CUIDADO: UMA REVISÃO TEÓRICA
Care: a theoretical review

Vera Regina Waldow[1]

RESUMO

Revisão teórica do cuidado abrangendo significado, conceitos e perspectivas do cuidar e do cuidado nas diversas disciplinas e na enfermagem. O cuidado constitui a essência da enfermagem e a autora sugere o estudo e a prática do cuidado na comunidade de enfermagem tomando em consideração a realidade brasileira.

UNITERMOS: cuidar, cuidado, enfermagem.

ABSTRACT

This paper focuses on the theoretical review of care and caring in Nursing and other fields, as to meaning, concepts, and perspectives. Care is the essence of Nursing and the author suggests the study and practice of care/caring in the Nursing community, considering the Brazilian reality.

KEY WORDS: care, caring, nursing.

CUIDADO E SUA EVOLUÇÃO NA ENFERMAGEM COMO ESTUDO CIENTÍFICO

O enfoque no cuidado teve seu início em meados de 1970 através do trabalho de Leininger (1978; 1981). Sua teoria, mais conhecida como teoria transcultural do cuidado, identificou construtos de cuidados e Leininger apresentou também distinção entre cuidado em sentido genérico, cuidado profissional, e cuidado profissional de enfermagem. Watson (1979; 1985), discípula de Leininger, iniciou pouco depois sua caminhada em direção a uma teoria do cuidado. A teoria de Watson (teoria transpessoal do cuidado humano) é baseada na filosofia e ciência do cuidado de enfermagem. O trabalho de Watson é fortemente dirigido ao cuidado como ideal moral de valores humanos.

O enfoque no cuidado tem encontrado eco por parte da comunidade de enfermagem e pode ser evidenciado através dos trabalhos de Ray (1981), Gaut (1983, 1984), Roach (1984; 1987), Fry (1988), Benner e Wrubel (1989) além de outros.

Encontros têm se sucedido, os quais têm tido como objetivo discutir a prática e a teoria do cuidado sob a responsabilidade e o patrocínio da Associação Internacional para o Cuidado Humano.

A Associação Internacional para o Cuidado Humano tem como meta servir de foro de estudos para enfermeiras(os) promoverem e aprimorarem o cuidar e o cuidado dentro do campo da enfermagem. Seus objetivos incluem: 1) identificar as principais dimensões filosóficas, epistemológicas, e profissionais do cuidar e do cuidado para desenvolver e aprimorar o corpo de conhecimento que constitui a enfermagem e ajudar a outras disciplinas a usar conhecimento de cuidar e cuidado em relações humanas; 2) esclarecer a natureza, extensão e funções do cuidar e do cuidado e seus relacionamentos com a enfermagem; 3) identificar os principais componentes, processos e padrões de cuidar e do cuidado em relação à enfermagem; 4) estimular pesquisas e estudos sobre cuidar e cuidado e compartilhar achados de pesquisa e estudos entre enfermeiras internacionalmente e 5) compartilhar conhecimento através de publicações e encontros.

Em 1978, a Conferência Nacional de Pesquisa foi iniciada por Madeleine Leininger que passou a suceder-se a partir de então, anualmente nos Estados Unidos. A organização formal do grupo interessado na abordagem do cuidar e do cuidado foi estabelecida em 1987 e a Conferência Nacional de Pesquisa sobre o cuidado passou a denominar-se Associação Internacional para o Cuidado Humano.

O cuidado como fonte e base para o conhecimento de enfermagem passa inicialmente de uma abordagem filosófica e apistemológica a ser um imperativo ético e moral. Ademais, de uma abordagem teórica e exploratória, o cuidado passa a fazer parte da prática, da pesquisa e do ensino de enfermagem.

O QUE É CUIDAR?

O cuidado oferece uma nova existência (ontologia) para a enfermagem e para a sociedade em geral, que engloba uma perspectiva evolutiva (e metafísica) conduzindo ao desenvolvimento de novas formas de conhecimento.

O fenômeno do cuidado tem sito vastamente discutido nos últimos 20 anos. A literatura tem se estendido e algumas definições do que consiste cuidado e modalidades de cuidar tem se aperfeiçoado e ampliado.

Na enfermagem, a partir de Leininger, várias definições de cuidado tem aparecido de acordo com as diferentes concepções do ponto de vista cultural. Ações e/ou comportamentos de cuidado tem merecido também investigação tanto sob o ponto de vista do profissional que oferece ou presta cuidado como daquele que recebe o cuidado.

1 Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O termo cuidado deriva-se do antigo inglês "carion" e das palavras góticas "kara" ou "karon". Como substantivo, cuidado deriva-se de kara, que significa aflição, pesar ou tristeza. Como verbo, "cuidar" (de carion) significa "ter preocupação por", ou "sentir uma inclinação ou preferência" ou ainda, "respeitar/considerar" no sentido de ligação de afeto, amor, carinho e simpatia (Gaut, 1983).

De modo geral, cuidado, independente do ponto de vista cultural, pode ser considerado como tendo a conotação de atenção, preocupação para; responsabilidade por, observar com atenção, com afeto, amor ou simpatia. Em geral, o termo implica a idéia de fazer, de ação.

