não saudável nos remete à questões estritamente empíricas e não a questões valorativas, pois os termos usados para especificar as funções normais são provenientes de ciências como a biologia, a química e a estatística (BOORSE, 1977). Livros texto de medicina apresentam faixas de normalidade para variáveis como altura, peso, pulso, respiração, pressão arterial e, uma infinidade de outras mais, todas baseadas em médias estatísticas.

A definição teórica de saúde se opõe à de doença. Para que se possa considerar um estado ou processo como um doença é necessário que uma parte do corpo passe a funcionar de forma subnormal (BOORSE, 1977).

Para que o organismo possa alcançar seus objetivos primários – sobrevivência e reprodução – é fundamental que células, tecidos e órgãos funcionem normalmente. De tal forma que, na fisiologia o corpo é visto como uma máquina complexa, que pode ser analisada em termos das funções das suas partes (SVENAEUS, 2000). Por este motivo, a teoria bioestatística tem sido chamada de “modelo mecanicista de saúde”. Se as partes do

organismo funcionarem de forma normal (estatisticamente calculadas através da pesquisa em um grande número de pessoas), então esta pessoa é saudável.

Não exatamente conforme o modelo de Boorse, mas seguindo esta linha de raciocínio, a doença é considerada um processo (Figura 1) o qual é iniciado (causado) por uma etiologia (um ou mais fatores determinantes) que causa uma patologia (alterações estruturais e ou funcionais) e, esta, por sua vez, apresenta manifestações (amplamente conhecidas como sinais e sintomas).



Figura 1 Processo de doença (OMS, 1980)

Este modelo, que hoje chamamos genericamente de modelo biomédico, possui duas vertentes principais: o modelo clínico e o modelo epidemiológico (Figura 2). O modelo clínico é um modelo predominantemente curativo, cujo objetivo principal é curar doenças e enfermidades. A abordagem do cliente é individual e a demanda é espontânea. Ou seja, o ponto de partida é o cliente que busca a consulta médica.

Já o modelo epidemiológico é predominantemente preventivo. Seu objetivo principal é prevenir doenças e enfermidades. A abordagem dos clientes é coletiva. O ponto de partida é o controle epidemiológico, realizado através do estabelecimento de políticas e campanhas de saúde. De qualquer maneira, um e outro modelo tem bases comuns. Ambos são fundamentados nas ciências naturais, no processo de doença (estatisticamente determinado) e no modo de explicação causal.

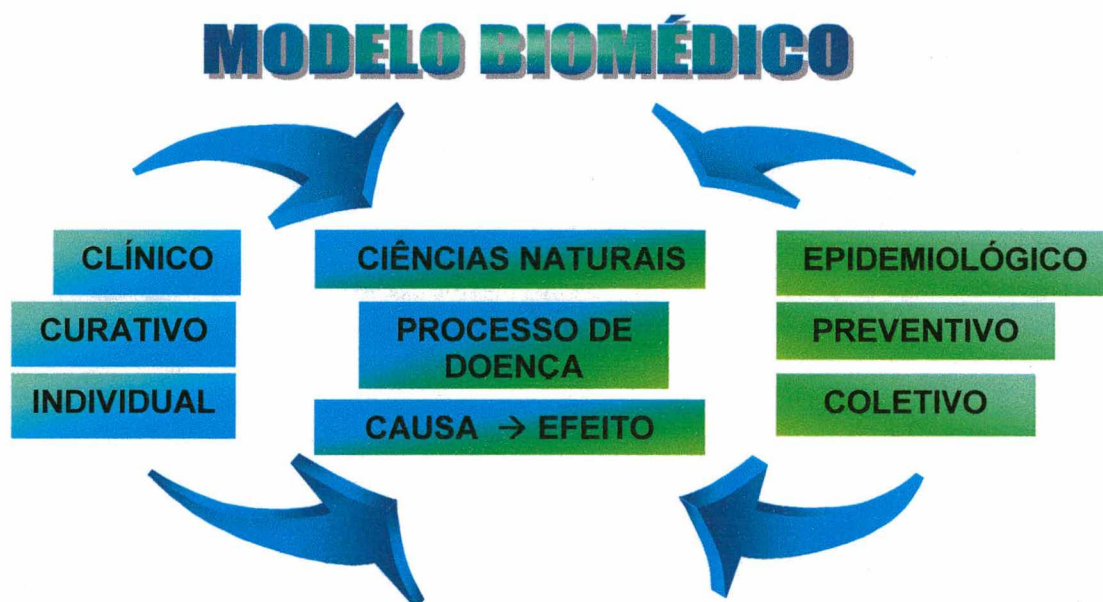


Figura 2 - Modelo Biomédico

Embora modelo biomédico (bioestatístico) tenha alcançado um sucesso inegável no tratamento das doenças, traumas e defeitos, há inúmeras críticas a esta forma contemporânea de pensamento e de abordagem da saúde (ou mais precisamente da doença). Se considerarmos a saúde como o objetivo final da medicina, podemos dizer que o alcance desta finalidade ocorre através do alcance de objetivos instrumentais como a cura e controle de doenças. O que é bastante razoável se pensarmos as doenças como os fatores mais freqüentemente aceitos pela sociedade como comprometedores da saúde. No entanto, se nos distanciarmos brevemente desta visão fortemente biológica sobre saúde, veremos que a cura e o controle das doenças, traumas e defeitos possibilitaria apenas parcialmente o alcance da finalidade saúde. Nesta visão não estariam contemplados fatores existenciais que tendem a piorar o nossa saúde. Como por exemplo a idade avançada, gestações, condições de vida, fatores culturais, etc. Este fato reforça a opinião de Nordenfelt (1995), de que a teoria bioestatística é uma tentativa de reconstruir o discurso sobre saúde em termos puramente biológicos.

Para evitar esta visão puramente biológica de saúde, Boorse (1977) faz um esforço para lidar com conceitos como saúde e enfermidade ao empregar um discurso valorativo (normativo) relacionado a capacidade e bem-estar. Como consequência, termina por

reconhecer dois diferentes discursos sobre saúde e doença. Um teórico e descritivo, e outro prático e valorativo. Mesmo nesta tentativa, enfermidade é definida, em parte, de acordo com a noção teórica de saúde, ou seja, em termos biológicos e analíticos.

De qualquer maneira, levando-se em consideração o funcionamento anormal, nós não podemos falar apenas sobre um nível de normalidade para uma determinada função orgânica. Como mencionou Nordenfelt (1995), há tantos valores normais quanto diferentes tipos de atividades e de ambientes. Nesta linha de argumentação, nós deveríamos estabelecer médias estatísticas para toda e qualquer atividade em diferentes ambientes e condições ambientais.

Um outro aspecto comentado por Nordenfelt (1995), foi o fato de que uma função comprometida pode ser compensada pelo aumento de uma outra. Como por exemplo: uma pessoa que doou um rim para outra, pode, sob uma perspectiva holística (como um todo integrado) funcionar normalmente. Contra este argumento, é bem provável que a resposta de Boorse (1977) fosse de que este é um exemplo típico de que uma doença (neste caso uma perda) pode não gerar enfermidade (*illness*).

Mas há ainda críticas mais severas, como tentar estabelecer casos paradigmáticos de doenças nas quais não há anormalidades e, sim uma reação normal frente a uma determinada situação. Vamos tomar um exemplo citado por Tengland (1998). Digamos que uma pessoa foi à uma festa e comeu algo que estava contaminado por Salmonelas. Como reação, sente-se mal, vomita e tem diarreia. Nesta situação, esta parece ser a reação estatisticamente normal para alcançar o objetivo de sobrevivência, e também um caso paradigmático de doença. No entanto, não há mal funcionamento e nem doença no sentido defendido por Boorse (estatisticamente falando). Embora Boorse (1977) pudesse argumentar que esta pessoa poderia ficar intoxicada e morrer, o fato dela ter vomitado é uma reação normal para protegê-la de ser prejudicada ou da morte. Em casos como este, não se pode contar somente com o funcionamento subnormal para conseguir sobreviver e reproduzir.

Um outro tipo de crítica relaciona-se à complexa estrutura de objetivos dentro do organismo. Considerando tamanha complexidade, onde poderíamos localizar uma doença? Sabemos que o objetivo da teoria é analisar a saúde do organismo em termos de suas partes. Boorse considera a função do todo do organismo como um sistema determinável pela análise das funções de suas partes. Neste sentido, mesmo que tenhamos partes de nosso organismo funcionando de forma anormal, a função do organismo como um todo pode estar normal. Por outro lado, se focalizarmos as células de nosso organismo podemos facilmente verificar que muitas delas já estão mortas ou defeituosas (nosso corpo produz células defeituosas diariamente), assim, conforme a teoria todos os organismos são doentes. Estas questões nos colocam frente ao problema da linha divisória entre o normal e o anormal, entre o sadio e o doente.

Conforme Svenaeus (1999), a principal fraqueza da teoria bioestatística é a visão dos seres humanos exclusivamente como organismos ou máquinas sofisticadas e não como pessoas. Prosseguindo com sua análise, Svenaeus (1999, p.117) formula o seguinte:

Organismos tem doenças e estas são certamente, na maioria dos casos, a causa de não saúde; mas somente os seres humanos vivendo no mundo estão enfermos ou saudáveis. Saúde e doença são, conseqüentemente, fenômenos que não são analisáveis exclusivamente nos termos da ciência, mas são conceitos valorativos que se referem as experiências, ambições e capacidades dos seres humanos situados em certos contextos - mundos de vida.

É também problemático o fato de Boorse não prestar muita a atenção aos arredores do organismo e seus efeitos sobre a fisiologia do corpo. Como por exemplo: quando somos submetidos a baixas temperaturas ambientais, nossa temperatura corporal tende a cair. Considerando casos como estes, seria aconselhável tentar especificar as circunstâncias ambientais no cálculo das funções normais. Caso contrario, estaríamos sujeitos a uma série de avaliações equivocadas acerca da nossa condição saúde.

Resumindo o que foi discutido sobre o modelo biomédico, tendo como base a teoria bioestatística, podemos afirmar que a perspectiva adotada neste tipo de teoria é a analítica. Sua base teórica está alicerçada em ciências naturais como a biologia e em ciências exatas como a estatística. A saúde do organismo depende do alcance de objetivos (principalmente

sobrevivência e preservação da espécie) que, por sua vez depende do funcionamento normal. A normalidade é um conceito descritivo, baseado nos resultados estatísticos das investigações científicas.

Saúde e doença são estados contraditórios. Para que haja saúde, não pode haver enfermidade ou doença presente, fato este que confere o caráter de contraditoriedade aos dois conceitos. A doença é um estado interno que diminui a capacidade do funcionamento biológico para valores abaixo dos parâmetros normais. E, a enfermidade é uma doença séria o suficiente para ser incapacitante e indesejável para o seu hospedeiro. De acordo com Boorse (1975, 1979), enfermidade é uma subcategoria da doença.

Depois de ter apreendido as principais características da teoria bioestatística e do modelo biomédico, vamos conhecer uma das mais influentes teorias de enfermagem no Brasil: a teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta.

2.2. Uma concepção de enfermagem: a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta

A necessidade de descrever, explicar, prever e controlar os fenômenos a partir de uma perspectiva própria da enfermagem foi um dos principais motivos para os primeiros ensaios sobre teorias de enfermagem de enfermeiras norte-americanas na década de 50. Dentre as pioneiras estão Hildegard Peplau (1952), Virginia Henderson (1955), Ernestine Wiedenbach (1958), Dorothy Johnson (1959) e Lydia Hall (1959) (Torres, 1986; Meleis, 1991; Leopardi, 1999).

Na enfermagem brasileira, esse movimento teve início em 1970, com a teoria das Necessidades Humanas Básicas -NHB de Wanda Horta. Uma paraense nascida em 11 de agosto de 1926, graduada em enfermagem em 1948 (dois anos após a aprovação da Constituição da Organização Mundial da Saúde – OMS [1946] e cinco anos após a publicação da tese de Georges Canguilhem “Ensaio sobre alguns problemas relativos ao normal e ao patológico” [1943]). Em 1953, recebeu o Diploma de Licenciada em História

Natural, na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade do Paraná e, em 1962 pós - graduou-se em Pedagogia e Didática Aplicada à Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP. Finalmente, em 1974, recebe o título de Doutor e Livre Docente em Fundamentos de Enfermagem, na Escola Ana Néri, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Além dos títulos conquistados, Wanda Horta realizou viagens culturais e de estudos à países como Portugal, Espanha, Bélgica, Itália Suíça e EUA (LEOPARDI, 1999).

Muito embora a enfermagem brasileira venha sendo influenciada pelas teorias de enfermagem norte americanas, a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta, permanece ainda influenciando fortemente a prática de enfermagem no Brasil. Fundamentada na psicologia humanística, principalmente na obra de Maslow (1954) intitulada "*Motivation and Personality*" e numa abordagem empírica, pertence ao grupo de teorias "orientadas por necessidades", conforme denominou Torres (1986).

Em seu livro "Processo de Enfermagem", escrito em colaboração com Brigitta Castellanos (1979), Horta reuniu seus escritos, publicados em anos anteriores numa série de artigos, nas revistas Brasileira de Enfermagem (1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1974) e Enfermagem em Novas Dimensões (1975, 1976, 1977, 1978). Organizou o livro em três partes. A primeira, denominada "Filosofia, teoria e ciência de enfermagem" (1979, p.3-31), a segunda chamada de "Processo de enfermagem" (1979, p.35-74) e, a terceira, "Aplicação do processo de enfermagem" (1979, p.77-99).

Na primeira parte, ela inicia escrevendo sobre "Filosofia da enfermagem". Afirma que "Nenhuma ciência pode sobreviver sem filosofia própria" (HORTA, 1979, p.3). E mais,

A filosofia leva à Unidade de pensar, e este pensar se dirige à busca da Verdade, do Bem e do Belo. A enfermagem, como os outros ramos do conhecimento humano, não pode prescindir de uma filosofia unificada que lhe dê bases seguras para o seu desenvolvimento. Filosofar é "pensar a realidade", é "uma interrogação". Inúmeros são os conceitos de filosofia, mas todos eles têm em comum: o Ser, o Conhecer e a Linguagem. O ser é aquilo que é, é a realidade (HORTA, 1979, p.3).

Embora seu entendimento de filosofia inclua o “pensar a realidade”, pode-se constatar que sua expectativa em relação à filosofia está muito mais vinculada a um elemento unificador do que uma forma de problematizar a realidade.

Horta (1979, p.3) distingue três tipos distintos de sujeitos da enfermagem (seres): o *ser-enfermeiro* (enfermeira ou enfermeiro), o *ser-cliente* (cliente) e o *ser-enfermagem* (enfermagem). A enfermeira ou enfermeiro (*ser-enfermeiro*) é “gente que cuida de gente”. Por um lado, é um ser humano com todas as dimensões, potencialidades e restrições como qualquer outro. Porém, por outro lado, distingue-se dos demais pelos conhecimentos, habilidades e formação como enfermeira ou enfermeiro. Aparece na transcendência da ação de enfermagem, a qual tem seu caráter iminente naquilo que é rotineiro e cotidiano, embora não fique a ele limitado (HORTA, 1979, p.4). Nesta referência ao “transcendental” Wanda Horta evidencia que sua preocupação filosófica principal é a metafísica, à diferença de Boorse (1975, 1979), mais interessado em questões relativas ao que hoje chamaríamos de uma filosofia da ciência. Ainda que existam muitas referências ao estatuto da enfermagem como ciência e uma grande preocupação nesse sentido, Horta nunca esquece os temas próprios da metafísica.

O cliente (*ser - cliente*) é um ser que necessita de cuidados de outros seres humanos nas diversas fases do seu ciclo vital ou do ciclo saúde - enfermidade. Pode ser um indivíduo, uma família ou uma comunidade. Já a enfermagem (*ser - enfermagem*) é, segundo Horta (1979), um ser abstrato resultante da interação e transação do *ser - enfermeiro* com o *ser - cliente*; seu objeto é “assistir às necessidades humanas básicas” (HORTA, 1979, p.3).

No item “Ciência e teoria” quando discorre sobre a questão se é a enfermagem uma ciência, transparece o caráter empírico da sua teoria. Expõe a classificação de Dickoff & James (HORTA, 1979) sobre níveis de teorias. De acordo com esta classificação, as teorias de nível I isolam e classificam os elementos. As de nível II, estabelecem relações entre fatores. As de nível III, relacionam situações, ou seja, são preditivas, pois têm o poder de predizer se, sob determinadas condições, um fenômeno X pode ser produzido ou

inibido. E finalmente, as teorias de nível IV descrevem todos os elementos necessários à ocorrência de uma situação e quais serão as conseqüências da situação produzida. Por este motivo são consideradas teorias prescritivas.

Horta (1979, p.6) classifica sua teoria como pertencente a categoria de nível IV (prescritiva). Justifica sua afirmação relatando que sua teoria a) especifica um *objetivo - conteúdo* como finalidade da atividade; b) prescreve o necessário para a atividade realizar o *objetivo - conteúdo*; e, c) dispõe de uma lista de levantamento⁸ que serve como suplemento à prescrição atual e preparação para a posterior, para que a atividade conduza ao alcance do *objetivo - conteúdo*. A lista de levantamento orienta a atividade prática à luz da teoria, serve como assessoramento da teoria, e permite a pesquisa para validar a teoria ou especular sobre ela.

Em relação a sua preocupação sobre a enfermagem como ciência, Horta (1979) afirma que a enfermagem tem a intenção de desvelar o ser humano (indivíduo, família e comunidade). Como o objeto de sua teoria é assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas, o objetivo (*ente*)⁹ da enfermagem como ciência, é descrever e relacionar estas necessidades entre si. Apesar de Horta (1979) classificar a enfermagem como uma ciência hermenêutica ela não faz nenhuma alusão às teorias interpretativas. Isto é bastante compreensível, pois os trabalhos de Gadamer (1998), como "Verdade e Método" começaram a ser publicados somente a partir 1986, enquanto sua teoria foi escrita na década de 70. Porém, embora ela não tenha citado na bibliografia do seu livro autores da fenomenologia, ela utiliza termos em sua descrição (*ente da enfermagem, ser - enfermeiro, ser - enfermagem, ser - cliente*) que sugerem leitura dos trabalhos de autores desta corrente filosófica.

⁸ agente- quem ou o que faz a atividade; paciente - quem ou o que é recipiente da atividade; estrutura qual o ponto final da atividade; procedimento - qual é o processo orientador, técnica ou protocolo da atividade; dinâmica - qual é a fonte de energia para a atividade - se química, fisiológica, biológica, mecânica, psicológica, etc. (Horta, 1979).

⁹ O sentido atribuído por Horta (1979) ao termo *ente* pode ser compreendido como algo essencial ou substancial à sua Teoria.

Como fundamento para o desenvolvimento da sua teoria, Horta propõe a aquisição de conhecimento sobre: 1) o ser humano - indivíduo, família e comunidade – inserido e trocando energia com o seu ecossistema, sua natureza, as leis que o regem no universo, no tempo e no espaço, e seu dinamismo; 2) o objeto, ou seja, os níveis de atendimento, as teorias de enfermagem, o processo, a assistência, o cuidado, as síndromes; e, 3) o ente, entendido como as necessidades humanas básicas, classificadas conforme João Mohana (1963, p.31) em: a) psicobiológicas; b) psicossociais; e c) psicoespirituais.

É bastante instigante tentar imaginar por quê Horta (1979) tendo inspirado-se em Maslow (1970) - um psicólogo humanista - adota a classificação de necessidades proposta por João Mohana - um padre psicanalista, como demonstra seu livro intitulado *Padres e Bispos Auto-Analisados*, publicado em 1967 - e não pela classificação de Maslow (1970).¹⁰ É possível que um dos motivos que a levou a esta decisão tenha sido o fato de João Mohana (1963) colocar a necessidade de espiritualidade (mais precisamente a necessidade de religião) como uma das categorias mais elevadas de necessidades. Quando Maslow (1979), ao contrário, considerou a auto - realização como o nível mais alto de necessidade humana. João Mohana (1963, p.32-33) comentando sobre a necessidade psico - espiritual, afirma

Qualquer homem ou mulher, mesmo sem nunca ter freqüentado escola ou igreja, manifestará a tendência de indagar o “porquê, o “para quê” pessoal e alheio, a tendência de cogitar sobre o sentido da vida, a tendência a se ultrapassar, a se autotranscender, a se contatar com uma realidade que satisfaça sua condição de ser aberto e incompleto, de fazer experiência não apenas com os seres relativos, que não respondem às suas indagações. São instintos do nível psico - espiritual. [...] O impulso para Deus é tão natural, tão fisiológico e tão universal, como o impulso para a mulher no homem ou para o homem na mulher. É constatação de todo psicanalista objetivo.

Maslow *apud* Torres (1986), define a necessidade de auto - realização como sendo aquilo que uma pessoa faz como o mais adequado e de acordo com sua própria natureza;

¹⁰ Maslow (1979) classificou as necessidades humanas em: fisiológicas; segurança; aceitação; de amor; estima; e, auto – realização.

envolve autossatisfação e capacidade de realizar aquilo para o qual uma pessoa é naturalmente capaz.

Horta (1979) não chega a argumentar sobre o motivo que a levou a adotar a classificação de João Mohana (1963). Ela simplesmente escreve

Prefere-se utilizar na enfermagem a denominação de João Mohana: necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual; os dois primeiros níveis são comuns a todos os seres vivos nos diversos aspectos de sua complexidade orgânica, mas o terceiro nível, por enquanto e dentro dos conhecimentos atuais, é característica única do homem (HORTA, 1979, p.39).

Interessante também notar o comentário de Horta (1979) sobre a conceituação das necessidades humanas básicas,

Cada necessidade será conceituada à luz dos conhecimentos científicos que as determinam, os sinais e os sintomas que caracterizam seu não-atendimento ou a inadequação dos meios para sua satisfação. Em todas as necessidades estudadas serão incluídos os fatores que modificam suas manifestações e atendimento, a correlação entre eles e os seus níveis de satisfação (HORTA, 1979, p.8).

O que mais me chamou à atenção nesta citação foi a relação estabelecida entre necessidades não atendidas e sinais e sintomas. Não me parece uma teoria que tem entre os princípios que a fundamentaram a “lei do holismo”, consinta em relacionar estes elementos. Pois, conforme o modelo biomédico, sinais e sintomas são manifestações da doença e, isso não implica necessariamente um indicativo de expressões dos seres humanos sobre suas necessidades não atendidas, mas sim de alterações estruturais e funcionais provocadas pelas doenças.

Num outro item desta primeira parte do seu livro, Wanda Horta descreve algumas das teorias de enfermagem. Dentre elas a teoria homeostática de Wanda McDowell (1961), a teoria holística de Myra Levine (1967), a teoria de alcance de objetivos de

Imogene King (1971), a teoria sinérgica de Dagmar Brodt (1979), a teoria da adaptação de Sister Calista Roy (1979) e a teoria de Martha Rogers (1970).

