

UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
CURSO DE MESTRADO EM ECOLOGIA HUMANA

## O ALTRUISMO DO CUIDAR EM ENFERMAGEM

Dissertação apresentada  
no âmbito do Mestrado  
em Ecologia Humana para  
obtenção do grau académico  
de Mestre

Dissertação orientada  
pelo Professor Doutor  
Carlos de Jesus

Ana Paula Calado Baptista Enes de Oliveira

Évora  
Setembro  
2000

UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
CURSO DE MESTRADO EM ECOLOGIA HUMANA

## O ALTRUISMO DO CUIDAR EM ENFERMAGEM

Dissertação apresentada  
no âmbito do Mestrado  
em Ecologia Humana para  
obtenção do grau académico  
de Mestre

Dissertação orientada  
pelo Professor Doutor  
Carlos de Jesus



106 629

Ana Paula Calado Baptista Enes de Oliveira

Évora  
Setembro  
2000

“ O que é claro de mais

não é interessante “

(anónimo)

Duplicado 104908

Às minhas filhas

e ao meu marido

dedico este trabalho

## Agradecimentos

Ao Professor Doutor Carlos de Jesus pela disponibilidade, sabedoria, estímulo e altruísmo na orientação do trabalho.

Ao Nuno pelo incentivo nos momentos difíceis.

## RESUMO

Situados no paradigma do cuidar em enfermagem, como posição ética, interrogámo-nos sobre o facto do altruísmo de ser uma dimensão ética desse cuidar profissional. Desde início confrontados com a diversidade dos sentidos atribuídos ao altruísmo, optámos por um estudo que permitisse avaliar esse conceito.

Assume-se, assim, a premissa de que o altruísmo e o cuidar são fenómenos que se relacionam, entre si, e ambos com a enfermagem, orientando-se o estudo no sentido de verificar a natureza de tais relações.

Reflecte-se, inicialmente, sobre identificação do conceito de altruísmo. Seguindo-se uma abordagem ao "cuidar", verificando-se que este, sempre se manifestou de forma diferente nas actividades quotidianas de homens e mulheres, em função do seu papel social. Tomando como base alguns marcos históricos e referências modelares, confirma-se, ao longo das épocas, a permanência, de um "modo de cuidar" com características particulares, onde predomina a presença feminina. Esse modo de cuidar, tornado profissional, preocupa hoje em dia aqueles que com ele se comprometem e investigam, tentando uma definição de enfermagem.

Para se compreender o altruísmo como dimensão ética do cuidar em enfermagem, torna-se, imperativo definir o conceito de cuidar no contexto da

profissão de enfermagem, conduzindo à necessidade de reflectir sobre natureza do cuidar humano. Concluindo-se que é uma manifestação indissociável da condição do ser humano que, como "ser- no- mundo" e "ser com" os outros, não se pode furtar à vivência do cuidar, plena de sentimentos e emoções.

Altruísmo - uma dimensão ética do cuidar. Disserta-se em torno dos conceitos de altruísmo e cuidar numa abordagem qualitativa fez-se o desenvolvimento do estudo evocando algumas razões pelas quais os enfermeiros cuidam e relatam-se algumas vivências contadas na primeira pessoa. Orienta-se assim a reflexão no sentido de verificar a estreita ligação entre o "cuidar", o "altruísmo" e "ética".

Admitir esta ligação levanta, algumas inquietações e dilemas que urge desfazer.

Aprender a amar, aprender a cuidar numa atitude altruísta, são aspectos da mesma realidade.

Na desocultação do altruísmo enquanto dimensão ética do cuidar e enquanto fenómeno vivido, identifica-se de facto uma interligação entre altruísmo e cuidar enquanto fenómenos presentes na prática de enfermagem. Sendo portanto esta a tese dominante do nosso estudo.

# ÍNDICE

	Pág.
0 - <u>INTRODUÇÃO</u>	7
1 - <u>ALTRUÍSMO</u>	12
1.1 - CONCEITO	13
1.2 - PERSPECTIVA SÓCIO-BIOLÓGICA DO ALTRUÍSMO	20
1.3 - PERSPECTIVA SÓCIO - ANTROPOLÓGICA DO ALTRUÍSMO	27
1.4 - ALTRUÍSMO COM DUAS FACES	29
1.4.1 - <u>O altruísmo pelo lado do doador</u>	30
1.4.2 - <u>O altruísmo pelo lado do receptor</u>	42
2 - <u>CUIDAR</u>	46
2.1 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM O QUE SÃO E O QUE NÃO SÃO?	46
2.1.1 - <u>Cuidar e curar</u>	48
2.2 - MARCOS HISTÓRICOS	52
2.3 - TENTANDO UMA DEFINIÇÃO DE ENFERMAGEM	65
2.4 - A ENFERMAGEM E A FILOSOFIA DOS VALORES	79
2.4.1 - <u>Ética e Moral</u>	85
2.4.2 - <u>Valores deontológicos</u>	92
3 - <u>ALTRUÍSMO - UMA DIMENSÃO ÉTICA DO CUIDAR EM ENFERMAGEM</u>	97
3.1 - O VALOR DOS CUIDADOS	97
3.2 - O CONTEXTO E O CUIDAR	102
3.3 - A VIVÊNCIA DO CUIDAR	111
3.4 - RESPEITAR	115
3.5 - ESTAR PRESENTE	117
3.6 - A COMPLEXIDADE DOS AFECTOS	119
3.7 - A INTIMIDADE MAIS INTIMA	125
4 - <u>NOTA FINAL</u>	136



## 0 – INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, pudemos assistir a um enorme esforço no desenvolvimento teórico da Enfermagem, no sentido da definição e clarificação de um corpo de conhecimentos próprio necessariamente marcado pela prática profissional e simultaneamente marcante dessa mesma prática.

O carácter central da Enfermagem tem conduzido à realização de estudos que permitem a identificação da natureza e características do Cuidar.

Sendo o fenómeno central da profissão de enfermagem, o Cuidar em toda a sua complexidade, deparamo-nos com uma realidade.

“Escolhi como profissão Cuidar?”.

Interrogamo-nos certamente e vezes sem conta, ao longo da vida, à cerca das razões que levam as pessoas a dedicar grande parte da sua existência, a cuidar dos outros, que tantas vezes nem conhecem, como que de um apelo se tratasse, para a decisão de partilhar o sofrimento alheio.

Responsabilizar-se pelo “outro”, partilhar as suas dores, os seus medos e anseios é partilhar a vida, com toda a inquietação e sofrimento que comporta. É admitir, ser confrontado com a possibilidade de acordar na memória, acontecimentos marcantes, tantas vezes dolorosos, e transformar a experiência dessas dores vividas, em actuações.

Sufrimento, gera sofrimento, ninguém o deseja, antes, evita-o.

No entanto parece que a enfermeira, não só, não lhe é esquiva, como vai ao seu encontro, procurando anulá-lo, com todos os seus meios disponíveis, ainda, que muitas vezes, tenha que abdicar, do seu bem estar emocional e conforto pessoal.

Que “força” é esta que nos atrai e que em princípio, deveríamos evitar?

Que “força” que é esta que nos torna capazes de vencer a tendência natural para a despreocupação feliz, a que todo o ser humano aspira?

Ainda quando o sentimento mal se adivinha, onde se enraíza este impulso que nos leva a tentar impedir a sua aproximação, pelo gesto, que protege, pela mão que se estende, alimenta, ampara, agasalha, aquece e conforta. Talvez pelo sorriso confiante e o sentimento altruísta que alenta e dá um estímulo à vida. É avaliar olhando para cada um de nós individualmente, no percurso da nossa existência, que constatamos: desde sempre cuidámos, de nós próprios, das bonecas, das flores, dos animais, dos pais enquanto filhos e dos filhos, enquanto pais, das outras pessoas, com que nos fomos cruzando ao longo da vida.

Muitos profissionais de Enfermagem contam histórias, da necessidade de se darem, num sentimento altruísta de responsabilidade pelo outro. Nos livros de escola e as conversas de família transmitem-se valores: “fazer bem, é bom”, “é bom ser bom”, “ser bom é bonito”, e nós gostamos de ser “bons” talvez nos sintamos “melhor... mais felizes...”

O “móbil” do cuidar em Enfermagem, apresenta-se, assim, sob a forma de interrogação que “pede” uma reflexão, um esclarecimento, à dúvida que nos surge, quando observamos os enfermeiros nos seus locais de trabalho, face às pessoas que neles depositam a esperança de um auxílio.

O que será então o cuidar autêntico? Diz-nos a nossa intuição que altruísmo e cuidar em Enfermagem se interpenetram.

Cuidar é o foro central e unificante do exercício da Enfermagem, tanto do ponto de vista teórico como empírico. O conceito de cuidar, quer no espírito de quem carece de cuidados, quer no espírito de quem deseja presta-los, não se caracteriza só pelas acções que a enfermeira desenvolva, mas também pelos ideais que lhe estão subjacentes.

Entre esses ideais, o altruísmo, tem sido apontado constantemente, ao longo da existência de Enfermagem como profissão.

Será, então, por altruísmo que cuidamos?

No íntimo, sempre acreditámos, que sim. Mas, porque as questões que estão acumuladas no nosso pensamento necessitam de respostas profundas, tornou-se necessário identificar o significado dos conceitos de “altruísmo” e “cuidar” no percurso histórico de Enfermagem, procurando posteriormente identificar e analisar o altruísmo como uma dimensão ética do cuidar em enfermagem.

Este trabalho apresenta-se organizado em três capítulos, contendo, cada qual sub capítulos, cuja sequência surgiu "naturalmente", como resposta à necessidade de desvelar o "móbil" do cuidar em Enfermagem. Dado que cada capítulo encerra uma etapa de pensamento, permite transitar ao capítulo seguinte, o último contém as conclusões a que conduziu todo o discurso.

O fenómeno cuidar como atitude altruísta está insuficientemente estudado, precisa ser identificado e compreendido pelos enfermeiros através das situações concretas vividas em diferentes momentos, porque a estrutura de qualquer fenómeno só será compreendida depois de ser vista por diferentes reflexões e abordagens, em ocasiões variadas e repetidas.

Desta forma impõe-se um estudo exploratório com uma abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa tem sido presentemente, o caminho inicial para descobrir, fenómenos e documentar aspectos desconhecidos e ainda não estudados, permitindo ao mesmo tempo uma melhor compreensão de experiências, contextualmente identificadas. Dentro dos vários métodos qualitativos seleccionámos a abordagem fenomenológica, pois esta permite revelar o significado da realidade e existência individual de cada cliente, proporcionando naturalmente uma compreensão mais global da natureza própria da Enfermagem (Watson, 1988), e talvez a única, que possibilita a compreensão dos fenómenos relacionados com a saúde e com o lidar na doença.

Watson, Justifica a sua afirmação, dizendo que a fenomenologia põem a ênfase a compreensão da pessoa pela forma como as coisas se lhe apresentam. Para fenómenos como o processo Saúde-Doença, e respectivos

sentimentos e emoções como: pena, tristeza, ansiedade, esperança, desespero, amor, solidão, a fenomenologia oferece uma metodologia única para a ciência do lidar, ao permitir compreender o significado destes fenômenos humanos.

## 1 – ALTRUÍSMO

Na sociedade, na história, em cada indivíduo, talvez até no âmago das mais simples acções, há duas componentes, ou duas almas. Uma egoísta, utilitária, que calcula a maior vantagem possível para nós. A outra altruísta, desinteressada, que se comove, que quer o bem do outro.

A primeira está na base da acção económica racional. A economia como ciência apenas existe porque os seres humanos se comportam, ainda que parcialmente, como operários que procuram o sustento, evitando as percas, vendendo e comprando quando convém. Para Vilfredo Pareto, apenas a economia é a racionalidade pura. O resto do social nasce de motivações obscuras, de impulsos escondidos, de justificações mesquinhas. Não teriam sido edificados os estados e os impérios, se não tivessem havido homens ávidos e ambiciosos de poder. A utilidade económica e a utilidade política foram sempre as duas grandes forças que criaram a sociedade, que lhe imprimiram o desenvolvimento e o progresso.

No entanto, o mundo social é mantido unido por uma segunda classe de forças. Muito mais humildes, muito mais desprezadas. As forças da solidariedade, da piedade, do amor, da generosidade. Vemo-las em acção em situações “insignificantes”. A psicanálise mostrou que o equilíbrio psíquico e a própria existência do indivíduo não seriam possíveis sem a dedicação amorosa dos pais e sem a presença de um amor sincero e desinteressado nas relações

do casal e sem a dedicação e empatia de quem cuida, para quem precisa de ser cuidado.

### 1.1 - CONCEITO

Ao iniciarmos a análise do conceito de "Altruísmo" sentimos necessidade de reflectir, ainda que muito brevemente, na importância que as palavras detêm no complexo fenómeno da comunicação humana.

As palavras não podem ser vistas como meros signos convencionais, elas são, acima de tudo, uma das possibilidades de expressão da nossa própria experiência. São para Merleau-Ponty "... *um dos usos possíveis do meu corpo*", ela é um verdadeiro gesto, tal como ele contém um sentido, o que lhe permite ser expressão.

Mas o sentido da palavra não deve ser "*dado*" mas antes "*compreendido*" pelo outro, espectador desse nosso gesto.

Percebe-se assim que a palavra seja algo estreitamente ligado ao nosso estar-com-o-outro, ao nosso existir em comum, ela só tem a sua plena significação na nossa função relacional.

Todos experimentámos já ao falar, ao escutar, ao ler, que as palavras presentes nesses actos nos permitiram não só completar o nosso pensamento, como tiveram ainda o poder de fazer emergir novos pensamentos, novas compreensões, o que nos conduz a sentir, tal como Merleau-Ponty refere, que "*Não há doravante outra maneira de compreender a linguagem se não instalar-se nela e exercê-la*".

Assim, para além de procurarmos na palavra a sua *significação conceptual*, há que encontrar nela outros sentidos e significações que a

"habitam", aquilo a que o mesmo autor chama a sua *significação existencial*.

É nesta dupla e interligada perspectiva que faremos a nossa análise sobre a palavra "Altruísmo". Num primeiro momento debruçarnos-emos sobre o seu significado convencional após o que, através da análise da bibliografia e de depoimentos escritos, tentaremos identificar os diferentes sentidos que ela tem tomado enquanto experiência intersubjectiva, enquanto palavra vivida.

A criação do termo altruísmo deve-se a Auguste Conte, por oposição ao termo egoísmo. Significa *viver para outrem, ou seja, na relação do sujeito nos planos psicológico, metafísico ou moral com outro no sentido de promover o seu bem estar*.

A palavra altruísmo deriva do latim *Alter* que significa o *outro, outrem* e designa uma disposição favorável aos outros, uma preocupação pelo seu bem estar, pelas suas necessidades, o cuidar de dar ajuda. Opõe-se ao egoísmo e pressupõe uma certa abnegação.

*Um acto de ajuda da mais elevada qualidade é um acto altruísta (...). Um sujeito, para exhibir um acto altruísta, deve ser capaz de se colocar na perspectiva do outro em necessidade, empatizar com essa pessoa, reconhecer a natureza da necessidade da pessoa, sentir que tem várias alternativas de acção, prever as consequências do seu acto, agir com intenção e capaz de incorrer em custos sem expectativa de recompensas externas (...)* (Bar-Tal, 1980).

Do ponto de vista teórico, a conduta altruísta é das mais interessantes; pragmaticamente, é das mais úteis (e não apenas para o receptor, como geralmente se costuma pensar!); pragmaticamente, é das mais heurísticas.



Estas três razões podem justificar a grande quantidade de pesquisa e de teorização que, a partir dos anos 70, tem sido dedicada ao comportamento altruísta (Bar-Tal, 1980), por vezes também designado de comportamento pró-social (Eisenberg, 1982), de comportamento social positivo (Staub, 1980), e de comportamento centrado nos outros (Dlugokinski e Fireston, 1973).

O cenário altruísta pode ser considerado uma situação dialéctica particular, porque comporta sempre um potencial doador (que tem e pode dar) e de um potencial receptor (que precisa e pode vir a receber).

Num encontro entre um potencial doador e um potencial receptor, o doador mantém geralmente determinado tipo de relação sobre os bens que possui (falamos então em *Mérito de Obtenção*) e o receptor mantém geralmente determinado tipo de relação sobre a dependência em que se encontra (falamos então em *Responsabilidade pela Dependência*), a influência dessas duas dimensões quer nas possíveis ofertas do doador ao receptor quer nos possíveis pedidos do receptor ao doador, ou então nos processos psicológicos de aceitação/negação e interdependência entre *Mérito de Obtenção/dever de dar* e de interdependências entre a *responsabilidade pela Dependência/ direito a receber*.

São muitos os investigadores que, ao falar de altruísmo, aceitam, dentro de limites bastante apertados, a clássica definição proposta por Macaulay e Berkowitz (1970) de "comportamento efectuado para beneficiar outrem sem expectativas de recompensas de origem externa". Esses limites variam entre a definição mais restrita proposta por Leds (1963) - "um comportamento para ser

altruísta deve: a) ser efectuado voluntariamente; b) pretender beneficiar outrem; c) ser efectuado sem expectativa de recompensa”.

É curioso constatar que, em algumas investigações (ex: Peterson, 1980), se começa a aceitar a ideia de altruísmo como conduta afastada de uma matriz de custos e ganhos, se operacionalize a conduta altruísta em termos de maior ou menor disponibilidade para se dar.

É também surpreendente e paradoxal que a maioria das investigações (Rushton, 1980), tenha estado mais preocupada em identificar variáveis situacionais que influenciam as ofertas do doador (por exemplo, observação de modelos altruístas, reforços obtidos, etc.) Do que em pesquisar mecanismos e processos psicológicos que as podem mediar.

Além desta relativa inconsistência entre o que muitos investigadores dizem do altruísmo (conduta de auto-sacrifício para beneficiar outrem), parece ainda interessante referir outro facto, não menos paradoxal que os anteriores: conceptualizando o altruísmo como conduta da configuração de custos e ganhos.

Se este facto é compreensível nos modelos que consideram a conduta altruísta como uma conduta instrumental, mesmo que ao serviço de subtis benefícios psicológicos, é bem paradoxal em modelos propostos por outros investigadores que são exactamente aqueles que mais propõem a conduta altruísta como uma essência da conduta pró-social.

Para Bal-Tal (1976), por exemplo, que "um acto altruísta é uma forma específica de conduta pró-social (...). O comportamento altruísta não pode ser um resultado de obrigações ou de expectativas de *qui pro quo*". Esta conceptualização não mudou muito " um acto de ajuda de mais elevada

qualidade é um acto altruísta (...). Um sujeito, para exhibir um acto altruísta, deve ser capaz de se colocar na perspectiva do outro em necessidade; deve ser capaz de empatizar com essa pessoa; deve ser capaz de reconhecer a natureza da necessidade da pessoa; deve sentir que tem várias alternativas de acção; deve ser capaz de prever as consequências do seu acto; deve ser capaz de agir com intenção e deve ser capaz de incorrer em custos sem expectativas de recompensas externas (...)" (Bar-Tal, 1982).

Convenhamos que não é fácil ir mais além e em suposições de motivações intrínsecas! ... convenhamos que não será fácil comprovar experimentalmente condutas obedecendo a tantos requisitos! ...

Outros autores distinguiram outras formas de altruísmo, embora com um interesse essencialmente teórico, não podemos deixar de as referir de uma forma resumida.

Rosenham (1970) achou por bem distinguir *altruísmo autónomo* (que nada tem a ver com ganhos e custos) e *altruísmo normativo* (exibido para corresponder às normas). Karylowsky (1984) distingue-o em *altruísmo exocêntrico* (orientado para as necessidades da pessoa em dependência) e *altruísmo endocêntrico* (aquele que, em última análise, pretende beneficiar o seu autor). Huesmann e Levinger (1976) distinguiram-no em *verdadeiro altruísmo* e *altruísmo orientado para o próprio* («self-seeking altruism»).

O que dissemos parece justificar que a conduta altruísta é uma conduta teoricamente interessante, não apenas em si, mas também pelo modo como ela tem sido geralmente conceptualizada. A própria literatura sobre o altruísmo

fornece talvez pistas susceptíveis de contribuir para a compreensão da frequente conceptualização do altruísmo como conduta de auto-sacrifício sem expectativa de recompensas, bem como dos riscos, em termos de poder preditivo, que tal conceptualização pode ocorrer.

Um indivíduo carente, recebendo altruísmo, desenvolve, pelo menos momentaneamente, dependências psicológicas e/ou materiais que, por razões diversas, o afectam. Essas dependências podem traduzir-se na necessidades de um simples favor, na dádiva de órgãos importantes que põem em causa a sua sobrevivência, ou de socorro em situações de emergência, onde é possível o risco de vitimização. Da pesquisa efectuada, encontra-se alguma concordância em se aceitar que os indivíduos, depois de se comportarem altruisticamente, experimentam, muitas vezes, uma sensação de bem estar, de competência e de controle. Contudo, a experiência psicológica do indivíduo se sentir nobre e generoso, competente e com controle sobre os eventos não é o único benefício que pode auferir da sua conduta altruísta. Um dos dados mais referidos na literatura é a tendência dos indivíduos retribuírem favores recebidos. Gouldner (1960) afirmou mesmo *que a maior parte da conduta pró social se explica pela norma da reciprocidade, ou seja, pela convicção generalizada que devemos fazer aos outros certas coisas porque as fizeram previamente a nós*. Isto significa que o indivíduo altruísta é aquele que mais probabilidades reúne de, posteriormente, receber altruísmo.

Para além disto, o indivíduo altruísta revela também elevada probabilidade de receber elogio e aprovação social. O reconhecimento social de quem pratica uma "boa acção" ou é "benemérito" para com os outros, sendo

valorizado pelas acções altruístas que desenvolve é, quanto a nós, um factor impulsionador deste comportamento. Muitos são os exemplos que poderíamos descrever de “actos de ajuda” que são mediaticamente empolgados e explorados até ao mais ínfimo pormenor, proporcionando um reconhecimento social a quem os pratica, de uma forma, que no mínimo, se poderá considerar exagerada.

Temos como exemplo a isenção de impostos e os benefícios fiscais que se podem obter, quando solidariamente se efectuam dádivas financeiras a determinadas instituições de solidariedade social; O reconhecimento, num programa de televisão, de um indivíduo que ajudou a salvar outro, pondo em perigo a sua própria vida; A forma altruística e até aparentemente desinteressada que um país ataca militarmente outro, em defesa dos povos oprimidos e dos direitos humanos, e o modo como é reconhecido como benfeitor da humanidade...

Segundo Wilson (1978) *a conduta altruísta representa, em última análise, uma maior probabilidade de sobrevivência daqueles com quem se tem genes em comum (inclusive fitness). O auto sacrifício em benefício dos descendentes é altruísmo no sentido convencional mas não no sentido genético.* Nesta mesma linha, Trivers (1971) sustenta que *a conduta altruísta para com aqueles que geneticamente estão longe de nós mas com os quais mantemos frequentes interacções – altruísmo recíproco – tem também como finalidade a sobrevivência da espécie.* Para Skinner (1976) *a conduta altruísta representa também uma selecção por contingências de sobrevivência, isto é, auxiliamos as pessoas por razões que se relacionam com a sobrevivência da espécie.*

## 1.2 – PERSPECTIVA SÓCIO-BIOLÓGICA DO ALTRUISMO

Desde as suas origens que a humanidade sofre conflitos que a dilaceram. Diferenças culturais e histórias, distintas, servem como argumentos e até mesmo como causas, para esses dramas quotidianos.

Cada qual sonha com uma tomada de consciência que ultrapassa a clivagem das culturas e se debruça sobre o homem, sobre a espécie humana na sua totalidade.

Pensando que o homem separa-se do animal essencialmente por uma função “a consciência” e o que esta torna possível, o nosso mundo é o da cultura que criámos, o qual, graças a nós, veio acrescentar-se ao mundo natural, conquistando um novo espaço que é preciso continuar a proteger embora com fluxo sempre poderoso da animalidade e da ordem natural.

A natureza é a ordem de facto, dela não podemos descrever senão o que é. No pensamento evolucionista, existe uma natureza humana que a ética não deve subestimar. No marxismo o homem é o produto das situações; no existencialismo, faz as suas escolhas consoante as situações.

Embora reconhecendo que a ordem social, apresenta propriedades novas em relação à ordem biológica, a tese evolucionista, afirma todavia que o aparecimento do comportamento social, em todas as suas vertentes, deve ser concebido como o resultado de um processo natural de evolução, encontrando nele a influência dos mecanismos que estão no centro da evolução dos seres vivos, e mostrando que existem disposições genéticas que contribuem para o comportamento pró-social. *...os genes mantêm a cultura acorrentada...* (Wilson, 1978)

A teoria da evolução baseia-se no mecanismo da selecção natural, o qual permite a sobrevivência do mais apto, isto é, daquele que se reproduz com mais eficácia. Ao nível dos organismos, essa eficácia reprodutiva traduz-se naquilo a que se chama adequação adaptativa (*fitness*), que se designa a capacidade de um indivíduo transmitir o seu património genético: a sua medida é o numero dos seus descendentes.

As interacções sociais constituem o modo de vida dos indivíduos, influenciando o próprio comportamento individual e social.

Para os biólogos, uma das dificuldades da teoria da selecção natural era compreender como se poderiam ter desenvolvido os comportamentos dito "altruístas", sendo o termo tomado no sentido biológico onde altruísmo designa *comportamento praticado que procura um benefício para outros organismos sem expectativa de recompensa de origem externa* (Mecaulay e Bercowitz, 1970)

Custos e benefícios deverão ser aqui entendidos em termos de sucesso reprodutivo e de adequação adaptativa.