A expressão cuidar/cuidado (care/caring) como vem sendo utilizada na cultura norte-americana apresenta mais de um sentido e parece oferecer uma variedade e flexibilidade maior no uso do termo. Sugere-se uma análise conceitual do termo na cultura brasileira pois diferenças importantes podem ser identificadas.

Algumas preocupações sobre o cuidado têm sido incorporadas na enfermagem das quais muitas originam-se de definições e explorações teóricas desenvolvidas principalmente nas áreas da psicologia, psiquiatria e filosofia.

Rogers (1965) e Fromm (1963) relacionaram cuidar com amor. Para Rogers, cuidar e cuidado estão implícitos na relação de ajuda e os comportamentos de cuidado, além de amor, englobam compreensão e aceitação. Para Fromm, cuidar/cuidado significam comportamentos os quais estão associados com responsabilidade pela pessoa, respeito e conhecimento da pessoa. O conceito de cuidado tanto quanto o de amor implicam o ato de dar.

Erikson (1963) discute cuidar/cuidado como interação durante o ciclo de vida. Outros estudiosos têm sido citados quanto à discussão do tema tais como Rollo May, Jourard, Maslow, Freud, Montagu, entre outros (Gaut, 1983; Wolf, 1986).

Mayeroff (1971) expandiu a noção de cuidar/cuidado no sentido de crescimento. Este autor coloca que cuidar é um processo de desenvolvimento que assume continuidade. Neste processo, a relação existente caracteriza-se por estar com a pessoa, ou seja, a pessoa que cuida está com a outra pessoa, no mundo da outra pessoa que é merecedora de cuidado. Ambas são participantes num processo de descoberta, ambas num processo de aprendizagem mútua.

Mayeroff identificou e descreveu os principais ingredientes do cuidar/cuidado e que incluem:

Conhecimento: cuidado abrange conhecimento implícito e explícito bem como conhecimento direto e indireto. Saber o que e como, conhecer quem é o outro, seus poderes e limitações, suas necessidades, são fatores imprescindíveis na relação de cuidado.

Ritmos alternados: constituem movimentos entre diferentes experiências. Experiências passadas podem servir como aprendizagem e ajudam a manter ou modificar comportamento de acordo com as circunstâncias e perspectivas.

Paciência: possibilita a participação perceptiva com o outro, ou seja, percebendo o ritmo e estilo do outro. Envolve observação. É ser paciente, tolerante e ouvir o outro.

Honestidade: é estar aberto(a) para si e para o outro, respeitando o outro, percebendo se o cuidado ajuda ou impede o crescimento. É agir de forma franca, aberta, sem enganar o outro deliberadamente.

Confiança: abrange a apreciação da existência do outro como ser independente. É permitir e acreditar que o outro (o ser cuidado) crescerá em seu próprio ritmo e época apropriada.

Humildade: envolve contínua aprendizagem e percepção da singularidade do outro e de cada nova situação. Inclue também aceitação de limitações pessoais.

Esperança: não deve ser confundida com desejo ou expectativa, mas com a possibilidade de o outro vir a crescer através da relação de cuidado.

Coragem: assumir riscos e desafiar possíveis fontes de segurança. É baseada em conhecimento, em experiências passadas e na confiança, na capacidade de crescimento de cada um.

Carper (1979) relembra o aspecto do compromisso em relação ao cuidado, como uma forma de vida a qual tem sido expressa como o "uso terapêutico da própria pessoa" ou "uso terapêutico do eu" (therapeutic use of the self). Compromisso compreende responsabilidade por nossas próprias ações e tomada deliberada de riscos. É ser testemunha de vida ao invés de mero expectador(a). Para Carper, o uso terapêutico da pessoa é um componente de conhecimento pessoal. A percepção do paciente como pessoa envolve não apenas uma identificação categórica, porém vai além, significando uma reunião de detalhes e particularidades dispersas num todo, com o propósito de ver o que existe. Segundo Carper (1979), é um tipo de percepção que resulta em uma unidade entre a ação realizada e seus resultados.

Num sentido filosófico, cuidado compreende uma forma primária de estar no mundo. Heidegger (1972) descreveu dois tipos de cuidado. Um tipo de cuidado que envolve fazer pelo outro, ou seja, assumir pelo outro. Este tipo de cuidado desencadeia dependência principalmente quando o(a) provedor(a) do cuidado faz ou presta o cuidado impedindo a possibilidade de a outra pessoa se cuidar. O segundo tipo, cuidado autêntico, pelo contrário, ocorre quando o fornecedor do cuidado o favorece em sua existencial potencialidade para vir a ser. Portanto, o outro é ajudado a cuidar de seu próprio ser. Para Heidegger (1972), cuidar é o que unifica realidade e possibilidade. Seres humanos são aqueles capazes de cuidar de seu próprio ser, já que eles podem identificar e satisfazer possibilidades em sua situação real. Para Heidegger (1972), liberdade significa ação para a satisfação de possibilidades que estão presentes em nossa situação real. Nesse sentido, seres humanos, dentro de limites, são capazes de realizar suas possibilidades podendo escolher e se responsabilizar pelo próprio ser cuidando deste ser.