É somente como último item desta primeira parte que Wanda Horta começa a apresentar sua teoria, iniciando por enumerar e definir as três leis gerais que a fundamentaram. A primeira, é a lei do equilíbrio (homeostase ou homeodinâmica) que enuncia “[...] todo o universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os seus seres” (HORTA 1979, p. 28). A segunda é a lei da adaptação, conforme a qual “[...] todos os seres do universo interagem com o seu meio externo buscando sempre formas de ajustamento para se manterem em equilíbrio”(HORTA 1979, p. 28). E, finalmente, a lei do holismo¹¹, que considera o “[...] universo como um todo, o ser humano é um todo, a célula é um todo, esse todo não é mera soma das partes constituintes” (HORTA, 1979, p.28).

Embora baseada na lei do holismo, quando aplicada à prática assistencial, parece tender a desviar-se para duas direções distintas. Na primeira, a tendência é que cada necessidade seja analisada e avaliada separadamente, ou seja, analiticamente. Neste caso, a última parte do enunciado da lei do holismo é esquecida. Ou seja, “[...] esse todo não é a mera soma das partes constituintes de cada ser” (HORTA, 1979, p.28) . Além de avaliar cada necessidade separadamente, ao término da avaliação, estas partes (o todo universo, o todo indivíduo, o todo célula) não são consideradas como um todo integrado e equilibrado entre si. Como bem coloca Maslow (1970), o indivíduo é um todo integrado e organizado e, é este todo, e não suas partes que é motivado. É provável que possamos compreender essas dificuldades pelo lugar que Maslow (1970) ocupa, de fato, na teoria de Wanda Horta (1979). Ele parece ter sido esquecido deixando lugar, por uma parte aos argumentos da biomedicina e, por outra, às idéias religiosas de João Mohana (1963).

¹¹ Devemos dizer que o conceito de *holismo* utilizado por Horta tem semelhanças e diferenças com aquele que hoje é utilizado por diferentes autores, como por exemplo Lennart Nordenfelt (1987, 1995).

Numa segunda direção, parece haver a tendência de super valorizar o todo, a tal ponto que se perde a visão de cada elemento separadamente e de suas relações. E mais, corre-se o risco de super valorizar algumas necessidades, não conforme a necessidade do indivíduo, mas conforme as crenças, os valores, o nível de competência e outras características do profissional. Neste caso, parece ser uma questão de abordagem da relação profissional. Quando esta relação não é simétrica, há a tendência de prevalecer a visão profissional sobre a do indivíduo. Do ponto de vista ético, a principal implicação é desconsiderar a autonomia do indivíduo e, desta forma, correr o risco de não fazer o que é melhor para o cliente, mas sim aquilo que o profissional considera o melhor e o necessário. Essa perda de autonomia do paciente pode assumir as mais variadas características, e esse risco pode se apresentar nas situações mais diversas. Pensemos por exemplo, em certas situações simples e muito reais como as seguintes.

Um exemplo comum envolvendo crenças pessoais, poderia ser aquele em que chega o padre do hospital na unidade de terapia intensiva e pergunta à enfermeira ou enfermeiro, quais os pacientes que ainda não receberam a “benção da saúde”(mais conhecida como extrema unção e que, freqüentemente, possui o significado de que não há mais “chances”). A enfermeira ou o enfermeiro prontamente aponta para os leitos; ou porque ela ou ele acredita que uma extrema unção é sempre benéfica ou pelo menos não – maléfica (do ponto de vista biológico, é claro), ou porque toma uma atitude sem refletir. Se tomamos como mais provável a primeira opção, a enfermeira ou enfermeiro estará agindo conforme suas crenças. Se tomarmos como verdadeira a segunda opção, a enfermeira ou enfermeiro estará agindo conforme suas conveniências pessoais. Em um ou outro caso, o que está em jogo é a autonomia do cliente, pois não foi consultado em nenhum dos casos.

Um outro exemplo, bastante corriqueiro nos hospitais, é a limitação e escolha, por parte do pessoal da unidade, das pessoas que podem entrar na unidade de terapia intensiva no momento da visita. Freqüentemente estas escolhas são baseadas na idéia preconcebida de que familiares tem mais valor para o cliente do que as outras pessoas. A equipe tem a visão, de certa forma ingênua e nem sempre verdadeira, de que os familiares são os entes mais desejados e queridos do cliente. Por este motivo, atribui-se o direito de decidir quem deve entrar para a visita. Novamente, o que está sendo desconsiderado é a autonomia do

cliente. Ou seja, o direito de escolher qual a visita que deseja receber. Pois sabemos muito bem que nem todas as esposas e esposos são maravilhosos e, não raro os filhos constituem-se em problemas para os pais. Sem contar com aquele cunhado problemático e a sogra autoritária. O conflito está entre aquilo que *deveria ser* (a idéia de que os familiares são sempre as pessoas mais importantes para os cliente – de mais valor) e aquilo que *é*. Frequentemente, os clientes preferem a visita de uma amiga, amigo ou mesmo um amante, do que dos familiares. Assim, o *correto ou o que deveria ser*, muitas vezes não é o melhor para o cliente. Bastaria consultá-los a esse respeito.

Num terceiro exemplo, poderíamos abordar a questão da competência profissional. Para ilustrar um exemplo comum deste tipo de problema, podemos descrever uma das muitas situações que ocorrem com alunos em estágio na UTI. Certa vez recebemos uma cliente em choque hipovolêmico. Sua condição de saúde era muito grave e, para reverter o quadro, seria necessário realizar uma cirurgia urgentemente. Sua pressão arterial estava muito baixa e seu nível de consciência estava diminuindo rapidamente; já estava bastante confusa e sonolenta. Assim que nesta situação, todos os cuidados deveriam ser no sentido de monitorizar e manter a estabilidade dos seus sinais vitais e prepará-la para a cirurgia. Entretanto, este preparo deveria se restringir ao essencial, dada a gravidade da situação. Foi então que uma das alunas trouxe um algodão com acetona para tirar o esmalte das unhas da cliente, ao invés de ficar controlando os sinais vitais (que era a prioridade absoluta do momento para manter a vida). Quando perguntei porque ela estava preocupada com o esmalte numa situação tão grave ela me respondeu que foi orientada que uma pessoa jamais poderia ir para o centro cirúrgico com as unhas pintadas. Embora este caso não seja um exemplo típico de incompetência profissional, uma vez que se tratava de alguém que estava num processo de aprendizado, ele é bastante adequado para mostrar de que maneira podemos facilmente nos esquecer de princípios éticos como a beneficência e a não - maleficência, tornando-nos muito vulneráveis às regras, quando caímos numa visão analítica do indivíduo.

Mais adiante, ao tecer considerações gerais sobre sua teoria, Horta(1979) afirma que a enfermagem como profissão tem duas tendências a seguir: ou se desenvolve como ciência ou torna-se a profissão assistente - médico (Horta, 1979). Para evitar a segunda

tendência ela teve o cuidado de elaborar uma teoria de nível IV (prescritiva), com a intenção de afirmar a enfermagem como ciência.

Ao declarar que a enfermagem é um serviço prestado ao ser humano e parte integrante da equipe de saúde, ela procura ao mesmo tempo fazer uma caracterização das relações deste ser humano com seu universo, bem como, das funções e valor social das enfermeiras e enfermeiros enquanto membros da equipe de saúde.

Para Horta (1979), o ser - humano (indivíduo, família e comunidade) é parte integrante do universo dinâmico e, portanto, sujeito às leis que o regem. Por estar em constante interação com o universo, sofre mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e espaço. Distingue-se dos outros seres do universo por sua capacidade de reflexão, imaginação, simbolização e historicidade (poder de unir presente, passado e futuro), características que lhe conferem unicidade, autenticidade e individualidade. Como agente de mudanças (ou ser histórico) está sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio conseqüentes ao seu próprio dinamismo. São estes estados de desequilíbrio que geram as necessidades humanas. Ou seja, estados de tensão conscientes ou inconscientes que levam os seres humanos a buscarem satisfação com a finalidade de manter seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço (HORTA, 1979).

Horta (1979) afirma que a insatisfação ou a satisfação incompleta das necessidades gera estados de desconforto que, quando prolongados, podem causar doenças. Enquanto, as necessidades satisfeitas mantêm estados de equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço. É a estes estados que ela denomina de saúde. Aqui nossa crítica remete-se nem tanto às implicações éticas do conceito de saúde, mas à sua falta de operacionalidade (que obviamente também terá implicações éticas). Por um lado, para ser saudável (equilíbrio dinâmico) basta manter as necessidades satisfeitas. Mas por outro, não há uma caracterização deste estado de equilíbrio dinâmico que dê aos profissionais indicativos concretos de saúde. Não há clareza à que se refere este estado de equilíbrio dinâmico, pois para haver equilíbrio é necessário pelo menos dois componentes. Quais seriam eles? Seria entre necessidades satisfeitas e não satisfeitas? Quais seriam os indicativos de qualidade e

quantidade de satisfação de necessidades para que um indivíduo fosse considerado saudável (pelo menos minimamente saudável)? E se Horta estivesse se referindo ao equilíbrio entre o indivíduo/família/comunidade e seu meio ambiente (incluindo ambiente físico, cultural e social), quais seriam os indicadores deste equilíbrio?

Além do mais, não me parece que seja sensato restringir o conceito de saúde à satisfação de necessidades. Pelo menos seria necessário estipular quais as necessidades que estariam vinculadas ao conceito de saúde. Para tanto, é preciso ter clareza sobre o que pensamos ser a natureza da saúde para que possamos estabelecer relação entre necessidades humanas e saúde. Do contrário, estaríamos sempre com a saúde comprometida de uma ou de outra maneira, pois sempre temos uma ou outra necessidade insatisfeita.

Um outro aspecto relevante, seria fazer uma distinção entre necessidade e desejo. De acordo com Liss (1993) nós podemos desejar um objeto sem necessitá-lo. Do mesmo modo, nós podemos necessitar de um objeto sem desejá-lo. Por exemplo, nós podemos necessitar tomar um antibiótico sem desejá-lo. Assim, uma necessidade é uma relação – uma diferença entre um estado real e um estado a ser atingido (objetivo ou propósito). Um desejo, é algo dentro do organismo, uma tendência ou uma disposição para agir. Um desejo, diferentemente de uma necessidade não é instrumental. Quando desejamos algo, desejamos para o seu próprio propósito. Porém, este não é o caso de uma necessidade. Uma necessidade é sempre um instrumento para atingir um objetivo ou propósito. Sempre necessitamos de algo *para* (LISS, 1993). De qualquer maneira retomaremos esta discussão mais adiante.

Para Horta (1979), o objetivo da enfermagem é auxiliar os seres humanos a manterem seu equilíbrio dinâmico, seja prevenindo estados de desequilíbrio ou revertendo desequilíbrio em equilíbrio no tempo e no espaço. Ou seja, manter e recuperar a saúde. A finalidade é alcançar o mais alto grau de bem-estar. Para tanto, é necessário que as necessidades humanas básicas sejam satisfeitas. Estas idéias de Horta (1979) nos conduzem a refletir sobre a distinção entre objetivos, finalidade e domínio da enfermagem.

Liss (1996, p.20), escrevendo sobre a noção de um objetivo, trabalha muito bem essa distinção. Conforme este autor, pode-se tentar atingir um objetivo por diferentes razões. Quando nós tentamos alcançar um objetivo por seu próprio propósito, este objetivo é chamado de *objetivo final* ou *finalidade*. Ele se basta por si mesmo. Porém, quando nós tentamos atingir um objetivo com o propósito de alcançar um outro objetivo, nós o chamamos de *objetivo instrumental*. Há basicamente dois tipos de objetivos instrumentais: a) objetivos operacionais; e, b) sub-objetivos.

Quando um objetivo operacional é atingido, significa que o agente não precisa realizar nenhuma outra ação para atingir o objetivo final, mas ações realizadas por outros podem ou não ser necessárias. Utilizando um exemplo citado por Liss (1996), vamos considerar o caso de uma pessoa que tomou um analgésico. Depois que a pessoa toma o comprimido não é preciso fazer mais nada para obter o alívio da dor. As razões de *por quê* não é necessário fazer mais nada variam de acordo com o tipo de relação¹² entre o objetivo operacional e o final.

Já o domínio de uma profissão ou empreendimento, está relacionado a uma estrutura de objetivos. O domínio considera os tipos de ações para o alcance do objetivo. Diferentes domínios requerem diferentes objetivos operacionais e, por conseguinte, diferentes tipos de ações (LISS, 1996).

Embora não esteja satisfeita com a associação realizada por Horta (1979), entre equilíbrio e saúde (pelas razões já expostas), creio que é bastante aceitável o

¹² Há no mínimo quatro tipos diferentes de relações entre o objetivo operacional e o final. 1) Relação lógica ou conceitual: O objetivo final pode ser definido em termos do objetivo operacional. Consideremos o conceito de saúde como a ausência de doença. Isto significa que atingindo o objetivo operacional “ausência de doença”, atingiremos o objetivo final “saúde”. 2) Relação constitucional: neste tipo de relação, o estado final dos objetivos operacional e final coincidem. Por exemplo: natação é uma forma de exercício, então quando nado me exercício. 3) Relação convencional: é aquela na qual o objetivo final pode ser atingido, quando existe uma convenção. Um bom exemplo citado por Liss (1996) é o de um contrato. Vamos supor que o objetivo final é ter um contrato. Este objetivo pode ser atingido quando o objetivo operacional “assinar o papel for atingido. 4) Relação causal: neste tipo de relação o alcance do objetivo operacional causa o alcance do objetivo final. Por exemplo, a mudança no estilo de vida (objetivo operacional) causa a diminuição no risco de cair enfermo (objetivo final: evitar a enfermidade) (LISS, 1996).

estabelecimento de bem-estar (entendido como qualidade de vida, estar bem, vida boa) como a finalidade da enfermagem. O conceito de bem-estar está muito mais vinculado com satisfação de necessidades do que, ao meu ver, o próprio conceito de saúde.

A partir destas reflexões poderíamos pensar numa estrutura de objetivos para a enfermagem que caracterizasse o seu domínio como profissão. Considerando bem-estar como objetivo final e saúde como um objetivo instrumental, quais seriam as ações da enfermagem que contribuiriam para promover, manter a saúde, prevenir estados de saúde comprometida ou de não saúde, e recuperar a saúde.



Figura 3 - Domínio da Enfermagem

Como os seres humanos comuns não têm o conhecimento de como atender muitas de suas necessidades básicas, recorrem às enfermeiras e enfermeiros para auxiliá-los, principalmente quando ocorrem estados de desequilíbrio (saúde comprometida? doenças?).

O atendimento das necessidades humanas básicas se faz através do cuidado do ser humano. Assim,

A enfermagem como parte integrante da equipe de saúde implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrio pela assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas; procura sempre reconduzi-lo à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço. ...enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais (HORTA, 1979, p.29).

De acordo com Horta, assistir em enfermagem

“[...] é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar, supervisionar; e, encaminhar a outros profissionais.” (HORTA, 1979, p.30)

Sob esta perspectiva, quando examinamos a Figura 4, percebemos que Horta (1979) distingue as funções da enfermagem em três áreas. Uma **área específica**, na qual a função é assistir o ser humano na satisfação de suas necessidades básicas e, ao mesmo tempo, ensinar o autocuidado com a finalidade de torna-lo independente da assistência. Uma **área interdependente** ou de **colaboração** com a equipe de saúde, na qual a finalidade é manter, promover e recuperar a saúde. E, finalmente, uma **área social** na qual as atividades das enfermeiras e enfermeiros têm como finalidade a pesquisa, o ensino, a administração, a responsabilidade legal e a participação nas associações de classe.

A ciência da enfermagem implica no estudo das necessidades humanas básicas (sua natureza), dos fatores que influenciam sua manifestação e da maneira de satisfazer estas necessidades (formas de cuidado); sempre com o entendimento de que todo cuidado é preventivo, curativo e de reabilitação.

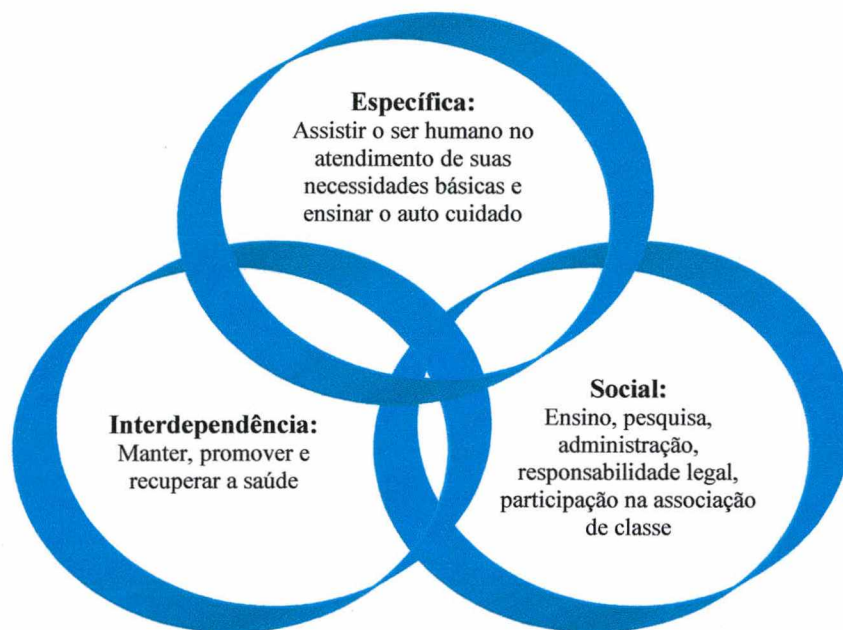


Figura 4 - Funções da enfermeira (HORTA, 1979, p.30 [Releitura])

Alguns outros princípios firmados por Horta (1979) estão vinculados aos aspectos éticos da assistência. Ela demonstrou este tipo de preocupação quando estabeleceu que os seres humanos, como membros de uma família e de uma comunidade, são elementos participantes ativos no seu autocuidado; e, que sua unicidade, autenticidade e individualidade deve ser respeitada – em outras palavras, sua autonomia deve ser respeitada, uma vez que a assistência de enfermagem deve ser prestada ao ser humano e não à sua doença.

Para que a enfermagem atue de forma eficiente, é necessário que seu trabalho seja desenvolvido conforme o método científico; neste caso utilizando o processo de enfermagem. A Parte II de seu livro é dedicada a descrição do processo de enfermagem, o qual ela define como “[...] a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos” (HORTA, 1979, p.35).

É o processo de enfermagem que confere o caráter prescritivo da teoria de Wanda Horta. Através dele é possível decidir quais os elementos ou fatores (ações de cuidado) serão necessários para que um determinado resultado seja atingido.

O processo de enfermagem proposto é constituído por seis etapas: 1) histórico de enfermagem; 2) diagnóstico de enfermagem; 3) plano assistencial; 4) plano de cuidados ou prescrição de enfermagem; 5) evolução; e, 6) prognóstico (HORTA, 1979, p. 35).

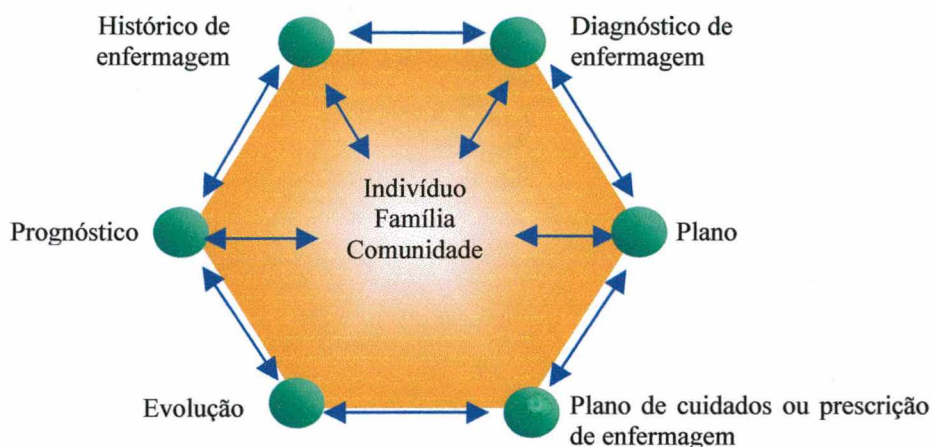


Figura 5 - Processo de Enfermagem (HORTA, 1979, p.35 [releitura])

No **histórico de enfermagem** são levantados os dados significativos de acordo com um roteiro sistematizado. Horta (1979) apresenta cinco tipos de modelo de histórico, três completos (anexos 1, 2, 3), e dois simplificados (anexos 4 e 5). A estrutura básica destes modelos inclui 1) Identificação; 2) Dados clínicos de interesse para a enfermagem; 3) Entrevista e observação do paciente; 4) Necessidades básicas na hospitalização conforme lista do quadro 1 (comparada com os hábitos anteriores); 5) Ajustamento do paciente ao hospital; 7) Impressões do entrevistador; e 8) Identificação de quem colheu os dados.

QUADRO 1 - Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1979, p. 40)

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

Oxigenação
 Hidratação
 Nutrição
 Eliminação
 Sono e Repouso
 Exercício e atividades físicas
 Sexualidade
 Abrigo
 Mecânica corporal

Motilidade
 Cuidado corporal
 Integridade cutâneo-mucosa
 Integridade física
 Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular
 Locomoção
 Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa
 Ambiente
 Terapêutica

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Segurança
 Amor
 Liberdade
 Comunicação
 Criatividade
 Aprendizagem (educação à saúde)
 Gregária
 Recreação
 Lazer
 Espaço
 Orientação no tempo/espaço
 Aceitação
 Auto-realização
 Auto-estima
 Participação
 Auto-imagem
 Atenção

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

Religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida

Horta (1979, p.43) considera que o mínimo indispensável para a realização de um histórico de enfermagem consiste em

[...] completar os dados de identificação; percepção e expectativas (experiências prévias, sentimentos, problemas, preocupações, o que sabe sobre sua doença, o que espera da equipe de saúde); atendimento das necessidades básicas (alimentação, hidratação, eliminação, sono e repouso, cuidado corporal, recreação, espirituais; exame físico; problemas ou padrões de comunicação.

O objetivo do histórico é tornar possível a identificação dos problemas de saúde do ser humano (necessidades insatisfeitas ou parcialmente satisfeitas). Por este motivo, ela faz uma série de considerações sobre os critérios para elaborar um bom histórico. Descreve

as características¹³, a responsabilidade, a técnica, os fatores que interferem na coleta dos dados – discriminando aqueles relacionados à condição do cliente, ao preparo do profissional e a instituição - os dados mínimos necessários para a elaboração de um histórico, as vantagens e utilização dos dados, a descrição da técnica de exame físico e as partes de um histórico. Ela destaca a preferência pela entrevista informal como parte da técnica, na qual a interação *enfermeira - paciente* seja promovida. Porém, ela não chega a comentar como seria esta interação e nem esclarece quais seriam os seus objetivos. Imagino que, quando se refere à interação, seja uma forma manifestar preocupação com um tipo de relação mais simétrica entre profissional e cliente, na qual o diálogo entre iguais seja o principal componente. Logo adiante ela comenta “ É indispensável a apresentação pessoal, explicando-lhe o que se vai fazer e *por quê*” (HORTA, 1979, p.42). Quem conheceu o ambiente hospitalar da época (e mesmo ainda, o dos tempos atuais) pode compreender que, ainda que pareça insuficiente se comparada aos preceitos éticos atuais, esta citação demonstra uma preocupação com o outro enquanto semelhante. Pois naquela época não era comum os profissionais abordarem os “pacientes” com um cumprimento e apresentação pessoal e, muito menos, pedir permissão e explicar os procedimentos que seriam realizados.