O sucesso biológico das espécies sociais demonstra que o custo imediato é, para o altruísta, largamente compensado pelas vantagens da sociabilidade, ou vida em comum, com efeito esta aumenta as suas hipóteses de sobrevivência e de reprodução, assim como a sua adequação adaptativa global.

O altruísmo biológico, constitui, de certa forma, uma regra natural das relações entre os organismos no interior de uma sociedade, isto é, de um grupo de indivíduos da mesma espécie organizados de modo cooperativo.

Assim, neste sentido, a finalidade não é ética, mas biológica: diz respeito à sobrevivência e à adequação adaptativa e perpetuação do património genético.

O altruísmo está presente no mundo animal e o que importa sobretudo é o facto de poder ser explicado biologicamente. A teoria da evolução demonstra que um elemento importante do próprio comportamento social pode ser concebido como o resultado de uma adaptação dos organismos às imposições do meio, adaptação cujos mecanismos são os da selecção natural e da evolução genética.

Teremos que considerar que na sociedade humana não é excepção. Ora, no caso do homem, o altruísmo faz parte das regras da vida social e na base do comportamento social: só há sociedade na medida em que cada indivíduo consagra uma parte do seu tempo e das suas energias mais a tarefas de interesse colectivo do que a garantir a sua própria sobrevivência. A função do altruísmo será pois também, em ultima análise, uma função adaptativa: é a maneira como o ser humano organiza as modalidades da sua existência, sendo no entanto submetida à lei geral.

O altruísmo serve a vida através de nós. Será, portanto ilusão acreditarmos que beneficiamos do privilégio de decidir sobre a nossa conduta simplesmente pelo facto de termos a impressão de que é assim, que as coisas se passam, porque somos seres dotados de consciência e de vontade, isto é, porque acreditamos dispor livremente de nós mesmos.

Na realidade, a nossa conduta, as nossas sociedades, a nossa cultura e o nosso altruísmo são a resposta que damos, de acordo com os meios que dispomos ou criamos; e sempre utilitárias respondendo às leis da sobrevivência.



Esta utilidade não serve apenas o indivíduo: é através dela, que segundo os evolucionistas, são favorecidos os genes e a sua probabilidade de se reproduzir.

As nossas crenças e os nossos comportamentos terão pois, em última análise, um outro fim que não aquele que lhe atribuímos, não fazendo os nossos sentimentos e os nossos juízos morais senão servir, através de nós, os processos da vida que conduziram até nós e que através de nós se perpetuam.

Esta pequena apresentação permite um enquadramento geral do naturalismo evolucionista, dando um exemplo da maneira como faz o comportamento social derivar de imperativos biológicos ao descrever os mecanismos que permitem a sua justificação no quadro da teoria da evolução. Creio que haverá poucas pessoas que neguem que os sentimentos sociais que nós, homens, experimentamos uns pelos outros sejam num certo sentido um produto da evolução.

Assim defendemos que a moral e a ética, no sentido do bem e do mal e da obrigação, são de facto, um fruto da evolução.

Queremos dizer que são um produto final da selecção natural.

Empregar o termo “altruísmo” no sentido biológico é um pouco diferente do seu sentido habitual.

Entendemos altruísmo no sentido habitual o género de emoções ou de obrigações que, por exemplo, sentiria a Madre Teresa de Calcutá a lavar o rosto de um moribundo. Neste caso, a Madre Teresa faz prova de um altruísmo no seu sentido mais puro. Faz qualquer coisa por outrem, porque é bom agir assim. Não espera qualquer retribuição imediata. Mesmo que tal acção vise um

prazer imediato ou uma recompensa futura, não é contudo por essa razão que é levada a cabo.

No entanto, quando os biólogos empregam o termo "altruísmo", fazem-no metaforicamente. Querem dizer que os organismos fazem qualquer coisa sem esperar um retorno imediato e talvez até expondo-se a uma desvantagem ou até mesmo a um perigo.

Temos um exemplo de altruísmo biológico quando uma ave fêmea finge ter uma asa partida para arrastar o predador para longe do ninho.

Outro exemplo, o da formiga obreira que assegura o aprovisionamento da alimentação das larvas ou da rainha, obviamente que no sentido biológico de "altruísmo" não implica que um organismo aja dessa forma porque pensa que uma tal acção é boa ou má.

Alguns filósofos têm criticado fortemente os biólogos pela sua utilização de termos como o "altruísmo" em exemplos, como anteriormente referidos. Mas pensamos que não têm razão para isso. Certamente que a teriam, se os biólogos usassem o termo "altruísmo" simplesmente num sentido análogo à noção vulgar que se aplica ao caso da Madre Teresa.

Na realidade, parece-nos que o que os biólogos fazem é tomar a noção de altruísmo e empregá-la metaforicamente, sendo, em nossa opinião, perfeitamente legítimo.

Durante os últimos três ou quatro decénios, os sociobiólogos, os biólogos do comportamento, os etólogos têm contribuindo com elementos cada vez mais precisos e pormenorizados que mostram até que ponto o altruísmo está realmente muito difundido.

O altruísmo biológico é sem dúvida uma noção coerente, está largamente difundido no mundo animal e é fortemente corroborado pelas teorias biológicas contemporâneas.

Tudo isto nos remete para o caso da espécie humana:

Somos bastante altruístas no sentido biológico e temos fortes razões para o ser.

Não existe um modo de comportamento único e fixo que nos faz reagir de forma altruísta, uns com os outros.

No entanto poderemos segundo Alberoni (1993) justificar de três formas o altruísmo.

A primeira poderá ser puramente inata, coopera-se porque a um determinado nível os genes nos fazem agir assim.

Na segunda forma questionaremos se os humanos poderiam ter evoluído de tal maneira que seguissem numa direcção completamente oposta a linha dura de um determinismo biológico inato. Em particular, nas trocas com os seus congéneres, poderiam agir a um nível cooperativo, mas por puro interesse egoísta bem calculado.

Uma grande parte das nossas vidas é consagrada a cooperar, a debater e a calcular com os nossos semelhantes. Mas é manifestamente falso que tudo o que fazemos tenha motivações racionais. A racionalidade total exige um tempo considerável para calcular a melhor situação.

Numa perspectiva evolucionista, esse tempo tem em si mesmo um custo muito elevado. Assim numa situação de evolução, uma solução rápida e grosseira é mais rápida que a solução perfeita que exige demasiado tempo.



Poderemos suspeitar de que a evolução humana faz de nós máquinas de calcular muito afastadas da perfeição, pelo menos na maior parte do tempo, simplesmente devido ao custo que isso representaria.

Isto conduz-nos à terceira opção possível de altruísmo.

Considerando verdadeira a segunda opção, teríamos sido como os supercomputadores que jogam xadrez. Calcularíamos todos os lances e jogaríamos sempre aquele, que nos permitisse vencer o adversário, mas quando submetidos a condicionamentos de tempo, os computadores mostram-se limitados. Contudo, as últimas gerações não têm em consideração a totalidade de jogadas possíveis, mas têm implantadas estratégias definidas.

Por outras palavras, possuem algumas estratégias de modo inato, que a partir daí têm uma dimensão de liberdade no que respeita à sua acção. Fazendo uma analogia a nós seres humanos, verificamos que não somos completamente definidos, tal como não somos totalmente racionais, possuindo algumas estratégias definidas no nosso cérebro, conduzindo-nos a ser cooperantes ou altruístas muito eficazes. Temos, em particular, definido no nosso cérebro a inclinação, a necessidade, o desejo ou o sentimento do que é razoável comportarmo-nos de modo cooperativo.

Podendo-nos questionar se para nos tornarmos biologicamente altruístas, a natureza nos ditou de pensamentos literalmente altruístas, para termos disposições inatas, não simplesmente para seres sociais mas também para seres autenticamente morais e éticos.

### 1.3 – PERSPECTIVA SÓCIO-ANTROPOLÓGICA DO ALTRUÍSMO

A diversidade dos costumes parece refrutar a ideia segundo a qual o altruísmo terá fundamentos naturais.

*As leis da consciência, que dizemos provirem da natureza, nascem dos costumes, tendo cada qual em veneração interna, as opiniões e costumes aprovados e recebidos em seu redor, não pode dispensá-los sem remorsos, nem deixar de os aplicar sem aplauso (Montaigne, 1962).*

Os antropólogos contemporâneos propõem ilustrações menos sumárias mas não menos surpreendentes da diversidade cultural, em que incontestavelmente as representações do bem e do mal diferem de cultura para cultura.

Podemo-nos, no entanto, atrever a afirmar que existe uma predisposição inata para adoptar um conjunto de normas, tais como:

- Determinadas normas morais, mas não todas, têm uma componente genética;
- As predisposições inatas podem ser fracas e portanto, facilmente ultrapassáveis por factores culturais e/ou circunstanciais;
- A predisposição inata pode determinar mais a forma abstracta das normas do que o pormenor do seu conteúdo.

Os antropólogos e historiadores interessam-se particularmente por sistemas culturais tais como as doutrinas morais. Estas doutrinas não somente divergem de cultura para cultura, como são, em muitos casos, incompatíveis entre si. Determinadas doutrinas não são um reflexo directo do pensamento dos membros da sociedade, são antes objectos de pensamento. No entanto,

não está excluída a hipótese de estas construções públicas divergirem mais de uma sociedade para outra, do que os estados mentais dos seus membros.

No domínio ético, tal como a conduta altruísta, é necessário, pois passar da observação sociológica a uma caracterização das ideias e dos sentimentos morais e éticos, dos indivíduos, antes de começar a argumentar a escolha.

Sob a influência de Jean Piaget e sobretudo de Lawrence as investigações em psicologia moral, concederam uma atenção muito particular ao modo como os sujeitos justificam as suas escolhas morais. Estas justificações são de diferentes tipos, de acordo com a idade dos sujeitos e segundo as suas culturas. A conduta altruísta pode ser justificada se se invocar a opinião pública, uma norma socialmente reconhecida ou um raciocínio que a fundamente.

Em contrapartida, quando práticas contrárias ao altruísmo e às nossas ideias morais emanam de membros de outras sociedades, apressamo-nos – demasiadamente – a apontar-lhes o dedo, atribuindo-lhes ideias morais contrárias às nossas. Em qualquer tempo e em qualquer lugar, considerações de interesse mais ou menos premente, contribuem para determinar as práticas, sejam estas considerações sancionadas ou não pelas ideias morais. Por outro lado, pode haver duas culturas que comportem as mesmas ideias morais, insistindo uma delas muito mais do que a outra sobre o respeito por essas ideias. As práticas nestas duas culturas poderão ser diferentes, mas o conteúdo das ideias morais e conduta pró-social será o mesmo em ambas. A diferença entre as duas atitudes, o egoísmo e o altruísmo, não são directamente pertinentes para julgar o grau de divergência entre as morais e éticas humanas.

Faltaria ainda muito para considerar que existe, imperfeitamente exibida nas diferentes culturas, uma moral humana inscrita na nossa constituição biológica. E faltaria ainda mais para considerar, já não de um ponto de vista antropológico mas, desta vez de um ponto de vista ético, que uma tal moral seria correcta apenas por ter uma base biológica. É verdade que, se existisse uma tal moral biologicamente inscrita, ela seria provavelmente incorrigível e, portanto, importaria muito pouco que fosse verdadeira ou falsa.

#### 1.4 – ALTRUÍSMO COM DUAS FACES

No contexto de conduta altruísta de quem dá e quem recebe, poderemos encontrar uma análise de perdas e ganhos.

Tendo como condição para qualquer acto altruísta, o conhecimento (pelo potencial doador) que alguém precisa de assistência, tendo o doador que decidir se auxilia ou não, obrigando a uma relação directa entre o doador e o receptor, razão pela qual achámos pertinente abordar o altruísmo nas suas duas vertentes: doador e receptor.

O comportamento altruísta, classicamente definido *comportamento efectuado para beneficiar outrém sem expectativa de recompensas de origem externa* (Macaulay e Berkowitz, 1970) e do ponto de vista teórico uma conduta paradoxal.

A expressão do paradoxo altruísta (Rosenhan, 1978) está aliás consagrada na literatura sobre o altruísmo, por vezes designado comportamento pró-social (Eisenberg, 1982) e outras vezes, comportamento social positivo (Staub, 1978, 1979).

É razoável pensar que a enorme quantidade de pesquisa teórica como experimental que, a partir dos anos 70, lhe vem sendo dedicada, representa, tentativas diversas de tornar menos paradoxal esse paradoxo, isto é, compreender a própria existência da conduta altruísta e o porquê da sua manutenção e desenvolvimento.

Um dos principais desequilíbrios na literatura sobre o altruísmo está na desproporção entre estudos dedicados ao potencial doador (aquele que, num episódio altruísta, possui “um bem” que pode vir a dar) e ao potencial receptor (aquele que, nesse episódio precisa geralmente de “alguma coisa” que pode vir a receber).

A maior parte das investigações sobre a conduta altruísta têm ignorado que ela é um episódio entre dois actores e centram-se quase sempre nas ofertas do doador. O receptor é convertido assim em passivo receptáculo de generosidade alheia. É até interessante constatar que, enquanto “para o doador a terminologia anglo-saxónica utiliza termos denotando acção (*donor*, *giver*), para o receptor o termo *recipient*, que denota mais passividade que actividade, é mais utilizado que o termo *receiver* (Fisher et al, 1982).

Assim, no nosso estudo, procuraremos caracterizar de forma clara e sucinta as duas faces do altruísmo: o lado do doador e o lado do receptor.

#### 1.4.1 – O Altruísmo pelo lado do doador

*Um acto de ajuda da mais elevada qualidade é um acto altruísta (...) um sujeito, para exhibir um acto altruísta, deve ser capaz de se colocar na perspectiva do outro em necessidade, empatizar com essa pessoa, reconhecer*



*a natureza da necessidade da pessoa, sentir que tem várias alternativas de acção, prever as consequências do seu actor, agir com intenção e capaz de incorrer em custos sem expectativa de recompensas externas (...)* (Bar-Tal, 1982)

Embora sejam raras as investigações sobre as reacções do doador à sua conduta altruísta (a conceptualização frequente do altruísmo como generosidade, bem pode estar na base deste facto). A experiência psicológica do indivíduo se sentir nobre e generoso, competente e com controlo sobre a situação, não são os únicos benefícios que pode auferir da sua conduta altruísta, mas também a reciprocidade dos favores oferecidos.

Para Gouldner (1960), a maior parte da conduta pró-social explica-se pela norma da reciprocidade, ou seja, pela convicção generalizada que *devemos fazer aos outros certas coisas porque as fizeram previamente a nós*, significando isto, que o sujeito altruísta é aquele que mais probabilidades reúne de, posteriormente, receber altruísmo. além de que, *o sujeito altruísta reúne também elevada probabilidade de receber elogio e aprovação social, tanto mais quanto mais a sua conduta altruísta for percebida pelos observadores e/ou receptores, como intrinsecamente motivada.* (Cohen et al, 1981).

Assim, procuraremos descrever alguns factores que influenciam a conduta altruísta do potencial doador.

### **O Humor**

*O humor é um poderoso determinante da acção altruísta* (Cialdine et al, 1982) favorece um importante insight sobre a natureza da conduta pró-social. Permitindo a formulação de uma regra sobre relação altruísmo/humor: *um*

*potencial doador reúne mais probabilidade de se comportar altruisticamente quando experimenta estados afectivos positivos.*

Alguns investigadores têm explicado esta regra, ou melhor os resultados das investigações, que permitem esta formulação.

Segundo Berkowitz (1970, 1972), o sujeito autopreocupado vivendo um momento de fracasso, torna-se menos sensível à norma da responsabilidade social e ao comportamento altruísta. Pelo contrário, *em momentos de alegria e sucesso, o indivíduo torna-se menos autopreocupado, autocrítico* (Wicklund, 1975) e portanto mais sensível às necessidades do potencial receptor.

Para Staub (1973), quando um potencial doador, em estado de sucesso, percebe que alguém se encontra em dependência, tende a sentir, que ao seu actual bem estar, se contrapõe a necessidade do receptor, comportando-se de forma altruísta. Ao contrário, quando o potencial doador vive um momento de fracasso ou mal estar, tende a perceber o estado negativo em que se encontra o potencial receptor equilibrando a sua própria experiência de fracasso ou mal estar.

No entanto, segundo estudos experimentais (Cialdini, 1982; Rosenhan et al, 1976) permitem a formulação de uma regra relacionando altruísmo e humor negativo: um potencial doador, reúne mais probabilidade de se comportar altruisticamente quando experimenta estados afectivos negativos do que estados afectivos neutros.

### **A Transgressão de Normas**

As investigações sobre a relação humana, transgressão de normas e altruísmo utilizam geralmente o clássico paradigma metodológico do prejudicar alguém – “harm doing” (Freedman, 1970). Neste paradigma, o potencial doador

é colocado numa situação onde geralmente de modo involuntário, prejudica alguém, sendo-lhe depois propiciada oportunidade de compensar a vítima através de conduta altruísta (altruísmo reparativo) ou então através de conduta altruísta para com terceiros (compensação generalizada).

*Violar padrões morais, prejudicar não intencionalmente alguém, acreditar que se prejudicou alguém, testemunhar transgressões morais ou convencionais são experiências que tendem geralmente a aumentar a conduta pró-social do potencial doador, que em relação à vítima da transgressão, quer em relação a terceiros. (Staub, 1978). A probabilidade de um potencial doador a comportar-se altruisticamente em relação a alguém aumenta depois desse potencial doador ter prejudicado alguém ou transgredindo normas e/ou convencionais. Alguns investigadores tem explicado este ponto de vista:*

*A conduta altruísta que se segue à transgressão das normas procura remover exactamente o desagradável sentimento interno de culpa provocado pela transgressão. (Freedman, 1970; Rawlings, 1970)*

### **A Empatia**

A influência da empatia no altruísmo é das questões mais estudadas na literatura, sobre o comportamento pró-social.

*A empatia não é apenas mais um antecedente da conduta altruísta, mas um pré requisito essencial à sua existência (Aronpred, 1970). Sendo controlada por processos empáticos, consistindo em estados afectivos positivos vividos pela antecipação do bem estar de alguém sendo, ajudado, ou em estados negativos vividos pela observação de índices de sofrimento de alguém em necessidade. A influência positiva na conduta altruísta tem sido também inferida a partir de estudos que analisam correlações entre empatia e condutas*

conceptualmente próximas do altruísmo, como a cooperação e que, na empatia/altruísmo, podem ser considerados estudos já realizados com validade convergente.

### **A Competência**

Competência, ou seja, a maior ou menor capacidade que o sujeito tem para controlar as situações.

São vários os investigadores que adoptando para a conduta altruísta modelos de tomada de decisão com base nos custos envolvidos, em normas pessoais ou no processamento de informação, salientam mesmo que, antes da competência do potencial doador para poder “dar ajuda” a alguém, está a sua competência para perceber que alguém está a precisar de ajuda.

O modelo de tomada de decisão por processamento de informação proposto por Karniol (1982) defende que no acto altruísta, uma questão importante consiste em saber *como é que os indivíduos que observam alguém em necessidade, tomam conhecimento.*

*A percepção de necessidade do receptor pelo potencial doador afecta a sua posterior conduta altruísta* (Darley e Latané, 1970). Fizeram uma investigação em que alguns sujeitos faziam um apelo: “Desculpe! Roubaram-me a carteira. Por favor é capaz de me dar uma nota de 10 contos?” e havia outros pedindo assim: “Desculpe! Por favor é capaz de me dar uma moeda de 10 escudos?”. Os resultados evidenciaram, de modo significativo, que os sujeitos que faziam o primeiro apelo e que mais se fazia notar pelo observador, recebiam mais altruísmo (72% dos pedidos atendidos) que aqueles que faziam o segundo apelo (34% dos pedidos atendidos).

Percebida, notada ou concebida pelo potencial doador a necessidade do receptor, é preciso contudo que depois ele tenha ou se perceba com competência necessária para intervir ou ajudar.

*Um potencial doador reúne tanto mais probabilidade de se comportar altruisticamente quanto mais competente se percebe para ajudar o potencial receptor a sair da dependência em que se encontra (Krebs, 1970; Midlarsky, 1984).*

A explicação mais invocada para o atrás referido é o modelo de competência do doador de Midlarsky. Segundo este modelo, *o indivíduo (...) que é competente e autoconfiante empenha-se na conduta altruísta (...). As consequências de um auxílio eficaz consistirão em benefícios para o receptor (...). por sua vez, para o doador, os ganhos podem consistir em benefícios psicossociais como o aumento do sentido de bem estar (...). Tais consequências podem levar ao aumento da motivação para a competência que provavelmente promoverá posteriores condutas de ir em auxílio de alguém.*

Parece-nos poder afirmar que este autor é mais favorável à conceptualização da conduta altruísta como competência sócio-cognitiva do que à sua conceptualização como conduta generosa.

### **O Nível Sócio – Cognitivo**

É usual, em investigações, avaliar o nível sócio-cognitivo do potencial doador e relacioná-lo com medidas diversas de conduta pró-social, sejam elas de efectiva conduta altruísta (o que o doador dá a outro em necessidade) ou medidas reputacionais (forma como o doador é julgado por terceiros).

(Schwartz, 1970, 1977; Schwartz e Howard, 1984), evidenciaram correlações positivas entre conduta altruísta e sentimentos de obrigação moral,

constituindo um grande apoio para o anteriormente mencionado, relação entre altruísmo e nível sócio-cognitivo do potencial doador.

*O adiantamento de gratificação, ou seja, a capacidade da pessoa para renunciar a pequenas recompensas para obter, mais tarde, recompensas mais valiosas pode ser considerado como um índice de desenvolvimento sócio-cognitivo (Mischel, 1981).*

Muitos dos processos psicológicos operando no altruísmo são similares aos envolvimento no adiantamento de gratificação e autocontrole.

*... preocupações de justiça e merecimento e, mais especificamente, pelo contrato pessoal, ou seja, pela convicção adquirida no decurso do desenvolvimento e socialização que, quem vai renunciando, no presente a recompensas imediatas e incorrendo em condutas de auto-sacrifício, fica habilitado, mais tarde, a receber maiores recompensas (Winer e Whitehead, 1974).*

*Um potencial doador reúne tanto mais probabilidade de se comportar altruisticamente quanto mais elevado o seu nível de desenvolvimento sócio-cognitivo. (Blasi, 1980; Underwood e Moore, 1982)*

### **A Responsabilidade**

O conceito de responsabilidade não é um conceito simples em psicologia, ora significa avaliação moral, ora atribuição causal, sendo certo também que atribuição de responsabilidade moral e de causalidade física são realidades interdependentes.

As investigações conduzidas sobre esta relação centram-se na responsabilidade do doador, na necessidade do receptor (responsabilidade

pelo problema), ou no poder do doador para resolver a situação de necessidade em que se encontra o receptor (responsabilidade pela solução).

*Um potencial doador reúne tanto mais probabilidade de se comportar altruisticamente quanto mais percebe que tem responsabilidade na necessidade e/ou na solução da necessidade do potencial receptor.* (Lerner e Milher, 1978; Schwartz e Howard, 1984).

Segundo a abordagem normativa de Berkowitz (1972), a norma de responsabilidade social, ou seja, a convicção que se deve ajudar quem precisa, é um poderoso antecedente de muitas condutas altruístas. Contudo, este investigador acentua que *as análises normativas não devem confinar-se a influências internas estáticas, devendo reconhecer a complexa interdependência entre as predisposições adquiridas e factores externos.* A seu ver, a responsabilidade do doador na situação de necessidade do receptor é exactamente uma das condições que mais torna saliente a própria norma de responsabilidade social.

Segundo a teoria da motivação para a justiça e crença num mundo justo de Leiner e colaboradores (1970, 1980), a preocupação dos indivíduos com a justiça é tão fundamental que confrontados com a injustiça, fazem tudo para restabelecer a justiça e a crença num mundo justo. A seu ver, a conduta altruísta é um dos meios que o sujeito tem, para restabelecer a justiça, e assim, poder continuar a acreditar que o mundo é justo, ou seja, que as pessoas têm nele o que merecem.

O sujeito, repondo a justiça, pode confortavelmente continuar a acreditar que o mundo é justo, e que ocorrências dramáticas não lhe advirão a ele, que não merece!...

Segundo a teoria da equidade de Walster e colaboradores (1970, 1976, 1980) os indivíduos não estão tão preocupados com a justiça em geral, mas com uma forma de justiça em particular: "justiça por equidade", ou seja, com uma forma de justiça onde as pessoas recebem recompensas ou custos, em proporção às suas contribuições e investimentos (positivos ou negativos).

### **Motivações Sociais**

*...Há pessoas mais motivadas para se empenhar em actos altruístas. Realizam os mais elevados e universais padrões de justiça, responsabilidade social, raciocínio moral e/ou são mais empáticas aos sentimentos e sofrimento dos outros e capaz de ver o mundo segundo a sua perspectiva motivacional e emocional (Rushton, 1980)*

Segundo Latané e Darley (1970) *há razões pelas quais a personalidade deve ser muito pouco importante na determinação das reacções das pessoas e situações de emergência. Em primeiro porque as forças situacionais afectando a decisão da pessoa são muito fortes (...) em segundo lugar, as diferenças de personalidade podem não levar a diferenças no comportamento perante uma situação de emergência porque podem operar de modos opostos em diferentes estádios do processo de intervenção.*

Os resultados evidenciaram que as crianças com elevados níveis de necessidade de aprovação social se comportaram menos pró-socialmente que as crianças com baixos níveis de necessidade de aprovação.

*O sujeito auto-preocupado tende a ser, pouco altruísta e pouco sensível às normas de justiça distributiva, evidenciando que a conduta altruísta do sujeito é negativamente afectada por uma atmosfera competitiva, ou seja, por*



*uma atmosfera onde o sujeito está demasiado preocupado com ele próprio* (Berkowitz, 1970; Karylows Ki, 1984).