A relação entre realidade e possibilidade é uma relação de tempo. Esta conotação de tempo significa tempo vivido e abrange projeção para o futuro baseada no passado fazendo escolhas no presente de forma a tornar real possibilidades futuras.

Scudder Jr. (1990, p.61) coloca que quando possibilidades futuras, realidades passadas e ações presentes se relacionam harmoniosamente, denomina-se de "coerência no tempo". Segundo o autor, considerações de coerência no tempo são extremamente importantes no cuidado à

saúde porque "saúde é a aspiração do máximo bem estar, a realização de tudo o que concerne a real situação do paciente, às habilidades e recursos dos servidores de cuidado à saúde e a formulação e execução de um plano de ação que desenvolva o bem estar do paciente e que vá ao encontro de sua compreensão de bem estar". De acordo com Scudder, quando estas realidades e possibilidades fazem sentido como um todo, significa que a coerência no tempo foi alcançada e que segundo o pensamento de Heidegger, um bom cuidado à saúde está sendo proporcionado.

A escolha de nossa realidade não é uma escolha nossa, inicialmente, como por exemplo: origens parentais, tempo de vida, sexo, potencial de saúde, etc. Muitos de nós não escolhemos ficar doentes embora possamos contribuir para isto. Independente da causa, a doença é experenciada com uma realidade que afeta o ser como um todo. Nossa capacidade de projeção para o futuro é alterada de forma temporária ou permanente. Muitos profissionais de saúde falham em reconhecer isto e rotulam a pessoa sob uma categoria diagnóstica.

Um outro aspecto, referente ao paciente e ao profissional de saúde que fornece o cuidado, diz respeito à forma como o cuidado é visualizado, ou seja, focalizado na possibilidade de cuidado em direção ao auto-cuidado. Evidentemente existem situações em que o auto-cuidado é limitado ou às vezes, impossível. O desejável, contudo, é possibilitar que o paciente participe no processo.

O cuidado autêntico é criativamente dado de acordo com o estilo de cada um e levando em consideração as particularidades e necessidades de cada pessoa que necessita cuidado e que está sob a responsabilidade da pessoa que fornece o cuidado. Este cuidado, portanto, implica a idéia de favorecer, restabelecer ou reforçar o comportamento para o auto-cuidado. Isto contribui não só para ajudar a lutar contra a doença, mas, também, contribui para estimular e continuar a busca em direção a completude como ser humano.

O SER QUE CUIDA E O SER QUE É CUIDADO

Noddings (1984) coloca que para a pessoa que cuida (the one caring), o cuidado envolve um "sentimento para com o outro" o qual segundo a autora, poderia ser interpretado como empatia. Entretanto, este termo não tem a conotação de projeção como usualmente é conhecido, mas sim o de recepção, de acolhimento. Em outras palavras, o termo engloba um significado de absorção, de estar envolvido(a). De acordo com Noddings (1984, p.30): "eu recebo o outro dentro de mim e eu vejo e sinto como o outro". Na verdade, significa compartilhar. Este compartilhar porém, não deve ser confundido com reforçar o que pode constituir uma espécie de relação manipulativa.

Os sentimentos que englobam o cuidar não significam uma característica apenas emocional do cuidado pois, como Noddings chama a atenção, o cuidado envolve conscientização. Pensamento lógico e racionalidade estão envolvidos no processo de cuidado, embora por vezes, o componente emocional seja muito forte e obscureça o desenvolvimento de uma atitude mais lógica dificultando o cuidar de forma autêntica.

Historicamente, cuidar tem sido considerado uma "atribuição" feminina. Este fato parece ter contribuído para a desigualdade tanto na abordagem como no desempenho na prestação do cuidado por elementos do sexo masculino e feminino. Na enfermagem, o sentido do cuidado como "dever" ou "obrigação" ainda persiste e atua como um fator de ambivalência por parte dos(as) profissionais. Abnegação e altruísmo contrastam com autonomia e independência.

Estudos sobre moral e ética têm demonstrado diferenças de gênero em relação ao cuidado. O trabalho de Gilligan (1982) sobre identidade e desenvolvimento moral clarifica algumas destas diferenças. Mulheres valorizam altamente sentimentos e relacionamentos. Em geral as mulheres definem sua identidade através de relações de cuidado e intimidade. Embora constitua por vezes um conflito, o fato da mulher possuir esta característica em relação a relacionamentos e sentir-se ameaçada sem laços afetivos, não impede o desejo de romper com padrões estabelecidos e reivindicar autonomia, principalmente quando relações de poder estão em jogo.

A enfermagem precisa rever de perto os aspectos que historicamente têm influenciado seu desenvolvimento. A condição de gênero e os fatores que têm determinado a posição da mulher na sociedade podem contribuir de forma significativa para uma melhor compreensão das várias contradições na prática da enfermagem.

No que tange ao ser que é cuidado (the cared-for), Noddings (1984) refere que o ser que cuida aproxima-se do ser cuidado evidenciando uma atitude que em geral transmite empatia. Em outras palavras, a pessoa que cuida apresenta uma atitude de receptividade a qual é respondida e requerida também pela pessoa que é cuidada. Esta relação envolve comprometimento. O ser que é cuidado responde à presença do ser que cuida e esta resposta evidentemente variará de acordo com a forma como a relação de cuidado é iniciada.