Mais adiante Horta (1979, p.42) faz um outro comentário no qual ela reforça a condição do cliente como um semelhante e, portanto, merecedor de respeito. Referindo-se à condição ou estado geral do cliente, ela comenta

Será dada prioridade à necessidade mais sentidas pelo cliente e o histórico poderá ser protelado, mas através da observação muitos dados serão colhidos; *idade* é um fator importante: por exemplo, no caso de crianças e idosos, muitos dados serão colhidos do acompanhante; *sexo* deve ser levado em consideração, haverá maior dificuldade na obtenção de certos dados de acordo com o sexo, principalmente no exame físico; cultura deve ser respeitada e traz informações adicionais para o cuidado; *escolaridade* determina padrões de comunicação verbal e escrita [...]

¹³ Entre eles destaca a concisão, individualização, que as informações permitam um cuidado imediato e não haja duplicação de informações (HORTA, 1979, p.42).

Um aspecto que também merece destaque nessa citação, é a sua preocupação em relação ao sexo do cliente. Não porque há doenças mais ligadas a um sexo do que ao outro, mas, sobretudo, pelo constrangimento em examinar “partes íntimas” como genitália e região perianal, uma vez que a maioria dos profissionais da enfermagem é constituída por mulheres jovens. Eu pessoalmente, me lembro muito bem de receber instruções completas sobre como realizar o exame físico dos clientes. Não importava se o cliente tivesse sido internado para realizar uma timpanoplastia, nosso exame físico era duramente criticado se não houvesse a descrição das condições das “partes íntimas dos clientes” (e isto, obviamente, significava uma redução da nota ou uma séria advertência).

Horta (1979) também exteriorizou uma preocupação com o tipo de filosofia adotada pela instituição (leia-se hospital). Ela afirmava que em instituições onde a filosofia não fosse centrada no cliente, haveria mais dificuldades para exercício da enfermagem, pois haveria conflitos entre a filosofia institucional e os objetivos profissionais.

O diagnóstico de enfermagem “[...] é a identificação das necessidades básicas do ser humano que precisam de atendimento e a determinação, pelas enfermeiras e enfermeiros, do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão” (HORTA, 1979, p.58). Quanto a natureza, o grau de dependência pode ser total ou parcial. E é a partir do grau da dependência do cliente que a enfermeira ou enfermeiro toma as decisões a respeito do tipo de cuidado necessário. Com a preocupação de tornar o diagnóstico mais específico e prático, Horta (1979) criou um modelo para determinar a dependência da enfermagem em natureza e extensão (Quadro 2, p.62).

Quadro 2 - Modelo operacional para determinar a dependência de enfermagem em natureza e extensão

Indicador	conhecimento	deambulação	motilidade	Estado mental	Condições do ambiente	Condições sócio econômicas
0	Correto	Ambulante	Total	Consciente	Favorável	Muito boa
1	Semi - correto	Ambulante com auxílio	Parcial	Desorientado no tempo e no	Semi-favorável	Boa

				espaço		
2	Incorreto	Maca ou cadeira	Mínima	semiconsciente	Difícil	Regular
3	Ignora	Acamado	Nenhuma	Períodos de inconsciência	desfavorável	

Fonte: Horta (1979, p.62)

Dependendo do grau de dependência, o tipo de assistência requerida pode variar. Vamos considerar que uma pessoa é totalmente dependente da assistência de enfermagem. Neste caso, todas as ações profissionais seriam do tipo *fazer*. Porém, vamos supor que uma pessoa fosse parcialmente dependente. Nesta situação, faz parte do diagnóstico de enfermagem averiguar o grau desta dependência, para então decidir o tipo de cuidado necessário. Este cuidado poderia ser do tipo *ajudar*, *orientar*, *supervisionar* ou *encaminhar*. Embora, tenha tentado introduzir um tipo de diagnóstico mais operacional, ela não consegue atingir este objetivo. Torna-se vítima da forma de pensar da qual ela justamente procurava distanciar-se. Quando tenta elaborar uma metodologia (na verdade um esquema) para orientar o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, novamente retorna a velha dicotomia entre o modelo médico e o modelo das necessidades.



Figura 6 - Metodologia da Enfermagem (HORTA, 1979, p.65 [releitura])

Apesar de supor que consegui compreender sua tentativa de ilustrar como se dá o processo diagnóstico, é relativamente fácil perceber que o estilo de pensamento de Horta (1979) ainda mantém ligações muito fortes com modelo biomédico. Este aspecto fica explícito através de seu entendimento do problema de enfermagem com sinais e sintomas, necessidades e dependência. É apropriado lembrar que ela explicitamente relaciona as manifestações das necessidades com sinais e sintomas (manifestações típicas da doença).

O **plano assistencial** tem como objetivo determinar a assistência global de enfermagem que o ser humano deve receber de acordo com o diagnóstico estabelecido. É sistematizado em concordância com o conceito de assistir em enfermagem, o que significa realizar encaminhamentos, supervisionar, orientar, ajudar e executar cuidados. Detém-se mais aos aspectos prioritários do cuidado; pois não tem como objetivo o detalhamento da assistência. Aqui um outro problema se apresenta. Uma vez que ela vincula as manifestações das necessidades com sinais e sintomas, fatalmente o plano assistencial e o plano de cuidados focalizarão ações de enfermagem dependentes da prescrição médica, o que aumenta a dependência do modelo biomédico.

No **plano de cuidados** ou **prescrição de enfermagem** é então realizada a implementação do planejado no plano assistencial. O objetivo de coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem na execução diária dos cuidados adequados a satisfação das necessidades básicas e específicas do ser humano.

Na **evolução de enfermagem**, é realizado um relato diário das respostas do ser humano à assistência de enfermagem implementada. No **prognóstico de enfermagem**, a enfermeira ou enfermeiro estima capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas após a implementação do plano assistencial e a partir da evolução de enfermagem.

Reafirmando o que foi dito anteriormente a respeito do caráter prescritivo da teoria, pode-se perceber que ele se manifesta basicamente na etapa denominada *prescrição de enfermagem*, onde o que deverá ser feito é planejado, prescrito e executado; e, na etapa de *prognóstico*, na qual a enfermeira ou enfermeiro estima a capacidade do indivíduo, família

ou comunidade para atender suas próprias necessidades básicas, ou seja, sua capacidade para o autocuidado.

Horta (1979, p.37) define como instrumentos básicos à aplicação do processo de enfermagem a observação, comunicação, aplicação do método e princípios científicos, avaliação, planejamento, criatividade, destreza manual, trabalho em equipe e utilização dos recursos da comunidade. Chama-me a atenção o fato dela não incluir a atitude ética como um dos aspectos que deve permear todo o processo de enfermagem (talvez ela não tenha tido tempo de vida para tal).

Ela também apresenta uma distinção conceitual entre **assistência de enfermagem e cuidado de enfermagem**. Para ela, **assistência de enfermagem** “*é a aplicação, pela (o) enfermeira (o), do processo de enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender as necessidades básicas do ser humano*” (HORTA, 1979, p.36). Enquanto que, **cuidado de enfermagem** é definido como “*a ação planejada, deliberada ou automática da (o) enfermeira (o), resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano*” (HORTA, 1979, p.36).

Analisando o eixo de classificação das intervenções de enfermagem descrito na Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem – CIPE do Conselho Internacional de Enfermeiras – CIE, verifica-se que o assistir ou a assistência de enfermagem constitui uma subcategoria do cuidar. O cuidado entendido como “*...um tipo de Intervenção de Enfermagem com as seguintes características específicas: estar preocupado com, servir, atender ou olhar por alguém ou por algo.*”(ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 1997) Enquanto que assistir ou assistência é definida como “*...um tipo de cuidar com as seguintes características específicas: fazer parte do trabalho por alguém ou ajudar alguém nas suas funções naturais.*”(ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 1997).

Embora a haja uma inversão hierárquica nas definições de cuidado e assistência de enfermagem propostas por Horta (1979) em relação àquelas propostas pela Classificação

Internacional das Práticas de Enfermagem (1997), considero as definições de Horta (1979) bem mais interessantes. São mais abrangentes e dependentes de todo um processo intelectual de tomada de decisão, fundamental para a qualidade do ato de assistir ou cuidar. Entretanto, para incluir a teoria de Horta no debate contemporâneo da enfermagem, parece-me conveniente definir **cuidado de enfermagem** como: a aplicação do processo de enfermagem para assistir o cliente no atendimento de suas necessidades básicas. E **assistência de enfermagem** como aquelas as ações planejadas, deliberadas ou automáticas realizadas pela enfermagem, resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do cliente.

Antes de descrever detalhadamente cada etapa do processo de enfermagem, Horta (1979) conceitua e caracteriza necessidades humanas básicas, considerando-as como os “entes” da enfermagem. Inicia sua abordagem, afirmando que existem diversos conceitos de necessidade. E, embora nenhum deles a satisfaça plenamente, sua opção recai sobre o conceito de necessidades como

[...] estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais. [...] Em estados de equilíbrio dinâmico, as necessidades não se manifestam, porém estão latentes e surgem com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado. São aquelas condições ou situações que o indivíduo, família e comunidade apresentam decorrentes do desequilíbrio de suas necessidades básicas que exijam uma resolução, podendo ser aparentes, conscientes, verbalizadas ou não. (HORTA, 1979, p.39)

As necessidades são universais (comuns a todos seres humanos), vitais, latentes, constantes, cíclicas, flexíveis, infinitas, dinâmicas, inter-relacionadas, energéticas, hierarquizadas (HORTA, 1979). Resultam da interação do meio interno como o meio externo. São peculiares em cada indivíduo, variando apenas a forma de manifestação e de serem satisfeitas. Dentre os fatores que interferem na forma de manifestação/satisfação individual estão: idade, sexo, cultura, escolaridade, ambiente físico, ciclo saúde, enfermidade e outros fatores sócio - econômicos. (HORTA, 1979). As necessidades são inter-relacionadas, constituem o todo do ser humano, e integram o conceito holístico do ser humano. Ou seja, o ser humano considerado como um todo indivisível, jamais como a soma de suas partes. É também este inter-relacionamento das necessidades que faz com

que elas sofram alterações, em maior ou menor grau, quando qualquer uma delas se manifesta.

A partir do conceito de necessidade Horta define o **problema de enfermagem** “[...] situações ou condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo, família e comunidade, e que exigem da (o) enfermeira (o) sua assistência profissional”. (HORTA, 1979, p.39). Porém, já na página seguinte, ao dar exemplos de manifestações de necessidades ela comenta:

Quando a necessidade se manifesta, o faz por sinais e sintomas que em enfermagem, por enquanto, denominam-se problemas de enfermagem. A necessidade de oxigenação seria o processo de utilização do oxigênio nos fenômenos de oxi-redução das atividade vitais. As manifestações podem ser evidenciadas pelos seguintes problemas de enfermagem: cianose, dispnéia, ortopnéia, lentidão, cansaço, fadiga, insegurança, agitação, irritabilidade, ansiedade, medo, euforia, tontura, coriza, tosse, hemorragia, sangramentos, tabagismo, obstrução das vias aéreas, estase circulatória, modificações no ritmo, frequência e demais características dos movimentos respiratórios, etc. (HORTA, 1979, p.40).

Este fato bastante curioso não poderia passar despercebido. Quando Horta (1979) se expressa conforme o seu modelo teórico, ela tenta definir problema de enfermagem de acordo com os conceitos da própria teoria (baseado na idéia de necessidades básicas insatisfeitas ou em desequilíbrio). Porém, quando tenta demonstrar como isto ocorre na prática, tomando a necessidade de oxigenação como exemplo, não faz mais do que caracterizar as necessidades insatisfeitas descrevendo minuciosamente uma série de sinais e sintomas da insuficiência respiratória, conforme a maneira mais típica dos modelos biomédicos. É interessante também notar que, ao dar exemplos práticos ou comentar sobre a operacionalização de sua teoria, ao invés de referir-se ao cliente como “Ser Humano”, ela refere-se ao “paciente”, como demonstra a citação:

“[...] analisando os dados colhidos no histórico, são identificados os problemas de enfermagem. Estes, em nova análise, levam à identificação das necessidades básicas afetadas e do grau de dependência do paciente em relação à enfermagem, para seu atendimento. (HORTA, 1979, p.57).

Neste ponto, percebe-se a forte influência do modelo biomédico na prática. Mesmo que ela procurasse conceber uma teoria fundamentada em conceitos da psicologia de Maslow (1970) e Mohana (1963) e, em leis como a do holismo, se voltarmos à citação anterior podemos ver que ela utiliza a palavra *analizando* e *análise*, o que nos remete a modelos essencialmente analíticos como é o caso dos modelos biomédicos. Na prática, a enfermagem influenciada pela hegemonia do modelo biomédico, atua sob uma perspectiva analítica de saúde onde a questão chave está situada sobre a natureza da doença, o diagnóstico de patologias e suas manifestações. Neste ponto, se estabelece conflito entre a formação que a enfermagem vem recebendo; do ponto de vista filosófico, tenta aproximar-se mais de uma perspectiva holística de saúde, porém, do ponto de vista teórico-prático, rende-se facilmente à perspectiva analítica, típica dos modelos médicos.

Resumindo, quando Wanda Horta começa a conceber a sua teoria, ela o faz motivada pela idéia de desenvolver um modelo teórico próprio para a enfermagem. Para tanto ela começa sua busca procurando por um suporte teórico – filosófico que redirecione a prática de enfermagem, afastado-a do modelo biomédico; totalmente hegemônico, pelo menos nos ambientes hospitalares nos quais ela atuava. Nessa busca, ela recorre as ciências humanas e encontra suporte na psicologia humanista de Maslow e Mohana. No entanto, mantém o vínculo com as ciências naturais, como a biologia, anatomia, fisiologia, histologia, etc. principalmente para poder explicar as necessidades psicobiológicas.

Para conferir à enfermagem um *status* de ciência ela decide elaborar uma teoria preditiva, já pensando em tornar o seu modelo o mais operacional possível e prevendo a avaliação de resultados. Assim, ela desenvolve um modelo de processo de enfermagem, no qual ela inclui prognóstico e avaliação.

Mesmo tendo Horta (1979) demonstrado a preocupação em desenvolver um modelo mais próximo de uma perspectiva holística de saúde, sua teoria possui aspectos que lhe impõem um carácter analítico. Me refiro aqui a forma de explicar aquelas necessidades mais vinculadas ao dimensão orgânica da nossa saúde.

3. A CONCEPÇÃO BASEADA NA AÇÃO HUMANA: A TEORIA DE LENNART NORDENFELT

A concepção de saúde de Nordenfelt (1987, 1995) tem sido chamada de teoria Holística. Foi inspirada no conceito de saúde de Georges Canguilhem (1943) e tem suas raízes na moderna teoria da ação, principalmente, no livro “*Explicación y Comprensión*” de Georg Henrik von Wright (1971). Para Nordenfelt (1987, p. 65) saúde de uma pessoa é definida como “*a sua habilidade para alcançar seus objetivos vitais dadas certas circunstâncias padrão*”.

Saúde e doença não são fenômenos analisáveis exclusivamente em termos científicos, mas são conceitos valorativos que se referem as experiências, desejos, sentimentos, ambições e habilidades dos seres humanos sob determinadas circunstâncias (NORDENFELT, 1995).

A noção de pessoa é comumente reservada para os seres humanos que, além de terem um corpo e consciência, têm uma relação com um mundo habitado por outras pessoas – um mundo em que elas podem realizar suas intenções (SVENAEUS, 1999, p.118). Neste sentido, ser uma pessoa, é ser um indivíduo com uma certa história e personalidade relacionada com a história de outras pessoas e a um meio sócio- cultural.

As ações são intencionais; elas são dirigidas ao alcance de objetivos mas não no sentido biológico destacado por Boorse (1977). São realizadas por pessoas que têm certos planos e preferências, e tentam atingir certos fins. O funcionamento do organismo é vivido por uma pessoa e é algo essencial para ela mesma. Contudo, para o propósito de descrever aspectos da vida de uma pessoa é necessária uma outra linguagem que não a das

ciências naturais (de relações causais); a linguagem teleológica. A teoria da ação é um campo da filosofia que nos provê de tal linguagem. O sentido de funcionamento, apresentado na teoria bioestatística de Boorse (1977), é essencial para uma pessoa viver. No entanto, embora que ainda insuficiente, é muito mais na linguagem da satisfação das necessidades humanas que o indivíduo encontra uma forma de descrever sua experiência vivenciada, incluindo aquelas do âmbito da saúde.

Na teoria da ação, o **teleológico** é baseado na noção de ações e objetivos. O indivíduo age conforme um plano por ele idealizado para atingir certas metas. Portanto, ao contrário do conceito de teleológico apresentado por Boorse (1977), aqui o sentido de teleológico está vinculado à noção de **intencionalidade**. No entanto, ações e objetivos são dependentes do ambiente, pois o indivíduo está em constante interação com seu ambiente. Da mesma forma que o ambiente possibilita nossas ações e o alcance de nossos objetivos, pode também, limita-las e frustrar nossos planos (NORDENFELT, 1987, 1993, 1995). Conseqüentemente, o ambiente representa a esfera na qual nossas ações são realizadas e limitadas.

Porém, nossas limitações não estão somente vinculadas ao ambiente. Nosso corpo e nossa mente, devido às características pessoais, também nos impedem de realizar certas coisas que nós desejaríamos fazer. Frequentemente, nossos planos falham conforme determinados episódios¹⁴. Então, se nós não especificarmos as circunstâncias, será impossível saber se a falha foi provocada por fatores externos ou internos. Assim, conforme Nordenfelt (*apud* SVENAEUS, 1999, p.120) “ *o alcance de certos objetivos através de seqüências de ações, sempre parecem depender de interações entre uma pessoa*

¹⁴ Com o propósito de adquirir uma melhor compreensão da natureza da concepção de saúde vinculada à moderna teoria da ação humana, é importante distinguir algumas categorias de episódios, ou seja: estados, processos e eventos (NORDENFELT, 2000, p. 3 – 13). O **estado** de um objeto ou sujeito é determinado pela pelas contingências (relações e propriedades) deste objeto ou sujeito num determinado tempo e espaço. Muitos objetos ou pessoas também estão envolvidos em processos. Um **processo** ocorre quando há mudanças contínuas nas propriedades ou nas dimensões relacionais destas pessoas ou objetos. Um **evento** acontece quando há uma mudança de um estado para outro (de propriedade ou relação). Como exemplo de eventos, Nordenfelt (2000, p. 4) cita o nascimento, o tornar-se membro de associações, clubes, etc. Os eventos também podem iniciar ou finalizar processos.

em particular e seu ambiente". Transferindo este tipo de afirmação para a teoria da ação podemos dizer que "o alcance de um objetivo através de uma seqüência de ações requer ambos, a habilidade e a oportunidade" (NORDENFELT, 1987, p.42).

Para saber se uma pessoa tem habilidade ou a capacidade para alcançar um certo objetivo através de uma ação é necessário especificar as circunstâncias, e, também, as oportunidades que a pessoa tem, para decidir se ela é hábil para realizar aquela ação em particular. As oportunidades formam parte dos meios para toda habilidade (capacidade), e variam de acordo com o local, tempo e cultura (NORDENFELT, 1987, 1995). As oportunidades ou **circunstâncias aceitáveis**, são aquelas situações que não são extremas e, que na maioria da vezes, nos permitem o exercício de nossas habilidades ou capacidades para fazer o que precisamos, queremos, ou desejamos.

Mas para ser saudável, de acordo com Nordenfelt (1987), é preciso ter a habilidade para alcançar objetivos vitais. Mas o que seriam estes objetivos vitais? Que tipos de ações seriam necessárias para alcançar estes objetivos? A resposta de Nordenfelt (1987, 1995, 2000) é que essa é uma questão valorativa e, portanto, requer avaliação. Porém, esta não é uma avaliação em termos morais, mas em termos de bem-estar (satisfação de necessidades, desejos, etc.). As avaliações não surgem do nada. Elas são formadas considerando certos grupos socioculturais. Este é um dos motivos pelo qual os objetivos vitais não são os mesmos para todas as pessoas (NORDENFELT, 1987, 1995, 2000).

Opiniões sobre o que é **vital** em nossas vidas, são freqüentemente determinadas por preferências individuais e valores culturais específicos. Se um indivíduo decide perseguir poucos objetivos, os quais podem ser facilmente atingidos, esta pessoa pode ser considerada saudável, ainda que ela possa ter uma doença, um defeito ou tenha sofrido um trauma. Por outro lado, isto não significa que uma pessoa em coma possa ser considerada saudável. Para que uma pessoa seja considerada saudável é também necessário que certas necessidades fisiológicas e psicológicas sejam satisfeitas, como por exemplo, as necessidades de alimentação, sono, segurança e amor. Porém, o conceito de saúde de Nordenfelt (1987, 1995, 2000) não está baseado na satisfação de necessidades. Como já

foi mencionado, ser saudável depende da capacidade de realização dos planos individuais, que cada um determina para sua própria vida. No entanto, penso que aqui há uma possibilidade bastante concreta de articular necessidades humanas com a concepção de saúde proposta por Nordenfelt (1987, 1995, 2000) - muito embora ele rejeite esta possibilidade. Porém, se retomarmos o conceito de necessidade teleológica proposto por Liss (1993, p.45) “*A necessita de X com o objetivo de alcançar Y*”, é possível que pudéssemos falar numa articulação entre a noção de objetivos vitais com a de necessidades básicas (no sentido de teleológica), pois uma necessidade desta natureza sempre implica no alcance de um objetivo pré-determinado. Assim, saúde poderia ser pensada *como a capacidade ou habilidade de uma pessoa para atingir objetivos vitais determinados por ela própria*.

Para alguns ter um trabalho é um objetivo vital (ou uma necessidade vital), mas isto não significa que caso esta pessoa perca o emprego, ela perderá a saúde. De acordo com Nordenfelt (1987, 1995, 2000), para ser considerada não - saudável esta pessoa precisa, antes de mais nada, perder a capacidade para trabalhar (a capacidade para satisfazer este tipo de necessidade).

Assim, conforme a concepção de saúde de Nordenfelt (1987, 1995, 2000), é preciso, por um lado, que a pessoa tenha a autoridade para definir o que é vital para ela mesma. E, por outro lado, é preciso que através da investigação se possa garantir o que é uma necessidade básica. Para resolver este problema Nordenfelt (1987, 1995, 2000), vincula a noção de objetivo vital ao que ele chama de *felicidade mínima*.