### **Reciprocção**

A relação altruísmo oferecido/altruísmo recebido é das mais citadas no domínio da conduta pró-social. Não é fácil encontrar potencial doador que não tenha sido, previamente, efectivo receptor. Investigadores houve para quem a chamada norma da reciprocção, ou seja, a convicção que *as pessoas devem ajudar quem as ajudou* (Gouldner, 1960). É dos fenómenos mais generalizados e base de muitas condutas pró-sociais, afirmando-se que *o comportamento altruísta de uma pessoa aumenta a probabilidade do comportamento altruísta de outra* (Homans, 1976).

Segundo Gouldner (1960) o doador percebeu na conduta altruísta, quando, como receptor recebeu altruísmo do primitivo doador. Numa clássica investigação analisando tal efeito (Nemeth, 1970) os sujeitos experimentais, enquanto realizavam determinada tarefa eram ajudados por um comparsa do experimentador, numa condição que percebiam como de ajuda voluntária (se quiseres podes ajudar na tarefa. Não tens qualquer obrigação de o fazer), ou obrigatória (por favor ajuda esse sujeito! Temos que acabar a experiência). Depois é o comparsa que precisa de ajuda dos sujeitos. Os resultados evidenciaram que os sujeitos na condição de ajuda obrigatória ajudaram significativamente menos o comparsa que na ajuda voluntária.

*Um potencial doador reúne tanto mais probabilidade de se comportar altruísticamente com um potencial receptor quanto mais, no passado, recebeu altruísmo do agora potencial receptor.* (Berkowitz, 1972; Fisher, et al 1982; Staub, 1978)

*Se a complexidade de um fenómeno tem a ver com as explicações para ele fornecidas, então a reciprocidade é um fenómeno bem complexo!...*

*Por diversas que sejam as explicações para os resultados sobre o altruísmo dado/altruísmo recebido, a tendência dos indivíduos para reciprocarem favores recebidos é mais favorável à conceptualização da conduta altruísta como competência sócio-cognitiva que à sua conceptualização como conduta de alto sacrifício visando apenas o benefício de outrém. (Orlando, 1988)*

### **Custos**

Para muitos investigadores o verdadeiro altruísmo é conceptualmente incompatível com uma matriz de custos e ganhos. Sendo razoável aceitar que a conduta social reveste sempre alguma funcionalidade para o seu autor, embora, por vezes ela seja subtil e idiossincrática. Dizer que a conduta pró-social só atinge um nível de altruísmo quando as recompensas obtidas ou apenas antecipadas não são externas mas morais e privadas representa talvez, uma distinção lógica, mais que psicológica. Contudo, alguns investigadores parecem resolver desse modo o problema envolvido na conceptualização de altruísmo como conduta de auto-sacrifício. Dada a frequência desta conceptualização, parece bastante surpreendente que quase todos os modelos que têm sido propostos para o comportamento altruísta se refiram a dimensões de custo.

Bar-Tal (1981) por exemplo, defende, *que o altruísmo é o acto mais elevado da conduta pró-social porque completamente afastado de uma matriz de custos e ganhos. Contudo, sublinha também que o doador, depois de decidir ajudar alguém, procede a uma análise de custos e recompensas.*

Aronfreed (1970) tem proposto uma abordagem empática para a conduta altruísta, defendendo que um acto só é altruísta quando independente de consequências externas para o seu autor, nisso é distinguido de um acto de simpatia. Contudo, *mesmo quando um acto altruísta pode ter consequências negativas directamente experimentadas pelo autor, o valor do conjunto das consequências pode ser preferido ao valor das consequências do outro acto alternativo menos altruístico* (Lerner, 1977). Postula mesmo a crença num mundo justo e considera a conduta altruísta como sua manifestação, contudo, sempre para a sua própria segurança e que os indivíduos acreditam que vivem num mundo justo onde as pessoas têm o que merecem.

Segundo Kerber (1984) *a pessoa altruísta é uma pessoa que consistentemente avalia a situação de ajuda, mais em termos de possíveis recompensas que em termos de custos envolvidos.*

### **Merecimento**

É um facto inegável que um episódio altruísta comporta sempre o doador, o receptor e bens psicológicos ou materiais que o primeiro tem e que o segundo pode precisar. Deve então assinalar-se que, em grande numero de investigações sobre a conduta altruísta, quando foi concedida ao doador oportunidade de se comportar altruisticamente, ele terá percebido provavelmente, maior ou menor justiça nos bens possuídos e que obteve em determinada contingência.

*A tendência do sujeito para se comportar tanto menos altruisticamente quanto mais julga merecer os bens que possui, encontra confirmação indirecta nalgumas investigações que evidenciaram que o sujeito, envolvido em situações competitivas, tende a ser pouco altruísta. Tenderá o ambiente*

*competitivo a aumentar a percepção do seu mérito de obtenção, isto é, a justiça que percebe nos resultados obtidos ( Barnet e Andrewes, 1977).*

*Um potencial doador reúne tanto mais probabilidade de se comportar altruisticamente quanto mais percebe que menos merece os bens que possui. (Walster, 1976; Hatfield, 1978).*

Assim, no caso de uma obtenção de bens não merecida, ou seja não proporcional ao investimento feito, os indivíduos sentem-se desconfortáveis e portanto motivados para restabelecer a equidade.

#### 1.4.2 – O Altruísmo pelo lado do receptor

Qualquer episódio altruísta contempla sempre alguém que dá (doador) e alguém que recebe (receptor). No entanto, a maior parte dos autores, refere-se frequentemente e quase sempre ao doador, esquecendo o carácter transaccional da conduta altruísta.

Lourenço refere que *menos estudadas as variáveis do lado do receptor que do lado do doador, acresce ainda que as variáveis do lado do receptor que mais têm sido investigadas (grau e locus de dependência) são geralmente consideradas como variáveis influenciando as ofertas do doador mais que os pedidos do receptor (1988)*

Assim, procuraremos descrever alguns factores que influenciam a conduta altruísta do potencial receptor.

### **Grau de Dependência**

A dependência do receptor, ou seja, a sua necessidade de certos bens materiais e/ou psicológicos, é a característica que mais o define na polaridade com o doador. Poder-se-á dizer que a dependência/necessidade está para o potencial receptor como a competência/possibilidade para ajudar para o potencial doador.

Staub formula a regra que *um potencial receptor reúne tanto maior probabilidade de receber altruísmo quanto mais elevada a necessidade ou dependência em que se encontra* (1984). Quanto maior o grau de necessidade em que o receptor se encontra, maior a probabilidade de receber altruísmo.

A tendência dos indivíduos para mais facilmente praticarem actos de altruísmo em relação a alguém em grande necessidade provém mais da competência do doador para aí coordenar custos e ganhos do que, propriamente, da sua generosidade.

### **Locus de Dependência**

Ao relacionar altruísmo e locus de dependência, Staub formula nova regra *um potencial receptor reúne tanto mais probabilidade de receber altruísmo quanto mais externamente causada a dependência em que se encontra* (1984).

Para Berkowitz (1972) *o maior altruísmo para com alguém cuja dependência é externamente causada deve-se ao facto dessa circunstância tornar mais saliente a norma da responsabilidade social, norma que, influencia a conduta altruísta na maioria das situações.*

## Pedidos Formulados

A influência dos pedidos formulados pelo receptor no altruísmo é pouco estudado na literatura consultada, talvez devido ao facto deste ser entendido como um auto-sacrifício, em que não há expectativas de recompensas materiais ou sociais, isto é, a conduta altruísta não se pede, dá-se... . Neste contexto, a presença do receptor e as interações que este mantém com o dador comprometem a própria atitude altruísta.

No entanto, Staub (1981) defende que *um potencial receptor reúne tanto mais probabilidade de receber altruísmo quanto mais vezes o pede*. Bierhoff (1984) efectuou estudos que parecem apontar a ideia de que *um potencial receptor reúne tanto mais probabilidade de receber altruísmo quanto maior a legitimidade dos pedidos formulados*.

O campo da conduta pró-social é aquele que pergunta: como devemos viver? Uma pergunta que todos fizemos a nós próprios e permanentemente. Para lhe responder, no entanto, não nos podemos socorrer de peritos, de doutores e grandes teorias.

Na realidade, cada um de nós está em condições de fazer frente a essa necessidade. Cada um de nós tem, dentro de si, quer um impulso emocional do altruísmo, quer os recursos intelectuais para fazer funcionar o raciocínio moral.

A conduta altruísta, como vimos, não é mais do que uma reflexão sobre nós próprios e sobre os outros, de uma perspectiva particular. Esta perspectiva requer dois movimentos: o primeiro é colocarmo-nos no exterior de nós próprios e o segundo é entrarmos na mente dos outros.

Ao metermo-nos no exterior de nós próprios, tornamo-nos, como que, os espectadores da nossa vida e podemos ser mais objectivos.

O segundo movimento, no qual nos colocamos no lugar do outro, permite-nos que vejamos as coisas no ponto de vista das suas necessidades.

O segredo da conduta altruísta, portanto, é a capacidade de olhar, com olhos objectivos, para tudo o que é mais subjectivo no mundo: nós próprios e o cortejo dos nossos desejos, medos, esperanças, hipocrisias e caprichos.

Trata-se de uma capacidade inata, que existe em todos os seres humanos e, mais ou menos na mesma medida. O talento de a utilizar, tendo em conta valores culturais e circunstanciais é que pode variar.

## 2 - CUIDAR

### 2.1 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM O QUE SÃO E O QUE NÃO SÃO?

Os termos Cuidar e Cuidados têm surgido sempre estreitamente ligados à prática e ao estudo de Enfermagem como sendo o seu núcleo fundamental.

"Desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso tomar conta da vida para que ela possa permanecer. Os homens... sempre precisaram de cuidados, porque cuidar, tomar conta, é um acto de vida..." (Colliere, 1982). Percebe-se assim que o cuidado muito antes de estar ligado um grupo, a uma profissão era fundamental ao ser humano.

É para Heidegger (1989) um *à priori* existencial, o ser-no-mundo, na sua essência é um qualidade. É um fenómeno existencial fundamental, de onde derivam tantos outros, como a vontade, o desejo, a tendência e profissão.

Para Roach 1984, "cuidar é humano; ser-se humano é cuidar".

As necessidades de cuidados tem acompanhado a evolução da própria humanidade, criando laços de interdependência entre os indivíduos e os grupos. No entanto a procura, a salvaguarda de permanência de vida, foi colocando cada vez mais exigências que conduziram a sociedade organizar-se no sentido de lhes dar resposta. Surgiu assim uma outra forma de cuidar, o cuidar profissional que Leininger (1988) define "como os comportamentos, técnicas e progressos cognitiva e culturalmente aprendidas, que permitem a um indivíduo, família ou



comunidade, melhorar ou manter uma situação ou modo de vida, mais favorável e saudável".

Acreditando tal como Watson (1985) que, o cuidar é o núcleo da Enfermagem e que ele se refere aos aspectos intrínsecos do processo vivido entre enfermeiro e cliente, produzido resultados terapêuticos na pessoa que é cuidada. Este é o núcleo onde se encontrarão os fundamentos que deverão orientar toda a teorização e prática da Enfermagem.

Já neste século, a evolução das ciências humanas, o contributo de Carl Rogers no que diz respeito à relação de ajuda e à importância do uso terapêutico do eu, deram ao cuidar em Enfermagem um valor terapêutico, através da mobilização das atitudes inerentes à relação de ajuda e veio demonstrar que o sentir em enfermagem e o reconhecer esses sentimentos, era não só aceitável mas antes essencial na relação a ter com o utente.

Por isso, à medida que cada enfermeiro progride no seu desenvolvimento pessoal e profissional, torna-se insuportável o sofrimento ou mal estar do outro, fere-lhe o sentido ético.

A harmonia e a dignidade do outro, atingidas, são como feridas na harmonia e na dignidade pessoais. O sofrimento não é causa da desarmonia ou arma que ferem dignidade, mas sim a consequência da ferida feita pela doença, pela carência social, pelo esquecimento, pela violência, pelo abandono.

Em consciência, o enfermeiro rejeita a injustiça da situação penosa do seu doente. Não é doença física ou mental que constituem essa injustiça, porque à doença todo o ser vivo está sujeito. A injustiça está na solidão forçada, na

fragilidade desamparo, na carência consentida. Sabê-lo e voltar as costas é tornar-se cúmplice. Aliviar o pesar do outro será então naturalmente uma atitude altruísta... e sobre ela se construiu desde sempre, a Enfermagem. Construindo regras e procedimentos, pelo estudo e pelo exercício, foi-se aprimorado a perícia.

Assim nasceu arte cuidar (entendendo por arte "maneira" de proceder ou agir, natural ou atingida; habilidade, adquirida pelo estudo ou pela prática; conhecimento técnico; talento; profissão - termos que descrevem em parte em Enfermagem). Na reflexão da condição humana, o cuidar passou sempre por procedimentos, onde a criatividade, as habilidades de execução, as técnicas e os saberes científicos são tão importantes como os conhecimentos que o ser humano julga ter acerca de si mesmo, do mundo e do universo. Assim, em cada época, em cada cultura, as concepções dominantes sobre o cosmos, natureza do ser humano, os fenómenos naturais que o rodeiam e sobre ele actuam, bem como o significado que atribuiu à própria vida ao sofrimento, no contexto existencial, e influenciaram não só o tipo de cuidados prestados nas diversas circunstâncias, como também à atitude cuidadora e altruísta face à pessoa cuidada e ao acto de cuidar em si mesmo.

### 2.1.1 - Cuidar e curar

Apesar de terem sido, muitas vezes, indevidamente confundidos, os termos cuidar e curar têm significados diferentes. Quem cura afasta o mal, vence uma lesão ou doença executa cuidados de reparação ligados à necessidade de superar

os efeitos de uma ameaça à continuidade da vida. Quem cuida pode não vencer a doença, pode até nem ter, necessariamente, qualquer mal ou doença para afastar. Proporciona os cuidados de manutenção que vão ao encontro das "necessidades que cada ser humano tem de resolver para que o seu corpo se desenvolva harmoniosamente, e como pessoa atinja a expressão máxima segundo o seu potencial" (segundo Virginia Andersen). E fá-lo através das actividades do quotidiano que favorecem o percurso da vida (Nancy Roper 1990).

Todavia, curar e cuidar partilham actividades tão intimamente ligadas que, frequentemente, apenas se distinguem pelo objectivo último que pretendem atingir. Talvez por isso, se recuarmos no tempo, encontramos momentos históricos em que não é possível fazer distinção entre o que constituía a actividade de Enfermagem e o que seria o domínio "médico-curativo", salvo em algumas situações de excepção sobre as quais parece ter existido uma certa semelhança de procedimentos nas diferentes culturas.

Quando, porém nos debruçamos sobre a natureza dessas actividades, relacionando-as com quem, tradicionalmente, as realizou verificamos que o cuidar tem estado preferencialmente nas mãos femininas, enquanto os homens se ocupam mais do curar.

Naturalmente, o desejo de ir ao encontro do outro na sua necessidade, sendo inerente à natureza humana, manifesta-se em ambos os sexos. Contudo, as actividades desenvolvidas para prestar esse auxílio foram perspectivadas, durante muito tempo, de modo diferente por homens e mulheres, facto compreensível se atendermos à diferença dos papéis sociais que sempre foram atribuídos.

Pela análise do desempenho desses papéis em povos diferentes, em diversas épocas, tornou-se possível identificar algumas actividades do cuidar consideradas hoje como sendo de Enfermagem ( Colière, Marie-Françoise, 1982), bem como compreender onde reside a diferença de perspectiva que as diferencia das actividades ditas "curativas".

Quando, no mundo antigo, a actividade dos enfermeiros com o objectivo principal de aliviar o sofrimento, amparar e confortar era confiada a homens, estes eram habitualmente escravos ou criados, no lar ou nas instituições. só mais tarde, com o advento do cristianismo, homens livres e por vezes de posição social elevada, porque um novo ideal de amor e altruísmo os movia, aderiram a actividades do cuidar conotadas hoje com a enfermagem. Mesmo assim, ao longo da história, as práticas de cuidados asseguradas pelos homens nesta vertente visavam predominantemente feridos de guerra, presos, leprosos, pessoas retidas em asilo e hospitais psiquiátricos, onde, pelas circunstâncias ou pela condição daquele a quem era prestada auxílio, se impunha a contenção forçada.

Enquanto isto, as mulheres desde sempre se ocuparam, acima de tudo, em actividades cujo objectivo era assegurar a manutenção da vida, elaboradas em torno de três pólos: o corpo, a fecundidade e o parto. Assim, investiram nos cuidados destinados a melhorar a imagem do corpo, tão estreitamente ligados à fecundidade e aos filhos.

Transmitindo os seus saberes de geração em geração, mulheres substituíram outras mulheres nos cuidados maternos, como amas de leite, aias de crianças, porque mais sabedoras e experientes, tomavam-se peritas na arte de cuidar. Oferecer alimento, o limpar e cuidar do corpo, proporcionar calor, bem

estar, conforto e carinho, zelar pelo espaço circundante, foram durante milénios actividades características do quotidiano feminino.

A ideia ainda recente de que a enfermeira eram uma espécie de mãe, gerada a partir destes comportamentos femininos de protecção, terá levado à consideração de que as mulheres, detentoras naturais do instinto maternal, caberia, por inerência, a função de cuidar... numa atitude altruísta.

Os desamparados, os doentes, os sofredores, frágeis como meninos, atraíam o seu impulso para os socorrer, acordava nelas a motivação para os cuidar, exactamente porque, como mães, eram "enfermeiras natas" por natureza.

O facto de, na sua globalidade, os homens e as mulheres se terem ocupado dos mais frágeis de modo diferente não significa, que a tendência e a capacidade de se (con)doer perante o sofrimento alheio sejam diferentes. O que parece ser inegável é que o reconhecimento social do valor das actividades esteve sempre este em estreita ligação com o *status* daqueles que as exercem em as actividades relacionadas com os diferentes modos de cuidar não escaparam à regra.

Assim tendo estado o homem habitualmente em vantagem face ao reconhecimento social, tendo tido mais fácil acesso aos saberes escolares e aos poderes político- religiosos, as actividades que foi realizando em prol do próximo foram, por inerência, valorizadas, e a mulher tendo estado tradicionalmente em situação social de subalternidade, as suas actividades foram em regra desvalorizadas.

Estando as actividades do cuidar exercidas por mulheres, sobretudo no seio da família, ligadas principalmente à protecção da vida, ao conforto e ao bem-estar

(confundindo-se com as actividades domésticas), foram colocadas ao nível das actividades dos servos e dos escravos E os seus saberes muitas vezes iletrados e caseiros, transmitidos oralmente de geração em geração, não foram acreditados facilmente pelos homens.

Sendo os cuidados de enfermagem a continuação deste tradicional modo estar "cuidar do" e sendo mulheres, em larga maioria, as pessoas que, ontem e hoje, preferem esta forma de estar na vida profissionalmente, a valorização social pelo "cuidar profissionalmente" só pode ser obtida através de muita prova, muito esforço e com uma verdadeira atitude altruísta.

## 1.2 - MARCOS HISTÓRICOS

### **A Parteira de Raquel**

*"(...) Raquel permanecia estéril (...) vendo que não dava filhos em Jacó, tornou-se invejosa de sua irmã (...) então Deus lembrou-se de Raquel: Ele ouviu-a e tornou-a fecunda. Ela concebeu e deu à luz um filho; e disse: " Deus retirou a minha vergonha"; e ela o chamou de José, dizendo: "que lahwed me dê outro" (...) faltava uma pena distância para chegar a Éfrata, quando Raquel deu à luz. o seu parto foi doloroso e, como desse à luz com dificuldade, disse-lhe a parteira: "Não temas, é ainda um filho que terás!" no momento de entregar a alma , porque estava a morrer, ela chamou-o de Benoni, mas o pai chamou-o de Benjamin." (Gn 29,31; 30,1; 30,22- 24; 35 ,16- 18).*

Raquel sofrera por ser estéril. Como para qualquer outra mulher do mundo antigo, a procriação era a principal função social da sua existência ( Rousselle, A.). Impedida pelas crenças religiosas do seu povo de enveredar pela magia ou pela superstição, apelara para lahwed, Deus único, fonte de saúde, em cujas mãos estava todo o poder sobre a vida e a morte. E torna-se fecunda. Morre aquando do segundo parto, mas não pede a lahwed que a salve, antes marcou filho, pelo nome, com o sinal do seu sofrimento.

A mulher que a ajuda no parto, provavelmente, conhece a sua história: Raquel é uma pessoa crente, a quem lahwed deu resposta e que deseja cumprir o seu dever. Sabe como é vergonhoso ser-se estéril e como cada filho aumenta a honra de sua mãe. Os seus conhecimentos de Parteira serão os de uma mulher, por certo mãe de vários filhos, que, tendo passado pela experiência do parto, se tornou mais experiente ainda pela ajuda a frequente outras mulheres nessa situação. É capaz de se colocar no lugar da outra, sentido o que ela sente e, por isso, vendo-se na impossibilidade de levar o parto a bom termo, oferecer-lhe a consolação possível, lembrando a honra de não ser estéril. Cuida dela até à morte, inculcando-lhe o alento para parir um filho com vida, ainda que venha a ser chamado pela mãe "filho da minha dor".

### **O Bom Samaritano**

*"(...) um homem descia de Jerusalém a Jericó, e caiu no meio de assaltantes que, após havê-lo despojado e espancado, foram-se, deixando-o*

*semi-morto. Casualmente, descia por esse caminho um sacerdote; viu-o e passou diante. Igualmente um levita, atravessando esse lugar, viu-o e prosseguiu: certo Samaritano em viagem, porém, chegou junto dele, viu-o e moveu-se de compaixão. Aproximou-se, cuidou de suas chagas, derramando óleo e vinho, depois colocou-o em seu próprio animal, conduziu-o à hospedaria e dispensou-lhe cuidados. No dia seguinte, tirou dois denários e deu-os ao hospedeiro, dizendo: "cuida dele e o que gastares a mais, em meu regresso te pagarei". (Lc 10,30- 35)*

Para o povo hebraico, a calamidade e a doença eram entendidas como consequência do desvio dos caminhos de Iahwed. Regras de comportamento, entendidas como leis divinas, regulavam a higiene e preveniam a disseminação de doenças, funcionando como normas de Saúde Pública. Daí que todo o homem pudesse ser saudável, "mantendo-se puro diante do Senhor", e daí também o escasso avanço das artes médicas, sobretudo da cirurgia. Ao sacerdote competia distinguir o "impuro" do "puro", ou seja, em termos de saúde, a declaração pública das doenças ou a sua cura. Apesar da limitação imposta pela "impureza" em que incluía quem infringisse certas normas ou se aproximasse de certos doentes, o mandamento "amararás o teu próximo como a ti mesmo" (Lv 19,18), ainda que estrangeiro (Lv 19,34), é uma ordem a favor da aceitação, do respeito e do socorro mútuo entre os homens.

As noções de fraternidade e justiça social tornavam o cuidar e o visitar os enfermos actividades correntes, e existiam casas criadas para acolher viajantes, onde também se prestavam cuidados aos doentes. Mas, tal como entre os povos



seus vizinhos, os homens treinados para prestar cuidados nas casas públicas eram de condição inferior.

Talvez por isso, no momento histórico em que se pretende uma mudança de mentalidades, nos surja um modelo de resposta ao outro cujo protagonista, sendo embora um homem livre, pertence a um grupo social mal visto entre os seus conterrâneos. Um homem modesto, cuja ocupação habitual não é cuidar dos outros, que encontra casualmente no seu caminho um outro, seu próximo, que, se não for socorrido, morrerá. Perante o que vêem, (co)move-se, sentiu-se atraído para ele e dá resposta às suas necessidades; com os produtos que tem o seu alcance e sabe serem lenitivos, alivia-o da dor, cuidando-lhe do corpo; entrega-o depois a quem possa continuar a protegê-lo, oferecendo-lhe segurança, e parte.

Esta parábola, que, obviamente, não foi contada para ilustrar a prestação de cuidados de enfermagem, embora as contenha, vai muito mais longe, à raiz do movimento que nos leva a cuidar de alguém.

**Fabiola**

*“Foi a primeira que fundou um hospital para acolher os doentes das praças públicas e restabelecer os corpos daqueles a quem miséria consumia pela doença e pela fome. Será preciso descrever aqui as inúmeras calamidades que afligem os seres humanos: narizes mutilados, órbitas vazias, pés meio queimados, mãos lívidas, ventres intumescidos, coxas mirradas, pernas inchadas e carnes consumidas, fervilhantes de vermes? Quantas vezes não carregou aos ombros*

*doentes com icterícia ou gangrena! Quantas vezes não lavou o exudado purulento de feridas que os outros nem sequer ousavam olhar! Dava de comer (aos doentes) com as suas próprias mãos e aliviava os moribundos com infusões medicinais. (...) que ainda que tivesse 100 línguas e uma voz de clarim, não poderia descrever todos aqueles a quem Fabóla proporcionou consolo e cuidados, de tal modo que os pobres que estavam sãos invejavam os doentes.” (Penegírico de São Jerónimo, em carta a Océano, ano de 339).*

Em pleno Império Romano, num mundo onde uma minoria de ricos preponderava sobre uma multidão de pobres e escravos, a difusão da doutrina de Cristo, apelando ao amor e à fraternidade, veio provocar alterações sociais profundas. Ser cristão implicava toda uma mudança na filosofia de vida, uma aprendizagem da dádiva de si e dos seus bens em favor dos outros, particularmente dos mais fracos e desprotegidos. A conversão de eruditos das classes sociais mais elevadas tornou o recurso aos conhecimentos médicos e cirúrgicos acessíveis aos necessitados. As mulheres cristãs, elevadas à posição de igualdade com os homens " perante Deus e a sua tarefa", tomaram, tal como eles, parte activa da comunidade, realizando fora de casa actividades "honrosas", entre as quais se situava a prestação de cuidados aos mais carenciados.