Uma atitude de aceitação e confiança é fundamental em todo o relacionamento de cuidado.

Noddings (1984) enfatiza mais o relacionamento no aspecto pais/filhos e professor/aluno. Quanto ao ensino, o(a) professor(a) como pessoa que cuida necessita perceber ambas perspectivas, a sua e a dos alunos, de forma a satisfazer as necessidades dos mesmos. Numa interação de ensino, a forma inicial na interação é o cuidado antes de qualquer preocupação pedagógica.

Interessante notar que quando o sentimento de cuidado não é percebido ou quando ausente, o ser cuidado mesmo assim responde e contribue para a relação. Isto possibilita, segundo Noddings, reforçar a crença de que podemos aprender a cuidar bem como a sermos cuidados.

ESTUDOS SOBRE CUIDADO

Morse et al (1990) conduziram um estudo sobre o cuidado o qual constou de uma revisão da literatura de enfermagem sobre o assunto. Destes estudos, as autoras obtiveram definições implícitas e explícitas de cuidado e que revelaram cinco (5) perspectivas epistemológicas, quais sejam: cuidado como imperativo moral ou ideal; cuidado como um sentimento; cuidado como um relacionamento interpessoal (enfermeira(o)/paciente); e cuidado como inter-

venção terapêutica.

Brown (1986) investigou a perspectiva de pacientes em relação ao cuidado. Através de incidentes críticos, 50 pacientes, cuja idade variou de 22 a 65 anos, descreveram uma experiência em que eles identificavam como sendo cuidados pela enfermeira(o)[2]. As experiências foram classificadas em oito (8) temas, quais sejam: reconhecimento de qualidade e necessidades individuais; assegurando presença (confortando, apoiando); dando informações; demonstrando habilidade e conhecimento; assistência à dor (administrando medicação e usando técnicas de relaxamento); tempo dispendido (usando mais tempo junto ao paciente); promoção de autonomia; e supervisionando (checando periodicamente as condições do paciente). Posteriormente Brown identificou padrões de cuidado através da combinação dos temas. Estes padrões corresponderam as necessidades dos pacientes e a consequente resposta da(o) enfermeira(o) e que constitui a experiência de cuidado.

O primeiro padrão combinou os temas demonstração de habilidade e conhecimento profissional, supervisão e assegurando presença. Este padrão deveu-se à situação em que os pacientes percebiam uma ameaça ao seu bem estar na qual a(o) enfermeira(o) de forma competente, tomava as medidas necessárias ao caso. Após a ação imediata da(o) enfermeira(o), esta/este permanecia vigilante às condições do paciente.

O segundo padrão combinou os temas reconhecimento de qualidades e necessidades individuais, promoção de autonomia, e tempo dispendido junto ao paciente. Neste padrão, as ações da(o) enfermeira(o) não estavam prioritariamente vinculadas ao tratamento e sim ao processo de promover autonomia, assistindo e ajudando o paciente sem preocupação de tempo. O fator tempo foi percebido como importante quando usado além do estritamente necessário. O processo do cuidado, neste estudo, apresentou quatro (4) componentes na análise dos relatos dos pacientes. O primeiro componente foi a percepção de uma necessidade ou desejo, o qual o paciente era incapaz de satisfazer. O segundo componente do processo foi o reconhecimento da necessidade do paciente, pela(o) enfermeira(o). Neste caso, a(o) enfermeira(o) ou partia diretamente para o terceiro componente, fazendo alguma coisa em resposta à necessidade do paciente ou discutia a ação a ser tomada com ele primeiro. A ação para a satisfação da necessidade do paciente compunha, portanto, o terceiro componente do processo. Neste componente, uma qualidade essencial, foi a percepção pelo paciente da congruência da ação da(o) enfermeira(o).

O quarto componente do processo foi a forma como a(o) enfermeira(o) desempenhou a ação.

O estudo permitiu confirmar algumas descrições teóricas em relação ao cuidado tais como a importância de a enfermeira satisfazer as necessidades terapêuticas do paciente (atividades instrumentais) de uma maneira a reconhecer e proteger a identidade individual (atividades expressivas).

Riemen (1986) desenvolveu um estudo fenomenológico sobre o cuidado, no qual pacientes descreveram interações de "cuidado" e "não cuidado". Como interações de não cuidado, as descrições dos pacientes (10), foram categorizadas como: pressa e eficiência (a(o) enfermeira(o) sempre com pressa, fazendo justamente o necessário); desempenhando apenas uma tarefa (nada mais do que sua obrigação); sendo rude e não dando importância ao paciente; não oferecendo resposta ao paciente (muito ocupada(o), a(o) enfermeira(o) mal aparece, mostra-se distante); tratando o paciente como objeto. Riemen observou que nas descrições dos pacientes, as interações relatadas foram sempre primeiramente as de não cuidado, o que a pesquisadora atribuiu ao fato de os pacientes estarem vivenciando uma experiência nova e estranha. Eles reportaram também, como conseqüente às interações de não cuidado, sentimentos de humilhação, medo, e sensação de estar fora do controle de sua própria situação.