A idéia geral é a seguinte: Os objetivos vitais do homem são aqueles cuja satisfação é necessária e que, em conjunto, são suficientes para um mínimo grau de bem-estar, isto é, felicidade. Ser saudável, então, é ter a habilidade para satisfazer aqueles objetivos que são necessários e, em conjunto, são suficientes para um mínimo grau de felicidade (NORDENFELT, 1987, p.78).

A questão que se coloca agora é: o que é felicidade? Nordenfelt discute esta questão no seu livro *Quality of Life, Health and Happiness* (1993, p.45). Neste livro ele define felicidade nos seguintes termos: “*P é feliz com sua vida como um todo, se e*

somente se, os desejos de P ou sua condição na vida estão de acordo com aquilo que ele ou ela pensa que deve ser.” Nesta publicação, Nordenfelt (1993) faz uma distinção entre ser feliz e sentir-se feliz. Ser feliz, não necessariamente significa sentir-se feliz com alguma coisa, e sim um estado cognitivo de equilíbrio entre os desejos de uma pessoa e a crença de que estes desejos foram satisfeitos (Nordenfelt, 1993). Este estado é visto com uma certa predisposição para se experimentar um sentimento de felicidade. Entretanto, isto não acontece necessariamente em toda ocasião.

Apesar de os conceitos de saúde e felicidade, conforme Nordenfelt (1987, 1993), parecerem muito próximos, eles se referem a coisas muito diferentes. Pois, a habilidade para alcançar objetivos é perfeitamente compatível com não realizá-los. Assim, para especificar saúde nós necessitamos conhecer que objetivos são vitais, e esta é a razão pela qual os objetivos vitais são conectados com felicidade mínima (bem-estar mínimo ou mínima qualidade de vida). Eles constituem aqueles objetivos que o indivíduo necessita satisfazer (ou acredita ele mesmo ter satisfeito) para ser minimamente feliz (ou ter um mínimo de bem-estar ou qualidade de vida) (SVENAEUS, 1999).

Neste sentido, a saúde no entendimento de Nordenfelt (1993, p.127.) é considerada *“uma relação de equilíbrio entre habilidades da pessoa e seus objetivos vitais, dadas certas circunstâncias”* Ou, articulando com a noção de necessidade humana,

“uma relação de equilíbrio entre a capacidade da pessoa para satisfazer suas necessidades vitais, dadas certas circunstâncias”.

Agora, podemos pensar sobre o papel das doenças, traumas e defeitos e outros estados que influenciam negativamente nossa saúde, ou seja, sobre nossa capacidade para alcançar nossos objetivos vitais (satisfazendo nossas necessidades vitais). O que tem Nordenfelt (1987, 1995, 2000), a dizer a este respeito? Apesar de que, conforme a teoria holística de saúde, restar a possibilidade de se ter má - saúde sem necessariamente se ter uma doença, estas últimas ainda são as causas mais comuns de má - saúde (NORDENFELT, 1987, 1995). Para Nordenfelt (1987, 1993), a razão para esta afirmação é óbvia; a maioria das doenças tendem a comprometer nossa habilidade ^{de} agir e a causar

dor e sofrimento. Ainda que o processo de doença tenda a causar sofrimento e dor, e, por conseqüência a comprometer nossa habilidade para satisfazer necessidades vitais, possibilitando do alcance de objetivos vitais, existe a possibilidade de se ter uma doença e, ao mesmo tempo, ser saudável. Isto é possível se o processo de doença não afetar o equilíbrio entre capacidade da pessoa (para satisfazer necessidades vitais) e o alcance de seus objetivos vitais (Nordenfelt, 1987).

Assim, doença, conforme Nordenfelt (1987,1993), é um processo mais do que um estado. Um processo que interfere na nossa habilidade para realizar objetivos vitais (satisfazer necessidades). Outros fatores que podem comprometer a saúde são os traumas, os defeitos e outros estados de duração variada como, por exemplo, uma gravidez ou a idade avançada, os quais podem comprometer nossa capacidade (Figura 7).



Figura 7 - Fatores que tendem a comprometer a saúde

Nordenfelt (1987, 1995, 2000) considera *mentalmente doente* uma pessoa que sofre de um processo mental que causa incapacidade para realizar objetivos vitais. Se a incapacidade for causada por um processo físico, então esta pessoa pode ser considerada *fisicamente doente*.

A grande crítica feita por Svenaeus (1999) à teoria de Nordenfelt é que a existência humana possui outras dimensões mais do que ações, como compreensão, sentimentos,

linguagem, etc. Mas eu questiono, não seriam a linguagem e a compreensão formas de ação? Não poderiam alguns sentimentos constituir-se em metas vitais, como o amor ou a amizade? Não seriam estes sentimentos formas de manifestação e satisfação de necessidades vitais, como consideraram Wanda Horta, Maslow, ou mesmo João Mohana?

Resumindo, o conceito de saúde de Nordenfelt (1987,1995, 2000) inclui três elementos distintos: a) o agente e sua habilidade para agir; b) objetivos vitais; e, c) as circunstâncias aceitas. Embora Nordenfelt (1987,1995, 2000) considere sua teoria sob a perspectiva holística, ela também carrega características de uma perspectiva analítica. Pois para avaliar o grau de saúde de uma pessoa, é preciso analisar detalhadamente cada um dos três elementos mencionados. No entanto, se considerarmos os elementos a serem analisados nos aproximamos mais da perspectiva holística. Não só é importante avaliar as habilidades, o elenco de objetivos, como também as circunstâncias nas quais temos a oportunidade de realizar nossas ações. O alcance de objetivos requer não somente a habilidade mas, também a oportunidade.

PARTE II - ÉTICA E PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM



Ética (*ethos*) é um termo de etimologia grega. Em seu significado mais arcaico, designava o “lugar próprio do homem”, o que é específico do homem. Em Aristóteles assume o significado de *caráter* ou *costume*. Moral é um termo de origem latina que, durante longos séculos, traduziu o termo *ethos* nas suas duas significações. Porém, atualmente impõe-se uma distinção entre *ética* e *moral*. O primeiro significa o estudo dos fundamentos ou dos princípios da ação e, o segundo um conjunto de normas que regulam a ação humana num momento histórico e numa sociedade determinada. A reflexão ética relativa ao saber médico parece indicar que os médicos sabem do que são capazes, mas não sabem se devem ousar; os filósofos conhecem os princípios morais da sociedade ocidental, mas as novas situações (absolutamente inéditas) desafiam a hierarquia de valores estabelecida (SILVA, 1998).

4. A ÉTICA DA SAÚDE

Embora existam várias teorias éticas e modelos de análise teórica, não pretendo centrar este trabalho em nenhum deles, apesar de que, de alguma forma, acabo dando um certo destaque na ética principalista de Beauchamp & Childress, publicada pela primeira vez em 1979. Minha intenção é insistir na importância da relação dialógica cliente - profissional porque considero que ali ficam integrados elementos próprios dos princípios de beneficência, não - maleficência, autonomia e justiça (da ética principalista) e das situações do cotidiano em saúde.

4.1. Uma introdução histórica sobre a ética da saúde

A ética ou filosofia moral é um ramo da filosofia prática que tem como propósito refletir sobre o agir humano e suas finalidades, estudando os conflitos entre aquilo que podemos considerar como moralmente correto e aquilo que não pode ser assim considerado.

O interesse pelo valor e o respeito do ser humano já estavam presentes desde os primórdios da civilização e do pensamento ocidental (SILVA, 1998). Já no *Corpus Hippocraticum* estava manifestado o interesse por não causar o mal (não lesar, não danificar) as pessoas: “*primum non nocere*”. E, esta foi a primeira e importante norma de conduta eticamente correta adotada pelos profissionais do cuidado à saúde, mais especificamente os profissionais médicos.

Aristóteles, em sua *Ética à Nicômaco* afirma que “Não pesquisamos para saber o que é a virtude, mas para sermos bons” (SILVA, 1998, p.39) o que denota uma preocupação iminentemente prática de Aristóteles nesta obra.

A palavra *bioética* foi utilizada primeiramente pelo cancerologista americano Van Rensselaer Potter, da Universidade de *Wisconsin, Madison*, na obra *Bioethics: bridge to the future*, publicada em janeiro de 1971, e por Hellegers. Embora ambos tenham utilizado a palavra quase que simultaneamente, Potter dá-lhe um sentido de designação de uma ciência da sobrevivência; uma questão ou compromisso mais global face ao equilíbrio e preservação da relação dos seres humanos com o ecossistema e a vida do planeta. Porém, o sentido atribuído por Hellegers é de uma ética das ciências da vida.

De qualquer maneira, é o sentido atribuído por Hellegers à bioética que prevalece. Neste sentido são consideradas as condições éticas para uma vida humana, que se viu ameaçada pelo enorme progresso da biotecnologia, iniciado na década de 50.

Para compreender o contexto de onde surgiu a bioética há de se retornar à situação tecno - científica e sócio - política, considerando a revolução biológica decorrente da descoberta do DNA, por Crick e Watson, em 1953. Esta descoberta, desencadeou um forte movimento de inovação tecnológica marcado pelas possibilidades dos transplantes, pela reprodução assistida (que separa pela primeira vez sexo e reprodução), e pelas infinitas possibilidades abertas pelos estudos da genética. Já no contexto sócio - político, nas décadas de 60 e 70 as lutas pelos direitos humanos se fazem cada vez mais presentes. Na confluência destes fatores, encontramos a crise da noção de progresso como essencialmente positiva e a crescente necessidade de questionar o conhecimento produzido pela ciência.

A aplicação das biotecnologias à vida humana, com o objetivo de diminuir a mortalidade e, por conseqüência, aumentar a expectativa de vida, criou situações inéditas para clientes, familiares e profissionais de saúde. Ao mesmo tempo que novas tecnologias eram disponibilizadas, muitos não tinham acesso a essas novidades. Pois, se as

tecnologias estavam disponíveis, os recursos não. Assim, o entusiasmo inicial gerado pela sensação de um poder aparentemente infinito determinado pelo desenvolvimento tecnológico conquistado, dá lugar a um sentimento de retorno a dura realidade, pois como disse Michel Foucault (1983), as demandas são infinitas mas os recursos são finitos. Esta nova orientação do pensar que se modifica nas diversas sociedades, força na direção de uma reordenação do agir. E é justamente neste contexto que surge a bioética, como um novo espaço para a reflexão sobre as questões humanas, da forma como elas surgem na prática do cuidado ou na pesquisa científica na área da saúde. Assim, uma das grandes questões da bioética que se coloca é *quais são os limites éticos para a ação técnico - científica em saúde?* E esta questão se repete em relação ao transplante de órgãos, a utilização de seres humanos e animais em pesquisa (principalmente na pesquisa semi - experimental e experimental), as técnicas reprodutivas, a engenharia genética, ao consentimento livre e esclarecido, e assim por diante.

Ao contrário da preocupação pelo aspecto prático da conduta moral, as teorias da ética normativa, apresentam uma série de normas que devem ser cumpridas, de forma a agir de modo *correto* (correto de acordo com a moral vigente - valores, crenças e assim por diante). Silva (1998) cita como exemplos de teorias normativas mais influentes, a teoria do dever vinculado ao imperativo categórico de Immanuel Kant, e a teoria dos deveres numa primeira consideração de Willian David Ross (a qual atribui forte influência sobre o principalismo).

Até recentemente - para não dizer ainda, atualmente - os profissionais da área da saúde agiam regidos por normas provenientes dos chamados “códigos de ética profissional”, os quais, na sua maioria, pretendiam manter e proteger o prestígio profissional na sociedade. Gracia, (1991), interpretando do ponto de vista da história da medicina, atribuiu a inadequação da ética e da deontologia médica tradicional ao fato dela nunca ter sido realmente médica, mas sim uma aplicação cética dos princípios da moralidade confessional da medicina. De forma semelhante, a deontologia profissional era inadequada porque ela nunca foi ética em si, mas, muito mais normas de “etiqueta” do comportamento profissional perante a sociedade (GRACIA, 1991).

Para Silva (1998), a bioética completa a ética prática. Sua preocupação é com o agir correto ou bem-fazer. Entretanto, o pluralismo ético, torna difícil a busca de soluções harmônicas quanto às questões práticas como doação de órgãos, transplantes, esterilização, aborto e tantas outras situações problemáticas.

Assim, a bioética ou ética da saúde é um novo campo da filosofia moral e, provavelmente o setor mais dinâmico da ética atualmente. Conforme Berlinguer (1996, p. 16)

Isto se deve ao fato de que o desenvolvimento da ciência e da tecnologia no campo biológico e médico propõe continuamente problemas inéditos, referentes não apenas às “zonas de fronteira” da existência humana, como o nascimento, a morte e a doença, mas também à vida cotidiana. Porém, o tema da saúde raramente está presente no debate bioético. Este privilegia tão-somente as situações extremas como os nascimentos “artificiais”, os transplantes de órgãos, as condições de sobrevivência terminal, descuidando-se do fato de que a saúde e a doença são para todos um campo universal de experiência, de reflexão, e até de escolhas morais.

Na medida em que a bioética se distancia das reflexões sobre a saúde como experiência humana reflexiva, ela tende a servir como base para as decisões de como devem ser alocados os escassos recursos disponíveis para assistência à saúde ou para as situações extremas, como o início e término da vida (nascimentos artificiais e destino dos embriões, aborto, transplantes de órgãos, condições de sobrevivência terminal, etc.). Ao invés de refletirmos sobre a forma de como agir para o bem e não fazer o mal, pensando em alternativas para melhorar e estender a assistência à saúde das pessoas, e focalizar a relação cliente – profissional, somos conduzidos a justificar escolhas de políticas restritivas (de exclusão) na assistência de saúde.

Para Berlinguer (1996) a bioética tradicional e sua preocupação pelas ditas *questões de fronteira*, não tem sido suficiente para problematizar situações cotidianas com as quais nos deparamos quando cuidamos das pessoas que experimentam problemas de

saúde, independentemente da gravidade. Como aquelas dúvidas que temos em nosso dia - a - dia e que nos fazem considerar, o tempo todo, qual a melhor forma de aplicar uma simples injeção, contar a uma cliente que a cirurgia não obteve o sucesso esperado, e assim por diante. Foi neste sentido que Berlinguer (1996) propôs o termo *ética da saúde* e, mais recentemente *ética do cotidiano*. Na expressão da bioética a dimensão social pela qual se focaliza o homem tem a sua seqüência natural numa dimensão ecológica, que se vem igualmente desenvolvendo com maior tradição e ênfase mais acentuada na Europa. Recupera-se, deste modo, o sentido originário da bioética, delineado por Potter.

É por concordar inteiramente com Berlinguer (1996), que usarei o termo *ética da saúde*¹⁵ ao invés de bioética. Pois, de acordo com meu ponto de vista, é justamente nos pequenos e quase imperceptíveis conflitos do dia - a - dia que os princípios da ética da saúde (ou da ética biomédica, conforme BEAUCHAMP & CHILDRESS [1979]) podem nos ajudar no processo de cuidar de seres humanos.

4.2. Um conceito básico de moralidade e a constituição do agente moral

É muito difícil definir o que é moralidade. A filosofia moral é uma tentativa de atingir uma compreensão sistemática da natureza da moralidade e o que ela exige de nós. Nas palavras de Sócrates: “como nós devemos viver”, e por quê. Embora pareça fácil, não é nada simples responder à pergunta sobre o que significa viver moralmente. Por este motivo, existem várias teorias tentando dar uma resposta plausível à esta questão. Entretanto, esta dificuldade não deve servir para nos paralisar. Muito pelo contrário, deve servir como um motivo a mais para buscar tematizar incessantemente as questões vinculadas à moralidade. É neste sentido que vou iniciar com um conceito básico de moralidade proposto por James Rachels (1999) em seu livro intitulado “*The Elements of Moral Philosophy*”.

¹⁵ Ética da saúde ou ética do cotidiano, são termos utilizados por Berlinguer (1996) para designar um tipo de ética extensiva que se refere não somente à situações extremas de vida e morte, mas também, às situações cotidianas da prática de assistência à saúde.

Após uma análise descritiva do caso de três crianças ¹⁶, na qual incluiu os possíveis aspectos benéficos de cada caso e discutiu argumentos como: usar as pessoas como meios; a santidade da vida humana; e, discriminação contra os desvalidos (deficientes e incapacitados), Rachels (1999) chega a um conceito básico de moralidade. Ele inicia afirmando que moralidade é um esforço para guiar a conduta das pessoas pela razão, isto é, fazer aquilo para o qual existe as melhores razões para fazê-lo, ao mesmo tempo, pesando os interesses de cada indivíduo que será afetado pela conduta tomada. Rachels (1999) afirma que isto nos dá uma idéia do que é ser um agente moral. Assim,

Um agente moral consciente é alguém que considera imparcialmente os interesses de todos afetados por aquilo que ele ou ela fazem; aquele que analisa cuidadosamente os fatos e examina suas implicações; aquele que aceita princípios de conduta somente depois de ter certeza de que eles são sólidos; aquele que está disposto para “escutar as razões” mesmo quando suas convicções prévias podem ser revisadas; e, aquele que, finalmente está disposto a agir de acordo com os resultados desta deliberação (RACHELS, 1999, p.19)

4.3. Como nós devemos viver nossas vidas

Quando nos entregamos á reflexão ética, temos como ponto de partida a pergunta de Sócrates: como nós devemos viver nossas vidas? Porém, esta pergunta suscita duas perguntas mais :

- Como nós devemos viver nossa vida consigo mesmo?
- Como nós devemos viver nossa vida com os outros?

¹⁶ Rachels (1999) descreve e analisa três casos distintos. O primeiro é o caso de “*Baby Thereza*”, uma menina nascida em 1992, com anencefalia. Como não havia mais esperanças para *Thereza*, seus pais resolveram voluntariamente doar seus órgãos para transplante. No entanto foram impedidos porque a lei da Flórida não permitia a doação até que a pessoa fosse considerada em morte cerebral. Mas como declarar morte cerebral em um bebê sem cérebro? O segundo é o caso de “*Baby Jane Doe*”. Uma menina nascida no estado de Nova Iorque, com múltiplos defeitos, incluindo espinha bifida, motivo pelo qual seu prognóstico era bastante incerto. O terceiro, é o caso de Tracy Latimer. Uma garota de 12 anos de idade, com paralisia cerebral, que foi morta por seu pai em 1993. Na época de sua morte ela pesava menos do que 40 libras e tinha a idade mental de um bebê de três meses.

No dizer de Liss (1994), a primeira pergunta nos remete à ética das virtudes. Nos perguntamos como nós devemos ser, que tipos de virtudes nós devemos ter. Devemos ser compassivos, íntegros, generosos, corajosos, justos, confiáveis, honestos ou quais virtudes mais? Enfim, nosso principal questionamento é: que tipo de pessoa devemos ser?

A segunda pergunta nos conduz a uma ética da ação, e o tipo de questionamento suscitado é : como nós devemos agir, qual é a coisa certa a fazer? Quais são nossas obrigações gerais e quais as específicas? Para responder a estas perguntas precisamos ter consciência dos aspectos envolvidos nas decisões éticas. Há aspectos valorativos, os quais implicam em algum tipo de avaliação dos nossos valores. Assim, nos perguntamos: quais são os valores envolvidos nesta decisão? Que pessoas estão envolvidas? Há também aspectos conceituais e aspectos factuais. Todos eles devem ser igualmente considerados, pois todos estão imbricados na tomada de decisão ética.

Há ainda que se ter consciência, de que as decisões éticas podem ser originadas na razão ou nos sentimentos. Tomemos como exemplo o caso de um sentimento como a pena. Digamos que você para o carro na sinaleira e uma criança, desnutrida, maltrapilha aborda você e pede um “trocadinho”. O que você faz? Antes de qualquer atitude você é tomado por um sentimento de pena e, a partir deste sentimento você decide se dá ou não o “trocadinho” solicitado. Neste caso, a origem do seu dilema (dar ou não o dinheiro) foi o sentimento de pena.

Agora tomemos como exemplo, um caso bastante comum em hospitais públicos, a escassez. Digamos que você tem dois clientes precisando trocar uma cânula de traqueostomia, porém você só dispõe de uma. Em qual dos clientes você decide trocar a cânula? Embora, sua decisão possa também ser originada em um sentimento, neste caso é mais provável que a origem da sua decisão seja a razão. Provavelmente, você considerará aspectos valorativos, conceituais, e factuais. Avaliará de acordo com os seus valores, de

acordo com o seu conhecimento e de acordo com a situação em si. Só então você decidirá por um, ou por outro.¹⁷

Outro fato que deve ser levado em consideração quando da tomada de decisões que envolvem aspectos éticos é discernir se, as questões que se colocam são realmente de natureza ética ou, são de natureza psicológica ou pedagógica. Muitas vezes, a dúvida não é qual é a coisa certa ou a melhor coisa a fazer; e sim, como e quando deve-se fazer. Se tenho condições emocionais para enfrentar a situação para fazer aquilo que é o melhor a ser feito.

4.3.1 As virtudes

Aristóteles, na ética à Nicômaco, despende grande parte dos seus escritos questionando sobre o caráter. Sua pergunta inicial é “O que é um bom homem?” E discute sobre algumas virtudes particulares tais como: coragem, generosidade, autocontrole, etc. Recentemente, alguns autores têm reclamado um retorno ao pensamento de Aristóteles (RACHELS, 1999). Beauchap & Childress (1994) na última edição de seu livro descrevem quatro virtudes, consideradas como essenciais aos profissionais da saúde.

Porém, antes de descrever estas virtudes, convém questionar: o que é uma virtude? De acordo com Aristóteles, uma virtude é um traço de caráter manifestado nas ações habituais. Rachels (1999), destaca que o termo *habitual* é muito importante. E cita um exemplo: a honestidade não é uma virtude em uma pessoa que só conta a verdade esporadicamente, ou somente quando percebe uma vantagem pessoal. A pessoa honesta é sincera habitualmente; suas ações possuem um caráter firme e imutável.

¹⁷ Convém destacar que, se você chegar a conclusão que os dois clientes precisam igualmente da cânula, mesmo que você decida por um ou por outro e esta decisão foi a decisão possível, ela não pode ser considerada uma decisão justa porque os dois clientes têm direitos iguais.

Rachels (1999), descreve uma lista parcial de virtudes (os traços de caráter que devem ser alimentados nos seres humanos), dentre as quais destaca: a benevolência, civilidade, compaixão, coragem, generosidade lealdade, moderação, autoconfiança, autocontrole, tolerância, e assim por diante.

Beauchaps & Childress (1994, p.462-473) afirmam que um ou dois traços de caráter não tornam uma pessoa virtuosa. Porém, algumas virtudes são mais importantes do que outras para caracterizar uma pessoa virtuosa. Eles colocam que não é possível levantar cada uma das virtudes que são importantes para um profissional virtuoso, mas afirmam que podemos isolar e analisar umas poucas virtudes centrais como: compaixão, discernimento, lealdade e integridade.

Esta virtudes podem não ser virtudes cardinais, mas são amplamente reconhecidas na ética da saúde e ajudam a focalizar o caráter dos profissionais da saúde.