Fabíola, viveu no século IV da nossa era. Viuva rica, funda o primeiro hospital gratuito de Roma no seu próprio Palácio. Move-a um conceito novo de amor. A lei do amor cristão diz que cada homem, objecto do amor de Deus, deve amar próximo como a si mesmo. O amor, neste novo sentido, descentrando-se do

*eu* para se centrar no próximo, vai permitir a cada homem ultrapassar a vontade que tem, por natureza, de se amar a si mesmo acima de tudo, anulando deste modo o egoísmo.

Então, vai ao encontro aos que sofrem e dá resposta às suas necessidades, ajudando-os nas actividades de vida que não podem realizar sozinhos. Lava as feridas, dá de comer, permanece junto dos moribundos a quem alivia "com infusões medicinais", o que revela que possui conhecimentos específicos para as actividades que realiza. Envolve nos seus braços os que necessitam de amparo e carrega-os aos ombros, porque não podem caminhar sozinhos. "Empresta" as mãos àqueles que não podem utilizar as suas para se alimentarem. Cuida e consola de tal modo que todos desejariam ser assim consolados. São muitos daqueles a quem socorre, porque a ninguém se prende.

### **As Religiosas do Hotel de Dieu**

*"Exercício das Religiosas do Hotel de Dieu de Paris às cinco horas e meia da manhã: A. Religiosas fazendo os leitos de palha dos doentes, com uma noviça. B. Jovem religiosa dando de beber a um doente. C. Religiosa e uma noviça levando um morto para a sala dos mortos. D. Noviças limpando as bacias dos doentes. E. Jovens noviças devolvendo as bacias aos doentes. F. Noviça varrendo a sala."*

*(Legenda de uma gravura em madeira, Séc. XVII)*

Os Hospitais medievais, que começaram a difundir-se sobretudo a partir do século VI, eram casas onde se acolhiam, simultaneamente, doentes, peregrinos, indigentes, órfãos e desamparados de toda a espécie, estando a prestação de cuidados associada à acção caritativa.

A religião traduzia-se nos comportamentos do dia-a-dia e o cuidar continuava próximo do sagrado. As actividades de enfermagem, até então difíceis de identificar, tornaram-se mais claras e evidentes, quando o cuidar passou a ser exercido por ordens de enfermagem cujos elementos - homens e mulheres - deviam ser hospitaleiros, piedosos e estar comprometidos com o alívio dos aflitos. Sob deste novo impulso, desenvolveu-se a enfermagem organizada que, no dizer de Donahue, é a tradução do conceito de altruísmo puro introduzido pelos primeiros cristãos.

Em alguns hospitais, as primeiras enfermeiras foram recrutadas entre viúvas e mulheres que desejavam penitenciar-se de uma vida mundana, mas, pouco a pouco, o encargo de cuidar dos doentes passou a ser assumido pelas ordens religiosas. Entre os muitos leigos que dariam às Ordens Terceiras, contam-se "enfermeiras" famosas, por vezes oriundas da mais alta nobreza.

No "hospital da cidade" a maior parte do pessoal é feminino, constituído por irmãs encarregadas de "dar assistência" aos doentes, tanto no os "tratamentos" e cuidados quotidianos como no plano moral, uma vez que se considera que "não à manutenção ou recuperação da Saúde sem equilíbrio espiritual, tanto como material." Entrando jovens, recebem formação das mais antigas, aprendendo enquanto cuidam, sem receberem em troca outra vantagem que não seja a garantia de poder trabalhar até ao fim dos seus dias ao serviço dos outros, por

amor a Deus. Todas parecem estar "unidas pela mesma vocação de assistência" que as compromete com uma vida dura e perigosa, onde estão "(...) sujeitas diariamente à sujidade, à promiscuidade e ao contágio."

Quando os doentes entram para o hospital, "as irmãs lavam-lhes a cabeça e os pés, cortam-lhes as unhas e os cabelos", fornecem-lhes roupas limpas. Enquanto lá permanecem, oferecem-lhes alimentação variada, de acordo com o seu estado de saúde, administram-lhes os medicamentos prescritos. Levantam-se de madrugada, dão de beber a quem tem sede; ocupam-se dos mortos; fazem as camas para que os doentes repousem com conforto; zelam pela higiene da casa, varrendo chão e limpando as bacias.

### **Fabienne**

*"Fabienne, todas as manhãs, procedia ao trabalho que lhe estava destinado. Despejava os bacios, aprendia a lavar os doentes, a refazer as camas sem que os ocupantes tivessem de se levantar, a ver e a ouvir tudo com um sorriso, a não ter jamais um movimento que traísse a sua repugnância, a sair depressa e disfarçadamente quando sentisse vômitos. Precisava de se mostrar calma, forte, experiente, acostumada a tudo. (...) operaram numa otite dupla um pequeno de cinco anos. Fabienne é que ficou de vela. Quando a criança acordou, sentiu dores e pôs-se a chorar. Tinha a cabeça enorme, toda embrulhada em ligaduras. Fabienne, consternada, falou-lhe, entoou velhas canções, contou-lhe uma data de histórias. O pequeno serenou e ficou muito quieto a olhar para ela. Quando Bourland passou por ali e perguntou à rapariga que estava a fazer,*

*Fabienne explicou então, muito ufana, que entretinha a criança para a distrair das dores. Bourland sorriu tristemente:*

*- Minha pobre filha, ele não a ouve! Já não tem tímpano. Otite dupla! Esta surdo para toda a vida.*

*Afloraram lágrimas aos olhos de Fabienne.*

*França. Terceira década do nosso século. A sífilis e a tuberculose grassam entre a população. Operários modestos e indigentes das cidades enchem as salas do dispensário dos hospitais com os filhos ao colo, crianças pálidas e inquietas, necessitadas de operação. Os médicos discutem entre si as patologias, as etiologias das doenças e os meios para as identificar:*

*"(...)espírilos, espiroquetas, reacções de kahn, antigénios e anticorpos." As enfermeiras seguem de perto as instruções do médico que, por vezes, confiam fortemente na sua opinião baseada na experiência. Nos serviços, as novas enfermeiras são instruídas pelas mais antigas na prestação dos cuidados de enfermagem.*

Fabienne pertence à burguesia endinheirada. Irmã e filha de médicos, prepara-se para ajudar o pai nas actividades da clinica. Deixa-se tocar pelo sofrimento alheio e aprende a fazer no hospital, para os doentes e por eles, as actividades que em sua casa são realizadas pelas serviçais: despejar bacios, refazer as camas. E a fazer tudo isto com um sorriso tranquilizador, *a ouvir e a ver tudo*, mostrando-se *calma, forte, experiente*. É importante que a enfermeira inspire *segurança*, proporcione *conforto* e, porque revelar ao Outro a repugnância que o seu estado desencadeia é confirma-lo na sua miséria, quando isso acontecer, por *respeito*, vai procurar conter-se ou afastar-se para não o magoar.

Quando uma criança recém-operada chora com dores, Fabienne sente-se consternada, porque é sensível à dor e permeável à perturbação e à aflição da criança. Usa então os meios que conhece para a *consolar*: canta, conta histórias. E o menino acalma-se, mesmo estando surdo, porque nem só com os ouvidos se “ouve” e a *mensagem* de consolo, por ser genuína, fora-lhe transmitida no contexto de uma *metacomunicação* que pode não ser entendida de imediato por quem chega, como o médico Bourland.

Estes são alguns exemplos de enfermagem, exercida habitual ou pontualmente, por pessoas que dela faziam o seu labor quotidiano ou se viam na necessidade de prestar cuidados, pela força das circunstâncias.

Poderíamos ir buscar um número infindável de outros exemplos, em diversas épocas, e procurar identificar neles a enfermagem, reconhecível pelas atitudes de quem cuida, pelo seu modo de agir, pela subtileza dos comportamentos. Escolhemos estes por se situarem em tempos históricos distintos e marcantes, na evolução das mentalidades:

*Raquel*, há cerca de 4.000 anos, na Época do Bronze médio, quando procriar é garantir a continuação da espécie, é culpada no parto por outra mulher que com ela partilha a experiência da morte pelo dom da vida, renovada noutra corpo;

*O Bom Samaritano*, exemplo de uma outra proposta de renovação da vida que irá agitar de modo irreversível povos e culturas, porque não se limita á

restauração dos corpos, mas passa por um novo entendimento do significado existencial de cada ser humano;

*Fabíola*, que, no advento do “tempo novo” - transição entre duas eras - surge como protagonista da proposta aceite, reconhecendo no seu “próximo” uma dimensão que transcende a capacidade de apreensão dos sentidos;

*As Religiosas do Hotel de Dieu*, em plena Idade Média, que, por um ideal onde está definido o caminho que conduz o ser humano a Deus, colocam a vida ao serviço de quantos, num quotidiano terspassado de guerras, fomes e pestes, necessitam de ajuda para manter ou readquirir a dignidade de seus filhos;

*Fabienne*, uma mulher do século XX, numa Europa ainda mal sarada de uma vasta guerra e em vésperas de uma segunda, que será lembrada pelos exageros nacionalistas, pela Intolerância, pela xenofobia e pelos genocídios. Aquela que, pela sua atitude, aponta o alvor do acordar da consciência humana para o reconhecimento da *dignidade intrínseca* à pessoa, independentemente da classe social, da cor, da etnia ou da crença religiosa.

O que encontramos nestes exemplos de comum, que nos permite desenhar um “retrato” do que tem sido, até aos nossos dias, uma Enfermeira?

Aquela que presta cuidados de enfermagem,



- É alguém que conhece a história do Outro;
- É capaz de se colocar no seu lugar, de se (co)mover; por isso, sente desejo de dar resposta as suas necessidades, vai ao seu encontro e compromete-se com a sua causa;
- Cuida “do corpo e do espírito”, expressão que traduz o conceito de pessoa numa determinada época e que (salvaguardando a alteração no conceito) corresponde a dizer *cuida da pessoa na sua totalidade, no contexto da sua existência*;
- *Ajuda-a ou substitui-a nas actividades de vida*: lava o corpo, corta as unhas e os cabelos, alimenta, dá de beber, veste quem não pode por si só fazê-lo; permanece ao lado dos moribundos e não recua perante a morte;
- *Usa o seu próprio corpo como ferramenta*: “empresta”-lhe as mãos, ampara-a nos seus *braços*, remove-a sustentando o peso com o esforço das suas *próprias pernas*
- *Põe ao serviço do Outro os saberes e os recursos* de que dispõe para aumentar o seu bem-estar: auxilia no parto, zela pela higiene do ambiente, cuida das feridas, seja com óleo, vinho ou medicamentos;
- Por respeito para com o Outro, *recua no seu natural egoísmo, realiza*

*tarefas desagradáveis e evita magoá-lo ou ofende-lo;*

- Aprende a ver e ouvir tudo com um sorriso que transmite a aceitação e a calma necessárias ao despertar da confiança que tranquiliza; protege, conforta, incute alento; mesmo sem palavras audíveis, comunica o consolo que acalma.

- Adota uma postura altruísta, incondicionalmente perante aquele que precisa de ser cuidado.

Os conhecimentos vão variando ao sabor dos tempos. As crenças e os valores também. Mas a *finalidade* da actuação da enfermeira parece manter-se constante: *que a pessoa se oriente e mova na direcção do máximo bem-estar. Para que isso aconteça, ocupa-se dela no seu todo, na sua circunstancia de vida.*

É este *modelo de actuação*, que pressupõe uma atitude altruísta perante a vida, que diferencia a enfermeira dos outros agentes de profissões de ajuda.

A enfermeira cuida, cuida sempre. Do primeiro instante de vida até ao momento da morte, cuida da pessoa, da família e dos amigos, da comunidade. Mesmo que não haja doença, dirigindo a sua acção para a promoção de uma vida melhor. Quando a doença existe, ainda que não haja esperança de cura. Tanto

pode ocupar-se de uma criança saudável como de um adulto doente, de um ferido grave ou de um idoso com as dificuldades naturais dessa etapa da vida.

O que a preocupa não é a doença, mas como *a pessoa vive* essa doença. O seu interesse imediato não é a cura, mesmo que, obviamente, para ela contribua, mas proporcionar o alívio e o conforto enquanto ela não chega, *oferecendo o suporte necessário* para que a pessoa ultrapasse a situação. Alter-ego do outro, põe-se ao seu dispor como um duplo, empresta-lhe a vitalidade do seu corpo, a sua força anímica, os seus conhecimentos, por vezes até a sua consciência. Sem molestar a natureza de cada identidade, dá-lhe a primazia, respeita-lhe a vontade.

E o que é esta forma de estar, senão uma atitude altruísta?

### 2.3 - TENTANDO UMA DEFINIÇÃO DE ENFERMAGEM

Nas últimas décadas deste século, a enfermagem tem procurado afirmar-se como ciência e, como tal, o seu ponto de partida é o mesmo de onde partem todas as ciências: a definição do seu objecto de interesse e os limites do seu campo de acção. Importa analisar questões básicas e conceitos, reflectir sobre a (cor)relação ou separação de fenómenos, a natureza e a verdade do conhecimento; sobre o Homem, sua relação com os outros Homens e com o Universo; sobre a vida, a morte, a sensibilidade, o amor e a justiça. Socorre-se da filosofia para esse fim e também para o exame crítico das proposições em que se baseia ao afirmar a sua existência, porque visões diferentes do mundo originam diferentes paradigmas,

concebidos pelas escolas de pensamento prevalecentes nas épocas que atravessa.

Quando se procura a definição de enfermagem, encontra-se quase sempre a descrição da sua gama de interesses, as finalidades da sua existência como disciplina ou aquilo que compete ao enfermeiro fazer. Foi o que aconteceu a Henderson quando, na década de sessenta, procurava conhecer o parecer de outros autores para poder definir o seu próprio conceito. Na obra de Florence Nightingale encontrou expresso que a enfermagem é "(...) deixar o doente nas melhores condições possíveis para que a natureza siga o seu curso." A enfermeira, *não apenas dotada de "compaixão"*, mas também possuidora de conhecimentos baseados na observação e na experiência, "(...) deve assistir o processo de reparação, oferecendo ao doente tudo aquilo de que ele necessita para tal." Nos artigos publicados por Effie J. Taylor (1933;1934), verificou que a enfermagem era definida como "a adaptação da terapêutica prescrita ou o tratamento preventivo a cada indivíduo, segundo as suas necessidades físicas e psíquicas específicas", porém, esta autora acrescentava algo de muito importante: "*A verdadeira natureza da enfermagem só pode transmitir-se através de ideais, amor, simpatia, conhecimento e cultura, expressos mediante a prática dos conhecimentos da arte e relações humanas.*"

Virginia Henderson, que viria a influenciar fortemente gerações de enfermeiras, viu publicada a sua própria definição de enfermagem em 1961:

"A função particular da enfermagem é assistir o indivíduo, doente ou não,

na realização das actividades que contribuem para a sua saúde ou recuperação (ou para uma morte serena), que ele realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou o conhecimento necessários. E fazer isto de tal maneira, que o ajude a adquirir independência o mais rapidamente possível.”

Também esta definição se desenvolve sobretudo em torno das competências e dos procedimentos. A enfermagem *e' algo, cuja função* tem a ver com a particularidade do prisma pelo qual a enfermeira observa e entende o mundo em que se insere.

Algumas das definições encontradas, creio bem que seriam facilmente subscritas pelas enfermeiras de outrora. Mas as antigas conceptualizações de enfermagem nunca foram apresentadas sob a forma de teorias ou como modelos explícitos. Portanto, sem ter definidos os seus conceitos, valores e parâmetros de acção, a enfermagem, como *disciplina*, não existiu até ao século XIX, altura em que, pela primeira vez, Florence Nightingale publicou as suas ideias sobre a profissão nascente.

Mesmo assim, se adoptarmos o conceito de que *paradigma* é uma estrutura de pensamento, *modelo* esquemático que nos permite explicar e compreender o mundo do real, poderemos dizer que a prestação de cuidados de enfermagem sempre se guiou por *modelos/paradigmas* porque, tal como todas as outras actividades humanas, também ela sempre esteve sujeita a esquemas de pensamento influenciados pelas flutuações de mentalidade das épocas.

Verifica-se, porém, que a enfermagem, enquanto *arte* ou como *disciplina*, parece ter estado subordinada, desde sempre, a um *metaparadigma* onde todos os paradigmas temporais se inscrevem, uma espécie de rota de percurso, onde

todas as vias são assinaladas pelos mesmos marcos essenciais que, orientando os enfermeiros de todas as épocas, os ligam entre si.

E foi exactamente, *porque o essencial permaneceu*, que os novos paradigmas da enfermagem incluem, em parte, os antigos paradigmas tradicionais, numa constante procura de adequação a novas realidades e mentalidades.

Após ter analisado as obras de alguns teóricos Fawcett refere que, por estarem sempre presentes em todas elas, os fenómenos que interessam a *enfermagem* (os “marcos” de que há pouco falava) estão relacionados com quatro *conceitos fulcrais* que devem constar no seu metaparadigma: *pessoa, meio, saúde e cuidados de enfermagem*.

- *Pessoa* é o alvo dos cuidados. Pode dizer respeito a(os) indivíduo(s), família(s), comunidade(s) ou outro(s) grupo(s).

- *Meio* refere-se a quantos são significativos para a pessoa e ao meio físico que a rodeia, incluindo o local onde decorrem os cuidados, desde o domicílio ao serviço e á sociedade em geral.

- *Saúde* é o estado de bem-estar da pessoa, que pode variar do mais alto nível à doença terminal.

- *Cuidados de enfermagem* têm a ver com a própria definição de enfermagem e as acções levadas a cabo pelas enfermeiras, com a pessoa ou em

vez dela, para atingir certas finalidades, num processo sistemático de apreciação, identificação, planeamento, intervenção e avaliação.

Estes conceitos, relacionados entre si, pretendem fornecer os parâmetros dentro dos quais se desenvolve a disciplina de enfermagem. J. Fawcet refere quatro proposições apresentadas por Donaldson & Crowley (1978) e Gortner (1980), onde essa relação se evidencia:

- *pessoa e saúde* – “A disciplina de enfermagem diz respeito aos princípios e leis que governam o processo de vida, o bem-estar e a optimização do funcionamento dos seres humanos, doentes ou não.”

- *pessoa e meio* – “A disciplina de enfermagem tem a ver com os padrões do comportamento humano nas interacções com o meio, nos acontecimentos normais e nas situações críticas da vida.”

- *saúde e cuidados de enfermagem* – “A disciplina de enfermagem diz respeito às acções de enfermagem ou processos pelos quais são efectuadas mudanças positivas no estado de saúde.

- *pessoa, meio e saúde* – “A disciplina de enfermagem tem a ver com a globalidade ou saúde dos seres humanos, reconhecendo que estão em interacção constante com o meio envolvente.”

Suzanne Kérouac e outras, tendo estudado as grandes correntes de pensamento em enfermagem a partir de Florence Nightingale, distinguiram *três grandes paradigmas* que dominaram três épocas históricas sucessivas e a que correspondem diferentes perspectivas da *enfermagem como disciplina*, construídos em torno dos quatro conceitos fundamentais:

- *Paradigma da categoriza o* - prevaleceu, aproximadamente, entre 1850 e 1950, numa época em que grassavam as doenças infecciosas e as popula es ignoravam as regras elementares necessárias para evitar a sua propaga o. A realidade era entendida como uma sucessão de fen menos, cada um deles divisível, formado por elementos definidos, mensuráveis, passíveis de ordenar sequencialmente. Considerava-se a rela o entre os fen menos subordinada a uma causalidade linear. Na  rea da saúde, este paradigma teve como centros de interesse a *saúde pública*, na última metade do século XIX, e a *doença*, na primeira metade do século XX.

Com a ênfase na *saúde pública*, a *pessoa*   entendida nas suas componentes física, intelectual, emocional e espiritual; tem capacidade para utilizar a sua vontade a fim de mudar o *ambiente* que a rodeia, em que o ar puro, a limpeza, a tranquilidade e uma alimenta o adequada são alguns dos factores indispensáveis. a *saúde* corresponde   vontade de utilizar adequadamente, nesse sentido, as capacidades que se possui.

Voltando-se para a *doença*, este paradigma centra-se na procura da identifica o e elimina o dos factores que a causam. São isoladas e associadas certas bactérias a determinadas doenças, que se classificam, segundo sintomas



bem definidos. A *persona* é concebida como a soma das diferentes partes de que é composta, sendo cada qual objecto de particular atenção: a dimensão biológica, a psicológica, os sistemas, os órgãos. A *saúde*, considerada como ausência de doença, é um estado de bem-estar fortemente desejável, com conotação "positiva", por oposição à doença que tem conotação "negativa".

Os *cuidados de enfermagem tornam-se intimamente ligados à prática da medicina* - é o *fazer para* eliminar doenças, suprir incapacidades. As enfermeiras, executoras das tarefas que nelas são delegadas são orientadas para a execução de procedimentos, seguindo o modelo bio-médico. Aprendem os sinais e sintomas, tornam-se peritas em habilidades técnicas, são ensinadas por médicos. Dão os primeiros passos na investigação sobre as actividades realizadas no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem. No campo da gestão, o trabalho em meio hospitalar está voltado para a tarefa.

- *Paradigma da integração* - surge após a segunda grande guerra, com o desenvolvimento de programas sociais e a expansão dos meios de comunicação. Começa a implantar-se na década de 50 e permanece no auge até meados da década de 70. Os fenómenos são entendidos como variáveis em função do contexto em que ocorrem e constituídos por múltiplos elementos; interagindo entre si, relacionam-se de forma circular. O centro de interesse deste paradigma, influenciado pelo pensamento humanista em que se destaca Rogers, é a *persona*, reconhecida na sua importância e dignidade de ser humano.

A *persona* é considerada como um *todo* em que as diferentes componentes - biológica, psicológica, sociológica, cultural e espiritual - estão interligadas,

podendo influenciar os factores que interferem com o seu estar. o meio, constituído pelos contextos histórico, político e sócio-cultural em que vive, estimula-a, positiva ou negativamente, e é influenciado por ela. *Saúde* e doença coexistem e interagem e a saúde já não é considerada como "ausência de doença", mas um ideal de bem-estar para o qual se tende. Considerada pela enfermeira como *cliente*, espera-se da pessoa uma colaboração activa no processo de aquisição do máximo bem-estar possível. No plano da *prestação de cuidados*, a *orientação para a pessoa conduz ao agir com*, característico deste paradigma, e ao reconhecimento da *enfermagem como disciplina distinta da medicina*. Desenvolvem-se teorias com base em pesquisas sobre o objecto dos cuidados - a *pessoa no seu contexto ambiental*. São reconhecidas à enfermeira competências específicas no domínio da prestação de cuidados, o que lhe confere um grande aumento do poder de decisão.

*Paradigma da transformação* - desenvolve-se no último quarto do século XX, época marcada pela troca de experiências culturais entre o ocidente e o oriente, o norte e o sul, facilitada pela difusão dos grandes meios de comunicação, pela mobilidade dos povos, por novas formas de conceber a economia e a justiça social. Assenta no princípio de que *cada fenómeno, sendo único e irrepetível, é uma unidade global em interacção com o mundo que o cerca*, entendido como unidade mais vasta. Apesar de, por vezes, ser possível encontrar semelhanças entre os fenómenos, a similaridade nunca é total e, dada a complexidade das interacções estabelecidas, não é possível estabelecer relações simples de causa-efeito.

Nesta perspectiva, a  *pessoa*  é considerada como um  *ser único* , multidimensional, que faz parte integrante do universo. Por isso a  *saúde*  é uma experiência que diz respeito à unidade  *ser humano/meio* , um fenômeno dinâmico que faz parte da vida de cada pessoa, família ou grupo social, inseridos nos seus contextos e tornados assim agentes da sua própria saúde. O  *meio*  é o universo envolvente, do qual a pessoa é indissociável, embora distinta, e com o qual mantém uma relação tão estreita que o seu equilíbrio e bem-estar só pode acontecer num contexto de harmonia mais vasto. Os profissionais de saúde são chamados a colaborar no esforço que cada grupo ou pessoa singular desenvolve, de acordo com a perspectiva única que tem da experiência de saúde e do valor que lhe atribui.  *Prestar cuidados é estar com a pessoa na sua experiência de saúde* . A enfermeira trabalha em equipa com outros profissionais. É "(...) a base da abertura das ciências de enfermagem para o mundo." (Kérouac, 1994)

"A enfermagem não é mais nem menos do que a profissionalização da capacidade humana de cuidar por meio da aquisição e aplicação de conhecimentos, teóricos e práticos, habilidades e atitude altruísta, adequadas aos painéis prescritos para os cuidados que presta."

Parece ser de acolher a posição dos que dizem que o que distingue a Enfermagem das outras profissões de ajuda é o "lugar" que nela ocupa o  *cuidar* : enquanto para outras profissões  *cuidar é um meio* , para a enfermagem  *cuidar é um fim em si mesmo*  (Buber; Gadow; Noddings), um  *compromisso*  (Gadow) em prol da  *continuação do processo de vida*  (Jonas) favorável ao  *crescimento daquele*

*que é cuidado* (Mayeroff) e a *potencialização para se reabilitar* (Watson), visando sempre, de qualquer modo, a *globalidade da pessoa* e a sua *promoção* numa atitude altruísta.

Hoje em dia, parecem estar a (re)tomar consciência de que a finalidade da sua existência tem a ver, como outrora, com a partilha do que são e do que têm para oferecer. As pequenas expressões com que S. Kérouac caracterizou a intervenção da enfermeira nos três paradigmas dominantes nestes últimos 150 anos indicam uma aproximação progressiva ao Outro: **fazer para** (estar de fora); **agir com** (estar ao lado); **estar com** (ser solidário) - posição assumida pelas enfermeiras no novo *paradigma da transformação*.