Após a análise da descrição dos pacientes, três (3) temas foram agrupados: a presença da(o) enfermeira(o), a resposta do paciente e as conseqüências. Nestas interações, infelizmente, a presença da(o) enfermeira(o) foi definida como apenas para desempenhar uma tarefa. Para o paciente, esta presença física foi breve e de não muita utilidade mesmo quando por ele solicitada. A(o) enfermeira(o) não considera o paciente, dando-lhe pouca atenção como indivíduo. Como conseqüência, o paciente sente-se frustrado, amedrontado, deprimido, aborrecido e irritado.

Estudo de Wolf (1986) descreveu comportamentos de cuidado identificados por enfermeiras(os). Um "Inventário de Comportamentos de Cuidados" (CBI) foi utilizado numa amostra de 97 enfermeiras(os). Os ítens considerados na escala foram: ouvir atentamente; confortar; honestidade; paciência; responsabilidade; oferecer informações de forma que o paciente ou cliente possa tomar decisões (baseadas nas informações); toque; sensibilidade; respeito e chamar o paciente ou cliente pelo nome. A conclusão do estudo foi a de que o inventário (CBI) utilizou palavras e frases que sugeriram a dimensão de cuidado para as enfermeiras. Os comportamentos apontados com maior frequência pelas(os) enfermeiras(os) foram considerados como representantes de comportamentos e atitudes de cuidado.

Vários outros estudos têm sido conduzidos sobre o cuidado tanto na percepção de pacientes como de enfermeiras(os).

Na área de ensino, vários estudos sobre o cuidado tem incluído percepções de alunos, professores, relato de experiências curriculares, estratégia de ensino, além de outros (Leininger, Watson, 1990; Slevin, Harter, 1987).

ABORDAGENS TEÓRICAS NA ENFERMAGEM

Para Paterson e Zderad (1988), a enfermagem é uma experiência existencial na qual uma transação intersubjetiva constitui o foco principal. Isto significa que ambos, paciente e enfermeira(o) compartilham uma situação e atuam como desencadeadores de ações e respostas. A enfermagem é ainda visualizada pelas autoras, como tendo um caráter dialogal, ou seja, compreende o encontro de seres humanos

2 O termo enfermeira quando não explicitado o nível - Diploma Degree (DD); Associate Degree (AD); e Bachelor of Science in Nursing (BSN) corresponderá a qualquer um deles, portanto referindo-se a enfermeira(o) registrada(o) (RN) na cultura norte-americana.

(paciente/enfermeira(o)) que se relacionam ambos como sujeitos numa presença real. Presença significa para Paterson e Zderad, disponibilidade e receptividade. Ainda com referência a este aspecto dialogal, paciente e enfermeira(o) atuam em uma transação de chamada e resposta e que refletem os modos de comunicação humana. Como experiência dialogada, a enfermagem toma a instância de tempo e espaço bem como o sentido comunitário em que as pessoas em sua capacidade de se relacionarem umas com as outras, têm a possibilidade de virem a ser mais. A teoria de Paterson e Zderad (1988) é baseada no trabalho de Martin Buber o qual descreveu a relação "eu-Tu" (I and Thou) no sentido de presença real, empatia e crescimento mútuo.

Outras autoras têm também enfatizado o aspecto humanístico e relacional na enfermagem tais como Peplau, Wiedenbach, Travelbee.

O cuidado é explorado sob o ponto de vista comportamental por Leininger (1978; 1981) que desenvolveu uma taxonomia de construtos de cuidado. Estes construtos incluem presença, confiança, interesse, preocupação, empatia e comportamentos facilitadores.

Watson (1979; 1985) identificou dez (10) fatores estruturais para estudar e compreender cuidado os quais incluem: a formação de um sistema de valores humanístico-altruístico; a estruturação de fé e esperança; o cultivo da sensibilidade de nosso próprio eu e dos outros; o desenvolvimento de um relacionamento de ajuda e confiança; a promoção e aceitação de uma expressão de sentimentos positivos e negativos; o uso sistemático do método científico de resolução de problemas; a promoção de ensino-aprendizagem interpessoal; a previsão de um meio ambiente físico, mental, sócio-cultural e espiritual adequado, de suporte e proteção; assistência e satisfação de necessidades humanas, e a permissão para o desenvolvimento de forças fenomenológico-existenciais.

Para Watson, o cuidado como um valor moral envolve o ensino de uma ideologia de cuidado.

O ENSINO DO CUIDADO

Bevis e Watson (1989) propõem uma nova abordagem curricular para a enfermagem a qual é centrada no cuidado. Esta abordagem é ancorada em princípio filosófico-sociais. O modelo enfatiza o cuidado humano de uma forma emancipatória: professor(a) e aluno(a) atuam numa interação que favorece a criatividade, espontaneidade e o crescimento. A proposta das autoras apresenta pressuposições teóricas que sinteticamente afirmam uma educação política, participatória, emancipatória e igualitária.