- *Compaixão*: é um traço de caráter que combina uma atitude ativa em relação ao bem-estar dos outros com uma resposta consciente e emocional de profunda simpatia, ternura e desconforto com o sofrimento e a desgraça dos outros, independente de serem pessoas ou animais. É expressa nos atos de beneficência que tentam aliviar a desgraça ou o sofrimento. A compaixão recai no sentimento moral de cuidado e reflete benevolência.
- *Discernimento*: esta virtude se apoia na idéia de um julgamento agudo e sensível. Inclui a capacidade de fazer julgamentos e tomar decisões sem ser influenciado por considerações adicionais, medo ou ligações pessoais. A resistência à estas influências na tomada de decisões, aproxima esta virtude da coragem. Discernimento tem sido fortemente associado com sabedoria prática ou conhecimento intuitivo (*practical wisdom, phronesis* ou prudência). Um profissional que possui sabedoria prática sabe quais os objetivos e finalidades que devem ser escolhidos e como agir em circunstâncias particulares, ao mesmo

tempo que deixa as emoções em limites próprios e seleciona cuidadosamente as ações a serem tomadas dentro de um leque de opções possíveis.

- *Lealdade*: é a confiança na habilidade e caráter moral da outra pessoa; é a confiança do cliente nos traços de caráter do profissional. Esta confiança é freqüentemente o motivo mais importante que nos faz escolher um profissional e não outro (obviamente quando é possível escolher), que nos faz confiar numa enfermeira e não na outra.
- *Integridade*: alguns autores requerem a virtude da integridade como aquela que deve vir em primeiro lugar, porque eles acreditam que ela tem um importante papel na ética da saúde. Muitas de nossas ações são justificadas com base na crença de que nós sacrificaremos nossa integridade se agirmos de outra forma; se nós concordarmos com as solicitações dos clientes ou com decisões tomadas por alguns de nossos colegas, nós estaremos comprometendo de forma inaceitável nosso senso de nós mesmos, isto é, sacrificando nossas crenças mais essenciais.

Quando nos referimos às virtudes, podemos perguntar: “por que as virtudes são importantes? O que se pode dizer é que cada virtude tem seu valor por diferentes razões. Entretanto, conforme Aristóteles as virtudes são importantes porque elas são necessárias para que possamos viver uma boa vida, consigo mesmo e com o outros. Como seres racionais e sociais, queremos e precisamos da companhia das outras pessoas. Dependendo do tipo profissão ou do ofício de cada um, determinadas virtudes adquirem mais importância do que outras. Embora, eu tenha algumas restrições à compaixão como uma das virtudes essenciais aos profissionais da saúde, pois a compaixão é um sentimento e, como todo o sentimento, torna a decisão ética bastante vulnerável. No entanto, se a compaixão for exercida como uma forma de suscitar o cuidado solidário, resgatando decisão mediada pelo sentimento, mas baseada na razão, creio que ela pode se tornar realmente uma virtude desejável aos profissionais da saúde. De qualquer maneira,

mantenho a ressalva: a compaixão não deve servir ao propósito de legitimar relações assimétricas e paternalistas.

4.4. O nascimento da ética principalista

Em 1979, foi publicado o livro “*The Principles of Biomedical Ethics*”, o qual sedimentou e difundiu rapidamente uma linha que ficou conhecida como principalismo. Baseada em quatro princípios básicos: beneficência, não - maleficência, autonomia e justiça, os quais passaram a se constituir em ferramenta básica a ser utilizada na tematização dos conflitos morais referentes à ética da saúde.

4.4.1 Relatório Belmont: 1974-1978

A origem da reflexão da ética principalista foi o Relatório *Belmont*, da Comissão Nacional para a Proteção dos Seres Humanos da Pesquisa Biomédica e Comportamental, publicado em 1978. A constituição da Comissão foi impulsionada pela mobilização da opinião pública após a ocorrência de três casos. O primeiro, aconteceu em 1963, no Hospital Israelita de doenças crônicas em Nova Iorque, onde foram injetadas células cancerosas vivas em pessoas idosas doentes. O segundo, ocorreu entre 1950 a 1970, no hospital estatal de Willowbrook (NY), onde injetaram o vírus da hepatite em crianças com retardamento mental. E finalmente, o terceiro, divulgado apenas em 1972, embora viesse ocorrendo desde 1930, foi o caso do *Tuskegee study*, no Alabama. Neste caso 400 negros com sífilis foram deixados sem tratamento para uma pesquisa sobre a história natural da sífilis, e, embora durante este período a penicilina houvesse sido descoberta, a pesquisa prosseguiu e os negros não foram tratados. Somente em 1996, o governo americano pediu desculpas públicas à comunidade negra (PESSINI & BARCHIFONTAINE, 1998).

Como reação a estes verdadeiros escândalos, o governo norte-americano determinou a constituição da *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, em 1974. O propósito principal era identificar os princípios éticos básicos que deveriam orientar a experimentação em seres humanos nas

ciências do comportamento e na biomedicina. Esta comissão – composta por 12 membros – demorou quatro anos (1978) para apresentar o relatório final; o Relatório *Belmont*. Nesse meio tempo, os membros da comissão identificaram que os códigos, apesar de terem sua utilidade, demonstraram-se pouco operativos para lidar com situações práticas complexas, pois suas normas entravam em conflito e tornavam-se difíceis de interpretar e serem aplicadas. Os três princípios básicos publicados no Relatório *Belmont* foram a autonomia, a beneficência e a justiça¹⁸. Após a publicação do Relatório, a abordagem metodológica dos problemas envolvidos na pesquisa em seres humanos passou a ser analisada não mais a partir dos códigos, mas sim de acordo com estes três princípios.

4.4.2 Princípios da ética biomédica de Beauchamp & Childress, 1979

Embora o principalismo ainda seja a corrente hegemônica na ética da saúde, ela não é a única e já vem demonstrando sinais de desgaste, pelas críticas que vem sofrendo em várias publicações.

Além do principalismo, Costa *et al.* (1998), comentam que já são mais de dez linhas ou correntes utilizadas na bioética atual. Dentre elas destacam-se o contratualismo, o contextualismo, o feminismo e o naturalismo (COSTA *et al.*, 1998).

¹⁸ Pessini & Barchifontaine (1998) definem em que consistia cada um destes princípios. O princípio de autonomia consistia no respeito pelas pessoas e incorporava pelo menos duas convicções éticas: 1) as pessoas deveriam ser tratadas com autonomia; 2) as pessoas cuja autonomia estava diminuída deveriam ser protegidas. Por pessoa autônoma, o Relatório entendia o indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e agir sob a orientação desta deliberação. A autonomia é entendida num sentido muito concreto, como a capacidade de atuar com conhecimento de causa e sem coação externa. O conceito de autonomia da Comissão não é o kantiano, o homem como ser autolegisador, mas aquele segundo o qual uma ação se torna autônoma quando passou pelo trâmite do consentimento informado. Deste princípio derivam procedimentos práticos: um é a exigência do consentimento informado e o outro é o de como tomar decisões de substituição, quando uma pessoa é incompetente ou incapaz (quando não tem autonomia suficiente para realizar a ação de que se trate). No princípio da beneficência, o Relatório rechaça claramente a idéia clássica da beneficência como caridade, considerando-a como uma obrigação profissional. Neste sentido são formuladas duas regras como expressão da beneficência: 1) não causar dano; e, 2) maximizar os benefícios e minimizar os possíveis riscos. No terceiro princípio, o da justiça, os membros da Comissão entenderam-na como imparcialidade na distribuição dos riscos e benefícios (p.83-84).

Dentre os modelos de análise teórica, um dos mais divulgados, sobretudo nos Estados Unidos, é certamente o *principalista*, apresentado por Tom Beauchamp e James Childress, em “*Principles of biomedical ethics*”(1979, 1994). Estes princípios são originários da história da filosofia ou da tradição da ética médica, a partir do que ganham a sua justificação como princípios.

É importante ressaltar que, os princípios propostos por Beauchamp e Childress (1979, 1994) incluem em seu horizonte uma preocupação com todo o campo da prática assistencial, ao mesmo tempo que procuram livrá-la do enfoque próprio dos códigos e juramentos. Ao contrário do Relatório *Belmont* (1978), que foi escrito com a preocupação voltada para às questões pertinentes ao desenvolvimento da pesquisa biomédica (PESSINI & BARCHIFONTAINE, 1998). Um outro aspecto vinculado aos princípios é que eles não obedecem a qualquer disposição hierárquica e são válidos *prima facie*, mas não são absolutos. Em caso de conflito entre si, a situação em questão e as suas circunstâncias indicarão aquele que deve ganhar precedência.

No “*Principles of biomedical ethics*”, obra considerada clássica na literatura sobre ética da saúde, os autores desdobram os três princípios do Relatório *Belmont* em quatro¹⁹, distinguindo beneficência e não - maleficência. Assim, os princípios propostos foram: autonomia, não - maleficência, beneficência, e justiça.

- Princípio da *autonomia*²⁰ ou respeito pelas pessoas: ser uma pessoa autônoma não é o mesmo do que ser respeitada como um agente autônomo. Respeitar um

¹⁹ De alguma os autores se beneficiaram do processo desenvolvido durante a elaboração do Relatório *Belmont*, pois Beauchamp foi um dos membros da Comissão responsável pelo Relatório.

²⁰ A palavra autonomia é derivada do grego *autos* (eu, *self*) e *nomos* (regra, lei, governo). Foi primeiramente utilizada para referir-se ao autogoverno nas cidade-estados gregas independentes. Desde então, autonomia tem sido estendida aos indivíduos e tem adquirido um significado diverso como: liberdade de direitos, privacidade, escolha individual e liberdade de desejos (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 1994).

agente autônomo significa, no mínimo, reconhecer o direito da pessoa em ter pontos de vista pessoais, fazer escolhas e tomar atitudes baseadas em valores e crenças pessoais. Tal respeito envolve uma ação respeitosa, e não somente uma atitude de respeito. Isto requer mais do que a obrigação de não intervir na maneira de agir de uma pessoa; inclui a obrigação de manter a capacidade para a escolha autônoma do outro e, ainda, afastar medo e outras condições que impedem as ações autônomas (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 1994). Respeito à autonomia, por outro lado, envolve tratar as pessoas de forma a habilitá-las a agir de maneira autônoma, enquanto desrespeito envolve ações que ignoram, insultam ou degradam a autonomia do outro, negando um mínimo de igualdade entre as pessoas. Isto significa orientar e auxiliar as pessoas para que possam ter a capacidade para agir com conhecimento de causa e sem coação externa. E, ao mesmo tempo, garantir proteção às pessoas cuja autonomia está diminuída. O princípio da autonomia deve ser visto como a manutenção da autoridade da pessoa para controlar o seu próprio destino, mas não como a única origem das obrigações e direitos morais (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 1994). Apesar das nossas obrigações em respeitar a autonomia, o princípio não deve ser estendido às pessoas que não podem agir de maneira suficientemente autônoma, ou porque são imaturas, ou tem algum tipo de incapacidade que comprometa as decisões autônomas, etc. Como por exemplo: crianças e dependentes de drogas são alguns dos exemplos típicos. Mesmo defendendo arduamente o direito a autonomia, em ocasiões nas quais as pessoas não tem condições de agir com autonomia²¹, algumas intervenções podem ser justificadas. O consentimento livre e esclarecido torna-se exigência ao exercício do respeito a autonomia na prática da assistência à saúde. Porém, é fundamental facilitar a compreensão dos aspectos substanciais à uma boa decisão. Assim, muitas vezes é melhor fazer perguntas, esclarecer dúvidas,

²¹ Beauchap & Childress (1994) definem alguns padrões de incompetência que justificam tais intervenções: incapacidade para expressar ou comunicar preferências e escolhas pessoais; para compreender a situação pessoal e suas conseqüências; para compreender informação relevante; para argumentar; para calcular riscos e benefícios; e, para tomar decisões razoáveis.

estabelecer um ambiente encorajador à perguntas do que simplesmente revelar informações. Alguns clientes são calmos, atentos, e interessados em dialogar, enquanto que outros são nervosos ou distraídos, de tal forma, que a compreensão pode ser prejudicada ou bloqueada.

- Princípio de *não - maleficência*: este princípio assegura uma obrigação de não causar dano intencionalmente. Está estreitamente vinculado com a máxima hipocrática²² *Primum non nocere*. Embora muitos autores não façam distinção entre princípio de beneficência e o de não - maleficência, para Beauchamp & Childress (1994) a obrigação de não causar dano (como por exemplo, incapacitar, matar, etc.) é claramente distinta da obrigação de ajudar os outros (como por exemplo, promover bem-estar e proteger interesses, etc.).
- Princípio de *beneficência*: significa agir para o bem do cliente, seja ao nível de diagnóstico, tratamento ou de reabilitação. Uma profissão da saúde implica numa promessa pública de agir sempre para o bem do cliente. Neste sentido, um profissional da saúde age eticamente se ela ou ele tem o bem do cliente como um objetivo geral (VIAFORA, 1999). Assim, conforme Viafora (1999), em termos gerais este princípio pode ser formulado da seguinte maneira: *aja de tal maneira que as conseqüências da suas intervenções serão para o bem do cliente (p.289)*. Este princípio implica em maximizar benefícios e minimizar os possíveis riscos e, vincula-se com as idéias de solidariedade e responsabilidade.
- Princípio de *justiça*: refere-se à distribuição adequada do ônus e dos benefícios sociais; é o princípio de justiça que representa e articula as necessidades da sociedade. No âmbito da saúde implica o direito de todos a receber assistência de saúde. Se os profissionais da saúde não podem simplesmente desconsiderar a importância dos aspectos econômicos na assistência à saúde, elas ou eles

²² Embora considerada como um princípio fundamental da tradição da medicina hipocrática, esta máxima não foi encontrada no *corpus* hipocrática (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 1994).

devem fazê-lo sem violar sua integridade moral e sem comprometer as finalidades constitutivas da prática profissional (VIAFORA, 1999). O princípio de justiça deve ser compreendido em termos de adequabilidade e solidariedade. Este princípio pode ser formulado nos seguintes termos: *na alocação de recursos de saúde aja de tal maneira que privilégios e encargos sejam distribuídos sem discriminação no tratamento das pessoas, a menos que isto seja necessário e justificado em favor daqueles que são mais necessitados* (VIAFORA, 1999). Ainda, de acordo com Viafora (1999), a contribuição específica da ética da saúde para o problema da alocação é assegurar uma efetiva administração dos recursos comunitários. Este princípio desafia as profissões da saúde na renovação de seu contrato com a sociedade. Além de vincular-se com as exigências de equidade.

Esses princípios servem como auxílio na construção e na compreensão do que é o agente moral. Eles são o ponto de partida para iniciar o questionamento dos próprios preconceitos ou convicções prévias, sejam elas religiosas, culturais, ou de outro tipo qualquer. Uma estratégia válida para aproximação e descoberta individual (pelos envolvidos) do que seria um conceito básico de moralidade.

Contudo eles não esgotam a problemática da ética da saúde. Existem outros conceitos-chaves que devem ser considerados no momento de avaliação de uma situação de conflito. Entre esses conceitos-chave, pode-se destacar o conceito de tolerância, de equidade, de solidariedade e de responsabilidade, como imprescindíveis para avaliar questões relativas à ética cotidiana, tais como a relação cliente – profissional. Assim, conforme Berlinguer (1996), *equidade* não é o mesmo que igualdade, particularmente no campo da saúde. Em outras áreas, como no Direito Penal ou no direito de voto, todos deveriam ser iguais. Já em áreas como a saúde e a educação, seria absurdo pensar que as pessoas sejam iguais. Neste caso, a sociedade deveria intervir, não para fazê-las iguais, mas para adotar medidas desiguais para compensar as iniquidades (diferenças injustas). Todavia, na saúde nem todas as desigualdades são iníquas. Por exemplo, não são desigualdades iníquas aquelas que têm uma base genética. Porém, elas podem tornar-se como tais, em casos em que há meios preventivos ou terapêuticos e estes não forem

distribuídos igualmente (MARGARET WHITEHEAD). Também não seriam desigualdades iníquas aquelas que resultam de estilos de vida escolhidos livremente. Como por exemplo, o caso de um alpinista que fratura sua perna enquanto escalava uma rocha.

Há também áreas limite como a do hábito de fumar, a qual pode significar uma livre determinação. São iníquas as desigualdades que resultam de estilos de vida insalubres impostos ou de estilos de vida obstaculizados. Assim, como são também iníquas, as desigualdades que têm suas causas decorrentes de fatores como: moradia sem higiene, nutrição e educação insuficientes, condições de trabalho inseguras e, aquelas que dependem da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, qualidade ou atenção inadequadas. Resumindo, equidade é o resultado de justiça aliada a igualdade, ou seja, que não existam desigualdades injustas.

A falta de igualdade, justiça e equidade leva-nos a questionar os conflitos existentes entre responsabilidade e a culpabilização da pessoa por sua própria saúde. Isto é, até que ponto o profissional de saúde pode considerar o cliente como responsável e como alguém capaz de auxiliar e participar no processo de cuidado, evitando culpá-lo por sua situação de saúde ou pelos agravos que dela possam derivar-se.

A afirmação “a saúde é direito dos indivíduos e dever do Estado” é uma afirmação positiva, mas pode ser vista também sob um olhar crítico. Frequentemente, se faz referência aos indivíduos como titulares de direitos e não se fala deles como responsáveis dos deveres que surgem, tanto para a saúde como para qualquer outra aspiração – paralelamente ao reconhecimento dos direitos. Assim, constitui-se numa exigência moral reequilibrar a relação entre direitos e deveres. O reconhecimento da responsabilidade do cliente não implica, nem deve implicar em qualquer modalidade de culpabilização por sua doença ou seu estado precário de saúde. Não esqueçamos a tendência que se repete no âmbito da saúde de pensar a doença como um merecido castigo. No entanto, pensar que não existe responsabilidade por parte do cliente, por seu estado de saúde ou sua doença, implica em considerar esse sujeito como incapaz de decisão e ação e levará a atitudes

paternalistas e autoritárias. Neste sentido, o equilíbrio entre direitos e responsabilidade permite-nos reconhecer o outro como um igual em dignidade, e possibilita a existência de vínculos fundados na solidariedade, pois é através dela que se estabelece, deliberadamente e desapaixonadamente, uma comunidade de interesses com os necessitados e sofredores (ARENDDT, 1993). Embora a solidariedade possa ser suscitada pelo sofrimento, não é por ele guiada, e compreende todos os seres humanos, sem discriminações. Seu compromisso é com as *idéias* e com a dignidade humana e não por qualquer amor pelos homens (ARENDDT, 1993).

Diferentemente da solidariedade, a compaixão é interpretada como uma emoção ou um sentimento, e o sentimento que correspondente é a piedade. A piedade, ao contrário da solidariedade, não considera da mesma maneira a fortuna e o infortúnio, o forte e o fraco, o sofredor, o necessitado, o doente e o saudável; sem a presença do infortúnio a piedade não pode existir. Além disso, por se tratar de um sentimento, a piedade pode encontrar em si mesma o seu próprio prazer. Isto leva, quase que automaticamente a uma glorificação de sua causa, que é o sofrimento alheio (ARENDDT, 1993).

4.5. A relação cliente - profissional

Na literatura sobre ética da saúde, há descrições de vários modelos de relação cliente - profissional. Arnason (2000), classificou e descreveu estes modelos em três categorias básicas. A primeira categoria enfatiza a competência autoritária dos profissionais, onde os clientes são “[...]completamente colocados nas mãos habilidosas e benevolentes destes profissionais” (ARNASON, 2000, p.17). Esta concepção tradicional de relação cliente - profissional é conhecida como paternalismo. Apesar do fato de que este tipo de relacionamento vem sendo, mais e mais, rejeitado, na prática de enfermagem ele ainda é o que tem prevalecido.

A segunda categoria defende que a vida e os interesses do cliente estão em primeiro lugar. Este modelo considera que os clientes têm o direito de decidir o que deverá ser feito

em seus corpos e as enfermeiras e enfermeiros devem respeitar suas decisões. A característica básica deste modo de relacionamento é a autonomia do cliente (ARNASON, 2000).

Se considerarmos que um relacionamento deve ser interpessoal e dialógico, ambos os modelos têm os mesmos problemas. Pois nenhum deles conduz ao diálogo entre clientes e profissionais com o objetivo de melhorar a compreensão entre ambos (ARNASON, 2000). Ao invés, contribui para o estranhamento entre cliente e profissional e leva à iniquidade, porque o cliente é inevitavelmente a parte mais fraca desta relação em pelo menos dois sentidos. No primeiro, ela ou ele não tem o conhecimento (técnico) suficiente para avaliar sua própria condição de saúde e, no segundo ela ou ele está em necessidade. Esta situação, o deixa o cliente em desvantagem em relação ao profissional. O tipo de relacionamento estabelecido é de dependência, pois freqüentemente os clientes estão repletos de ansiedade e medo vinculado ao próprio tratamento. Por este motivo, a comunicação entre clientes e profissionais tem como finalidade a informação e o suporte emocional, com o objetivo de melhorar o relacionamento dialógico entre ambos.

A terceira categoria, caminha nesta direção. Na tentativa de melhorar o diálogo e a compreensão, o foco é o relacionamento entre dois parceiros que, através de uma deliberação compartilhada, buscam uma decisão conjunta baseada na confiança mútua. É através do diálogo que eles vão respeitar um ao outro como pessoas; como semelhantes. Arnason (2000) acredita que a filosofia hermenêutica de Gadamer (1997) pode ajudar, no sentido de que considera fundamental que os parceiros alcancem uma compreensão mútua, com o objetivo de atingir uma decisão comum na qual ambos se respeitem.

4.5.1 A experiência hermenêutica

Na explicação da experiência hermenêutica Gadamer (1998) distingue três modos de experiência.

4.5.1.1. Objetificação do outro

Neste tipo de experiência ocorre o conhecimento objetivo do outro. Toda a sua subjetividade é negada. A compreensão do outro ocorre da mesma maneira que a de outros eventos ou objetos do nosso campo de experiência. Conforme Àrnason (2000), Gadamer (1998) faz dois tipos de críticas à esta forma de conhecimento objetivo. Na primeira ele rejeita esta forma de abordagem porque a considera baseada na fé ingênua no método e na objetividade que pode ser adquirida. Justifica; ingênua porque acredita que os métodos científicos são recursos neutros que podem ser usados para descobrir verdades objetivas sobre temas diversos. E, continua argumentando; independente do quão sofisticado possa ser um método, ele sempre trará um determinado tema à luz de sua limitada perspectiva, não importando se este método é ou não científico. Pois é uma característica geral da compreensão humana, depender das pressuposições que trazemos conosco quando tentamos compreender qualquer coisa. Estas pressuposições culturais; pessoais- moldadas pela história individual de cada um; e, teóricas - alimentadas pela comunidade científica, constituem o horizonte no qual nossa compreensão é adquirida e, sem o qual não poderíamos compreender coisa alguma. Em outras palavras, nossas limitadas perspectivas são as condições para nossa compreensão (ÀRNASON, 2000).