E o que é este cuidar, senão uma atitude altruísta?

Para a enfermagem há uma identidade, uma necessidade de tratar todos os seres com a ternura que se tem por si próprio (Sousa, 1982).

A enfermagem, tal como ela é concebida actualmente, tem como objectivo promover a saúde, prevenir a doença e cuidar dos doentes. Assim, a enfermagem exige do enfermeiro sólidos conhecimentos científicos e técnicos para atender as necessidades básicas do indivíduo, família ou comunidade.

A enfermagem como ciência de formação técnica, tem um conteúdo ético, deontológico e de formação de mentalidades que cabe no vasto espaço das humanidades.

Deste breve rastreio sobre as normas que fundamentam eticamente a

profissão de enfermagem depreendem-se três definições: a enfermagem como arte; a enfermagem como ciência e, finalmente, resultante do entrecruzar destes conceitos, a enfermagem como arte e ciência.

Foram vários os autores que tomaram posição nesta matéria, definindo-se por esta ou aquela definição, e das quais seleccionámos algumas das mais representativas.

Começamos pelas palavras de Florence Nightingale, que se pronunciou em favor da enfermagem como arte, afirmando: A enfermagem é uma arte e, se se pretende que seja uma arte, requer uma devoção tão exclusiva, uma preparação tão árdua como o trabalho de um pintor ou de um escultor; mas, como pode comparar-se a tela morta ou o frio mármore com o ter de trabalhar com o corpo vivo, o templo do espírito de Deus? E' uma das Belas-Artes, quase diria a mais bela das Belas-Artes (citado por Donahue, 1985:). A arte não é, para Florence Nightingale, um conceito imaginário nem um delírio de retórica, mas antes assenta na devoção ao trabalho. Meio que possibilita "modelar" o enfermeiro e criar uma profissão.

Adelaide Nutting afirmou: *Devemos compreender e reafirmar que a enfermagem é uma das artes mais difíceis (..)a compaixão pode ser o motivo, mas o conhecimento é a nossa única força de trabalho (...) também necessitamos recordar que o crescimento em nosso trabalho deve ir precedido de ideias e que qualquer condição que reprima o pensamento, atrasará o desenvolvimento* (citado por Donahue, 1985).

Rogers, M. escreveu: *a ciência da enfermagem é um produto emergente, é uma novidade. A inevitabilidade do seu desenvolvimento faz parte do imenso compromisso que a enfermagem tem para com a saúde e o bem estar (...) Os valores humanitários representam mais um imperativo na tentativa de compreender o Homem e o seu mundo (..) A ciência esforça-se por tornar inteligível o mundo da experiência humana. A ciência da enfermagem esforça-se por tornar inteligível o conhecimento do homem e do seu mundo, na parte que se reveste de significado especial para o seu campo de acção* (citado por Elhart, 1983).

Num conceito filosófico, a enfermagem sugere ternura e apoio significativos à comunidade, o que lhe confere uma dinâmica e acção próprias e a contribuição que dá à sociedade passa pela preservação da humanidade. Assim a enfermagem é uma ciência humana, na medida em que estuda a pessoa como um todo, um conceito pessoal e integral. Enfermeiro e doente são co-participantes num processo geral de saúde em responsabilidades acrescidas nos campos social, científico e metodológico (Watson, 1988).

A enfermagem é considerada como a disciplina metade arte e metade ciência (Donahue,1985), colocando entre a dicotomia um elo fundamental; o conhecimento, os saberes sem os quais não há cultura nem sentido humanístico. O que é exigido para além dos saberes são os dotes ou qualidades morais éticas e cívicas inerentes à própria pessoa.

Atkinson et al (1989) refere que a enfermagem foi definida como: *Prestar assistência a pessoas incapazes de satisfazerem as suas próprias necessidades de saúde* (Orem, 1980). Promover uma adaptação positiva às mudanças dos ambientes interno e externo (Roy 1976). Cuidar e manter o bem estar físico, emocional, social, espiritual e cultural de um indivíduo, de uma família ou comunidade (De Young, 1981).

Segundo a American Nurses Association (ANA), continuando a citar a mesma autora, a enfermagem é *um atendimento directo voltado para um objectivo, adaptável às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade, durante a saúde e a doença.*

Para a Canadian Nurses Association (CNA), as enfermeiras dirigem os seus esforços no sentido de promover, manter e recuperar a saúde, de aliviar o sofrimento, procurando assegurar uma morte tranquila, quando a vida não pode ser mais mantida.

O International Council of Nurses (ICN) define a enfermagem como assistir o indivíduo, sadio ou doente, no desempenho daquelas actividades que contribuem para a manutenção da saúde ou para a recuperação desta (ou para uma morte tranquila), que ele encontraria sem ajuda, se tivesse a força, a vontade ou os conhecimentos necessários (citado por Atkinson et al, 1989).

Para Sousa et al (1989), a enfermagem é essencialmente relação de ajuda, marcada pelo dinamismo e preocupação com outros no interior da qual os enfermeiros ajudam o cliente (indivíduo, família, comunidade) a atingir e a conservar o melhor estado de saúde possível. Refere ainda a mesma autora: A enfermagem é uma profissão interdependente, partilhando com outros profissionais funções de planeamento, execução e avaliação, que assegurem a eficácia e a eficiência do sistema de saúde.

Para Peplau (1990), a enfermagem é um processo significativo, terapêutico e interpessoal. Funciona de forma cooperativa com outros processos humanos que tornam possível a saúde dos indivíduos no seio da comunidade (..)a enfermagem é um instrumento educativo, uma força de maturação que aspira a fomentar o desenvolvimento da personalidade em direcção a uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária.

Para Frei Bernardo (1992) a enfermagem é:

- a ciência e a arte de assistir e servir a pessoa, a família e as comunidades, na satisfação das respectivas necessidades básicas;
- tem uma função educativa de esclarecer, promover, apoiar e ensinar as pessoas (...) promover e participar na recuperação das pessoas, estimulando-as para a reintegração na vida familiar, profissional e social (...) colaborar com outros técnicos nas áreas sanitária, educativa e social (...) colaborar na preparação de futuros enfermeiros.



Esta vasta e complexa dimensão dá enfermagem, refere ainda o autor, *deve ser exercida em profundo respeito pela liberdade das pessoas assim como pela sua identidade sócio-cultural e pelos valores éticos e religiosos.*

Os conceitos de enfermagem variam ao longo dos tempos segundo as leis e os campos de acção, as áreas geográficas, as funções dos enfermeiros, bem como as crenças das pessoas e dos grupos, mas a grande ênfase é dada sempre ao respeito pela dignidade da pessoa humana, sendo o trabalho do enfermeiro dirigido à satisfação das necessidades básicas do indivíduo, família ou comunidade, tendo por conseguinte de possuir sólidos conhecimentos científicos e técnicos.

#### 2.4 – A ENFERMAGEM E A FILOSOFIA DOS VALORES

Rigorosamente falando, o conceito de valor é indefinível, quanto muito pode ser descrito com mais ou menos fidelidade. É esta a opinião veiculada por Hessen (1980), para quem o *conceito de valor não pode rigorosamente definir-se. Pertence ao número daqueles conceitos supremos (...) que não admitem definição*, por isso apenas podemos descreve-lo mais ou menos fielmente. É pela via do sentimento como consciência íntima, como sensibilidade ou faculdade de sentir, que passa o amar e o odiar, o gostar e o desgostar, para citar só estes, como formas perceptíveis de transmitir a sentimentalidade, uma vez que um dado objecto ou fenómeno pode não ter precisamente o mesmo significado para todos.

Este é um aspecto do bem, tanto no plano fenomenológico, como no

ontológico, e o seu emprego na linguagem corrente pode ter significados como os de a vivência de um valor, a qualidade de valor de uma coisa ou a própria ideia de valor em si mesma (Verbo, 1976).

Nesta medida, Campos (1991) salienta a importância dos valores na formação individual, sendo insuficiente a formação pessoal e social a aquisição de saberes proporcionados pelas disciplinas tradicionais.

Pela vivência dos valores, o Homem fica mais enriquecido, expõe a sua interioridade no que ela tem de mais humano, aqui a expressão, juízo de valor, tem o melhor dos significados.

Expressar juízos de valor, faz parte da essência do ser humano, quando se debate entre o conhecer e o querer, o bem e o mal, o positivo e o negativo ou o anti-valor, para dar às pessoas, às coisas e aos assuntos um sentido próprio.

Ao formular juízos de valor, o homem vai ao encontro das suas necessidades espirituais, uma vez que insere no valor moral *tudo aquilo que satisfaz as suas necessidades ou exigências morais* (Hessen, 1980). Deste modo o homem irá pô-las em prática, como actor humano, que se tornam realidade como acção moral, por considerar que o valor é sem dúvida algo que é objecto de uma experiência, de uma vivência (Hessen, 1980).

Contudo, ao analisar a escala de valores é um erro rotular pessoas, uma vez que pode cair-se num estereótipo, ao dar-se uma imagem mais aproximada do que é a essência do indivíduo por não se estabelecer um campo realista para a avaliação dos atributos de qualquer pessoa, coisa, situações ou assunto particular.

Surge assim uma má interpretação do comportamento de uma determinada pessoa, ou seja, um julgamento ou opinião formada sem o devido exame dos factos (Dressler, 1980).

O valor social tornado no sentido consensual ou dominante, identifica-se com a maneira de ser, pensar e agir, o comportamento mais válido para estruturar o social e transformar o comportamento humano.

Em sentido filosófico, Hessen (1980), citando Kant, escreveu: *a consciência moral torna-se a verdadeira pátria dos valores éticos, uma vez que há uma coincidência entre o ser e o bem, um certo dualismo do ser e do valor.*

Quando esse dualismo está em causa, quando deixa de ser racional para actuar por inclinação, sentimentos ou impulsos, o indivíduo deixou de actuar em conformidade com as regras que são aplicadas por todos, não respeitando o acordo de princípios que a pessoa é capaz de defender como sendo universalizáveis.

Lampereur (1984) refere que valor, de um modo geral designa o carácter daquilo que é mais ou menos estimado por um sujeito (valor subjectivo) ou daquilo que merece mais ou menos estimação (valor estimado). Para Fondevila (1985) valor é uma qualidade do ser: este ser (pessoa ou coisa) ao possuir essa qualidade, se faz desejável ou estimável às pessoas ou aos grupos.

É essa padronização que, ao medir a importância relativa que as pessoas

dão aos seus valores, impede atitudes ou normas de procedimentos estereotipadas no sentido que a generalização abusiva de um certo valor para um determinado grupo, uma certa categoria social é lesiva desse mesmo valor (Hesketh, 1986).

Na situação concreta da enfermagem, o utente elabora juízos de valor. Fá-lo numa escala de valores com muito de subjectivo, mas dentro duma apreciação normativa de ordem moral ou vital. O seu julgamento é feito em função dos dados relativos à atitude técnico-profissional e aos valores humanos que considera dever existirem na formação do enfermeiro. Assim, segundo o comportamento do enfermeiro o utente faz uma análise ora benévola, ora implacável, na medida em que mede ou avalia uma acção precisa, podendo ser ou não, centrada na sua pessoa.

O valor para a enfermagem, além duma dimensão cognitiva, que se traduz na maneira como o enfermeiro se comporta numa dada circunstância concreta, tem também uma dimensão afectiva. Esta dimensão é relativa ao que é mais desejável para a pessoa, o que é bom, verdadeiro ou concreto, porque o valor fundamental no qual toda a enfermagem se reconhece é, sem dúvida, promover a vida (Amour, 1987). Daí, e de um modo linear, vir à superfície no relacionamento utente/enfermeiro, o gostar ou o desgostar do que lhe estão a fazer, o que enferma dum carácter subjectivo, dado que nem todos aprovam ou desaprovam o acto em si mesmo.

É de salientar a necessidade cultural e a experiência vivida nos limites do tempo das varias escalas de valores aprendidas junto de fontes humanas uma vez

que são compartilhadas por grandes segmentos de uma sociedade e que se identificam, até certo ponto, como padronização cultural dessa mesma sociedade (Andrade, 1992).

Fraga (in Logos, 1992) escreve que *um valor é sempre uma relação entre um objecto e um padrão utilizado pela consciência que avalia uma acção realizada ou a realizar*. Daí o conceito abstracto de valor, na medida em que se serve dum referente social quando se justifica o próprio comportamento em relação aos outros ou a si próprio, ou para julgar o comportamento dos outros (Andrade, 1992).

O valor ético é inerente à própria pessoa, ao sujeito humano, a espiritualidade do homem. Tem por isso um imperativo absoluto e uma experiência, tu deves fazer ou tu não deves fazer, ou seja, a consciência, a racionalidade toma sempre parte na formulação.

Qualquer que seja a cultura, existem valores éticos que se podem expressar e nesse sentido, têm a dimensão de universais. Nesta medida abrangem todos os Homens ao constituírem normas, critérios de conduta, que são extensíveis as formas de vida que o homem realiza. Este, em princípio, não se deve opor a esses valores.

Dada a relatividade e concretização dos valores, uma vez que dependem da sociedade, do lugar e do tempo, torna-se difícil definir se há crise de valores, isto é, se são Os valores que deixaram de existir, ou se é o Homem que está em

crise e não os valores em si, pela a carga subjectiva que o homem confere ao valor.

O que poderá haver serão crises de valoração ou de interpretação dos valores ou de mudanças dessa mesma interpretação.

O homem como ser livre na escolha e nas acções que desenvolve, na resposta que encontra para as questões, nos modelos que cria a partir da experiência na capacidade de descobrir o que lhe convém e de aprender a viver em função do que é, situa-se no campo do humanismo e numa perfeita identificação com as humanidades.

Dada a relatividade humana face aos valores sociais ou pessoais, a sua hierarquização e a um discurso próprio, a enfermagem, com uma meta e um objectivo determinado, não se preocupa com os valores pessoais, ou seja, aqueles que cada qual usa para justificar as suas acções, porque estes têm a ver mais com o próprio indivíduo, a sua base cultural, o seu meio de origem e a visão que tem do mundo e da sociedade. Preocupa-se antes com os valores sociais ou básicos, ou seja, aqueles que são julgados essenciais à sociedade, isto é, aqueles que se julga serem universalizáveis para todos os Homens (Andrade, 1992).

Assim, a enfermagem ao desenvolver as suas actividades, procura ter sempre presente o pensamento de Kant *age de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa, como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como um fim e nunca simplesmente como um meio* (citado por QUERÉ, 1991).

Estas palavras podem ser consideradas como as que melhor definem a

essência dos valores, o valor da pessoa em si e o valor do altruísmo na forma de cuidar.

#### 2.4.1 – Ética e moral

Situados no paradigma do cuidar em enfermagem como uma posição ética, será forçoso fazer uma abordagem no âmbito da filosofia.

Não se pode falar de ética sem abordar a moral, porque a ética é a ciência da moral e analisa os fundamentos teóricos dessa mesma moral enquanto que se considera a moral como a parte da filosofia que analisa o problema da acção e as regras que condicionam essa acção, ou seja, *sendo a ética a ciência da moral a moral é a praxis da ética* (Sousa, 1982). Segundo este autor, ao analisar-se o comportamento profissional dever-se-á aplicar preferencialmente o conceito de ética.

Ricoeur (1990) propõe-nos uma distinção entre ética e moral, que tem o seu fundamento no que o autor chama mudança aristotélica e kantiana. Na primeira verifica-se a primazia "do que se considera bom", enquanto que na segunda a "do que se impõe como obrigatório"

Vimos na primeira, um apelo à acção que segundo Aristóteles tende sempre para um bem. "Toda a arte, toda a procura, e mesmo toda a acção e deliberação reflectida, parecem tender para um bem", enquanto na segunda o seu predicado obrigatório, parece impôr-se de fora, exercendo "uma constrição sobre

aquele que age.

Vê-se assim uma diferença entre uma vida de acções, pelas quais se procura, se realiza o que se considera bom, e uma vida de acções que se realizam porque obrigatórias.

Ricoeur reserva o termo ética para a realização de uma vida sob “o signo das acções consideradas boas” e o termo moral para a de “uma vida marcada pelas normas e obrigações”.

Estabelece assim uma primazia da ética sobre a moral, sem no entanto considerar o ser e o dever ser duas realidades dicotómicas mas antes duas realidades articuladas pela subordinação e complementaridade do dever ser em relação ao ser, nesta sua perspectiva a ética como que envolve a moral, sendo por ela reforçada.

O termo ética, de uso mais erudito que a moral, *é no entanto empregue mais ou menos com a mesma imprecisão e amplidão de sentidos aparentados: ciência descritiva, ciência normativa, ou arte, maneira de ser, carácter* (Cabral, in Verbo, 1968).

Sob o ponto de vista semântico, ética deriva da palavra grega *ethos* com um duplo sentido: *como disposição moral e como costume* (Quere, 1991).

Segundo a mesma autora, *a ética tem como finalidade uma reflexão teórica, quando se interroga sobre as origens, a liberdade, Os valores, a dignidade, as relações de uns com os outros e os fins da acção* (1991). Inclui uma *reflexão sistematizada sobre os valores e a obrigatoriedade de seguir as regras que*



*orientam a vida, como ciência do bem e do mal implica, por outro lado, uma estruturação de valores e respectiva resposta coerente, formulada em preceitos pessoais e sociais* (Frei Bernardo, 1992).

A ética tem a ver mais com a pessoa, como ser individual e com a maneira como se aplica. E por isso mais exigente e daí o ser mais vulnerável por ser livre.

Sob o ponto de vista filosófico a ética define os valores e procura os fundamentos para medir as acções dos Homens, e a moral ao anunciar as leis, incide sobre a prática do bem (Queré, 1991).

Neste sentido, a moral estabelece as normas de uma sociedade e a ética fixa os princípios gerais. Assim, em sentido lato, a ética procura a definição de princípios de conduta que conduzem ao respeito pela dignidade humana, estando por isso ligada à noção do bem e do mal, da consciência, da intenção, da escolha dos direitos e dos deveres, bem como das responsabilidades (Queré, 1991).

Pessoalmente partilhamos desta noção por ser englobante e com objectivos concretos, bem como do sentido da palavra moral como ciência normativa do comportamento humano, ou seja, do agir humano.

Dentro deste esquema de pensamento aceita-se que os direitos morais estejam ligados ao respeito pela pessoa, a obrigação de os cumprir, o que será diferente da noção de legal, que se identifica com a acção ou comportamento sujeito a sanção estabelecida por lei.

A ética é um assunto de todos, fundamentada cada vez mais em princípios invioláveis, mas que serão cada vez mais necessários no futuro na medida em que se torna indispensável reflectir com antecipação sobre os problemas que fragilizam, desmoralizam e tornam vulneráveis o corpo social.

Daí que no exercício da actividade profissional, como meio de serem utilizados conhecimentos técnico-científicos, se tornem um imperativo para a consciência de cada enfermeiro *conservar sempre uma presença moral e uma intransigência do ser ético* (Queré, 1991).

Não discutimos, neste momento, se a moral é ou não falível, mas reserva-se o direito a dúvida de que qualquer indivíduo se pode enganar ou errar, embora *a moral universal e normativa seja exigente* (Queré, 1991:286).

O erro não poderá nunca colidir com o homem como ser respeitável e livre, porque o cuidar ocupa-se precisamente do respeito que ao homem é devido, sem faltas ou omissões que se possam confundir com a culpabilidade. E não por em causa os valores do trabalho, o esforço, a eficácia, a qualidade, valores que são fundamentais nas sociedades contemporâneas.

São valores pelos quais se deve lutar para não haver crise desses mesmos valores, quando surge algo de novo, ou não se cumpram as exigências do humanismo.

*A ética é a investigação filosófica do comportamento, do ponto de vista dos juízos de aprovação ou desaprovação, do bom/mau, correcto/incorrecto, válido/condenável* (Dicionário Língua Portuguesa, 1992:454).

Para Cardia (1992), chama-se *ética a filosofia moral*. *A ética tem como uma das tarefas de dizer o que se entende por moralidade* e, continua o mesmo autor, *todavia a ética pode ser entendida diversamente, pode ser entendida como análise lógica da estrutura da moralidade*.

A ética é tão velha como a existência do homem, continua a ser humana no sentir e no actuar, principalmente quando reflecte sobre o imperativo respeito pela dignidade da vida humana (Conde, 1992).

A moral é uma das palavras mais comuns para designar os comportamentos humanos relativos aos valores.

Numa visão abrangente a palavra moral implica uma busca do que deve ser e como deve ser feito, ou seja, o modo correcto de viver (Frei Bernardo, 1992).

Verifica-se assim, desde Aristóteles, que é no agir da pessoa que se fundamenta todo o agir ético, que não releva de um **eu** centrado em si, isolado e obrigado exteriormente a agir bem, mas de um **eu** que tem o **bem** como algo que lhe é próprio, bem que é a actividade da alma em conformidade com a virtude.

O Homem é naturalmente predisposto a adquirir as virtudes, mas o aperfeiçoamento dessas possibilidades naturais faz-se pelo **hábito**, que releva de um agir deliberado e de uma escolha reflectida sobre os meios para atingir o bem, fim de uma vida em virtude.

Esta perspectiva parece apontar não só para a existência de um **único fim** (termo que o próprio Aristóteles utiliza no plural quando diz “*nós não deliberamos sobre os fins a atingir, mas sobre os meios de atingir esses fins*”), como ainda para o facto da nossa deliberação visar apenas os meios.

Ricouer vê na possibilidade de escolha de um **curso de acção**, uma possibilidade da escolha dos fins, o que o levou a deter-se num estudo mais alargado da acção humana, que o conduziu à noção de **plano de vida**, enquanto configuração de todas as nossas acções, no âmbito da nossa prática.

Podemos ver assim que a **vida boa** é uma vida em que a pessoa realiza as

suas práticas, norteadas não só pela procura dos meios que lhes sejam adequados, mas ainda inserindo-as voluntariamente num plano de vida coerente e unitário.

Isto torna-se possível através da apreciação que podemos fazer do nosso agir.

No plano ético esta interpretação de si torna-se estima de si.

Mas a estima de si não pode ser vista como a estima de um **eu** debruçado sobre si próprio, encerrado em si, porque a pessoa humana é um ser no mundo e é nesse mundo que ela se conhece. É, para Merleau Ponty, sujeito situado no mundo através do seu corpo, mundo que não é algo que se pensa, mas que se vive.

É naquela apropriação do mundo pelo corpo que corpo e consciência se fazem como que um só - consciência incorporada.

A apropriação do mundo, a que Renaud chama "*jogo relacional*" entre corpo e mundo permite ainda para a mesma autora a passagem da noção de **corpo objectivo** à de **corpo vivido**, que determina a nossa forma de **habitar** o mundo.

Aquela apropriação decorre da nossa possibilidade de **perceber**, entendida como projectar-se, "é no perceber que o corpo se revela, porque perceber é estar empenhado... por uma espécie de convivência e de familiaridade em nome de uma participação irrecusável".

Mas ao falarmos do mundo não estamos a falar apenas do mundo das "*Coisas*" mas do mundo em que, através do nosso corpo-sujeito, experimentamos a presença do outro (também ele corpo sujeito), encontrando nele como que um prolongamento miraculoso das nossas próprias intenções.

O Homem é visto como **agindo** e **sofrendo**. Podemos assim compreender que num dos extremos se encontre um **outro que ordena**, enquanto no outro extremo se encontra um **outro que sofre**".

A dissimetria daquele face-a-face, aquela desigualdade só poderá ser compensada através do reconhecimento pelo **eu**, da superioridade da autoridade **do outro**, que o chama a agir segundo a justiça.

O sofrimento tem, uma dimensão que claramente ultrapassa a dor física e mesmo mental, sendo sobretudo provocado pela diminuição ou mesmo pela destruição da nossa capacidade de agir, sentidas como uma ameaça à integridade do eu.

É um estado induzido por uma ameaça à integridade da pessoa qualquer que seja a sua causa.

Estando aquele que sofre "*privado*" do seu poder fazer, da sua capacidade de agir, como que se verifica uma nova desigualdade entre um eu que **dá** e um outro que pela sua fragilidade apenas **recebe**.

Aquele que **dá**, tendo sido em primeiro lugar **afectado** pelo sofrimento do outro deseja espontaneamente **partilhar a pena** desse outro, fazendo-o através da **simpatia, da compaixão, da empatia e do altruísmo**.

E nesse **sofrer com**, nessa aproximação ao outro, por ele originada, que aquele que apenas parecia **dar** também recebe, porque o outro que sofre, através da sua fragilidade, lembra-lhe a sua própria vulnerabilidade, permitindo-lhe assim perceber-se **como um entre os outros**.

Podemos ver que nesta situação a igualdade se restabelece "*pelo reconhecimento partilhado da fragilidade e finalmente da mortalidade*". O

sofrimento do outro, a sua perda, confrontando-nos com o facto de ele ser insubstituível, de a sua perda ser irreparável, deve fazer-nos reconhecer o carácter insubstituível da nossa própria vida.

É por esta compreensão do outro como “*prolongamento de mim*”, como meu igual, na compreensão do carácter insubstituível de ambos, que se compreende que cuidar e altruísmo jamais existem separadas, como dois rios de uma só nascente, cruzando-se teimosamente numa mesma foz.

#### 2.4.2 - Valores Deontológicos

Associada a uma concepção de vida que passa por um Homem melhor, uma sociedade mais cordial, fraterna e tolerante, o altruísmo está sempre presente nos conceitos deontológicos que orientam a Enfermagem

Deste modo, o altruísmo nunca desaparecerá enquanto houver um ser em sofrimento, uma sociedade civilizada: aquela que se mantém fiel aos valores éticos, aquela que está sempre a tempo de remediar os erros.