O currículo centrado no cuidado preconiza a ênfase no processo de aprendizagem onde experiências de vida, aspectos culturais e de personalidade são valorizados. Diferentes tipos de aprendizagem exigem diferentes modalidades de ensino. Assim esse deveria ter uma abordagem curricular contextual, processual e interacional, pois o desenvolvimento do indivíduo baseia-se na sua indagação como ser no mundo num vir a ser.

A proposta de Bevis e Watson (1989) é contrária ao tradicional modelo comportamental dos currículos de enfermagem. É também contrária à forte influência do enfoque médico cuja ênfase é a doença e os problemas de enfermagem bem como as normas e prescrições mecanicistas do processo de enfermagem. As autoras com isto não rejeitam e desconsideram o valor destes enfoques no passado e em determinadas situações, porém apontam para a limitação e inibição em termos de autonomia e expressão humana. Os modelos comportamentais enfatizam o desempenho técnico e o "treinamento" ao invés de educação.

As demandas sociais têm chamado, internacionalmente, para uma crescente desumanização no Sistema de Saúde. Os avanços tecnológicos tendem a progredir. Os problemas de saúde têm desafiado a Ciência e os profissionais de saúde têm se defrontado com questões cada vez mais delicadas em relação a valores morais e éticos. A enfermagem tem através do tempo, buscado seu desenvolvimento e uma de suas questões é a busca de sua independência. Recentemente em países industrializados, a grande preocupação tem sido, além de outras, o resgate do sentido humanitário. O cuidado passa a receber prioridade máxima englobando uma abordagem humanística, crítica e metafísica.

A enfermagem, tendo o cuidado como seu foco principal, não pode ser analisada isoladamente de suas raízes históricas. Ao contrário, deve resgatá-las e construir uma nova disciplina baseada em sua condição de gênero e tendo como sustentáculo, o cuidado humano. Agora é a vez e o tempo de a enfermagem tentar encontrar seu espaço, sua própria identidade. É a vez e o tempo de a enfermagem participar, enfrentar riscos, fazer escolhas e tomar decisões. O sistema patriarcal-capitalista[3] tem relegado a mulher a um plano inferior. Interesses político-econômicos têm até hoje impedido a real participação da mulher de forma justa e igualitária. A enfermagem, bem como outras profissões ditas femininas, sofrem as conseqüências, beneficiando o sistema, porém sem obter nenhuma recompensa.

A mulher além de reprodutora para o sistema, é produtora e consumidora. Mesmo não tendo uma atividade paga, a mulher tem a responsabilidade da casa, da educação dos filhos e do bem estar do companheiro. Como força de trabalho remunerado, a mulher acumula ainda as atividades domésticas e em geral não obtém pagamento justo.

A enfermagem tem tido problemas quanto ao seu reconhecimento e valorização em termos de trabalho. Geralmente mal paga, a profissão não obtém status nem poder.

Por várias razões que não cabem aqui analisar, a mulher enfermeira, fora e dentro do âmbito profissional, tem reproduzido sua condição de opressão.

Em relação a educação de enfermagem, currículos mesmo com enfoques mais humanísticos e liberais, têm legitimado uma condição de opressão o que tem, senão im-

3 Segundo Eisenstein (1979) existe uma relação dialética entre estrutura capitalista de classe e estrutura hierárquica de sexo. Patriarcalismo existia já anteriormente ao Capitalismo e para Eisenstein, o patriarcalismo representando a supremacia masculina, determina a hierarquia sexual nas sociedades a fim de manter o controle político e como sistema político, não pode ser reduzido a sua estrutura econômica. O capitalismo, por sua vez, como sistema de classes dirigido à produção de força de trabalho, reforça e usa o patriarcalismo para as necessidades de capital determinando uma divisão sexual de trabalho.

pedido, limitado o completo desenvolvimento da profissão de forma autônoma e coerente. Várias contradições são observadas na prática e no ensino de enfermagem.

Alguns trabalhos (Almeida, 1986; Silva, 1986) têm apontado para problemas na enfermagem e a sua instabilidade e coerência com os sistemas políticos vigentes que, de maneira alguma, têm garantido uma qualidade de saúde para a população.

A população brasileira tem aceito passivamente as injustiças no fornecimento do cuidado à saúde. O desconhecimento é acentuado pelo desvio de interesses e uso errôneo de informação. A saúde vai cada vez pior, a população cada vez mais pobre, as instituições de saúde cada vez mais precárias e os profissionais médicos exercem seu comércio num mercado cada vez mais competitivo e elitista. A enfermagem, neste caos, fica entre sentimentos de ambivalência e dualidade.

Assim, o ensino precisa ser analisado de forma bastante crítica, ou seja, analisando o papel e o compromisso da enfermagem no sistema de saúde brasileiro e como ela pode atuar de uma forma coerente, humanitária, porém com poder de decisão e crítica baseada em valores morais e éticos. O ensino de enfermagem deve servir de laboratório para o exercício de uma praxis conscientizadora.