São estas pressuposições que carregamos conosco que nos fazem ter certas antecipações e pré- julgamentos sobre diferentes aspectos da realidade. Se nós não estivermos conscientes disto e agirmos irrefletidamente, nós estaremos sendo preconceituosos no exato sentido do termo. Para Àrnason (2000), o perigo das pressuposições teóricas ou metodológicas, quando comparadas às culturais e pessoais, é que elas não são tão prontamente reconhecidas como sendo tendenciosas ou limitantes. Pelo contrário, há a crença de que um método verdadeiramente científico não é afetado por preconceitos. Isto é agravado no caso das ciências humanas, pois a experiência hermenêutica é distorcida e a exclusão dos aspectos subjetivos, frustra a compreensão dialógica e impede a “fusão de horizontes”.

A segunda crítica de Gadamer (1998) é de natureza moral. Ele acredita que a

objetificação conduz mais facilmente à manipulação dos seres humanos (em nosso caso, dos nossos clientes). Isto significa que o comportamento de nossos clientes pode ser facilmente considerado apenas um meio como qualquer outro, para atingir determinados fins. O conhecimento objetivo é mais uma forma de observação do que interação e comunicação (Àrnason, 2000). Conforme bem coloca Àrnason (2000), é provável que seja por este motivo que é comum os clientes se queixarem “[...]o médico não me escuta” (p.18). E, ele complementa, “[...]o médico está tão preocupado em fazer predições sobre a pessoa baseadas na experiência, que o outro nunca é levado a sério” (p.18).

4.5.1.2 A compreensão precipitada do outro

Neste modo de experiência, a diferença é que o outro é compreendido como uma pessoa. Agora eu reconheço o outro como um semelhante, e a importância de compreendê-lo como um sujeito com necessidades e preferências que podem ser levadas em consideração e serem respeitadas (ÀRNASON, 2000). O problema é que eu procuro absorver o outro de uma forma aparentemente empática, a tal ponto, que eu imagino expressar pelo outro, melhor que ele mesmo. Esta sobreposição e envolvimento com o argumento de defender os interesses do outro, não é uma forma adequada de conseguir uma compreensão mútua. Muito pelo contrário, pode constituir-se em forma de dominação, denominada de paternalismo benevolente, ao invés de conduzir à decisão. Àrnason (2000) considera que isto pode ser mais perigoso do que a indiferença. A manipulação do observador científico pode ser facilmente evitada porque ele ou ela não tem interesse nenhum na subjetividade do outro. Ao contrário, o profissional que seduz e tenta prematuramente compreender, procura estabelecer uma forma diferente de autoridade que pode fazer com que o outro se torne mais dependente do relacionamento. Isto implica numa interpretação das necessidades e interesses que *são para o bem*; naturalmente conforme a compreensão do profissional. Do ponto de vista hermenêutico, tanto a compreensão profissional metodológica, quanto a prematura sofrem de limitações semelhantes, pois em ambas o profissional imagina que está livre de preconceitos. Em

ambos os modos de experiência, os profissionais são inconscientemente dominadas por seus preconceitos, o que os impede de se abrir para a outra pessoa. Pois, não há uma reflexão que conduza a compreensão que todos nós pertencemos a tradições culturais que moldam e alimentam nossas percepções e a compreensão do outro, de tal forma que sua subjetividade é ocultada. Para Gadamer (1998) a única solução é estar consciente do papel que estes fatores têm sobre nossos julgamentos e percepções.

4.5.1.3 Abertura para o outro

Para Gadamer (1998) a abertura para o outro é a chave para o bom relacionamento. Àrnason (2000) distingue quatro aspectos desta abertura: abertura para si mesmo; abertura para o outro; abertura para a questão - problema; e, abertura para a tradição.

- Abertura para si mesmo: significa que o indivíduo reconhece sua finitude e o fato de que ele ou ela é dominado por preconceitos. Uma pessoa experiente neste sentido, é alguém que, por causa das muitas experiências que já teve e o conhecimento que adquiriu delas, está muito bem instrumentalizado para ter novas experiências e aprender com elas (ÀRNASON, 2000, p.20). A abertura para si mesmo é uma pré condição para todos os outros tipos de abertura. Se este tipo de abertura não estiver presente, o indivíduo irá perceber somente aquilo que confirma suas expectativas e preconceitos; é cego para a experiência. Muito interessante a citação de Hegel, feita por Àrnason (2000), segundo a qual Hegel disse: “[...] a experiência é essencialmente um processo negativo”. É um processo dialético de construção e desconstrução de expectativas. Nós adquirimos experiência quando nossas expectativas são frustradas, mais do que quando elas são confirmadas, pois, neste caso nossas experiências nos remetem às nossas limitações. Somente um encontro baseado no diálogo pode confrontar-nos com nossos preconceitos e escapar das concessões dogmáticas. E, mais, somente aqueles que são abertos para si mesmos podem genuinamente *escutar outras pessoas*.

- Abertura para o outro: implica no reconhecimento de que eu preciso aceitar algumas coisas que são contra minhas próprias crenças e convicções. Eu somente posso verdadeiramente escutar o outro, se eu puder reconhecê-lo na sua diferença. Mas, não será possível ter uma completa compreensão do outro desconsiderando meu próprio emaranhado de crenças. Eu não posso nem transcender meu horizonte e nem me projetar por inteiro no horizonte do outro. A única nova experiência que eu posso alcançar é uma fusão de horizontes. Esta experiência pode ser conseguida através do diálogo aberto com o outro e pode, na melhor das hipóteses, favorecer um novo exame das minhas crenças e ampliar meu horizonte. Nós nunca conseguimos compreender totalmente o outro, porque a compreensão é sempre um processo em movimento. Compreender o outro é reconhecer a irredutibilidade de sua individualidade, e isto é mais um requerimento moral do que uma questão de conhecimento. Considerando estes comentários, Arnason (2000) acredita ser mais apropriado falar em compreensão com o outro do que compreensão do outro. E o que deve ser compreendido com o outro é a *questão ou o problema que temos nas mãos*, como por exemplo: decidir se uma determinada cirurgia terá mais benefícios do que malefícios; decidir com o cliente se é melhor manter uma veia puncionada ou se deveríamos realizar duas punções ao dia para administrar um certo medicamento, e assim por diante. Assim, o que realmente conta não é o que eu tento projetar na mente do cliente, mas o que profissional e cliente focalizam juntos sobre a questão -problema.
- Abertura para a questão - problema: a tarefa do diálogo é conduzir a conversação e, isto significa, permitir a si mesmo ser conduzido pela questão - problema pela qual cliente e profissional estão empenhados em obter uma decisão compartilhada. É a isto que Arnason (2000) denomina de “a chave da experiência” da abertura para a questão problema. Este fenômeno combina e dá a direção concreta para a abertura para si e para o outro. Se cliente e profissional estiverem verdadeiramente voltados para a questão – problema, ambos se renderão ao diálogo, num movimento dialético de perguntas e respostas, com a intenção de trazê-la à luz. Caso contrário, se não houver

mutualidade nesta relação, haverá mudanças no relacionamento e destruição do vínculo moral (GADAMER, 1998). O sucesso de tal diálogo é que ele atinja um julgamento comum ou um consenso sobre a questão - problema, considerando que a dialética é a arte de formação de conceitos, bem sucedidos na formação de significados comuns.

- Abertura à tradição: este aspecto implica na vinculação da modulação da questão - problema pelos significados culturais. Para Gadamer (1998) dada a limitação das nossas perspectivas, nós só conseguimos realizar bons julgamentos escutando a voz da tradição cultural, uma vez que ela preserva a sabedoria das gerações. Neste sentido, nós somos radicalmente dependentes da nossa cultura, pois ela nos permite decifrar nossas raízes.

4.6. Obediência à autoridade

Na descrição da terceira experiência, *abertura para o outro*, é possível detectar uma espécie de tensão que confunde as implicações que existem quando esta abertura é aplicada à relação cliente – enfermeira/enfermeiro. A herança deixada pela tradição hipocrática da medicina parece não ter conduzido ao diálogo e a compreensão mútua endossada por Gadamer (1998). Nesta atitude tradicional, a relação de ajuda tende a ser unilateral. Os argumentos por traz desta atitude (na melhor das hipóteses, paternalista) é de que, se o profissional tem o conhecimento “competente e seguro” das condições do cliente - conhecimento este que o cliente não tem de si próprio - por quê, então, sobrecarregar à ela ou ele com informações que exigem tomada de decisão sobre sua condição? Pois, além de não terem o conhecimento para entender sua condição de saúde (afirmação bastante questionável esta), são pessoas doentes que precisam ser confortadas e não, molestadas. Por este motivo, é obrigação do profissional usar este conhecimento no sentido de assegurar os melhores interesses do cliente.

No entanto, não há dúvida de que, dependendo da concepção de saúde adotada pelo

profissional, o que é melhor para o cliente pode não ser assegurado. Tomemos como exemplo um curativo. É freqüente encontrarmos nas orientações sobre curativos a recomendação (ou mesmo a *proibição*, se é que se pode proibir algo desta natureza) de que, durante o procedimento, o profissional não deve falar com o cliente para evitar contaminação da ferida com gotículas de saliva. Analisando esta recomendação à luz da concepção de saúde dos modelos biomédicos, este parece-nos um argumento bastante razoável, uma vez examinando o conhecimento sobre infecção, podemos assegurar que existe mesmo a possibilidade de contaminação de feridas através da saliva.

No entanto, se adotarmos concepções de saúde que tendem à uma perspectiva holística, de pronto desviamos o nosso foco de atenção do ferimento para a *pessoa ferida*. Sob esta perspectiva, não faz sentido este tipo de orientação, pois o desafio será fazer um curativo sem que o ferimento seja contaminado e, ao mesmo tempo, mantendo o diálogo com a pessoa ferida. É dela que estamos cuidando, e este cuidado inclui o curativo e todos os cuidados com assepsia inerentes ao procedimento. Para o alcance de tal objetivo basta que tomemos uma medida simples e econômica, como usar uma máscara. Além do mais, é preciso que nos lembremos que o diálogo já é em si, cuidado. Nós também sabemos que para um ferimento cicatrizar mais rapidamente e, em melhores condições, é necessário o levantamento de uma série de informações sobre as condições do cliente como: estado de humor, estado nutricional, apetite, preferências alimentares, oxigenação tecidual, e, assim por diante. Então, reflitamos por um momento: como obter informações sobre preferências alimentares e estado de humor senão através do diálogo? Como respeitar o direito a autonomia sem diálogo? Como assegurar o melhor (beneficência, não – maleficência) para o cliente sem atender preferências individuais?

Caso estes aspectos não forem respeitados, o profissional não irá envolver o cliente no processo de tomada de decisão e tomará as decisões por si mesmo, baseado em seu conhecimento e experiência profissional. É fato que o profissional pode ter um bom conhecimento sobre a condição de saúde do cliente, porém isto não é suficiente para afirmar que o conhecimento dos profissionais de saúde é idêntico ao conhecimento dos melhores interesses do cliente. Pois esses interesses, não podem ser completamente identificados sem o conhecimento da própria compreensão do cliente sobre eles

(ARNASON, 2000). Os clientes são indivíduos com uma história única e projetos particulares e não poderão ser tratados como pessoas, a não ser que seus pontos de vista sejam levados em consideração. Quando um cliente recusa aceitar um tratamento, o que ela ou ele levam em consideração é muito mais o bem total para a sua existência como um todo do que o bem médico. É verdade que, na maioria das vezes, o médico sabe mais sobre a enfermidade. No entanto, excluindo os desvalidos, os pacientes sabem mais sobre suas necessidades. Para Arnason (2000), a forte razão para o exercício e a prática do diálogo entre cliente e profissional é respeitar e aceitar o cliente como pessoa. Porém, isto não pode ser feito sem respeitar a autonomia do outro. Arnason (2000.), acredita que Gadamer (1998) não presta muita atenção a este aspecto (ele chega mesmo a suspeitar que Gadamer [1998] é tomado pela tradição). Sua suspeita é fundamentada num exemplo fornecido por Gadamer (1998), no qual ele afirma que, durante um jogo, quanto mais autenticamente nós participamos, mais nós somos possuídos pelo jogo e suas regras. E assim, nós perdemos nossa autonomia e somos governados pelas regras do jogo em si. Arnason (2000) receia que no caso de divergências entre cliente e profissional durante um diálogo, a maior pressão para “abandonar-se ao jogo” (abster-se da autonomia) ocorrerá sobre o cliente, encorajando uma submissão acrítica de um parceiro ao outro.

5. O PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM

Sempre que pensamos no processo de cuidar, nos vem imediatamente à mente algum tipo de processo sistematizado nos moldes clássicos²³, baseado em um dos muitos modelos teóricos da enfermagem. No entanto, o que pretendo relatar aqui não tem esta preocupação formal. Mesmo porque na prática, as coisas não acontecem da maneira como são descritas nos prontuários dos clientes. Lá não são reveladas as dúvidas e as incertezas, e outras das muitas vicissitudes que permeiam o processo de cuidar humano. Por este motivo, minha principal preocupação nesta tese é muito mais com o conteúdo e com a atitude profissional do que com a forma do processo de cuidar.

Meu interesse é descrever aspectos relevantes da relação cliente-enfermeira/enfermeiro (como o pilar do processo de cuidar), relatar aspectos da prática concreta vivenciada por enfermeiras e enfermeiros, procurando identificar as concepções de saúde e as atitudes que orientam esta prática.

5.1. Como as enfermeiras cuidam: depoimentos de enfermeiras e enfermeiros suecos

A idéia de acrescentar um suporte empírico a este trabalho, surgiu com o objetivo buscar uma caracterização do processo de cuidar em enfermagem que pudesse, em conjunto com as concepções analisadas e os aspectos éticos abordados, iluminar a reflexão e auxiliar a atingir os objetivos propostos. Minha principal intenção neste capítulo é analisar os depoimentos de enfermeiras e enfermeiros (todos suecos) caracterizando sua

forma de cuidar, e buscando identificar elementos que caracterizem esta prática em termos de concepções de saúde utilizadas e suas implicações éticas.

5.1.1 Sobre o suporte empírico

Assim, com a ajuda de meus orientadores, brasileiros e suecos, decidi realizar entrevistas semi - estruturadas com enfermeiras e enfermeiros assistenciais.

É interessante ressaltar que a opção por entrevistar somente enfermeiras e enfermeiros suecos para constituir esta amostra, só ocorreu por razões puramente práticas, pois estava na Suécia realizando meu doutorado sanduíche. Neste sentido é importante afirmar que não tenho o propósito de comparar o pensamento de enfermeiras e enfermeiros suecos com os seus pares brasileiros. Confesso que teria esta preocupação se meu objetivo realizar uma estudo empírico formal com o objetivo de comparar o processo de cuidar em enfermagem nos dois países. De qualquer maneira não está descartada a possibilidade de desenvolver um estudo comparativo futuramente.

A escolha de depoimentos de enfermeiras e enfermeiros suecos permite aproximar-nos de um tipo de processo de cuidar que supõe um conceito de saúde e uma abordagem ética próximos das teorizações da hermenêutica, tal como aqui apresentado segundo os escritos de Gadamer (1998) e de Arnason (2000).

A hermenêutica supõe um conceito de saúde e vínculos éticos que encontram seu fundamento na solidariedade e no diálogo. No caso aqui apresentado, o processo de cuidar em enfermagem aproxima-se daquilo que consideramos uma prática profissional desejável e não uma utopia inatingível.

²³ Me refiro aqui a um processo fundamentado em alguma teoria de enfermagem e constituído por, no mínimo em quatro etapas: histórico, diagnóstico, intervenção e avaliação de enfermagem.

O propósito das entrevistas é acessar a perspectiva da pessoa que está sendo entrevistada. Nós entrevistamos alguém para trazer para fora aquelas coisas que não podemos observar diretamente. A questão não é se dados observáveis são mais desejáveis, válidos ou significativos do que dados colhidos de depoimentos. O fato é que nós não podemos observar sem poder validar com o próprio indivíduo, sentimentos, pensamentos e intenções. Enfim, comportamentos e situações que precedem certos fatos, como as pessoas organizam seu mundo e como elas atribuem significados ao que acontece no mundo (PATTON, 1990).

Partindo do pressuposto de que uma entrevista tem o propósito de entrar na perspectiva do outro, conhecendo e explicitando significados, a tarefa do entrevistador é tornar isto possível. Fazer com que a pessoa que está sendo entrevistada possa trazer o entrevistador para o seu mundo, de forma que ela ou ele possa desempenhar seu papel, obtendo dados de qualidade.

O roteiro da entrevista (Anexo 1) foi elaborado em conjunto com Tommy Svenson, um sociólogo do Instituto Tema, da Universidade de *Linköping*, Suécia, e foi construído de forma a obter algumas informações gerais sobre os entrevistados, como por exemplo: motivos que o fizeram optar pela enfermagem como profissão. O principal propósito destas questões foi permitir ao pesquisador caracterizar a amostra estudada, como também, introduzir o entrevistado ao tema da entrevista, fazendo uma espécie de *aquecimento* antes de chegar ao tema propriamente dito.

O tema de interesse foi abordado sob diferentes perspectivas. Ora solicitando ao entrevistado relatar as atividades desenvolvidas num dia típico de trabalho; ora questionando-o sobre a especificidade e finalidades da enfermagem; ou mesmo perguntando, diretamente, como define saúde.

A construção do roteiro de entrevista foi sendo discutida passo a passo. Quando consideramos que tínhamos terminado, apresentamos aos outros orientadores e a algumas

das professoras da Escola de Enfermagem da Universidade de *Linköping*. Estas pessoas sugeriram apenas pequenas reformulações.

Como pretendia realizar as entrevistas em *Linköping*, e como nossa intenção era apenas obter um suporte para sustentar a reflexão, decidimos selecionar a amostra por conveniência, tipo *snow ball* (PATTON, 1990). Nesta tarefa, contei com o auxílio de Lennart Nordenfelt, amigos, amigas, e colegas, pois dependia deles para ser introduzida no meio profissional de *Linköping*.

Os critérios para a selecionar as enfermeiras e enfermeiros foram: falar inglês, aceitar ser entrevistado, trabalhar na assistência, e ter sido indicado por um de nossos colaboradores (orientadores, amigos, colegas ou mesmo outros entrevistados).

Ao todo, foram entrevistados 8 enfermeiras e 2 enfermeiros. A todos eles foi garantido o sigilo sobre sua identidade e obtida a autorização para publicação dos dados nesta tese.

5.1.2 Análise das entrevistas

Como minha intenção é apenas obter um suporte para subsidiar a reflexão, optei por descrever as entrevistas sob a forma de depoimentos. Com a descrição dos depoimentos procurei atribuir significados a relatos particulares, e analisar determinados padrões à luz das concepções de saúde e dos conceitos éticos abordados.

Os depoimentos foram montados seguindo mais ou menos os itens do roteiro de entrevista (análise cruzada dos casos), pois o mesmo já constitui um modelo próprio para a descrição da análise .

Não houve preocupação em codificar os dados das entrevistas conforme o preconizado pelos procedimentos de análise qualitativa, pois nosso propósito é apenas obter um suporte a reflexão. Assim, após várias leituras das entrevistas, foi feita uma

análise preliminar dos dados com o objetivo de montar os depoimentos de acordo com a questão norteadora e os objetivos propostos. Paralelamente às leituras, foram realizadas algumas notas contendo reflexões e idéias que pudessem auxiliar a reflexão sobre o tema do trabalho.

Na apresentação dos depoimentos, foram reunidos aspectos das entrevistas realizadas com propósito de tornar a apresentação mais interessante e fornecer a base para a reflexão. Assim, um depoimento relatado pode conter parte das respostas de várias entrevistados.

5.1.3 As enfermeiras e enfermeiros

Os 10 profissionais entrevistados; 8 enfermeiras e 2 enfermeiros assistenciais, tinham idades entre 24 e 60 anos. Quatro deles trabalhavam num serviço de cuidado domiciliário vinculado ao Hospital Universitário de Linköping, chamado Clínica *LAH*. Dois dos entrevistados trabalhavam na terapia intensiva (cardiológica) do *Hjärtcentrum* (Centro do Coração) do Hospital Universitário de Linköping. Duas trabalhavam como enfermeiras assistenciais na *Geriatrisk Klinik* (Clínica Geriátrica) do Hospital Universitário de *Linköping*. Uma era enfermeira de posto de saúde, as chamadas *Distriktssköterska*. E a última, era enfermeira obstetriz.

5.1.4 Um dia típico de trabalho: o agir em enfermagem

Normalmente eu começo a trabalhar entre 7:00 e 8:00h da manhã. Às 8:00h os pacientes começam a chegar para os exames. Início meu dia realizando exames como eletrocardiograma, colhendo amostras de sangue e de urina, ou realizando outros exames menos freqüentes. Tenho muitos deles para fazer todos os dias. Depois eu gasto muito tempo atendendo pacientes por telefone. Todos os dias eu gasto muito tempo respondendo dúvidas. Eu preciso falar com eles para que o tratamento funcione. Então, todos os dias eu converso pelo telefone. Não é só eles que me ligam. Eu também ligo para eles; para saber como estão indo, como estão se sentindo, se eles têm tido problemas com os remédios, e

coisas deste tipo. Aqui as famílias são muito pequenas. Não é comum que os idosos morem com suas famílias. Frequentemente eles moram em algum lugar perto dos filhos ou em cidades vizinhas. Mas é muito raro que morem na mesma casa. Meu trabalho não é do tipo como o de um psicólogo não, que tenta dar suporte emocional. É um trabalho mais parecido com o serviço social, mas é ainda diferente. Eu sou a pessoa com a qual eles mantêm o contato. Preencho os papéis para os exames e encaminho às pessoas certas.

Depois eu encontro com os pacientes e discuto com eles, de uma forma natural, sobre várias coisas, seu tratamento, e assim por diante. Eu não uso nem um tipo de categorização ou classificação para dizer, o seu problema é este. Não, não é assim que funciona. Eu simplesmente dou informações, vejo se eles não estão esquecendo de nada... Enfim, lá pelas 12:30, começa tudo novamente. Recebo outros pacientes... Resumindo, o que eu faço todos os dias é orientar para ajudá-los a fazer o tratamento, orientar sobre o que é o problema (doença), ajudá-los a identificar quais são os problemas, isto é, “identificar por que um problema se torna um problema”, como lidar com ele, como aprender a viver com ele. Eu vejo que minha função é ajudar uma pessoa a se curar. Porque há alguns problemas de saúde que não têm solução, então é preciso ajudá-los a conviver com o problema. Eu também os ajudo a expressar seus problemas, eu tento compreender o problema dela ou dele. Eu faço uma conexão entre o paciente e o médico, mas não no sentido inverso. Não, eu não faço a conexão entre o médico e o paciente, pois os médicos devem ter um contato próximo com seus pacientes.