Ao conservar a vida, ressalta com toda a clareza que o respeito pelo cidadão doente pressupõe um afastar de sentimentos que ponham em causa a vida, quer na forma activa com intervenção directa, quer na forma passiva por não assistência para prolongar a vida, omitindo cuidados.

Mas, ao aliviar o sofrimento, deve-se respeitar sempre o direito a morrer com dignidade, mesmo que se tenha que *enfrentar um conflito de ordem ética entre cumprir as ordens que recebe e fazer aquilo que sabe fazer melhor para o doente* (Guerra, 1983:831). O enfermeiro deve ser um elemento participante no

acto de morrer, não como simples espectador mas como interveniente nesse momento tão dramático e doloroso da condição humana, assegurando uma morte digna.

Numa abordagem à ideia básica dos direitos do homem, Leuprecht (1986) escreveu: nem tudo o que é possível tecnicamente é também permitido; o homem, o seu corpo, o seu espírito, a sua vida e a sua morte, e até mesmo a sua herança genética, tornaram-se manipuláveis, daí o problema dos limites que as exigências da ética e do respeito da dignidade humana, colocam, quer à ciência, quer à sociedade.

Escreveu Névoa (1987): *o exercício duma profissão faz apelo a normas e comportamentos éticos, que orientam a prática profissional e as relações também entre os próprios praticantes, como entre estes últimos e os outros actores sociais. Surge assim o código deontológico, como portador de valores de ordem ideológica ou moral, que visam defender e melhorar os status e prestígio social dos membros do grupo profissional.*

A enfermagem é uma profissão que se preocupa essencialmente com a dignidade humana que é o seu valor fundamental, e reconhece o Homem como:

- **Ser em projecto** - *Que sonha e realiza o sonho, procurando concretizar todos os meios para alcançá-lo.*

- **Ser decididor** - Que é livre e parte da liberdade de opção para escolher o que é melhor em ordem ao bem comum.

- **Ser simbolizador** - Que se exprime através do verbal e do não verbal, das palavras, dos gestos, das expressões e das atitudes.

- **Ser em crescimento** - Que procura chegar mais além numa plena realização de si mesmo, na relação efectiva com os outros.

- **Ser em relação** - Que enquanto social, se realiza sempre no dar e receber, na comunicação e na partilha.

- **Ser em necessidade** - Que, com múltiplas carências, tenta sempre encontrar para elas a resposta mais eficaz (Frei Bernardo, 1992).

Assim, todos os actos de enfermagem devem ser efectuados tendo sempre por base a defesa da dignidade humana, quer do utente, quer do enfermeiro, respeitando os valores universais:

- **A igualdade**, sem qualquer discriminação.

- **A liberdade responsável**, com a capacidade de escolha tendo em atenção o bem comum.



- **A verdade na justiça**, dando a cada um o que lhe é devido.
  
- **O altruísmo/solidariedade**, com atenção ao outro e a todos os outros, servindo-se na sua necessidade específica.
  
- **A competência e aperfeiçoamento**, atributos indispensáveis para o exercício de uma profissão tão importante na sociedade (Frei Bernardo, 1992:319).

O projecto do código deontológico para enfermeiros foi elaborado por representantes das Associações Profissionais e Sindicatos, tendo sido apresentado em Lisboa no Encontro Nacional de Enfermagem, em Novembro de 1990.

Esse projecto tem como princípios orientadores para as actividades dos enfermeiros, o respeito pelos direitos humanos e a qualidade do exercício profissional, sendo composto por quinze artigos, cujos primeiros dez dizem respeito aos direitos humanos da relação com o utente, referindo o artº 1 – “Direito à vida”; artº 2 – “Direito à individualidade”; artº 3 – “Direito à igualdade/Direito à diferença”; artº 4 – “Direito à qualidade de vida”; artº 5 – “Direito à assistência na saúde e na doença”; artº 6 – “Direito à segurança da pessoa e bens”; artº 7 – “Direito à liberdade informada”; artº 8 – “Direito ao segredo profissional”; artº 9 – “Direito à privacidade”; artº 10 – “Direito de morrer com dignidade”.

Os últimos cinco artigos referem-se à profissão em geral, afirmando o artº 11 – “Excelência do exercício”; artº 12 – “Dignidade profissional”; artº 13 – “Solidariedade profissional”; artº- 14 –“Anticulação com outros profissionais”; artº 15 – “Objecção de consciência”.

A enfermagem, sendo uma profissão que se preocupa essencialmente com os outros, tem que se reger por normas ético-morais. Assim, há que definir um quadro de valores que tenha como referência para o exercício da profissão o respeito pela vida e pela dignidade humana, numa atitude altruísta.

### 3 – ALTRUÍSMO – UMA DIMENSÃO ÉTICA DO CUIDAR EM ENFERMAGEM

#### 3.1 – O VALOR DOS CUIDADOS

“Cuidar”, uma actividade tão antiga como o próprio mundo e plena de sentido, mantendo a vida e garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades tão diversas quanto a própria vida.

Para assumir uma forma de cuidar adequada e consciente, a enfermeira precisa de consciencializar quais são os seus valores, o significado que o outro tem para si, a finalidade do seu papel e esse mesmo papel no processo do cuidar.

Pensamos que a utilização dos conceitos, subconceitos, teoria fenomenológica / existencialista e espiritual de Watson pode ser um quadro referencial que permite explicar as atitudes do enfermeiro ao cuidar, nas inúmeras situações de cuidados, de modo a que cada um dos intervenientes viva a relação e sejam vividos sentimentos gratificantes .

Considerando que cada um de nós possui um espírito e um corpo e não está confinado a um espaço nem a um tempo definidos; existimos para algo mais profundo que a mera vivência física. Temos um sentido elevado de auto-consciencialização, um grau elevado de percepção, uma força interior e um poder que pode ultrapassar as capacidades e limitações humanas, permitindo a cada pessoa transcender o seu eu habitual. É esta capacidade que nos permite pensar, intuir, e perceber algumas experiências, percepções estranhas

e sensações misteriosas, modos de pensar, sentir e agir que por vezes experienciamos, mas que muitas vezes rejeitamos devido ao carácter racional e científico da nossa cultura ocidental.

É ainda segundo Watson, esta natureza transcendental do ser humano e o seu espírito que dão a capacidade de coexistir em simultâneo com o passado, presente e futuro, ocorrendo igualmente esta situação em relação aos pensamentos e sentimentos. É esta capacidade que nos permite estar fisicamente num local, enquanto o pensamento e o sentimento podem estar noutra. Esta vertente ou força interior do “eu” permite-nos acreditar na importância do auto-conhecimento, do auto-respeito, do autocontrole, levando-nos a opções de vida que proporcionam um verdadeiro desenvolvimento humano.

Cada pessoa é um ser que está no mundo e que possui uma totalidade de experiências pessoais vividas, sendo estas o seu quadro de referência. Esta realidade subjectiva, ou campo fenomenológico engloba: a consciência que temos de nós e dos outros, os sentimentos, os pensamentos, as sensações corporais, crenças, desejos, expectativas, considerações ambientais, a natureza simbólica das nossas percepções de vida, no momento presente, assim como no futuro que se imagina. Se, só o próprio tem percepção do seu campo fenomenológico, os outros, só por inferência empática podem ter acesso a ele. Desenvolvendo assim, cada um, um significado muito especial para a sua vida.

A enfermeira ao cuidar da pessoa, seja na satisfação de necessidades designadas de natureza mais elementar, ou mais elevada, tem a percepção que a melhor maneira de compreender o outro ser humano é entrando no seu

mundo, olhar o mundo dele através dos seus olhos. Ao preocupar-se com as suas experiências únicas, objectivas ou subjectivas, adoptando uma atitude para o compreender globalmente e defender a sua individualidade como sua preocupação máxima, a enfermeira está a assumir o cuidar de forma empática e altruísta. Esta preocupação com as pessoas considerando-as capazes de se desenvolverem, protegendo a sua dignidade de pessoa e preservando a sua humanidade, compreendendo e aceitando o seu modo de ser é sem dúvida uma postura única perante a vida, é uma responsabilidade ética e social em que acredita.

A enfermagem é provavelmente uma das profissões que mais consciência está do fosso que existe entre as aspirações / limitações humanas, assim como da insolubilidade de alguns problemas. Através das experiências de vida, vamos tomando consciência que existem problemas e mistérios de difícil compreensão. A vida por vezes é injusta e mais tarde ou mais cedo todos passamos por momentos de dor e por mais protegido que cada um de nós esteja, tem que enfrentá-los sozinho. Esta realidade perturba-nos, cria-nos alguma ansiedade, mas só quando temos oportunidade de entender, consciencializar e aceitar estas verdades da nossa existência é que somos capazes de desenvolver uma força interior que nos torna capazes de tomarmos conta e controlarmos essa nossa existência. Ao responsabilizarmo-nos pelo nosso próprio ser, pode ser que cheguemos a acordo com o nosso próprio não ser. Só ao enfrentarmos de forma consciente e com coragem estas realidades é que os pequenos contratemplos e contrariedades da vida perdem importância e vamos desenvolvendo uma força que nos permite voltar totalmente para os outros de forma desinteressada e sem a expectativa de recompensa.

Cuidar do outro (Watson) começa, quando o enfermeiro entra no seu campo fenomenológico, percebe o seu estado, sente a situação como se dele fosse e responde às necessidades de tal modo que o outro liberta sentimentos e pensamentos que a maior parte das vezes estava ansioso por libertar. A enfermeira faz isso, respeitando a vida e as pessoas, usando valores não paternalísticos, favorecendo assim a autonomia e a liberdade de escolha. É importante realçar que este “voltar-se” para os outros não é para lhes retirar os seus problemas, mas para ajudar a assumi-los e procurar resolve-los. Pois ser-se enfermeira também é sentir com os outros.

O cuidar torna-se momento de arte, quando os sentimentos do doente produzem no íntimo da enfermeira um efeito, que esta ao percebê-lo é capaz de lhes devolver de tal forma, que os vai apreender de um modo profundo, provocando-lhe sentimentos de libertação e harmonia.

Desenvolver um nível de autoconsciência sobre os nossos sentimentos, olhar para dentro de nós honestamente, sem termos medo de ver as imperfeições, será o ponto de partida para o cuidar efectivo. Senão, só nos resta a alternativa de recalcar, negar e recusar os nossos sentimentos e irmos sendo consumidos por eles.

A enfermeira tendo como referencial:

- os princípios fenomenológicos / existencialistas
- munido de um sistema de valores humanístico/altruístico
- cultivando a sensibilidade para consigo e para com os outros
- utilizando o método científico de resolução de problemas nas tomadas de decisão

- promovendo e aceitando e expressão de sentimentos positivos e negativos
- desenvolvendo uma relação de ajuda/confiança
- possibilitando a satisfação das necessidades humanas básicas
- promovendo o ensinar/aprender interpessoal
- providenciando um ambiente de suporte e protecção, mental, física, sociocultural e espiritual

a enfermeira estará apta a ajudar nos diversos fenómenos humanos com que se venha a deparar.

O sistema de valores humanos universais como: bondade, preocupação, altruísmo e amor, para com os outros, em que o cuidar se baseia, influenciam o encontro da enfermeira e do doente. Convém salientar que isso não significa de modo algum, viver um sentimento de sacrifício, dádiva total ou auto-negação, pois o cuidar das pessoas requer olhar a vida e as pessoas respeitosamente, isto é, usar valores não paternalísticos, de autonomia e liberdade de escolha.

Estes valores, estejam ou não consciencializados, afectam o nosso comportamento, proporcionam uma filosofia de vida, que é geradora de maturidade, satisfação e integridade, um vez que dá significado e harmonia à vida de cada um, através do tipo de relações interpessoais estabelecidas.

É a sensibilidade para consigo e para com os outros, o auto conhecimento, auto-realização e sentimento altruísta que o enfermeiro possui que vai determinar e encorajar o mesmo crescimento nos outros. É também este o indicador que permite dizer se o enfermeiro está apto para continuar a desenvolver-se e a utilizar-se inteiramente no cuidar.



### 3.2 – O CONTEXTO E O CUIDAR

Cuidar do Outro acontece sempre numa situação problemática, nova e complexa, em que “temos de operar de um novo modo intuitivo ou receptivo, que tem qualquer coisa de misterioso, de interno e não sequencial”(Noddings, N; 1984). A descrição de um fenómeno desta natureza contém, portanto, inevitavelmente, ingredientes subjectivos: da parte de quem está de fora, que espera sempre daquele que “diz que cuida” que faça algo, embora espere dele muito mais do que a acção; da parte daquele que é cuidado, ao desejar que quem dele cuida o entenda e aceite sem reservas, “sentindo”, para além das suas dificuldades, o que se passa com a pessoa que o cuida, enquanto faz, ou ainda da parte daquele que cuida, enquanto o faz; ou ainda da parte daquele que cuida, que, sendo permeável ao que o outro sente, se apercebe, simultaneamente, do que se passa consigo.

Porém, seja qual for a perspectiva de observação, verifica-se no cuidar, a existência de um triângulo indestrutível – pessoa que cuida, contexto, pessoa cuidada – que permite o encontro em torno do qual se organiza toda uma relação.

O contexto social influencia o cuidar, em primeiro lugar, pela expectativa que se tem de que os actos pelos quais uma pessoa beneficia outra ocorram dentro de um certo ambiente circunstancial; em segundo lugar, pelos recursos que são socialmente reconhecidos como necessários à concretização desses actos.



Cuidar no local de trabalho, é diferente de cuidar em casa, porque enquanto as relações com os familiares têm uma continuidade, as relações estabelecidas com aqueles de quem se cuida, profissionalmente, estão limitadas e sujeitas a outras normas. Não obstante, enquanto se trabalha, as emoções que se vão vivendo colidem, a cada passo, com o domínio do privado, e a enfermeira, mantendo-se embora na esfera da actuação profissional, acaba por cuidar do cliente como cuidaria de um familiar ou de um amigo, o que é socialmente valorizado, ou, por razões tantas vezes semelhantes, pode evitar fazê-lo e ser criticada, sem que, na maioria das vezes, se atenda ao conflito interno que isso traduz.

É considerando importante o contexto e a sua inevitável interferência no cuidar que tentaremos apreciar o que se passa entre dois seres humanos quando o cuidar acontece.

### ***“ Também ele parecia ocupado ”***

*“Nessa manhã fora ao Centro de Saúde. Apesar de ser enfermeiro há vários anos, toda a sua experiência profissional tinha decorrido em serviços de urgência, onde o acumular sucessivo das actividades e a necessidade de acção constante parecem absorver totalmente as energias, ao longo das horas. Agora, ali, onde as pessoas entravam e saíam pelo seu pé, como em qualquer outro lugar, parecia perdido, sem saber o que fazer.*

*Veio-lhe ao seu encontro um homem. Era alcoólico e tinha espancado a mulher e o filho. Falou em voz baixa e quase sumida. Queria uma consulta para deixar de beber. Mas haviam-lhe dito que só no mês seguinte. Não tinha coragem de voltar para casa, encarar a mulher e ter de contar isto...*

*O enfermeiro parou. Olhou-o de alto a baixo: parecia perplexo. Consultou o relógio. Olhou de novo: o homem parecia esperar qualquer coisa. Então, encaminhando-o para um recanto da enorme sala, convidou-o a sentar-se, sentou-se perto, e dispôs-se a escutá-lo. Pouco depois, inclinado na sua direcção, pelo olhar atento, parecia também ele preocupado e esquecido do tempo.*

*Tinha que ajudar a resolver o problema. (um caso )*

Aos olhos do observador exterior, o cuidar pode revelar-se apenas nas acções concretas que alguém realiza em favor de outro, cujos resultados esperados são a maior parte das vezes previsíveis, sem que a qualidade da relação, as emoções vividas pelos intervenientes, ou mesmo o motivo subjacente à escolha de determinadas intervenções possam ser captados. Talvez por isso, Há quem insista que não chega afirmar que cuidar é a essência da enfermagem, sendo necessário demonstrá-lo: “perdemos legitimidade como profissão e como disciplina, se o cuidar não tiver resultados comportamentais” ( BENSIRA, 1990)

A afirmação tem razão de ser. Para que serviria uma profissão, cuja utilidade fosse incompreensível? Mas precisamos não esquecer que os resultados comportamentais – mudanças positivas no estado daquele que é objecto dos cuidados, manifestadas em comportamentos – embora, indiscutivelmente, esperados por quem cuida, nem sempre são observáveis a curto prazo. Por vezes, será mesmo improvável observá-los, se as mudanças forem lentas e derem fruto passado muito tempo, ou se ocorrerem a tal profundidade e tão subtilmente que não seja possível conotá-las, directamente, com o cuidado proporcionado. Mudanças há, que podem advir de sucessivas experiências de se ter sido cuidado, tão discretas quanto significativas, como o apaziguador conforto do momento em que alguém vivência o reconhecimento do seu valor como pessoa, traduzido numa simples atitude de escuta.

Quem está de fora não se pode limitar a reconhecer o cuidar apenas pelas actividades que presencia. Há actividades, ditas de “cuidar”, de onde o cuidar está ausente. Há momentos em que o cuidar está presente, quando, aparentemente, nada se passa. Se estiver atento, o observador reconhecê-lo-á, senti-lo-á, na postura do corpo, no brilho do olhar, na mímica espontânea, enfim, na atitude de quem cuida e de quem é cuidado, apesar de poder não estar a decorrer qualquer actividade objectivamente notável.

***“ Em substituição do outro...”***

*“(...) Eram 3 horas da tarde, estava muito calor e eu em trabalho de parto, fase de dilatação, sozinha na enfermaria chorava e gemia com dores.*

*De vez em quando era visitada por um estagiário que estava tão aflito quanto eu, por me ver assim e perguntava-me: Então como está? (...) Estou que não aguento mais, não é justo eu estar aqui a sofrer sozinha, logo agora o meu marido não está cá. De repente, tudo se modificou. Dei por mim a chorar, mas desta vez, de alívio. Sentia uma mão apertada à minha e alguém me dizia: " Pode apertar com força, vamos lá que eu vou fazer força consigo."*

" Uma característica importante dos cuidados é serem mais notados depois da sua ausência, a indiferença ou mesmo o abuso nos alertam para a falta de algo".(Greenleaf,N 1991)

Quem se vê na necessidade de depender de outrem, para ultrapassar com êxito uma circunstância de depender de outrem, para ultrapassar com êxito uma circunstância em que a capacidade de se autocuidar está diminuída e a vulnerabilidade aumentada, espera dessa pessoa não só conhecimentos e perícias de ordem técnico- profissional, mas também, respeito, compreensão, aceitação, carinho, resultando numa verdadeira atitude altruísta.

Uma situação de parto pode ser acompanhada por uma diversidade de sentimentos, dos mais agradáveis aos mais dolorosos, não só em função do decurso do próprio processo, da personalidade da mãe, das circunstâncias de vida, vivências anteriores e expectativas, mas também do ambiente em que dá à luz e do envolvimento afectivo em que se encontra.

Um acontecimento tão natural quanto a própria vida, pode muitas vezes constituir-se em momento de lágrimas ou não, por influência de quem cuida ou não.

A jovem mãe, cujo relato se transcreveu, sentira-se sozinha, desamparada, sem forças, impotente, apesar de estar a ser alvo de “cuidados” ao corpo. Transmitira o seu sofrimento, o seu sentir e na altura em que o seu desabafo se revela, enfim, alguém surge no caos das emoções negativas, disposto a deixar quebrar a solidão. Nada mais sendo do que um cuidar altruísta, que se projecta e envolve com o paciente.

### ***“ Tenho de fazer alguma coisa”***

*“ O homem era pastor, rude habituado ao isolamento. Expressava-se com dificuldade, sobretudo quando tinha de falar de si, dos seus males, dos seus sentimentos.*

*Agora estava ali, na sala de operados. O ventre invadido, retalhado, irrecuperável. Desencadeara-se nova hemorragia da artéria fémural. As enfermeiras moviam-se em volta da cama com gestos rápidos, exactos, falando apenas o necessário. Colocavam sangue em curso, reforçavam o penso, mediam os sinais vitais. Injectavam a terapêutica prescrita*

*O homem agarrara a mão de uma enfermeira que acabara o turno. O suor corria-lhe pela testa, descendo em seguida pelo sulco das lágrimas. Olhava-a intensamente e gemia: "Ai !..." Nas profundezas do olhar havia um medo bem expresso, uma solidão transparente, um grito sumido.*

*A enfermeira sabia que era a morte. Sentia-a, de lá para cá, circulando entre o braço dele e o seu, através das mãos ainda dadas. E deu consigo a dizer-lhe: "Eu fico. Nós estamos a cuidar de si. Vai sentir sono , è assim mesmo. Mas não tenha medo que eu fico aqui consigo. Esteja descansado , fico o tempo que for preciso Ambos sabiam que isto ia passar."*

Ser-se tocado pela realidade do outro pode acordar em nós sentimentos de tal intensidade que nos vemos muitas vezes perdidos entre o dever moral da verdade e a suavidade da omissão; o desejo de fugir, porque o dever institucional a.mais não nos obriga, e a incapacidade de o fazer; a necessidade de acção libertadora de tensões e a "ordem" interior de inacção calculada ou de uma acção quase sem gestos.

O mundo e as possibilidades do outro irrompem pelo mundo de quem cuida e confronta-o com as suas próprias possibilidades. Que possibilidades tem um homem à beira da morte? O que é possível fazer por ele? Não há, com certeza regras que imponham condutas a seguir, quando surgem perguntas estranhas, num diálogo interno nascido de uma situação em que o sofrimento é tão partilhado que o desejo de alívio é, visceralmente partilhado a dois.

Onde estava a dor daquele homem? Não era no corpo. Uma artéria aberta não dói. Tão pouco ele falava de dor. Mas expressava a dor do medo, na imensidão espantada do olhar. Medo de partir sem saber para onde, medo de partir sem ninguém.

Todas as enfermeiras cuidaram do mesmo homem, na mesma situação, à mesma hora. Todas foram ao encontro daquilo que identificaram como necessidades desse homem, cada qual à sua maneira, embora coordenadamente. Porque sem sangue não é possível viver, uma colocou a transfusão em curso, rapidamente, injectou a terapêutica. Outra pressionou o local da ferida. Por respeito, correram o cortinado à frente da cama. A terceira deu-lhe a mão e esteve com ele até que foi preciso. O cuidado de cada uma prende-se com a atitude interior que determinou o seu comportamento específico face à necessidade que o outro lhe comunicou, no contexto da situação e na relação existente pessoa a pessoa.

Naturalmente, há acções de resposta às necessidades, identificadas por consenso, que são realizadas por todos os elementos de uma equipa, sem o que cuidar profissional seria impraticável. Mas, ainda que realizando as mesmas acções, é o envolvimento que ambas as partes imprimem à sua realização que transforma essas acções em cuidados. Por isso, mesmo que todas as enfermeiras de uma equipa tenham elevada capacidade para cuidar e

as actividades a realizar estejam prescritas, os cuidados acontecem sempre de maneira diferente, porque cuidar pressupõe intimidade e a relação íntima entre duas pessoas é sempre única.

Não é a situação da pessoa que é cuidada que determina a diferença entre o cuidar e o curar: a diferença reside na atitude subjacente à intervenção. As intenção fosse curar, não valeria a pena pôr o sangue em curso, porque era sangue perdido. Mas o valor inestimável da vida daquele pastor impedia que se cruzasse os braços. O respeito por ele obrigava a que se lhe mostrasse que estava a ser socorrido na sua aflição, para que não se sentisse abandonado.

E porque a morte faz parte da vida, foi mais uma vez a qualidade desta, ainda que na última etapa conhecida, a preocupação dominante de todas as enfermeiras.

Neste caso, a realidade é filtrada pelo olhar de quem cuida: o que a pessoa cuidada, eventualmente sente, revela-se nas palavras da enfermeira-ela sente, como se as emoções e os sentimentos circulassem entre ambos como que em vasos comunicantes.

É exactamente por ser muito complexo, que o encontro entre dois seres humanos se pode tornar, para ambos, significativo e portanto, inesquecível. Ainda que o mundo real, onde a vida de todos os dias decorre, possa ser semelhante para várias pessoas, cada uma delas move-se no seu mundo interno, privado, que só revela se puder e quiser, povoado de experiências únicas, alegres e dolorosas, recentes ou passadas, cujo eco afectivo se faz de novo ouvir, quando menos se espera.

A enfermeira presta cuidados a partir da percepção e do julgamento que faz acerca das necessidades da pessoa, com ou sem ajuda desta, no momento em que aprecia o seu problema. Para além da apreciação "clínica" da situação,



“ é fundamental o reconhecimento cognitivo e moral da importância da pessoa e, de modo significativo, o elemento emocional, que motiva e dá energia ao acto em si, para que este possa ser considerado cuidado.(Griffin,1983)

Mais importante do que perguntar “Quem é a enfermeira?” É procurar saber “Quem é a pessoa que cuida?”, diz Griffin. A relação entre quem cuida e quem é cuidado nasce e desenvolve-se no contexto do desempenho de uma série de tarefas destinadas a dar resposta às necessidades do receptor dos cuidados.

### 3.3 – A VIVÊNCIA DO CUIDAR

O cuidar, revelado pela actividade é um traço humano, porque nele está implicado, na sua totalidade, o ser humano, que não é um ser substancial, nos moldes de uma coisa, nem tão pouco se limita a ser um sujeito de actos racionais, regidos por determinadas leis, embora actue e se manifeste por actos intencionais ligados pela unidade de um sentido. Quando assim se manifesta, está em questão todo o seu ser – corpo, mente, espirito. Todos os actos são vivenciados quando os realiza e ele mesmo é a unidade de todas as vivências. Cuidar, é pois uma actividade vivenciada, intrínseca à condição existencial do ser humano.