Bevis e Watson (1989) apontam para a omissão da sociedade americana em criar condições onde o cuidado seja valorizado e reconhecido como essencial à vida humana e merecedor de atenção prioritária. Na sociedade brasileira, a questão parece mais vinculada a um estado de alienação, fruto de um sistema constante de manipulação, onde exploração e opressão são os instrumentos preferidos. Mesmo com a chamada "abertura política" e a "nova democracia", poderes denominantes continuam atuando de forma a enfraquecer cada vez mais a economia do país, corrompendo os serviços sociais com fraudes e abusos. Leis são desrespeitadas e absurdos são decretados diariamente. Saúde e educação recebem atenção mínima e cultura, segundo alguns políticos, pode ser conseguida em qualquer esquina. Talvez seja a cultura da alienação, da corrupção, do oportunismo. O pobre se alimenta de ar e esperança. A classe média se equilibra num trampolim para manter ainda sua dignidade e o rico banha-se em mares de champanhe assistindo o holocausto da miséria e da ignorância.

A opressão continua embora os mecanismos sejam aparentemente diferentes.

Qual então o compromisso daqueles mais privilegiados dotados de educação, de poder de visão e que conseguem perceber a realidade? Qual o compromisso social do(a) profissional de saúde, do(a) enfermeiro(a)? Como os educadores de enfermagem podem sensibilizar os alunos para uma atuação política? Como ensinar cuidado numa sociedade falida, corrompida, dominada e desestimulada? Enfim, de que maneira o cuidado como imperativo ético e moral pode ser cultivado na cultura brasileira?

Antes de mais nada parece necessário uma terapêutica do cuidado entre a comunidade de enfermagem: o enfoque humanístico baseado em amor, aceitação, respeito por si e pelos outros deve ser iniciado e desenvolvido entre os próprios integrantes da profissão. Esta é uma prática que pode ser estimulada e iniciada nas escolas, através de seus currículos e do seu exercício no dia a dia da vida acadêmica. Várias estratégias têm sido mencionadas na literatura de enfermagem no que tange a uma abordagem centrada no cuidado. Como primeiro passo para qualquer modalidade estratégica, disponibilidade e abertura podem ser citadas como requisitos. Disponibilidade e abertura para o mundo, para a vida, para si e para os outros. Despir-se de medos, preconceitos e DAR. Dar-se para o outro sem receio de ser ridicularizado(a), criticado(a) ou rejeitado(a). Dar-se simplesmente. Ser, de forma autêntica, sem vergonha. Aceitar o outro. Não isolar-se. Oferecer ajuda. Oferecer estímulo. Ouvir o outro. Estar pronta(o) para aprender sempre mais e ver que cada um(a) e cada coisa tem algo interessante, novo e de valor. Acreditar no outro e em si mesma(o). Compartilhar as experiências. Assumir-se. Buscar. Compartilhar e buscar em cada outro(a) um(a) aliado(a) para uma nova realidade. Uma realidade de Amor, de Cuidado. Uma realidade coletiva.

No ensino formal, as estratégias mencionadas têm em geral, abraçado vários ramos das Ciências Humanas e das Artes como Literatura e Filosofia. Poesia, música, pintura, jogos, drama, dança, cultura popular, etc. têm sido utilizados com sucesso (Leininger, Watson, 1990; Clarke, Willmuth, 1982; Cook, 1981). Entre as diferentes modalidades, na prática e na aprendizagem do cuidado, a poesia tem sido uma das mais expressivas e tem recebido bastante receptividade.

Contudo, cumpre salientar que antes de tudo, a enfermagem brasileira carece estudar o significado do cuidado tomando em consideração o seu contexto cultural. Como percebemos cuidado, como expressamos e experenciamos cuidado, quais os componentes do cuidado na cultura brasileira, são, entre outros, pontos necessários a serem investigados. Posteriormente, estudos para viabilizar uma abordagem do cuidado na prática e no ensino de enfermagem seriam necessários pois, como favorecer cuidado na prática de enfermagem, cuja realidade é a de cuidado indireto?

O conhecimento na área de enfermagem ocupa atualmente seu clímax. Este conhecimento, que tem sido sugerido como uma exploração do conhecimento pessoal, e do cuidado na enfermagem não pode ser generalizado, necessitando, pois, ser adaptado a cada contexto.

Carper (1978) identificou padrões fundamentais de conhecimento em enfermagem, quais sejam: conhecimento estético, pessoal ou intuitivo, empírico e ético-moral.

Watson (1990) apresenta as dimensões da arte e da ciência do cuidado humano. A organização do conhecimento de enfermagem segundo estas dimensões englobam estruturas epistemológicas, ontológicas, práxis e metodologia. Na estrutura epistemológica, o conhecimento dos fenômenos que dizem respeito à enfermagem compreendem a pessoa, o cuidado, a experiência de saúde e doença entre outros. Na estrutura ontológica o ser e o significado dos fenômenos são o foco. Na estrutura de práxis, a aplicação de aprendizagem à prática engloba as práticas do cuidado e entre elas, as terapias naturais, o toque terapêutico, e a prática do saber/ser/fazer num relacionamento de cuidado. Por fim, a estrutura metodológica, envolve a natureza do estudo e as formas de adquirir conhecimento.

