

Mel com fel: representações sociais do cuidado de enfermagem e cidadania

Honey and gall: social representations of nursing care and citizenship

Moema da Silva Borges¹
Denio Lima²
Ângela Maria de Oliveira Almeida³

RESUMO

Introdução: O presente estudo teve por objetivo conhecer as representações sociais de trabalhadores de enfermagem que exercem suas atividades no âmbito hospitalar do Distrito Federal, acerca do seu trabalho. Foi desenvolvido com grupos de profissionais oriundos de três tipos diferentes de instituições: a) vínculo público; b) hospitais privados; c) hospital escola.

Método: A pesquisa de campo foi viabilizada por meio de um estudo de abordagem qualitativa realizado no Distrito Federal. Utilizou-se a técnica de entrevista guiada, com roteiro semi-estruturado.

Resultados: o estudo revela que os profissionais identificam o cuidado como seu objeto de trabalho, porém este assume características diferentes, alinhando-se com a missão institucional em que o profissional está inserido. Sendo assim, nas instituições públicas, o cuidado apresenta-se em uma dimensão assistencialista; no hospital escola, ele é visto sob uma ótica tecnicista; enquanto que nos hospitais privados, apresenta-se como produto do trabalho. Vale também destacar que os três grupos referem exclusão no mundo do trabalho, percebida como discriminação no acesso ao aperfeiçoamento e/ou no status social, advinda, por sua vez, da estratificação social do trabalho.

Conclusão: os profissionais de enfermagem que exercem suas atividades no âmbito hospitalar do Distrito Federal não possuem clarificação acerca dos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: Representações sociais; Cuidado de enfermagem; Identidade profissional.

¹Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília-DF, Brasil.

²Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, Brasília-DF, Brasil.

³Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília-DF, Brasil

Correspondência

Moema da Silva Borges
SQN 205, bloco G, apartamento 301, Asa Norte, Brasília-DF, 70843-070, Brasil.
mborges@unb.br

ABSTRACT

Introduction: This study aims to identify the social representations of nursing workers who exert their activities in the hospital environment

Recebido em 28/abril/2008
Aprovado em 21/outubro/2008

of the Distrito Federal. It was developed within groups of professionals from three different kinds of institutions: a) public hospitals; b) private hospitals; c) a school hospital.

Method: The field research was conducted by means of a qualitative study carried out in health institutions in the Federal District. The tool we used was a guided interview, with a half-structured script.

Results: the study reveals that the professionals identify care as their object of work; however, it assumes different characteristics, lining up themselves with the institutional mission in which the professional is inserted. As a result, in the public institutions, care is presented in an assistentialistic dimension; in the school hospital, it is seen under technician point of view; in the private hospitals, on the other hand, it is presented as a product of work. It is also worth noticing that the three groups relate exclusion in the world of work, perceived as discrimination in the access to improvement and/or social status, having its origin, in turn, in the social stratification of work.

Conclusions: The results allow us to conclude that the nursing professionals who exert their activities in the hospital environment of the Distrito Federal do not clearly identify the roles of a caretaking professional.

Key words: Social representations; Nursing care; Professional identity.

INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da humanidade, a prática de cuidados expressa a organização da vida social, com a qual se confunde. Alimentar-se, abrigar-se das intempéries do tempo, descansar em segurança, proteger o corpo com vestuário adequado e reproduzir-se constituem, até hoje, as necessidades vitais de qualquer grupo humano¹.

É no contexto da sobrevivência do grupo humano, buscando assegurar a vida, que se fundam os primeiros atos de cuidar. É também nesse cenário que se registram as bases fundantes do trabalho de enfermagem^{1,2}.

Daquela era até os dias atuais, a evolução da história da enfermagem percorreu um longo e tortuoso caminho. Os contextos sociocultural e econômico de cada época imprimiram, ao fazer da enfermagem, marcas que se propagam ainda nos dias de hoje.