É também uma interacção, na medida em que o ser humano, se isolado, não tem existência. Mesmo quando só, ou o seu interesse ainda não se voltou sobre os outros seres, eles existem no seu mundo, povoando a sua existência, estando sempre aberta a possibilidade de ir ao seu encontro.

Na interacção pessoal revela-se a preocupação que precede. Escreve Martin Heidegger que “Também ocupar-se da alimentação e vestuário, tratar do corpo doente é preocupação”, tal como “ser por um outro, contra um outro, sem os outros, passar ao lado de um outro, não se sentir tocado pelos outros são modos possíveis de preocupação.” O facto de o ser humano muitas vezes permanecer em “modos deficientes de preocupação” só revela a urgência desta, porque, mesmo quando um ser humano não se sente tocado pelos outros, há uma diferença essencial entre essa diferença e a indiferença natural das coisas, uma vez que o ser humano é estruturalmente, um ser capaz de se preocupar.

No entanto, mesmo nos seus modos positivos, a preocupação pode assumir duas possibilidades extremas, ainda segundo M. Heidegger: retirar ao outro o cuidado, tomando sobre si a ocupação que lhe compete, substituindo-o e dispensando-o dela, se bem que para a devolver mais tarde já realizada e pronta, ou ao invés não o substituir nessa ocupação, mas tendo em conta a existência do outro e não a coisa de que se ocupa, colocar-se entre ele e a sua ocupação, como agente facilitador, que quer e deseja que a realização se dê, no contexto do seu desenvolvimento.

A primeira destas possibilidades pode constituir uma forma subtil de domínio sobre o outro, porque, tornando-o dependente, lhe limita a liberdade de realizando, realizar-se e progredir.

A segunda corresponde intervenção terapêutica: ajuda o outro a tornar-se, em sua cura, transparente em si mesmo e livre para ela. Parte da compreensão de que o ser humano, na sua propensão para viver, é as suas próprias possibilidades, um objecto em desenvolvimento, que constantemente se pode ultrapassar a si mesmo, quando se conhece e acredita em si.

A dependência física que a situação de doença acarreta, é uma experiência humana cada vez mais frequente em qualquer etapa da vida. As alterações abruptas que a situação provoca geram sentimentos de desarmonia intensas ao nível físico e mental, pois toda a vida se altera. O que até aí fazia fácil e automaticamente como: comer, beber, dormir, trabalhar, vestir-se, relacionar-se e tantos outros actos inerentes ao facto de viver, ficam alterados. Também a necessidade de segurança, de pertença, de realização pessoal, a liberdade de escolha e a necessidade de autonomia, ficam afectadas.

O doente espera dos enfermeiros a ajuda necessária para a realização de todos os cuidados que a sua pessoa precisa para continuar a manter a vida e a dignidade, aliviar ou diminuir o seu mal-estar.

O processo de desarmonia interior que a situação de dependência lhe provoca é anulada, aliviada ou pelo menos diminuída quando através dos cuidados que recebe lhe reconhecem o direito de ser Pessoa única e sobretudo compreendem os seus sentimentos de mal-estar.

Assim, quando recebe carinho, quando os cuidados são feitos em tempo útil, com simpatia e disponibilidade, quando vê e sente confiança, compreensão, interesse, amor e solidariedade para com o seu sofrimento, quando se sente tratado como um familiar íntimo, quando se antecipam às suas necessidades, elevam-se os seus sentimentos de bem-estar e harmonia interior. Estes sentimentos de bem-estar devem-se à satisfação das necessidades não só fisiológicas, como as de pertença, ao ser aceite, compreendido, valorizado e amado. Houve momentos em que a união entre enfermeiro e doente foi de tal modo profunda que o impacto dessa interacção transcende aquele momento, perdurando além do tempo da sua realização e

influenciando a sua vida. Este tipo de interacção cria no doente uma harmonia no corpo e no espirito que lhe dá força geradora e potencializadora de processos de bem-estar de que estava carente, para ultrapassar a situação de mal-estar provocado pelo internamento e pela doença.

A pessoa do enfermeiro perante o sofrimento do doente compadece-se, vivendo sentimentos de pena e tristeza, que o afecta mesmo fora dos momentos de realização dos cuidados. Estes sentimentos são mais intensos quando vê nestes doentes a sua própria pessoa, ou um familiar íntimo e querido. Os cuidados que lhe presta são dados com o mesmo interesse, amor, altruísmo cuidado, preocupação e desvelo com que uma mãe toca e cuida do filho que ama. Há uma união entre enfermeiro e utente de tal intensidade que a vivência desta relação passa a fazer parte da sua história de vida.

Doentes e enfermeiros conseguem perceber sem palavras, só através da forma como tocam e são tocados, como olham e são olhados, a grande compreensão, interesse, respeito e cumplicidade que mutuamente se inspiram. O toque sendo pré requisito é um complemento importante na relação.

Percebe-se muitas vezes no discurso dos prestadores de cuidados que cuidar é algo da esfera do sentimento, de boas intenções, olhares calorosos..., quando estudos demonstram que o cuidar na perspectiva dos doentes é sempre compreendido num contexto tal como já foi anteriormente referido. Assim quando a situação apela a uma eficiência técnica é a competência técnica, a rapidez, a não hesitação que é experienciada como cuidar; quando a situação não exige actos instrumentais, o ser reconhecido como ser único, ser tratado com delicadeza, compreensão e carinho é identificado pelo doente como tendo sido cuidado.

Todo o gesto por mais técnico que seja, deve procurar antes de mais não provocar dor e dar confiança; ajudando a pessoa a aceitar e confiar. Tudo está na forma de fazer e de saber fazer, no estar e no saber estar.

É no discurso do próprio cuidado , no contacto directo que demonstraremos que tem valor e que a sua pessoa é significativa para a enfermeira e por isso está ali por ela e com ela. Gestos simples como: pegar na mão antes de darmos uma injeção ou medir a tensão arterial, olhar para ela, aconchegar a roupa, uma conversa banal, não exige mais do que alguns segundos; nunca será tempo perdido mas sim tempo ganho. A comunicação pelo tocar é poderosa e totalmente intemporal, os seus efeitos serão potencializados se for feita de modo consciente e com um objectivo.

A falta de tempo é sistematicamente invocada como factor causal para a nossas atitudes mecanizadas e comportamentos estereotipados. Tudo está na forma como vivemos o tempo de que dispomos, e na forma como o organizamos.

Se esperamos algum dia separar os cuidados ditos “técnicos” e “não técnicos” dos cuidados de relação nunca teremos tempo. Sobretudo a nível hospitalar os cuidados globais à pessoa acontecem no desenrolar de cada ínfimo cuidado instrumental, seja ela para responder à cura da doença ou à manutenção da vida.

### 3.4 – RESPEITAR

A pessoa é um “ser no mundo”, único, com uma dimensão espiritual e corporal e como tal a sua individualidade exige ser respeitada. Para Levine,

citado por Browne, o respeito demonstra-se no dia a dia, no modo como nos relacionamos com o outro, sempre que há uma interação. Nas relações enfermeiro/doente o respeito terá que estar presente, ele está subjacente e a anteceder todos os cuidados, é um pré-requisito.

A relação entre respeito e cuidar é complexa. Se o cuidar tem uma abrangência superior à do conceito de respeito, um não pode existir sem o outro.

Segundo Kelly, o respeito manifesta-se por assegurar a dignidade à pessoa, ser reconhecida como ser único, onde os seus direitos, capacidade de decisão, autonomia e aceitação dos seus valores são preservados. Também respeitar a individualidade da pessoa, o tratar o doente pelo nome, ouvi-lo, a forma como se fala sobre ele são formas, vertentes e momentos da relação, em que respeitamos ou não.

Respeitar, é tão essencial, que uma das características principais daqueles que cuidam é a sua capacidade de perceber e demonstrar o ser único que o indivíduo é, como percebe os seus sentimentos e como o distingue da outra pessoa de um modo significativo.

Respeitar a pessoa que precisa de cuidados não é exigido por motivos éticos intrínsecos à pessoa da enfermeira, é um direito que o doente possui por ser pessoa. Como salienta Renaud, “ cada um de nós sente-se espontaneamente pessoa. Quem de entre nós, não fica profundamente ferido quando se rebaixa a nossa pessoa a um nível que julgamos indigno? De facto a dignidade de pessoa parece uma aquisição da nossa cultura”. É algo que alguns doentes já assumem como lhes pertencendo por direito próprio:

“Achava normal ser tratada como pessoa, porque era pessoa e daí terem certos cuidados comigo, dar banho, voltarem-me e tudo o mais”. É uma necessidade que eu sinto e se a sinto devo ser tratado e atendido, como doente, tenho esse direito”. No assumir destes direitos não será provavelmente alheio o factor idade e formação literária.

Mas também se respeita a pessoa quando lhe são assegurados por comportamentos e atitudes a satisfação da sua necessidade básica de segurança. Sobretudo nas situações em que há alterações e limitações graves na mobilidade, fazer com que a pessoa sinta confiança e segurança nos cuidados que recebe é crucial, pois os ambientes hospitalares são ambientes desconhecidos, despersonalizados e como tal são percebidos como ameaçadores.

Sente segurança, quando confia na competência técnica do enfermeiro e quando ele cumpre o seu dever. Isto é algo valorizado pelos doentes, sendo fundamental para o seu sentimento de bem-estar.

### 3.5 - ESTAR PRESENTE

O estar com o doente, base de muitas horas da prática de Enfermagem, só por si, pode funcionar como meio de proporcionar segurança que é benéfica para o doente. A presença da enfermeira é mais do que a presença física, pois o prestar atenção reflecte ou deve reflectir o estar em sintonia com o outro, e isso, só por si pode ser uma ajuda, porque retira a pessoa dos muros do isolamento em que o sofrimento a coloca.

Acções específicas tais como o contacto do olhar, a linguagem corporal, o tom de voz, são indicações de cuidar percebidas pelo doente, que lhe

provocam segurança. Estas acções não tomam mais tempo e podem provocar alterações significativas no bem-estar do doente.

“Quando passa por mim põe-me assim a mão, no ombro e fala comigo”; “Sinto-os meus amigos”, são frases verbalizadas e que reflectem o estímulo favorável que é a presença da enfermeira.

O “estar ali com” e não “estar ali para” permite à enfermeira centrar-se na totalidade da pessoa, interessar-se pelas suas necessidades, envolver-se pessoalmente com o outro, numa atitude altruísta. O “estar ali com” permite-lhe desejar conhecer o doente, aceitá-lo como pessoa, preocupar-se sinceramente com o seu bem-estar, “comecei a interessar-me por ele”, “ele é o meu doente preferido”, foram frases verbalizadas pelas enfermeiras. O outro e a sua pessoa são importantes para a enfermeira e como tal é inevitável gastar tempo nele e com ele. “A andavam constantemente de roda de mim a perguntar se preciso de alguma coisa”, referia um doente.

“Estar com”, “gastar tempo com”, a antecipação das necessidades, são formas de cuidar, que fazem com que o doente se sinta cuidado e veja a sua dignidade de pessoa, preservada.

Respeitar não se limita a um sentimento, concretiza-se em actos. Todos temos consciência, que a maior parte das vezes não está inculcado no nosso pensamento e muito menos no nosso trabalho, atribuir um papel activo para o doente. Pelo contrário nós é que sabemos e determinamos o que é bom para ele, embora, sempre com a melhor das intenções. E isto é assim porquê? Situamo-nos no dia a dia, predominantemente na esfera dos cuidados físicos, inerentes à cura da doença e as repercussões da doença na globalidade da pessoa tem menos importância. É muito difícil olhar para o doente, como um “todo”. Há muita tendência em dar mais importância só à “parte doente”.



Mas ser mais pessoa ou mais indivíduo não é exclusivamente da responsabilidade pessoal. O ambiente social em que vivemos condiciona fortemente o sistema aberto que é o Homem. Num momento em que a sociedade se encontra cada vez mais despersonalizada, a dinâmica das transações humanas exigem uma abordagem única dirigida à pessoa, integrando as diversas vertentes que compõem num todo unificado e significativo.

### 3.6 – A COMPLEXIDADE DOS AFECTOS

Os enfermeiros identificam pacientes com parentes e muitas vezes cuidam deles como se eles tal fossem. Essa atracção é naturalmente mais intensa para aqueles de quem nos sentimos mais próximos e que melhor conhecemos. Aqueles que por algum motivo nos fazem lembrar familiares e amigos íntimos, que podem até já ter falecido, provocam-nos “insights” empáticos mais intensos. “Talvez por já não ter o meu pai, transportei tudo aquilo que era capaz de fazer ao meu pai para aquele senhor”, referia uma enfermeira.

Estes factos provocam uma maior sensibilidade e atenção a dar ao outro, mas facilmente se cai num superenvolvimento que pode ser prejudicial, devendo por isso ser evitada a sua utilização. Por mais artificial que isso pareça, precisamos reconhecer e ter o distanciamento suficiente para percebermos que o doente não somos nós ou o nosso familiar. O envolvimento exagerado pode fazer correr o risco de serem utilizados mecanismos de negação e repressão em situações futuras.

Só ao assumir-se como activo co-participante dos cuidados e respeitando e conhecendo as necessidades do outro, a enfermeira atenderá prioritariamente as suas necessidades.

Serão estes sentimentos maternais e de identificação projectiva salutareos?

O ambiente afável, carinhoso, compreensivo foram considerados terapêuticos pelos doentes... Como referia uma doente “acalma-me, não gosta de me ver chorar, eu vejo a maneira dele... põe assim a mão no ombro quando passa por mim”. A presença cada vez mais acentuada de homens na enfermagem, que efeitos terá na sua evolução e na relação com os doentes , em geral?

O corpo e mãos do enfermeiro ao tocarem e comunicarem com a pessoa doente e tiverem uma relação amigável, quase maternal são suporte e veículo da comunicação sentidos como úteis para o equilíbrio necessário ao processo de recuperação.

O nosso superenvolvimento, além de não dever ser utilizado para decidir ou dominar o outro, leva geralmente a níveis de stress elevados e mesmo de burnout, sobretudo quando a situação não é resolvida com sucesso. Esta situação é tanto mais problemática, quando se sabe que a ideais elevados correspondem os maiores níveis de tensão. Este sentimento ocorre intensamente – “estafada, mas gratificada”; “gostei muito de viver esta situação, mas estou com uma enorme tristeza”.

Ao vivermos o sofrimento do outro, naturalmente deixamos de pensar objectivamente sobre a melhor forma de o ajudar. Sentimentos de pena, compaixão, simpatia são formas de ajudar primárias, em que o sofrimento do outro penaliza de tal modo a enfermeira que lhe faz perder a capacidade para o

ajudar. Diferente da simpatia, da pena e da tristeza, a empatia emocional, faz com que “o prestador de cuidados” tenha intuição do problema do outro e responda à situação do doente de forma verdadeiramente altruísta . Os doentes não precisam de nos ter com eles no fundo do seu problema, pois isso ainda poderá agravar o seu sentimento de desespero e abandono.

O encontro, a proximidade física e emocional do enfermeiro com a pessoa que sofre é geradora de sentimentos positivos, que são geralmente úteis ao seu processo de recuperação. Esta proximidade pode gerar níveis de sintonia emocional elevados. “ Foi uma grande alegria fazer xixi sem a algália; quando viu que eu fiz xixi, sentiu a mesma alegria que eu senti”.

Estas emoções nascem da percepção que temos da situação do doente, de como aprendemos a ver o que os olhos não vêem. Esta dinâmica só acontece quando o enfermeiro se disponibiliza para o outro e quando o outro tem valor para ele. Há um sentimento comum.

Porque é que isto acontece?

As pessoas são atraídas naturalmente umas para as outras e as enfermeiras como pessoas que são, não estabelecem relações afectivamente neutras como tradicionalmente se ensinava e aconselhava a ter. Mas cuidar é ao mesmo tempo um fenómeno interpessoal e uma responsabilidade profissional, é uma obrigação moral tratar igualmente bem todas as pessoas, é uma questão de justiça. Isto pode ser problemática para as enfermeiras, pois os cuidados ao acontecerem em determinado contexto, são influenciados por factores emocionais e institucionais complexos dificilmente percebidos,

podendo criar sentimentos de culpa ao não conseguirmos “cuidar bem” de todos.

O que me leva a cuidar do outro?

É porque me identifico e me projecto no seu sofrimento?

É porque me sinto atraída para aquela pessoa?

É por dever e obrigação profissional?

Ou simplesmente porque no meu íntimo tenho um sentimento altruísta?

Estar próximo, ajudar, ser útil e cuidar verdadeiramente exige conhecermo-nos e respeitar os nossos próprios sentimentos. Quando deturpamos ou não reconhecemos os nossos próprios sentimentos e reacções ficamos demasiado envolvidos então conseguimos o distanciamento mental de ver e perceber quando o outro precisa de nós.

A neutralidade efectiva não existe, reacções de recusa ou simpatia, de desagrado e satisfação misturam-se em qualquer situação de cuidados. Os sentimentos de desconforto nascem porque achamos que devemos manter sempre os mesmos padrões de qualidade na relação, não importando as circunstâncias. Quando nos envolvemos excessivamente, sentimentos de posse ou de rejeição ocorrem e aquela pessoa torna-se na melhor ou na pior com quem já lidamos. Há que parar e olhar para dentro de nós e tentar perceber o sentido que essa relação tem para nós.

Muitas vezes pensamos que os enfermeiros/as são forçosamente mais abertas, mais generosas e mais altruístas que quaisquer outras. Mas Há que pensar que lidam com pessoas em crise e por isso exige-se uma selecção e preparação adequada que facilite a recuperação das pessoas que têm problemas cujas repercussões as afectam globalmente e que necessariamente

procuram mais abertura, generosidade e altruísmo sendo normalmente atendidas, porque essa atitude faz parte do cuidar.

Como o cuidar se manifesta pela sua presença e não pela sua ausência também os cuidados de manutenção se tornam importantes nos momentos em que por limitação precisamos de alguém que nos cuide. Só por si são geradores de bem-estar, porque ao serem executados, o doente reconhece-os como gestos seus conhecidos, são fonte de segurança, conforto e bem estar.

Referia um doente “Sentia grande alívio nas costas...quando massajada sentia-me fresca...`medida que ia fazendo as coisas ia falando, ia acalmando o espirito, começou a lavar, a molhar, a baixar a temperatura, estabilizei, adormeci e não dei por mais nada. Lembro-me perfeitamente da maneira como lavou, como passava a esponja, era muito suave, com calma, sem pressa, foi refrescante, acalmou-me, foi a primeira noite que eu dormi bastante bem, eu passava as noites em claro”.

Em determinados momentos o espirito do doente e do enfermeiro viveram a relação em tal sincronização afectiva que enriqueceu o que cada um é como homem e como mulher. O seu efeito perdurou para além daqueles momentos. Esses cuidados passaram a fazer parte da história de vida de cada um, aprenderam um com o outro a ser mais humanos, identificarem-se um com o outro ao encontrarem eco dos dilemas dos outros em si próprios. “ Até ali, não tinha sido tratado daquela maneira. Senti que estava a ser tratado como um familiar... não saiu do lado da minha cama o tempo todo, eu saber isso foi positivo para mim ...Somos amigos, criou-se uma amizade bastante grande, marcou bastante”.

Tal como a relação com o outro pode ter níveis de profundidade diferentes, também os efeitos dos cuidados na pessoa do doente podem ser de vários níveis. Serão as capacidades e exigências dos intervenientes em interacção a determinar o nível da relação, pois nem todos os doentes necessitam ou desejam a mesma coisa ao mesmo tempo.

Por vezes rejeitamos os momentos de entorpecimento emocional em que nos encontramos, sem percebermos as razões disso. Segundo Hochschild, o distanciamento emocional reduz o acesso à nossa capacidade de sentir, evitando-nos stress. Permite à pessoa manter-se fisicamente no seu local de trabalho, mas perde a capacidade fulcral de interpretar e sentir o mundo à sua volta.

Há que possuir a capacidade de introspecção e em cada situação de cuidados, importa determinar a nossa disponibilidade e capacidade de humanização, para haver um equilíbrio entre as nossas capacidades e as necessidades dos que necessitam de nós. Não seremos sempre perfeitos, mas teremos sempre a preocupação de respeitar o outro e o seu sofrimento.

A única forma de desenvolvermos a nossa sensibilidade é conhecer e sentir os sentimentos que nos fazem felizes, assim como os dolorosos. Ao conhecermo-nos e aceitarmo-nos, desenvolvemo-nos pois agindo honestamente vamos reconhecendo as nossas imperfeições que teimávamos em esconder. Isto permite-nos alargar a nossa capacidade de compreensão para aqueles aspectos que nos desagradam nos outros. Tornamo-nos mais humanos ao aceitarmos e fomentarmos a verbalização de sentimentos positivos ou negativos dos doentes. Quando camuflamos e reprimimos os

nossos sentimentos, não permitiremos também aos outros que eles expressem e explorem os seus sentimentos.

Nesta relação, a compreensão cognitiva e a consistência afectiva fazem com que não se viva a situação de forma ambígua, confusa, ou com medo. É a forma como lidamos com as situações que tanto podem gerar stress, como podem ser de desenvolvimento, afectando positivamente o doente e o enfermeiro e conseqüentemente desenvolver a sua conduta altruísta.

### 3.7 – A INTIMIDADE MAIS ÍNTIMA

A enfermeira trabalha num ambiente onde o corpo é visto com objectividade profissional, não havendo áreas do corpo proibidas de serem vistas ou tocadas. Possui “permissão automática” para tocar e “violar” certas normas socialmente proibidas, mas isso pode ser perturbador, pois o espaço pessoal é invadido nomeadamente quando se cuidam das zonas mais íntimas.

Os sentimentos vividos nesta aparente permissividade e passividade, estão longe de ser momentos fáceis quer para o doente, quer para a enfermeira, pois “tocar” incomoda, revela a vertente tabu, a par da componente afectiva, até mesmo sensual que lhe está atribuída.

As dificuldades para lidar com o corpo remontam a um passado histórico longínquo que tem perpetuado a sua influência até aos nossos dias.

Numa sociedade patriarcal onde a mulher pela sua natureza humana está ligada à procriação e ao mistério da maternidade a associação da sexualidade à mulher e ao corpo é inevitável. O corpo possui zonas nobres, cérebro e coração, assim como zonas vis, o abdómen. Os cuidados e actos ligados a estas áreas são feitos em privado e com um certo pudor.

Segundo Collière, é com a emancipação da mulher, com a reestruturação dos valores inerentes à família patriarcal, e a visão científica dos fenómenos humanos que se vão alterar alguns tabus relacionados com o comportamento sexual. No entanto ainda hoje a sexualidade continua a ser dos elementos de vida humana aquele que é encarado mais irracionalmente, coexistindo padrões de conduta que reflectem uma moral convencional a par de comportamentos atentatórios dessa mesma moralidade. A resistência, ignorância e preconceitos que pairam sobre o tema fazem com que a sexualidade e a genitalidade sejam temidos, confundidos e se tornem fonte de problemas para as pessoas.

Para Merleau- Ponty, o sexual é a nossa maneira carnal de viver a relação com o outro, pois a sexualidade está relacionada com outrem, não somente com o seu corpo. “Ela vai tecer entre o Outro e Eu um sistema circular de projecções e de introjecções, acender uma série indefinida de reflexos que reflectem e os reflexos reflectidos fazem com que eu seja o Outro e ele seja Eu mesmo”.

Para Watson a sexualidade envolve a globalidade da personalidade humana ao longo dos vários estádios do seu crescimento e desenvolvimento. O comportamento e mitos ligados à identidade sexual e às diferenças entre Homem e Mulher, variam de cultura para cultura e são o resultado de uma complexa interacção de forças internas e externas, nomeadamente educação, ambiente social, cultural e hereditariedade. Saliencia a autora que a essência da sexualidade está na forma como nos relacionamos com os outros, com o funcionamento total da pessoa como Homem e como Mulher, em todas as experiências da vida diária e não somente nas experiências sexuais.

Se olharmos numa perspectiva psicanalista é realçado o poder erótico que se desprende e liberta dos corpos nus. Nenhum acto escapa à



problemática sexual e os actos terapêuticos do cuidar também não. Desconhecer, negar ou realçar esta situação só poderá conduzir a atitudes repreensíveis.

Se reconhecermos e aceitarmos a sexualidade como parte integrante da vida, se não a negarmos ou banirmos, o prazer e o desejo não se impõem com carácter de urgência. Recear que a tomada de consciência do desejo e atracção entre as pessoas seja

Necessariamente seguida de uma atitude de sedução perversa, é uma crença errada favorecida pela nossa cultura, baseada no consumo e satisfação imediatas das necessidades. Acreditar também nisso é tentar reduzir a sexualidade à genitalidade, que seria o mesmo que tentar reduzir a imensidão do Universo ao planeta Terra.

Não podemos viver dominados pela obsessão latente da sexualidade pois isso só agrava a comunicação já de si empobrecida pelas exigências e complexidades dos cuidados técnicos. As necessidades sexuais não são necessariamente expressas através do acto sexual, podem ser satisfeitas no dar afecto, na proximidade e intimidade. Quando há tomada de consciência da importância e finalidade do corpo e da vida da pessoa podemos transformar a pulsão sexual num movimento securizante para o outro, terno, desdramatizante e não bloqueador.

Estereótipos e preconceitos sexuais afectam a nossa personalidade e o tipo de cuidados que recebemos no dia a dia, influenciando também os papéis atribuídos aos profissionais de saúde. Muitas vezes gostaríamos de ter gestos doces, suaves, carinhosos, mas não ousamos fazê-los com medo de introduzirmos a ambiguidade na situação, tememos que os nossos gestos

sejam mal interpretados. Aliás a palavra amor é raramente usada nas interações com os doentes.