Eu começo a trabalhar diariamente às 7:00 h e termino as 14:00h. A primeira coisa que eu faço é saber o que aconteceu com os pacientes durante a noite. Depois eu vou falar com eles, saber como passaram a noite, se tiveram algum problema, auscultar seus corações e, assim por diante. Se eu tenho um dos pacientes que está mais grave, eu vou visitá-lo primeiro, é muito importante que eu vá pessoalmente para ver com meus próprios olhos como ela ou ele está, como está se sentindo naquele momento. Eu registro no prontuário, em poucas palavras, se alguma coisa especial aconteceu. Então, eu escrevo o que aconteceu, como posso evitar que aconteça novamente e o que eu fiz. Enquanto eu estou aqui, eu converso com os pacientes, cuido deles, observo o ritmo dos seus corações....., eu penso que observo num amplo sentido. O que nós fazemos em nosso dia-

a-dia, depende muito do tipo do paciente que nós temos. Se é infarto ou insuficiência cardíaca. Mas como a maioria dos pacientes tem infarto e angina, eu acredito que a atividade que nós fazemos com mais frequência é aliviar a dor, deixar o paciente livre dela. Mas o principal mesmo é a observação como um todo, sem dúvida alguma.

Eu não acho que é bom dar informações que o paciente já conhece. O tipo de informações que você dá vai depender do tipo de paciente que você tem. Se for um paciente muito idoso, você tem realmente que pensar muito bem o que você vai dizer para ele. Você não pode dar a informação, nem do mesmo tipo e nem da mesma forma pela qual você daria para uma pessoa jovem. Assim, eu penso que, como enfermeiro, o mais importante é você dar a informação que o paciente deseja. No início você faz algumas perguntas, para saber o que o paciente já sabe sobre a doença, sua situação e coisas assim. Com isto você pode dar as informações que o paciente quer e necessita e de que forma você vai fornecer estas informações. O tipo de informação vai depender não somente da idade do paciente, mas também da situação em que ela ou ele se encontram. Se o paciente acabou de chegar à Unidade eu não acho que é bom dar muitas informações, somente aquelas que mais importantes. Depois vai-se dando informações aos poucos. Mas antes de dar informações eu acho que é importante conhecer o paciente. Falar sobre assuntos gerais para, só então, iniciar com as informações. Eu penso que, talvez a coisa mais importante para começar, é se colocar no mesmo nível do paciente. Eu também penso que é importante falar com o paciente mesmo se você não tem certeza de que ela ou ele pode ouvi-lo; é importante tomar cuidado com o que vai dizer, mas é preciso fazer algum contato com o paciente. De qualquer maneira, se você alivia a dor é mais fácil um paciente sentir-se confortável. Porém, não é certo que aliviando a dor você vai fazê-lo sentir-se bem.

Trabalhar durante o período noturno é diferente do que no diurno. É muito mais calmo e nós temos mais tempo para conversar com os pacientes. Nós conversamos com aqueles que estão mais estressados, preocupados ou tristes. Ter tempo para oferecer este tipo de cuidado é a melhor coisa do plantão noturno.

Quando eu chego no meu plantão eu converso com as outras enfermeiras para obter um relato da situação de cada paciente internado na unidade de cuidados coronarianos. Eu preciso saber se algum paciente tem problemas que demandam cuidados especiais e o que eu devo fazer durante a noite.

Após, eu dou umas voltas e converso com eles, pergunto como eles se sentem, como eles passaram durante o dia, o que aconteceu antes deles virem para o hospital. Depois eu vejo se eles tem alguma arritmia ou observo o estado daqueles que tem alguma alteração no ritmo cardíaco. Eu meço a pressão arterial, colho sangue para medir o nível das enzimas (daqueles que tiveram infarto). Se eles têm dor eu dou remédios para o alívio da dor, olho seus eletrocardiogramas e aviso à eles se alguma coisa vai acontecer durante a noite. Se eu vou medir a pressão arterial de 2/2h ou de h/h. Também pergunto se eles gostariam de beber água, se desejam ir ao banheiro ou se desejam algum cobertor extra ou qualquer outra coisa. Vejo se eles estão prontos para ir dormir (alguns gostam de dormir logo).

Depois eu vejo se tem algum tipo de papel para preencher e, então vou reabastecer as prateleiras com materiais, medicamentos ou o que for necessário (isto é feito à noite porque durante o dia eles não têm muito tempo para fazer este tipo de atividade). No resto da noite eu passo a maior parte do tempo andando. À cada hora eu vou ver se todos os pacientes estão dormindo. Uma vez que eu posso observar na central de monitores frequência e o ritmo cardíacos nos monitores, eu não preciso checar se eles estão vivos ou não. Eu ando para ver se eles estão bem, se estão dormindo, se há injeções, antibióticos, infusões ou alguma outra coisa que deve ser feita durante a noite, como trocar frascos de soros. Dependendo do número de pacientes internados eu tenho uma noite mais agitada ou mais calma. Você nunca sabe como vai ser. Pela manhã, antes de eu deixar o hospital, eu faço uma nova ronda e faço uma porção de controles. Eu ausculto seus corações e pulmões, eu pergunto se eles têm tido dor, meço a pressão arterial e colho sangue para gasometria, meço a temperatura, a diurese. Também faço uma avaliação global de cada paciente sobre o que aconteceu durante à noite. Depois eu faço um relato escrito; se foi necessário dar pílulas para dormir ou se houve algum problema específico, eu escrevo. Se for algo mais pessoal, eu não escrevo no prontuário. Se for algum problema que pode

interessar para o seu tratamento, então eu documento. Durante toda a noite se escreve coisas no prontuário, mas pela manhã eu faço um tipo de relatório. Na verdade cada plantão escreve um relatório, isto ocorre três vezes por dia. Antes de deixar o plantão eu faço um relato oral sobre cada paciente.

Você também precisa ter em mente o que o paciente quer para ele mesmo. Algumas vezes nós vemos que a melhor coisa para este paciente poderia ser fazer a cirurgia recomendada, mas pode ser que o paciente já tenha se submetido a mais de quatro cirurgias anteriormente, e ele prometeu para ele mesmo que cirurgia nunca mais. Agora ele sabe do risco que ele corre se não fizer a cirurgia; digamos que ele tem uma alta probabilidade de morrer em meio ano. Portanto, eu penso que uma enfermeira deve dar suporte para o paciente na sua decisão se ele está convencido de que isto é o que ele quer, embora não seja o correto do nosso ponto de vista. Então, não é correto nós irmos lá e dizer para o paciente “Você tem que fazer esta operação!”, porque tem a ver com a qualidade de vida e a integridade do paciente decidir por ele mesmo.

LAH é uma clínica muito especial. Nada aqui acontece como em uma unidade comum. Muitos dias eu começo as 8:00h e termino 16:30min. Alguns dias você começa às 13:30min e termina às 21:00h. Quando você chega, você pega o relatório do que aconteceu no período anterior e é decidido o que você deve fazer. Normalmente isto inclui visitas aos paciente e muitos deles eu já conheço. Eu preciso planejar muito bem as visitas e fazer um cronograma tão bom quanto possível. Eu sei o que fazer e quando fazer. Eu também ajudo os colegas quando eles têm muitas coisas para fazer. As coisas mais simples são feitas pelos auxiliares de enfermagem (sinais vitais), mas por exemplo, quando um paciente precisa de um catéter, eu fico responsável, porque esta é uma tarefa específica do enfermeiro. Então eu visito este paciente uma ou duas vezes para saber se está tudo bem, porque pode ser que eu tenha uma visão diferente, talvez eu possa ver outras coisas. Quando eu visito os pacientes eu converso muito. Muitos pacientes ficam muito felizes quando você chega. Muitos dos nossos pacientes são muito velhos e sozinhos. Então, quando eu os visito, nós falamos muito sobre muitas coisas. Mas algumas vezes, quando você precisa obter alguma informação, você precisa focalizar a conversa no problema, e algumas vezes, quando eles não querem falar sobre o assunto, mas você precisa conversar

sobre o assunto, então você tenta dirigir a conversa para obter a informação que você precisa. Isto ocorre quando eu estou tentando saber como eles lidam com os problemas de saúde que eles estão tendo ou outro tipo de problema que o paciente está experimentando. Quando você visita os pacientes nas suas casas, você encontra os familiares e, então, algumas vezes, você precisa pedir para os familiares ajudarem os pacientes. Em outras, você precisa ensinar algumas coisas para eles, como ajudar o paciente e, aí pode ser que você tenha que cuidar dos familiares também, porque eles provavelmente têm um monte de sentimentos dentro deles. Eles me fazem muitas perguntas, mais do que o paciente faria, porque o paciente entende melhor o seu problema, mas os familiares não entendem tão bem como o paciente. Algumas vezes o paciente tem dificuldade de explicar isto para os familiares, então eu tenho que explicar.

Eu também tento observar as coisas, mas eu ainda sou muito inexperiente nisto. É bem diferente de enfermeiras que já tem muita experiência; elas podem ver coisas que eu não consigo. Algumas vezes uma dessas enfermeiras com grande experiência diz “Este paciente provavelmente vai morrer” e, eu não sei como elas sabem. Provavelmente os olhos do paciente, ou alguma coisa que eu levarei muito tempo para ver. Mas eu estou tentando observar coisas mais objetivas, como pés inchados, um vislumbre no olhar... Eu estou tentando observar para ver se há mudanças que eu possa ver, como o cabelo mais ralo, mais fino... ou qualquer outra coisa. Eu não tento invadir muito a vida do paciente e de seus familiares. Eu acho que eles devem ter pessoas com que se revezar, trocar idéias. Eu não acho que é uma boa idéia ter um monte de pessoas tentando ajudar na vida dos pacientes. Eu penso que os enfermeiros têm a possibilidade de ver o paciente por inteiro, como um todo, bem como no seu contexto. Os enfermeiros e enfermeiras ficam muito tempo com os pacientes e, por este motivo podem ver o paciente em diferentes situações. Eu acho que isto torna a enfermagem diferente das outras profissões.

5.1.5 Objetivos e finalidades da enfermagem

O que eu tento alcançar como enfermeira é que os pacientes entendam o que eles têm, que encontrem suas próprias respostas e, que quando eles retornam para as suas casas,

se sintam melhor. Eu sou aquela mão que ajuda os pacientes a satisfazerem suas necessidades e a atingir seus objetivos.

Eu acho que o principal é fazer com que o paciente sintam-se bem e ativo. O quero que os pacientes realmente sintam-se bem e estejam confortáveis na situação. Eu quero que elas e eles estejam bem informados, saibam o por quê dos cuidados e não sintam dor. Também acho importante que não tenham medo e não se sintam ansiosos. É difícil dizer, mas o que eu realmente quero é que o paciente esteja bem, numa situação confortável. Eu sei que muitos pacientes estão estressados pela internação na unidade de cuidados intensivo. Eu penso que como enfermeiro nós estamos perto dos pacientes e nós estamos numa posição intermediária entre médico e o paciente. Então nós podemos ajudar o paciente nesta situação, levar suas questões para os médicos...

É muito difícil falar somente de um objetivo ou finalidade da enfermagem. Depende muito da situação. Se um paciente teve um infarto do miocárdio, esta pessoa pode estar sentido muita dor, estar se sentindo muito estressada, preocupada e nervosa. Então eu procuro visualizar esta pessoa em uma situação muito melhor. Então eu quero tranquilizá-lo, ou dar-lhe um analgésico, e eu sento e converso com esta pessoa e explico o que está acontecendo, tento acalmá-lo e aliviar o estresse. Então meu objetivo é este. Quando eu cuido, eu quero que o meu cuidado deixe o paciente em melhores condições. Se eu não consigo fazer isto, eu me sinto mal, penso que falhei, que todo a equipe falhou. Minha responsabilidade é ver como o paciente está indo. Se as coisas não estão indo bem, eu relato para os médicos, para as outras enfermeiras ou para a família. Este é meu trabalho, fazer este tipo de avaliação, ver o que os pacientes precisam e, ainda, dar informações sobre o que está acontecendo e o que nós iremos fazer com ele ou ela.

Eu fico contente quando os paciente melhoram com o meu cuidado. Às vezes o paciente ainda está sentido dor, mas depois de atendê-lo eu noto que está mais calmo, então eu fico satisfeito. Algumas vezes, os pacientes vem e nós sabemos que não há esperança de salvá-lo. Neste casos, salvar a vida não é a coisa mais importante, mas que o paciente tenha um bom tempo, com uma boa morte, sem dor, que fique calmo com você

até morrer. Nestas ocasiões eu sinto que eu fiz um trabalho satisfatório mesmo que o paciente tenha morrido porque eu pude fazer sua morte boa e ele estava bem calmo. Algumas vezes você ganha força quando um paciente tem uma morte boa, porque ele perdeu o medo de morrer e teve uma morte bonita. Você pensa que gostaria de morrer como aquele paciente. Então, saúde não é sempre o meu objetivo quando eu cuido, é muito mais que ele esteja se sentindo bem, seja com saúde ou morrendo. Além do mais saúde é muito mais do que não ter uma doença.

O que torna o cuidado da enfermeira diferente dos demais é o fato dela estar por perto, escutando o paciente, o que ele está dizendo, e o que ele não está dizendo, o que você pode ver com seus olhos e avaliar as necessidades dos pacientes, tanto físicas, psicológicas e sociais. Porque você está muito perto do paciente com a equipe de enfermagem. As enfermeiras têm mais formação do que as técnicas e auxiliares, ela pode ver a situação do paciente de uma forma mais ampla. Nós estamos em torno do paciente, nós sabemos o que está mudando, acontecendo... e nós falamos com os pacientes e, muitas vezes nós temos informações diferentes das dos médicos, porque algumas vezes os pacientes estão com medo, mas não querem contar para o médico, porque eles pensam que os médicos tem muito pouco tempo e eles não querem incomoda-los com seus “pequenos problemas”. Mas as enfermeiras estão por perto. Nós somos como aranhas numa teia. Nós estamos em conexão. Nós contamos aos médicos sobre problemas médicos, nós contamos ao fisioterapeuta sobre os problemas relativos à reabilitação, aos nutricionistas sobre problemas dietéticos e à família sobre as condições do paciente. Nós ainda contamos à equipe de enfermagem e nossos colegas sobre o que eles poderiam fazer.

Eu penso que nós temos o quadro como um todo, que nós somos os profissionais do time que mais têm esta idéia da situação geral do paciente. Mesmo não tendo formação especializada em medicina, nutrição ou psicologia, nós podemos fazer uma avaliação do paciente e fazer contatos com os especialistas. Assim, a enfermeira pode estabelecer um tipo de conexão, de integração. Talvez não seja correto dizer que a enfermeira esteja no meio desta teia, porque quem está no meio é o paciente, mas a enfermeira está em torno dele, estabelecendo conexões, integrando a situação dos pacientes e colocando-os em uma condição melhor. Por este motivo que é importante estar por perto, para observar as

mudanças. A finalidade da enfermagem pode ser qualidade de vida ou proporcionar uma boa morte. Porque algumas vezes não temos nada a fazer do que ajudar para que o paciente tenha uma morte tranqüila. O objetivo é estar por perto do paciente e ajudá-lo em qualquer situação em que ela ou ele esteja e fazer o melhor. É estar lá e ajudar o paciente em qualquer coisa que ela ou ele precisar.

Eu penso que grande parte dos objetivos da enfermagem é reduzir sofrimento e fazer com que as pessoas sintam-se melhor de diferentes maneiras. Tentar encontrar quais são os problemas do paciente e o que eu posso fazer (se for algo que eu possa ajudar). Porque algumas vezes quem pode resolver o problema é um médico. Por exemplo, no caso de uma dor. Eu posso tentar saber por que este paciente está sentindo dor e, assim por diante. Mas muitas dores não são resolvidas com um aspirina. Eu posso ter uma longa conversa com o paciente e encontrar qual o motivo desta dor, com o que ela se relaciona, saber o que está incomodando o paciente, o que eu posso fazer sobre isto, o que eu preciso relatar para os médicos, para os fisioterapêutas, o enfermeiro ou a enfermeira está sempre tentando “tecer uma teia” entre as coisas. Você sabe com quem você tem de entrar em contato quando você não pode resolver um problema. Se eu consigo resolver os problemas, lidar com os problemas dos pacientes, ajudá-los a resolver, eles ficam felizes e eu também. Este é o meu prêmio. O trabalho bem feito. Eu me lembro que uma vez o paciente morreu, mas os familiares ficaram bem, ficaram agradecidos.

Eu escolhi ser obstetritz porque sempre que há um parto normal nós temos autonomia para tomar todas as decisões. Se há problemas sérios os médicos vêm e, algumas vezes nós temos que discutir alguns aspectos. Eu inicio meu trabalho pelo relatório do que aconteceu e do que está acontecendo. Normalmente eu tenho mais ou menos 4 pacientes. Mas eu nunca sei ao certo porque nunca sabemos quantas vão parir. Eu encontro a paciente e eu checo em que parte do processo ela está, para poder decidir o que fazer. Eu checo a frequência cardíaca, a frequência das contrações e depois os dois juntos. Depois eu vejo quais são as necessidades da mulher, talvez ela precise de mais informações, de suporte emocional, de analgésicos (a dor do parto é muito forte), também verifico se ela tem alguém acompanhando (é muito importante para mim, saber se há pessoas que podem ajudá-la na situação, porque eu posso me afastar um pouquinho, caso

contrário eu tenho que ajudá-las muito mais). Normalmente são os pais das crianças que acompanham, mas também há mães e irmãs.

Eu forneço muitas informações sobre todo o processo, as contrações (quão forte elas são) , analgésicos, sobre os batimentos cardíacos. Assim, elas podem confiar um pouco mais em mim e sentir-se seguras; saber o que está acontecendo. Eu também posso dar informações sobre as membranas e a cor da água, se está OK ou se há alguma coisa errada.

Boa parte do meu trabalho é atender ao telefone e dar orientações no início do trabalho de parto. As pessoas chamam e perguntam “já devo ir para o hospital?” “eu posso esperar em casa?” “este sangramento é normal?” “este tipo de dor é normal?” “como eu posso relaxar?” todas estas questões são normais, e dão muito trabalho ao telefone. Eu escrevo tudo isto, como se fosse um jornal. No início da gravidez eu faço uma avaliação e temos encontros mensais. Mais no final, nós nos encontramos semanalmente. Durante o parto eu quero que elas se expressem para que eu possa saber se elas tem alguma necessidade especial. Algumas vezes elas desejam ter o bebê numa posição especial, ou ouvindo um certo tipo de música. Então eu escuto tudo que elas desejam e querem fazer. Eu faço o melhor que eu posso. Mas a coisa mais importante é o controle dos batimentos cardíacos, para saber se está tudo bem, se ambos estão bem. Se tudo está bem então eu tento satisfazê-la com as outras necessidades.

Elas precisam tomar muita água, precisam se mover; é bom ajudá-las e oferecer analgésicos, isto é grande parte do meu trabalho. Observar o seu comportamento e reconhecer instintivamente, através do comportamento “agora elas precisam mais ajuda”. Algumas mulheres precisam um mundo “piloto” em torno delas, quando elas tem sede, querem se vestir, mudar de posição, quando a dor e a contração são fortes. Elas precisam muita informação, confiança e suporte emocional (como lidar com o estresse).

Eu posso reconhecer quando elas estão estressadas e sentindo dor pelo seu comportamento, você pode ver em seus olhos, mãos, se elas estão tensas, se o corpo todo

está tenso. Se elas estão de olhos fechados durante as contrações. Os olhos estão fechados se as contrações são muito fortes; se vem outra contração em seguida elas nem abrem os olhos. Elas estão muito cansadas e estressadas; isto você pode ver em seus olhos. Outro aspecto importante é a cor da pele, especialmente na face. Normalmente a face está vermelha e elas estão suando. Todas essas coisas você pode observar durante as contrações. Muitas estão gritando e respirando ruidosamente. Você não precisa gritar, basta respirar ruidosamente e gemer. Algumas mulheres entram realmente em pânico; elas não escutam; elas não falam, elas não vêem. Então eu tenho que ter cuidado com a situação e dizer, “por favor, olhe para mim e preste a atenção no que eu vou lhe dizer”, senão elas podem fazer um monte de coisas e eu tenho que tomar o controle. Se ela está em pânico, ela não escuta, só grita e seus olhos estão muito abertos. Depois do parto começam as informações sobre amamentação. Quando nós temos objetivos comuns e alcançamos estes objetivos, então eu fico satisfeita. Eu acho que como enfermeira eu devo ser uma pessoa que realmente tem tempo para atender as necessidades dos pacientes e usar o conhecimento fisiológico, psicológico, social, espiritual, todo o conhecimento que nós temos e ter tempo para cuidar bem de cada paciente. Não é bom quando nós temos muitas pacientes em torno de nós. Nós temos de ter tempo para escutá-las. Se eu tenho tempo, eu paro e escuto o que elas têm para falar. Eu estou cansada deste livros grandes. Eu prefiro escutá-las.

5.1.6 A noção de responsabilidade profissional

Eu me sinto mal, quando cometo algum erro. Pode ser qualquer tipo de erro. Dar uma injeção por engano, fornecer uma informação errada ou que deixar o paciente estressado ou com medo, falar alguma coisa de forma precipitada. Então eu me sinto muito mal, porque eu deixo o paciente amedrontado e não era minha intenção amedrontá-lo. Eu só queria dar-lhe uma informação, mas ele não me entendeu. Provavelmente porque eu dei esta informação de uma maneira inadequada. Também me sinto mal quando estou muito ocupada e me irrita com alguns pacientes. Então eu fico triste porque tive este tipo de sentimento e não pude ajuda-los.

A responsabilidade das enfermeiras e enfermeiros é estar por perto do paciente, qualquer que sejam as suas possibilidades; não importa se ele ou ela está sendo tratado e ganhando saúde, ou se melhorando a qualidade de vida ou morrendo.

5.1.7 Sobre saúde

Eu sou influenciada por diferentes definições de saúde, como aquelas de organizações como a OMS. Mas quando eu era estudante eu fui influenciada por Keith Erikson, um teórico finlandês. Ele é muito conhecido aqui na Suécia, mas eu não creio que o mesmo ocorra fora da Escandinávia. Ele fez uma cruz da saúde, na qual por um eixo você está objetivamente doente e, em outro, você vê a si a mesmo como doente. Ele comenta que você tem saúde e morre, você tem bem estar e pode não se sentir bem, você pode se sentir super saudável e estar muito doente, estar muito saudável e se sentir muito doente, e estar muito doente e sentir-se muito bem. É alguma coisa dentro da pessoa, mas você pode também, como acontece no modelo médico, dizer objetivamente que esta pessoa é saudável, embora a mesma pessoa diga “eu não estou saudável, eu me sinto muito cansada, eu me sinto triste, eu sinto dor na minha perna”. Os profissionais da saúde podem não encontrar nenhum problema nesta pessoa. Assim, eu penso que é sempre um conflito para nós, porque podemos encontrar problemas psicológicos e não encontrar doença física. Mas os paciente sentem-se doentes. Eis o conflito. Eu penso que saúde é o que eu sinto dentro de mim ou o que eu vejo nos testes de laboratório, RX, e assim por diante. Assim, eu penso que é mais saudável se nós temos um quadro do que é saúde, e isto precisa envolver a saúde social, psicológica e física, porque elas estão conectadas. Principalmente agora, no ocidente, porque as doenças psicossociais estão aumentando e eu penso que no futuro elas irão crescer ainda mais. O estresse e o maior tempo de vida, irão desenvolver novos tipos de doenças. Eu penso que o seu estilo de vida e a situação de vida é que, provavelmente, irão influenciar a saúde ainda mais no futuro. O que eu quero dizer é que você não será uma pessoa como um todo se você não tem sua mente, seu corpo e as pessoas que você tem ao seu redor... eu penso que saúde implica em que todas estas partes estejam saudáveis. Você não se sentirá bem se você tiver uma condição social muito ruim, mesmo que você tenha um corpo saudável. E você não se sentirá bem no seu corpo se você tem uma mente muito louca. Assim, eu penso que o sistema de assistência e os

profissionais da saúde, devem olhar para todas estas partes quando falam sobre saúde. Mas, naturalmente, eu posso estar mais vinculado ao cuidado dos problemas médicos e dos problemas físicos, como ocorre na cardiologia. De qualquer maneira eu tenho que pensar nas outras coisas porque eu sinto que posso esquecer alguma coisa que tem influência sobre a saúde.