Portanto, diretrizes já existem em relação ao conheci-

mento de enfermagem. Muito há ainda a refletir e explorar. Isto ao invés de ser visto como fonte de desânimo deve contribuir para alimentar a curiosidade e estimular a investigação já que a construção de um saber está em vias de se criar e cada um(a) de nós pode contribuir para o seu desenvolvimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 ALMEIDA, M.C.P. de. *O saber da enfermagem e sua dimensão prática.* São Paulo: Cortez, 1986.
2 BENNER, P.; WRUBEL, J. *The primacy of caring.* Menlo Park, CA: Addison Wesley, 1989.
3 BEVIS, E.O.; WATSON, J. *Toward a caring curriculum: a new pedagogy for nursing.* New York: National League for Nursing, 1989.
4 BROWN, L. The experience of care: patient perspectives. *Topics in clinical nursing,* v.8, n.2, p.56-62, 1986.
5 CARPER, B.A. Fundamental patterns of Knowing in nursing. *Advances in Nursing Science,* v.1, n.1, p.13-23, 1978.
6 . The ethics of caring. *Advances in Nursing Science,* v.1, n.3, p.11-19, 1979.
7 CLARKE, L.M.; WILLMUTH, M.E. Art therapy: a learning experience for students in nursing. *Journal of Nursing Education,* v.21, n.9, p.24-27, 1982.
8 COOK, J.D. The therapeutic use of music: a literature review. *Nursing Forum,* v.20, n.3, p.253-266, 1981.
9 EISENSTEIN, Z.R. *Capitalist patriarchy and the case for socialist feminism.* New York: Monthly Review Press, 1979, p.5-40: Developing a theory of capitalist patriarchy and socialist feminism.
10 ERIKSON, E. *Childhood and society.* New York: Norton, 1963.
11 FROMM, E. *The art of loving.* New York: Bantam Books, 1963.
12 FRY, S. The ethic of caring: can it survive in nursing? *Nursing Outlook,* v.36, n.1, p.48, 1988.
13 GAUT, D. Development of a theoretically adequate description of caring. *Western Journal of Nursing Research,* v.5, n.4, p.313-324, 1983.
14 . A theoretical description of caring as action. In: LEININGER, M.M. *Caring: the essence of nursing and health.* Thorofore, N.J.: Slack, 1984. p.27-44.
15 GILLIGAN, C. *In a different voice.* Cambridge: Harvard University Press, 1982.
16 HEIDEGGER, M. *Being and time.* New York: Harper & Row, 1972.
17 LEININGER, M.M. *Transcultural nursing concepts, theories and, practices.* New York: Wiley, 1978.
18 . *Caring: an essential human need.* Thorofare, N.J.: Slack, 1981. p.3-15: The phenomenon of caring: importance research questions and theoretical considerations.
19 LEININGER, M.M.; WATSON, J. *The caring imperative in education.* New York: National League for Nursing, 1990.
20 MAYEROFF, M. *On caring.* New York: Harper & Row, 1971.
21 MORSE, J.M. et al. Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in Nursing Science,* v.13, n.1, p.1-14, 1990.
22 NODDINGS, N. *Caring: a feminine approach to ethics and moral education.* Berkeley, CA: University of California Press, 1984.
23 PATERSON, J.G.; ZDERAD, L.T. *Humanistic nursing.* New York: National League for Nursing, 1988.
24 RAY, M. A philosophical analysis of caring within nursing. In: LEININGER, M.M. *Caring: an essential human need.* Thorofare, N.J.: Slack, 1981. p.25-36.
25 RIEMEN, D.J. Non caring and caring in the clinical setting: patient's descriptions. *Topics in Clinical Nursing,* v.8, n.2, p.30-36, 1986.
26 ROACH, S. *Caring: the human mode of being: implications for nursing.* Toronto: Faculty of Nursing, University of Toronto, CA, 1984.
27 . *The human act of caring.* Ottawa: Canadian Hospital Association, 1987.
28 ROGERS, C. *Client centered therapy.* Boston: Houghton Mifflin, 1965.
29 SCUDDER, Jr., J.R. Dependent and authentic care: implications of Heidegger for nursing care. In: LEININGER, M.M.; WATSON, J. *The caring imperative in education.* New York: National League for Nursing, 1990. p.59-75.
30 SILVA, G.B. *A enfermagem profissional brasileira:* análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986.
31 SLEVIN, A.P.; HARTER, M.O. The teaching of caring: a survey report. *Nurse Educator,* v.12, n.6, p.23-26, 1987.
32 WATSON, J. *Nursing: the philosophy and science of caring.* Boston: Little Brown, 1979.
33 . *Nursing: human science and human care.* Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts, 1985.
34 . Caring knowledge and informed moral passion. *Advances in Nursing Science,* v.13, n.1, p.15-24, 1990.
35 WOLF, Z.R. The caring concept and nurse identified caring behaviors. *Topics in Clinical Nursing,* v.8, n.2, p.84-93, 1986.

Endereço do autor: Vera Regina Waldow
Author's address: Rua São Manoel, 963
90.620-000 - Porto Alegre - RS - Brasil

Trabalho recebido em: 07/01/92
Aprovação final em: 28/01/92