Um enfermeiro do nosso estudo verbalizava assim este receio:

“ Todos os cuidados que lhe prestava era por necessidade, mas também por amor... é um bocado difícil ... penso que será lícito, um enfermeiro estar a dizer isso ... fazer os cuidados por amor ... quer dizer, podem as pessoas pensar ... levarem as coisas para outros campos, ... mas não é o caso”.

Sobretudo na fase inicial da vida profissional, de repente, só pelo facto de vestir uma bata branca a enfermeira pode e tem que tocar em zonas socialmente proibidas, podendo ocorrer sentimentos de mal-estar, insucesso, frustração.

A preparação académica considerada insuficiente, não desmistificou a fantasia novelesca que os “média” continuam a perpetuar acerca da mulher/enfermeira. As experiências vividas no processo de formação foram restritas, simplificadas da realidade e em termos cognitivos somente foram enfatizados os aspectos da anatomia e da fisiologia do homem e da mulher.

A dificuldade em lidar com os corpos nus existe e são assim comentados por uma enfermeira do nosso estudo:

“Ninguém disse nada que se assemelhasse a isso nas aulas. Um doente cai na cama e os órgãos genitais deixam de existir. Ficava embaraçada de ter visto qualquer coisa que sabia que ele não queria que eu visse, como se de algum modo tivesse invadido a sua intimidade. Estava visivelmente

embaraçado e eu tentei não olhar o corpo. Mas de cada vez que levantava os olhos para fixar os dele, a dor que exprimiam era-me muito mais desagradável do que a sua nudez. Na verdade todo o seu corpo era macio e musculoso que dava prazer olhá-lo.”

Também no nosso estudo o início da vida profissional foi referenciado como algo extremamente difícil nesta área. Jovens adolescentes, inexperientes, com uma educação “ que foi muito preservada nesse aspecto” fantasiaram as relações entre os sexos como algo difícil e problemático . “A pessoa vai com aquela ideia, que vai ser diferente ... doentes que dizem certas coisas, ... mandam piropos ... há aquele sentimento de repulsa”.

E como se lidam com estas situações tão delicadas ?

Tem que haver uma consciencialização e confiança no lidar com a sua própria sexualidade. Ficando desperto para os factores socio-culturais (hábitos, manifestações, tabus, preconceitos) que fazem parte de cada pessoa e afectam os comportamentos e atitudes individuais, por ser homem ou mulher. Há que ter a coragem de falar destas questões de modo não etéreo, pois os conhecimentos de psicologia e sexologia, serão de grande utilidade para a libertação e progresso da ciência do cuidar.

O sentimento de pudor é quase universal na raça humana. É um impulso natural, um aglomerado de receios de origem mais social do que sexual. Provém de um conflito interior da personalidade, que é positivo, pois a sua presença mostra que a pessoa estabelece as suas apreciações na medida da sua personalidade ideal.

No doente as situações de pudor, geradas na falta de intimidade, o estar nu, nas situações de eliminação e perda de controle intestinal e visical obrigam-no a comportar-se de uma determinada maneira que não aprova, mas que se vê obrigado a aceitar. Da mesma forma a enfermeira sente o mesmo, mas transforma esse seu sentimento, num cuidar, amigo, natural, só possível com um sentimento altruísta.

Nos cuidados em que a distância íntima é quebrada, em que a respiração, odores, sensações tácteis, imagens e sons do enfermeiro e do doente se misturam, a tendência é dissimular a perturbação que esta proximidade provoca e isso pode agravar o desconforto de ambos. É significativo o sentimento de urgência expresso pelos enfermeiros em acabar rapidamente estes cuidados. Mas será somente a dificuldade em lidar com esta parte do corpo que provoca incómodo no enfermeiro?

O pudor do doente é para Prevost um falso problema. Nega-se ou desvaloriza-se esta reacção pessoal e natural do doente, não pela nudez do corpo em si mesma, mas pelos sentimentos e emoções que o doente está a viver. É a emoção do doente que não interessa nem pode ser contemplada, porque existe o medo, de que essa emoção perturbe a enfermeira, se for introduzida na relação.

A despersonalização que ocorre nos hospitais é uma constante e o desrespeito nos cuidados às zonas íntimas é só mais uma manifestação do mesmo. A expectativa do pessoal hospitalar de que o doente partilhará informações íntimas e exporá o seu corpo sem reservas, é outro factor que contribui para a perda da privacidade. Ora a violação da privacidade é um

atentado à sua dignidade, não pelos actos em si, mas pela forma como estes se desenrolam.

Ainda hoje não estamos longe da dinâmica de trabalho identificada por Prevost em finais do século XIX, onde concluiu que os que cuidam tudo podem ver e fazer, têm um olhar impessoal, científico, usam gestos metódicos, não têm qualquer tipo de curiosidade. Exige-se à enfermeira impassibilidade e neutralidade, pelo que o doente perde todo o sentido, pois o único sentido imaginado é um sentido proibido.

O ultrapassar, anular ou acalmar o sentimento de vergonha inicial do doente, ou então reforçar a sua ansiedade, está na forma como o abordamos. Voltar as costas, negar ou coisificar estes cuidados, recusando encará-los na sua essência, só provocará incómodo no enfermeiro pois o problema persistirá e consumi-lo-á sempre, para além de não ser também capaz, de ajudar minimamente o doente. O processo de cuidados tem que ser uma relação a dois.

Embora a situação seja delicada e subtil o enfermeiro pode e deve aproveitar esses momentos privilegiados para intensificar a relação e para isso tem de banir constantemente determinados códigos de comportamento institucionalizados e que são um contínuo atentado à dignidade da pessoa. Exemplos disso são: o tapa/destapa sem aviso ou autorização prévia, o estar totalmente nu, as camisas e pijamas desajustados ao seu tamanho, a linguagem ofensiva utilizada quando nos referimos aos órgãos sexuais, os cuidados e tratamentos a campo aberto ao corpo e às zonas íntimas, a falta de decoro com que os doentes passeiam os sacos de drenagem vesical e até mesmo o deficiente grau de higiene a estas zonas do corpo.

Ser capaz de cuidar do doente nestes cuidados, exige que a própria enfermeira tenha compreendido as interdições e fantasias que acompanham a sexualidade e o tocar nas pessoas, que tenha reflectido e identificado o seu grau de à vontade ou de mal estar no lidar com as pessoas ao utilizar o sentido do tacto. Só quando compreender e aceitar a sua própria sexualidade, quando se permitir ser tocada, sem interpretar a experiência de modo muito pessoal, estará preparada para estes processos de cuidados particulares. Em caso contrário arrisca-se somente a comunicar ao doente o seu próprio desconforto.

Como diz Collière os cuidados físicos são o “bom pretexto” para tocar o corpo do outro e estabelecer uma relação. Isto só acontecerá quando cada um “encontrar em si próprio o sentido do corpo sexuado, de interpenetração corpo/afecto/pensamento, para tentar apreender com e junto daqueles que vamos ter que tratar”.

Será a expressão subtil do corpo do enfermeiro que dará a perceber claramente ao doente, no simples acto de colocar a mão de uma determinada maneira, a mensagem: “podemos tocar-nos sem que este contacto tenha por finalidade a excitação sexual”.

A sensibilidade, maturidade e delicadeza da enfermeira facilmente demonstrará ao doente que a interacção vai além do funcional, do neutro ou banal, não precisando por isso de proteger-se contra agressões à sua dignidade. Quando a pessoa é acolhida, respeitada, quando é todo o ser doente que é cuidado e não simplesmente o seu corpo ou uma das partes do seu corpo, a reacção de pudor vai-se esfumando espontaneamente, pois não tem lugar para existir.

No início de uma relação é necessário obter permissão para tocarmos e invadirmos o território do doente, sob pena de nos colocarmos numa posição perigosa. É necessário criar uma relação, um entendimento e confiança prévia para que o acto de tocar não seja bloqueio, transgressão do corpo do outro. Segundo Estabrooks o processo de tocar uma pessoa tem exigências próprias. Há que primeiro pedir permissão para entrar (fala). De seguida fala e toca e por fim é que estabelece a relação tocando e deixando-se tocar. Só neste momento é que há uma reciprocidade que vai além do contacto de pele com pele.

A manutenção da dignidade e da auto-estima também passa por atitudes básicas de respeito, verbais ou não verbais, como seja a simples delicadeza de bater à porta, de chamar o doente pelo nome que prefere, do encorajar a individualidade, farão com que o sentimento de vergonha não se instale.

Alguma insegurança que a enfermeira tenha no cuidar, quer seja por falta de preparação, imaturidade ou inabilidade, acentua-se nestes cuidados. A insegurança da enfermeira faz com que os doentes, percebam as enfermeiras como dragões apressados procurando empurrá-lo das suas conchas para as deles, o que lhes poderá agravar o desconforto e aumentar a ansiedade. Há que perceber que determinados cuidados aos órgãos genitais, aos actos de urinar e defecar, podem despelotar no doente, fantasmas ou problemas não resolvidos que poderão despelotar algumas reacções menos agradáveis para ambos. Há que compreender e não penalizar determinados comportamentos dos doentes, considerados como afronta e desrespeito para com a pessoa do enfermeiro. Segundo Bloch a autorização dada às classes domésticas para

ignorar algumas regras da intimidade é porque pertencem a uma classe despersonalizada. O doente ao associar a pessoa da enfermeira a esses grupos sociais e as gorjetas, poderá estar a utilizar estratégias para mais facilmente lidar com a situação que o perturba. Exige-se à enfermeira uma preparação que lhe dê maturidade, sensibilidade e compreensão dos fenómenos humanos, pois “todos temos amor próprio, mas só quando vamos além de nós, demonstramos sinais de maturidade”, refere Allport, citado por Watson.

Quando a ternura é o sentimento subjacente para satisfazer a necessidade de segurança e da sexualidade, os momentos transpessoais podem aparecer também nesses cuidados. Durante os quais podemos restituir à pessoa a sua integridade pessoal, devolver-lhe o seu passado específico e o seu futuro, a sua personalidade ameaçada ou destruída.

No nosso estudo, nestes cuidados também ocorreram momentos muito significativos. Pelo significado, para nós surpreendente, vamos transcrever parcialmente um deles.

“Houve um enfermeiro que acabou de me dar banho saiu e foi buscar uma gilete, quando voltou cortou-me os pêlos todos ... olhou para mim não como uma simples doente, mas como uma mulher ..

Tenho alturas que penso que deixei de ser mulher e por isso, ele sendo uma pessoa desconhecida e olhando para mim como mulher, deu-me certa alegria. E no fim ele disse “pesa 60 quilos mas deixe que Nosso Senhor distribui-os muito bem” (ri-se) Senti-me satisfeita, foi uma forma diferente de mostrar que sou gente, que sou uma pessoa válida”.

Para esta jovem de 31 anos, paraplégica, este momento dos cuidados fez com que as suas angústias, fossem atenuadas. O enfermeiro cuidou a um



nível transpessoal pois foi mobilizando todo o seu potencial de vida, tocou naquilo a que a pessoa dá valor. O cuidar só tem sentido e valor se tiver em conta e contribuir para dar sentido à vida do utente numa dádiva gratuita sem a espera de recompensa pessoal.

Há que repensar que os processos de cuidados, como fonte de prazer, satisfação, alívio e conforto, só lhes será atribuído valor social se forem feitos com amor e altruísmo.

#### 4 – NOTA FINAL

A maior parte das “aptidões” anteriormente descritas (de entre muitas outras) não se desenvolvem facilmente em alguns (poucos) anos de formação escolar, decorando manuais académicos, treinando técnicas em laboratório, ou mesmo reproduzindo-as em situação prática, na prestação de cuidados, se a motivação primordial da estudante for corresponder às expectativas dos professores, para atingir objectivos pedagógicos de índole comportamental previamente concebidos em função de um plano de estudos de contornos rígidos. A motivação terá que ser outra.

Cuidar não se aprende só na aula ou num curso formal. Numa escola de enfermagem, adquire-se, quando muito, a bagagem transitória, sempre mutável, de habilidades específicas essenciais e os conhecimentos técnico-científicos que lhes dão suporte e as justificam, no contexto da profissão, mas que serão insuficientes para se cuidar realmente de alguém, se a formação de quem se propõe cuidar se ficar por aí.

Sendo a enfermagem a profissão de quem se empenha em cuidar do outro, numa perspectiva holística, tal pressupõe que a enfermeira seja alguém que tendo atingido um determinado patamar do desenvolvimento pessoal, se interessa sinceramente pelo Outro, no seu projecto de vida; alguém que compreende suficientemente a natureza humana para desejar empenhar-se, eficazmente, na ajuda à superação dos obstáculos que se entepõem entre os seres humanos e a sua realização pelo desenvolvimento. Por isto, é pertinente,

na actualidade, considerar que não basta à escola de enfermagem oferecer oportunidades de desenvolvimento cognitivo e psico-motor, mas que deve, igualmente, ser um espaço privilegiado que proporciona vivências emocionais favoráveis ao desenvolvimento afectivo da enfermeira, no seu amadurecimento como ser humano.

De facto, se nas obras literárias encontramos muitos personagens a quem nos aperfeiçoamos intimamente, com quem nos identificamos, com quem sofremos ou até de quem não gostamos, é porque, mesmo sendo figuras de ficção, foram construídas com todos os elementos de que é composta a natureza humana e conhecendo-as, aprendemos a conhecer melhor a humanidade, da qual fazemos parte. Com elas, na sua imaginária circunstância da vida, se aprende a dar valor à lealdade à fé, ao remorso, à frustração, ao envelhecimento, ao terror, ao medo, à solidão, ao amor, à compaixão, resultando em atitudes altruístas.

Se nos sentimos cativados pela reflexão sobre a natureza do ser Humano e aquilo que o preocupa, é porque aprendemos, reflectindo em conjunto com quem sente o mesmo fascínio, ajudando a conhecemo-nos melhor.

Olivia Bevis afirma que muitas pessoas passam grande parte da vida a ser escolarizadas, sem que, no entanto, tenham sido educadas para compreender uma ode ao amor ou uma peça de Mozart. Em sua opinião, uma das principais preocupações dos currículos de enfermagem deveria ser ensinar os enfermeiros a servir-se desses conhecimentos, porque é pela educação da sensibilidade que se preparam pessoas capazes de reagir perante o sofrimento

e a injustiça, e se cria uma massa crítica de enfermeiras verdadeiramente educadas e capazes de modificar a sua atitude no cuidar, modificar as condições de trabalho e implicitamente conseguir intervir na construção de uma sociedade mais justa.

Podemos questionar-nos como é que se desenvolvia, antigamente, a sensibilidade das mulheres iletradas, tão sensíveis e sabedoras na arte do cuidar. Poderemos chegar a uma simples conclusão: desenvolvia-se por processo análogo, fazendo transitar as crenças e os afectos de pessoa a pessoa, pela partilha, embora as vias utilizadas fossem outras. Os livros não eram lidos, mas as sagas eram contadas, transmitindo de geração em geração os sentimentos e os valores da comunidade, emolados pelo calor humano do narrador; cantava-se no trabalho; ouviam-se os sons da natureza – o trovão, o vento o canto dos pássaros, o lamento dos familiares doentes, o gemido das mães vizinhas no parto, o riso e o choro das crianças; havia horizontes e até as estações do ano eram reconhecidas pelas suas cores.

Nos tempos de então, os seres humanos estavam, mais próximos uns dos outros. Mas ontem como hoje, aprende-se, sendo-se amado e amando, como se aprende a cuidar, sendo-se cuidado e cuidando. Cuidar e amar fazem parte do quotidiano.

Naturalmente, todos transportamos connosco uma certa capacidade de amar e de cuidar, que constitui o nosso património individual e que servirá de suporte aos novos recursos que nos propomos adquirir para podermos desempenhar o nosso papel enquanto enfermeiras.

Admitindo o altruísmo como uma dimensão ética do cuidar, admitimos implicitamente, que só cuida quem tem um modo de estar ético. Como podemos, então, adoptar uma postura éticamente correcta e como podemos, educar as pessoas para sem éticas? – é a questão que N. Noddings levanta, ao considerar que cada um de nós tem responsabilidade não apenas no seu aperfeiçoamento pessoal, mas também no aperfeiçoamento ético dos outros.

A educação moral, escreve a autora, é uma complicada tarefa da comunidade alargada, e não apenas uma responsabilidade do lar, instituições religiosas ou da escola. Muito mais do que transmitir regras de procedimento “moralmente aceites, envolve o incentivo de um ideal ético nos educandos que os conduza “moralmente”, a ir ao encontro dos outros.

Tanto a ética como as recomendações dela derivadas, no que respeita à educação moral, têm por base afectividade, admite a autora. Contudo, não devemos cair na tentação de menosprezar o papel da actividade cognitiva, porque não é possível dissociar o pensamento e a razão da conduta ética: se excluirmos a cognição, caímos num sentimentalismo insípido e patético; se excluirmos o afecto, ou o considerarmos um mero “acompanhamento” das decisões, arriscamo-nos a cair numa fria racionalização para serviço.

Todos nós sabemos: a moral comporta um conjunto de preceitos e regras, que se podem conhecer antecipadamente. A ética não tem regras pré-determinadas: é a capacidade, respeitando valores supremos que se impõem, encontrar a resposta benéfica adequada a cada ser humano, na circunstância em que se encontra – uma resposta que pode até ser ímpar.

Quem cuida tem um grande objectivo: preservar e promover o cuidar em si mesmo e naqueles com quem se relaciona. É um objectivo inerente ao

próprio processo de educação, não colocado “fora” dele. Todo o processo se desenvolve tendo-o presente, interiorizando-o: “Funciona como fim, meio, e critério para ajuizar sobre os meios”.(NODDINGS,N.)

Assim sendo, aprende-se a ser ético, quando se aprende a preparação para a vida: ao experimentar o interesse dos outros e ao interessar-se por eles, ao receber e ao dar, ao ser respeitado e ao respeitar e querer sempre dar, mesmo sem a expectativa de qualquer recompensa.

Quando nos comportamos de um modo ético ao cuidar, não estamos simplesmente a obedecer a regras profissionais, a normas institucionais ou mesmo a princípios morais – embora possam orientar o nosso pensamento – mas estamos a ir ao encontro do Outro, um encontro genuíno entre quem cuida e quem é cuidado: encontro de amor e altruísmo, onde pode acontecer tudo, excepto o que vai contra esses próprios valores.

## BIBLIOGRAFIA

ADAM, Evelyn – *Ser Enfermeira*. Trad. Francisco José Correia. Lisboa, Instituto Piaget, 1994.

AGOSTINHO, Santo – *Confissões*. Trad. Do latim por Oliveira Santos, S. J. e Ambrósio de Pina, S. J. Porto, Liv. Apostolado da Imprensa, 1958.

ALBERDI CASTELL, Rosa M. - *Arroyo Gordo*. Pilar et al.- *Conceptos de Enfermería*. Madrid, UNED, 1983.

ALBERONI, Francesco – *Amo-te*. Venda Nova, Bertrand Editora, 1987.

ALBERONI, Francesco – *Valores*. Venda Nova, Bertrand Editora, 1999.

ALBERONI, Francesco ; VECA, Salvatore–*O Altruísmo e a Moral*. Venda Nova, Bertrand Editora, 1996.

ARISTOTE – *Éthiquê de Nicomaque*. Tours, Garnier Flammarian, 1965.

BENNER, Patrícia ; WRUBEL, Judith – *The Primacy of Caring Stress and Copying in Health and Illness*. Menlo Park, Addison, Wesley Publishing Company, 1989.

CARPER, Barbara A. – *The Ethics of Caring*. USA, ANS/Aspen Systems Corporation, 1979.

COLLIÈRE, Marie Française – *Promover a Vida*. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

COTTEN, R. – *Altruism: Human, Cultural or What?* In L. Wispé (ed.) *Altruism, sympathy and helping*. New York, 1978.

- D'ARCY, M. C. – *La Double Nature de l'Amour* Trad. Do inglês para francês por Émile Pin e Jean Mambrino. Paris, Aubier-Montagne, 1948.
- DONAHUE, M. Patricia – *Historia de la Enfermeria*. Trad. De inglês para espanhol de María Picazo e Carmen Hernandez. Barcelona, Ed. Doyma, 1993.
- EGAN, Gerard – *Communication dans la Relationi d'Aide*. Montréal, Les Editions H. R. N. , 1987.
- EISENBERG, N. – *Al Truistic Emotion, Cognition and Behavior*. Hillsdale, New York, Lawrence Erlbaum, 1986.
- FREITAG, B. – *Itinerários de Antígona: A questão de moralidade*. São Paulo, Papyrus, 1992.
- GIBBS, Y. ; SCHNELL, S. – *Moral Development versus Socialization*. *American Psychologist*, 1985.
- GIBBS, Y. ; WIKDAMAN, K. – *Social Intelligence: Measuring the Development of Sociomoral Reflection*. Englewood Cliffs, New York, Prentice-Hall, 1982.
- GREENLEAF, Nancy P. – *Caring and Not Caring: the Question of Context*. In –
- CHINN, Peggy L., Edit. Lit. Anthology on Caring. New York, National League for Nursing, 1991.
- HEIDEGGER, Martin – *Ser e Tempo*. Parte I, 5ª ed. . Trad. Márcia de Sá Cavalcante. Petropolis, Vozes, 1995.
- HENDERSON, Virgínia – *La Naturaleza de la Enfermeria; Reflexiones 25 años después*. Trad. de inglês para espanhol de Susan Haasa Casanovas. Madrid, McGraw-Hill, 1994.



- KÉROUAC, Suzanne ; PEPIN, Jacinthe et al. – *La Pensée Infirmière; Conceptions et Stratégies*. Laval, Maloine, 1994.
- KITSON, Alison – *Nursing Art and Science*. London, Chapman and Hall, 1993.
- LACROIX, Xavier – *Le Corps de Chair; les Dimensions Éhique, Esthétique et Spirituelle de l'Amour*. Paris, Les Éditions du Cerf, 1992.
- LANARA, Vassiliki A. – *Heroism as a Nursing Value; a Philosophical PersPective*. Athens, Ed. Aut., 1991.
- LEVINAS, Emmanuel – *Totalité et Infini; Essai sur l'Extériorité*. La Haye, Martinus Nijhoff, 1974.
- LOURENÇO, O. – *Altruísmo: Generosidade ou Inteligência Socio-cognitiva*. Lisboa, Instituto Nacional de Investigação Científica, 1988.
- MARQUES, R. – *Ensinar Valores: Teorias e Métodos*. Porto, Porto Editora, 1998.
- MERLEAU-PONTY, Maurice – *Phénoménologie de la Perception*. Paris, Gallimard, 1976.
- MERLEAU-PONTY, Maurice – *Sinais*. Lisboa, Minotauro, 1962.
- MERLEAU-PONTY, Maurice – *Résumés de Cours -collège de France 1952-1960*. Paris, Gallimard, 1976.
- MUNHALL, Patricia L. ; OILER, Carolyn J. – *Nursing Research a Qualitative Perspective*. East Norwalk, Appleton Century, Crofts, 1986.
- NIGHTINGALE, Florence – *Notes on Nursing: What it is and What it is not*. Facsimile da 1ª ed. 1859. Philadelphia, J. B. Lippincott CO., 199.

- PEARSON, Alan ; VAUGHAN, Barbara – *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Trad. de M. J. Simeão e Mercedes Olazabal. Lisboa, ACEPS, 1992.
- PIAGET, J. – *La Psychologie de l'Intelligence*. Paris, A Colin, 1947.
- RASDMA, Jenny – *Caring and Nursing a Dilemma*. Journal of Advanced Nursing. Oxford, 20, 1994.
- RENAUD, Isabel Carmelo Rosa – *Communication et Expression chez Merleau-Ponty*. Lisboa, Universidade Nova de Lisboa, 1985.
- ROUGEMONT, Dennis de – *O Amor e o Ocidente*. Trad. Anna Hatherly. Lisboa, Veja, 1989.
- ROUSSELLE, Aline – *A política dos Corpos: entre Procriação e Continência em Roma*. In - História das Mulheres no Ocidente, vol. 1-A Antiguidade. Trad. Alberto Couto et al.. Lisboa, Ed. Afrontamento/Circulo de Leitores, 1993.
- RUSHTON, Y. – *Altruism, Socialization and Society*. New Jersey, Prentice-Hall, 1980.
- SAUNIER, Annie – *A Vida Quotidiana nos Hospitais da Idade Média*. In – LE
- GOFF, Jacques, apres. - *As Doenças têm Historia*. Tread. Laurinda Bom. Mem Martins, Terramar, 198
- SISSA, Giulia – *Filosofias do género: Platão, Aristóteles e a diferença dos sexos*. In –Histórias das Mulheres no Ocidente, vol.1-A Antiguidade. Trad. Alberto Couto et el.. Lisboa, Ed. Afrontamento/Circulo de Leitores, 1993.
- TEILHARD de CHARDIN, Pierre –*Le Phénomène Humain*. Paris, Seuil, 1955.

TRUJILLO FERRARI, Alfonso – *Metodologia da Pesquisa Científica*. São Paulo, McGraw-Hill, 1982.

UYS, L. R. ; SMIT, J. H. –*Writing a Philosophy of Nursing*. Journal of Advanced Nursing. Oxford, 20,1994.

VEZEAU, Toni M. ; SCHROEDER, Carol – *Caring Approaches: A Critical Examination of Origin, Balance of Power, Embodiment, Time and Space, and Intended Outcome*. In – CHINN, Peggy I., Edit. Lit. – *Anthology on Caring*. New York, National League for Nursing, 1991.

WATSON, Jean – *Nursing: Human Science and Human Care; a Theory of Nursing*. New York, National League for Nursing, 1988.

ZAIMAN, Louise Bruit – *As Filhas de Pandora*. In – *Historia das Mulheres no Ocidente*, vol. 1- A Antiguidade. Trad. Alberto Couto et al.. Lisboa, Ed. Afrontamento/Circulo de Leitores, 1993.