A saúde também está relacionada com a idade e a situação de vida. Qualidade de vida não é o mesmo para mim do que para uma pessoa jovem, nós queremos coisas diferentes na vida. Eu penso que é mais fácil aceitar que você está doente quando você tem 80 do que quando você tem 20 anos. É mais importante ter saúde quando você tem 20 do que quando tem 80. Mesmo assim, muitas pessoas com 80 anos têm dificuldade para aceitar o fato de que elas ficaram doentes. É possível que elas tenham sido muito saudáveis antes. Muito pacientes que eu cuidei dizem “Eu tive uma boa vida, então agora eu tenho de aceitar que eu estou ficando mais velho e doente, mas eu ainda posso fazer uma porção de coisas”. Mas uma pessoa jovem, se sentirá frustrada. Eu penso que saúde é um conceito que está mudando. Saúde tem significados diferentes para cada pessoa, mas há certos componentes que são muito semelhantes para todas as pessoas; estes componentes estão ligados a saúde psicossocial e física. Mas também é individual, como a idade, porque eu penso que é muito difícil. Muitas pessoas têm muitos problemas com a enfermidade, outras não. Elas conhecem sua doença e tem uma boa vida com ela. Outras pessoa podem ficar transtornadas e largar tudo, e isto é terrível para elas mesmas e para os que vivem com elas. Isto é muito difícil.

Eu gosto da teoria de Keith Erikson. Ele tem a teoria da cruz da saúde. De acordo com ele, você pode ter saúde mas pode ser considerado medicamente enfermo. Você pode ficar em casa com seus familiares e sentir-se calmo, seguro. Eu quero dizer que muitas vezes você ganha longevidade com a cura, mas não tem felicidade.

Saúde para mim é quando você está satisfeita fisicamente, socialmente psicologicamente e espiritualmente. Há muitas definições sobre enfermidade, doença e todas estas coisas, mas penso que, mesmo que você esteja doente, você pode ter uma boa

saúde. A saúde depende de pessoa para pessoa, depende dos objetivos pessoais. A saúde não é o mesmo para todas as pessoas. É muito difícil de descrever.

6. UMA NOVA POSSIBILIDADE PARA O PROCESSO DE CUIDAR

Até aqui foram apresentadas e discutidas concepções de saúde vinculadas ao modelo biomédico (Teoria Bioestatística), aos modelos de enfermagem (Teoria das Necessidades Humanas Básicas) e à filosofia da saúde (Teoria Holística – uma abordagem baseada na ação humana).

No caso dos modelos biomédicos, as concepções de saúde são fortemente baseadas nas ciências biológicas e na estatística. A saúde aparece como o funcionamento normal dos órgãos e sistemas do corpo a fim de atender objetivos funcionais, desvinculados da intencionalidade. Estas concepções exerceram e ainda exercem forte influência sobre a prática de enfermagem. E, obviamente que não se trata aqui de negar a importância das ciências médicas e o desenvolvimento técnico – científico, principalmente, na cura das doenças, a melhora da saúde das pessoas e, mesmo para a enfermagem como profissão. O que me refiro, é que se não fundamentarmos o processo de cuidar em enfermagem em modelos que tendam para uma perspectiva mais holística de saúde, teremos sérias implicações éticas ligadas ao próprio processo de cuidar e, mais especificamente com a relação cliente - enfermeira ou enfermeiro. O fato destes modelos tenderem para uma desconstrução do ser humano através da análise de seus órgãos e sistemas corporais, e terem como enfoque principal o processo de doença e suas manifestações, eles fatalmente reduzem a humanidade das pessoas a um conjunto de sinais e sintomas. Deste modo, é extremamente difícil resgatar aquele que padece como um indivíduo autônomo, deslocando o benefício de um tratamento ou de uma intervenção do indivíduo para os seus

órgãos e sistemas corporais.²⁴ Da mesma forma, a não- maleficência de um tratamento a um órgão ou sistema do corpo não é o mesmo que não causar danos a um ser humano. Sabemos perfeitamente que, embora a maioria dos tratamentos tenha como propósito fazer o bem, também é verdade que a grande maioria causa danos a pessoa que é tratada. Vários são os exemplos que podemos resgatar. Por exemplo, praticamente todos os tipos de cirurgia causam algum tipo de dor; a grande maioria dos medicamentos, a despeito do seu efeito desejável, causa uma série de efeitos indesejáveis que diminuem o bem estar das pessoas, e assim por diante.

Também é verdade que ao focalizar a pessoa como um objeto (corpo biológico, órgãos e sistemas) corre-se muito mais facilmente o risco de reduzir a decisões de um tratamento em termos de custo – benefício, confundindo freqüentemente justiça com a decisão possível, mais conveniente, ou a mais econômica e discriminatória. Neste caso, cede-se espaço para a racionalidade instrumental a qual tem como principal consequência, a manipulação e o desrespeito à autonomia da pessoa. Por estes motivos, o relacionamento cliente-profissional resulta na objetificação do outro, isto é, toda a subjetividade do ser humano, do cliente é negada. A compreensão do outro passa a ocorrer da mesma maneira que a de outros eventos ou objetos do nosso campo de experiência.

Por outro lado, quando trabalhamos orientados por concepções de saúde que têm na perspectiva holística (ou mais próximo dela) o seu ângulo de visão, o que ocorre de imediato é o reconhecimento do outro como um semelhante, considerando sua subjetividade e individualidade. Tendo este tipo de concepção em mente, o estabelecimento do diálogo, não somente como forma de relacionamento, mas já como terapêutica em si, passa a se constituir no pilar do processo de cuidar em enfermagem. Desta forma, todo o processo decisório tende a passar, quase que invariavelmente, por reflexões éticas que levam em consideração os princípios da ética da saúde, favorecendo a constituição das enfermeiras e enfermeiros como agentes morais, imbuídos de

²⁴ Embora a saúde corporal seja fundamental para a saúde do ser humano como um todo, não fica a ele restrita.

responsabilidade profissional, consideração da equidade como referencial decisório e atitude solidária. Neste sentido, é fundamental empenhar-se num processo reflexivo, no sentido de buscar uma prática de enfermagem mais humana e solidária, e imbuída de responsabilidade e competência profissional.

Partindo destas considerações, acredito que a conciliação da concepção de saúde como capacidade para atingir objetivos vitais, de Nordenfelt (1987, 1995) com a de satisfação de necessidades humanas básicas, de Horta (1979) me parece um bom ponto de partida para iniciar este processo reflexivo. Assim, como resultado deste trabalho podemos pensar a saúde como a capacidade para satisfazer necessidades humanas para atingir objetivos vitais (ou pessoais, quem sabe?).

6.1. Em busca de um enfermagem solidária

A partir do que foi apresentado nos capítulos antecedentes, a reflexão agora recai sobre a possibilidade de uma processo de cuidar baseado na ação humana e na solidariedade, sem no entanto excluir a importância do pensamento analítico e de modelos baseados na explicação causal (como é o caso dos modelos biomédicos).

Considerando as questões éticas relacionadas às concepções de saúde discutidas, não podemos deixar de focalizar a relação cliente – profissional, tendo como ponto de partida a concepção que considera saúde como *a capacidade da pessoa para satisfazer suas necessidades para atingir os seus objetivos vitais*. Isto é, realizar seus planos e seus desejos para uma existência própria.

A partir deste pressuposto, podemos reconhecer esta pessoa como um semelhante. Um igual enquanto ser humano, que também possui desejos, sentimentos, faz planos para sua vida e que, quando tem sua saúde abalada, pode padecer de dor e/ou sofrimento ou, no mínimo, tem seus planos, desejos e metas, ameaçados temporariamente.

Portanto, neste tipo de relacionamento profissional não há espaço para dissimetrias. Nós nos reconhecemos em nossos clientes, em sua dor e sofrimento, em seus medos e incertezas. Porém, reconhecer-se como um igual não nos dá o direito decidir pelo outro, mesmo quando acreditamos que nossa decisão poderia reverter em benefício. Nem mesmo de nos *precipitarmos na compreensão do outro*, de tal forma que eu penso ser capaz de expressar os sentimentos, desejos, dores e sofrimentos do outro melhor que ele próprio. Este não é o caminho para conseguir uma compreensão mútua. Pelo contrário, é mais fácil de constituir-se numa forma de dominação, a qual Arnason (2000) denominou de *paternalismo benevolente*, o qual tende a impedir a decisão e a *abertura para o outro*, impedindo o bom relacionamento. Significa negar a *abertura para si mesmo*, negando nossa finitude e o fato de que todos nós somos dominados por nossos preconceitos. Caso negarmos este fato, corremos o risco de perceber somente aquilo que confirma nossas expectativas, tornando-nos cegos para a experiência de compreender o outro, impedindo a *abertura para o outro*. Como consequência, não reconhecemos que precisamos aceitar algumas coisas que são contra nossas próprias crenças e convicções. Sem este reconhecimento, ficamos impedidos de escutar o outro, de reconhecê-lo na sua diferença e buscar aquela fusão de horizontes que torna possível a experiência hermenêutica no relacionamento entre clientes e enfermeiras e enfermeiros. Experiência que requer a compreensão com o outro em relação à *questão problema* que temos nas mãos.

A *abertura para a questão problema* é mediada pelo diálogo. E, a tarefa do diálogo é conduzir a conversação; permitir a si mesmo ser conduzido pela questão problema para a qual ambos, cliente e profissional, objetivam obter uma decisão compartilhada.

Como pudemos perceber, o diálogo (ou a relação dialógica) não pode ceder espaço para formas de dominação, de nenhuma espécie. Portanto, devemos estar atentos a formas sutis de dominação como o paternalismo benevolente ou a compaixão piedosa embutidas em concepções de saúde. Estas concepções, mesmo reconhecendo o outro como ser humano com sua individualidade, tentam absorve-lo de uma forma aparentemente empática pensando tê-lo compreendido melhor do que ele mesmo, e por este motivo consideram justo decidir o que é melhor para o outro.

Para evitar estas formas, nem sempre tão sutis, de dominação “benevolente” é que invocamos a solidariedade, de forma que através dela possamos estabelecer, deliberadamente e desapaixonadamente, uma comunidade de interesses com os necessitados e sofredores (ARENDT, 1990), comprometida com as idéias e com a dignidade humana. Isto significa que a autonomia da pessoa deve ser sempre respeitada.

Na relação mediada pelo diálogo, também não há espaço para manipulações (racionalidade instrumental). Neste sentido, a informação sobre a condição de saúde de uma pessoa, numa relação profissional, é direito desta pessoa. Desta maneira, é dever do profissional assegurar que o cliente receba a informação, não sob a forma de uma revelação, mas de uma forma clara, proporcionada através da abertura para o outro, de forma que ela ou ele possa mudar a sua vida naquilo que lhe parecer conveniente.

Portanto, o reconhecimento das diferenças só faz sentido se for para se constituir em elemento de reconhecimento da humanidade do outro, do benefício à sua saúde, do respeito à sua autonomia e para oferecer um atendimento justo e sem discriminações de qualquer natureza. Um atendimento baseado na identificação e respeito das necessidades vitais e metas do outro. Sempre considerando que o que é *vital* em nossas vidas, é determinado por preferências individuais e valores culturais específicos.

Isto é o que podemos fazer para assegurar que nossos (as) clientes/pacientes tenham uma vida minimamente feliz e tolerável, uma vida saudável para que possam buscar sua própria felicidade.

7. BIBLIOGRAFIA

AGICH, George J. Disease and Value: a rejection of the value - neutrality thesis. **Theoretical Medicine**, 4, 1983. p.27-41.

ARENDT, Hannah. **A Condição Humana**. 6^ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993. 351p.

_____. **Entre o Passado e o Futuro**. 3^ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1992. 348p.

ARISTÓTELES (II). **Ética a Nicômaco**. São Paulo: Abril Cultural, 1979. p.329

ARNASON, Vilhjálmur. Gadamerian Dialogue in: The Patient - Professional Interaction. **Medicine, Health Care and Philosophy a European Journal**. v 3, n 1, 2000. p.17-23.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem do Conselho Internacional de Enfermeiras: Versão Alpha**. Série Didática: Enfermagem no SUS. Brasília, 1997. 80p.

BEAUCHAMP, Tom, CHILDRESS, James F. **Principles of Biomedical Ethics**. 4th. ed. New York: Oxford Press, 1994. 546p.

BENNER, Patricia, WRUBEL, Judith **The Primacy of Caring: Stress and Coping In: Health and Illness**. Menlo Park: Addison-Wesley Publishing, 1989. 425p.

BENNER, Patricia **From Novice to Expert: Excellence and Power In Clinical Nursing Practice**. Menlo Park: Addison-Wesley Publishing, 1984. 305p.

BERLINGUER, Giovanni. **Ética da Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996. 136p.

BOORSE, Christopher. On the Distinction Between Disease and Illness. **Philosophy and Public Affairs**, v. 5, 1975. p. 49-68.

BOORSE, Christopher. Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, 44, 1977. p. 542- 573.

BUNGE, Mario. **Epistemologia**: Curso de Atualização. 2^a ed. São Paulo: T. A. Queiroz, 1987. 246p.

CANGUILHEM, Georges. 3^a ed. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1990. 307p.

CAPONI, Sandra. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciências, Saúde**. v. IV, n.2. Jul. – Out. 1997. Rio de Janeiro. p.287-307.

_____. **Da Compaixão à Solidariedade**. Uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, 99p.

CAPONI, S.N.C. , BUB, M.B.C. **Bioética, exercício profissional e dilemas éticos**. In: Fundamentando o exercício profissional do técnico de enfermagem. Série Auxiliar de Enfermagem. Lidvina Horr, Maria de Lourdes Souza, Kenya Schmidt Reibnitz (org.). Florianópolis: UFSC, CCS, NFR, SPB. v. 6, 1999. p.87-99.

CARROLL-JOHNSON, Rose Mary, PAQUETTE, Mary.(ed.) **Classification of Nursing Diagnosis**- Proceedings of the Tenth Conference. Philadelphia: J.B. Lippincott,1994. 516p.

CHILDRESS, James F. **Practical Reasoning in Bioethics**. Bloomington: Indiana University Press, 1997. 385p.

COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA. Apresentando a Bioética. In: **Iniciação à Bioética**. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 15-18

DONAHUE, M. Patricia. **Nursing The Finest Art**. An Illustrated History. 2nd. ed. St Louis: Mosby, 1996. 535p.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 11^a ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993. 295p.

_____ **Tecnologias del Yo** y otros textos afines. Barcelona: Paidós, 1990. 150p.

_____ **Seguridad Social: Un Sistema Finito Frente a Una Demanda Infinita.** Paris: Syros, 1983.

GADAMER, Hans- Georg. **Verdade e Método.** Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 2^a ed. Tradução por Flávio Paulo Meurer. Petrópolis: Vozes, 1998, 731p. Tradução de *Wahrheit und Methode*.

GRACIA, Diego. Bioética Clínica. In: Sandro Spinsnt, **Bioética e Antropologia Médica.** Firenze: La Nuova Itália Científica, 1991, p. 44

GORTNER, Susan R. Nursing Values and Science: Toward a Science Philosophy. 3rd. ed. In: Nicoll, Leslie H., **Perspectives on Nursing Theory**, Chapter 16. Philadelphia: Lippincott, 1997. pp. 197-206.

HENDERSON, Virginia. **The Nature of Nursing: A Definition and its Implications for Practice, Research, and Education.** 2nd. Ed. New York:Macmillan Company, 1967. 84p.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem.** São Paulo: E.P.U., 1979. 99p.

ILLICH, Ivan. **A Expropriação da Saúde.** Nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 196p.

JAPIASSÚ, Hilton, MARCONDES, Danilo. **Dicionário Básico de Filosofia.** Rio de Janeiro: 1996. 296 p.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em Enfermagem** Instrumentos para a prática. Florianópolis: Editora Papa-Livro, 1999.

LINKÖPING UNIVERSITY Studies on Health and Society. **Disease, Illness, and Sickness: Three Central Concepts in the Theory of Health** A dialogu between Andrew Twaddle and Lennart Nordenfelt. Linköping: Linköping University, 1994, p. 54.

LISS, Per-Erik. **Health Care Need: Meaning and measurement.** 2nd. ed. Aldershot: Avebury, 1996.141p.

LISS, Per-Erik, NIKKU, Nina **Health Promotion and Prevention: Theoretical and Ethical Aspects.** Linköping: Department of Health and Society, 1994. 156p.

LISS, Per- Erik. **On the Notion of a Goal: A Conceptual Plattform for the Setting of Goals in Medicine.** Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1996. p.13-31.

MARRINER-TOMEY, Ann. **Nursing Theorists and Their Work.** 2nd. ed. St. Louis: Mosby, 1989. 464p.

MASLOW, Abraham H. **Motivation and Personality,** 2^a ed. New York: Harper & Row Publisher, 1970.

MELEIS, Afaf I. **Theoretical Nursing: Development & Progress.** 2nd ed. Philadelphia: J.P. Lippincott, 1991. 617p.

MOHANA, João. **O mundo e eu.** Rio de Janeiro: AGIR, 1963.

_____. **Padres e Bispos Auto-Analisados.** Rio de Janeiro: AGIR, 1967.

NEUMAN, W. Lawrence. **Social Research Methods.** Qualitative and quantitative approaches. 3rd. ed. Boston: Allyn and Bacon, 1997. 560p.

NIKKU, Nina. **Informative Paternalism: Studies in the Ethics of Promoting and Predicting Health.** Linköping: Department of Health and Society, 1997.

NORDENFELT, Lennart. **Five studies in action theory.** Linköping: Department of Communication Studies, 1984. 98p.

_____. **On the Nature of Health.** An Action – Theoretic Approach. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company, 1987, 204p.

_____. **On the Nature of Health.** An Action – Theoretic Approach. 2nd.ed. Dordrecht:Kluwer Academic Publishers, 1995, 214p.

_____. **Quality of Life, Health and Happiness.** Aldershot: Avebury, 1993. 182p.

_____. **Talking about Health.** A Philosophical Dialogue. Amsterdam: Rodopi, 1997. 162p.

_____ **Conversando sobre Saúde** Um diálogo filosófico. Florianópolis: Bernúncia, 2000. 244p.

_____ (editor) **Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care.** Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1994. 283p.

_____ **Action, Ability and Health** Essays in the Philosophy of action and Welfare. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2000, 173p.

Organisation Mondiale de la Santé - OMS. **Rapport sur la Santé dans le Monde 1998:** La vie au 21^e.siècle. Une perspective pour tous. Genève: OMS

OREM, Dorothea E. **Nursing: Concepts of Practice.** 3rd. ed. New York: McGraw-Hill, 1985. 303p.

PARSE, Rosmarie Rizzo. **Man-Living-Health: A Theory of Nursing.** Pittsburgh: John Wiley & Sons, 1981. 202p.

POLIT, Denise F., HUNGLER, Bernadette P. **Nursing Research: Principles and Methods.** 5th. Ed. Philadelphia: Lippincott Co. 1991. 5694p.

PATTON, Michael Quinn. **Qualitative Evaluation and Research Methods.** 3rd. ed. Newbury Park: SAGE Publications, 1990. 532p.

PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul Bioética: do Principalismo à Busca de uma Perspectiva Latino-Americana. In: **Iniciação à Bioética.** CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p.81-98.

POLIT, Denise F., HUNGLER, Bernadette P. **Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization.** 4th.ed. Philadelphia: Lippincott Co., 1997, 530p.

RIEHL, Joan P., ROY, Callista **Conceptual Models for Nursing Practice.** 2nd. ed. New York: Appleton-Century-Crofts, 1980. 416p.

RYLE, John A. The meaning of normal. *The Lancet*, Janeiro. 4, 1947. p.1-5.

SHEAFF, Rod. (1996) **The Need for Healthcare.** London: Routledge. 228p.

SILVA, Franklin Leopoldo e. Da Ética Filosófica à Ética em Saúde. In: **Iniciação à Bioética**. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p.19-36.

SIMMONS, Susan J. Health: a concept analysis. **Int. J. Nurs. Stud.** v.26,n.2 p.155-161. 1989.

SVEANEUS, Fredrik. **The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health** Steps towards a Philosophy of Medical Practice. Linköping: Department of Health and Society, 1999. 314p.

TEMKIN, Owsei. **Galenism: Rise and Decline of Medical Philosophy**. Ithaca: Cornell University Press, 1973.

TENGLAND, Per-Anders. **Mental Health**. A Philosophical Analysis. Linköping: Linköping Studies in Arts and Science, 1998, 263p.

TORRES, Gertrude. **Theoretical Foundations of Nursing**. Norwalk: Appleton-Century-Crofts. 1986.

VIAFORA, Corrado. Toward a Methodology for The Ethical Analysis of Clinical Practice. **Medicine, Health Care and Philosophy**. v.2 n.3 p. 283-297, 1999.

von WRIGHT, Georg Henrik. **Explicación y comprensión**. Madrid: Alinaza Editorial, 1987. 198p.

WATSON, Jean. **Nursing: Human Science and Human Care** A Theory of Nursing. New York: National League for Nursing, 1988. 111p.

WHITEHEAD, Margaret. The Concepts and Principles of Equity and Health. **International Journal of Health Services**, v.22, n.3, p.429-445, 1992.

WILKINSON, Antoinette Miele **The Scientist's Handbook for Writing Papers and Dissertations**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1991. 522p.

WINSTEAD- FRY, Patricia: 1980, 'The Scientific Method and Its Impact on Holistic Health', **Advances in Nursing Science**, p. 1-7

ANEXO 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. APRESENTAÇÃO DO ENTREVISTADOR
2. “AQUECIMENTO” – perguntas genéricas sobre formação, trabalhos anteriores, família e assim por diante.
3. O que você faz diariamente no seu trabalho como enfermeira ou enfermeiro? Você pode me descrever um dia típico de trabalho?
4. Pessoalmente, o que você acredita que é importante alcançar em seu trabalho como enfermeira ou enfermeiro?
5. Quando você sente que um dia de trabalho foi ótimo? Poderia falar sobre um destes dias?
6. Você poderia me dizer o que você pensa que é saúde?