Os aspectos simbólicos religiosos de origem profana e sagrada que permearam cada período, a consideração do cuidado como mera extensão dos trabalhos domésticos de obrigação feminina, as precárias condições do cuidado em saúde e a “moral duvidosa” das mulheres que exerciam a enfermagem entre os séculos XVI e XVII, forjaram, durante um longo tempo, as representações tanto dos cuidados, quanto das cuidadoras³.

Na metade do século XIX, Florence Nightingale buscou resgatar a dignidade da prática de cuidados, profissionalizando-a. Mas a memória das “mulheres suspeitas” que se dedicavam ao cuidado, somada ao ambiente de moralidade religiosa que predominava na Inglaterra vitoriana daquele momento, influenciou Florence Nightingale a adotar princípios rígidos de moral na seleção das novas enfermeiras. Essa fase instalou a base de cunho vocacional da enfermagem moderna.

Assim, o status profissional moldou nova construção social ao perfil da enfermeira. Nessa representação agregaram-se duas filiações: uma mais antiga, a matrilinear (filiação religiosa); e uma mais recente, a patrilinear (filiação médica).

Apesar de a filiação patrilinear conferir maior respeitabilidade à profissão, aproximando-a do status médico, essa distinção não foi suficiente para conferir à profissão de enfermagem as bases para construção de uma identidade própria. A filiação patrilinear não distingue as fronteiras e limites do fazer da enfermagem, na medida em que se confundem com o fazer médico².

Todas essas condições favoreceram que a enfermagem fosse impregnada de valores ditos “naturais” da mulher, colocando-a como sombra discreta e subordinada, sobretudo no espaço hospitalar, reforçando a imagem pública da enfermeira como um trabalhador paramédico. Sem muita consciência crítica, essa dimensão é inculcada na formação profissional, onde, de maneira mais ou menos visível, é exigida uma postura moral tida como dignificante para a imagem feminina. Segundo Loyola⁴, refina-se assim, na estrutura curricular, a construção de uma subjetividade que ela denominou de “o laboratório da docilidade”.

Nessa linha de argumentação, Collière¹ identifica que o dilema da profissão de enfermagem funda-se na exigência de passar de uma profissão de fé – fundada num “credo” que tem como finalidade servir, estar a serviço de todos: dos doentes nos tempos mais antigos, e depois dos médicos – a uma necessária clarificação do serviço oferecido.

Sendo assim, a clarificação dos cuidados de enfermagem constitui, ao mesmo tempo, um desafio e uma estratégia para conferir a valorização dos cuidados de enfermagem, bem como a dignidade profissional.

Nesse contexto, questiona-se: será que, no ambiente hospitalar, a enfermagem reconhece o seu fazer como uma prática cidadã? Por que uma profissão de valor social inegável permanece com sua grandeza oculta? Que valores e crenças permeiam esse conhecimento profissional?

O entendimento dado pela Teoria das Representações Sociais é de que o conhecimento é construído na interação do indivíduo com o meio. Segundo Moscovici³, a sociedade não é mera reprodutora de ideologias dominantes, mas é capaz de elaborá-las e transformá-las em representações que, por sua vez, determinam sua prática.

Nessa linha argumentativa, Denise Jodelet principal colaboradora de Moscovici define representações sociais como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”⁶.

Não obstante, Guimelli⁷ sugere que, após ter sido forjada, a possibilidade de mudanças de uma representação social sobre determinado objeto está diretamente relacionada ao significado que novas interpretações a respeito desse mesmo objeto tenham para determinado grupo.

Em outras palavras, pode-se dizer que os profissionais de enfermagem só reconstruirão a representação que foi forjada sobre o seu trabalho durante o processo histórico quando tomarem ciência de que essas representações ameaçam sua organização laboral, colocando em risco a identidade e a coesão de seus membros.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo apreender o conteúdo das representações sociais dos profissionais de enfermagem que exercem sua prática profissional nos hospitais do Distrito Federal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, realizado no Distrito Federal. Para coleta de dados utilizou-se a técnica de entrevista guiada, com roteiro semi-estruturado. O campo de estudo foram os hospitais público, universitário e privado do DF. Participaram deste estudo trinta profissionais de enfermagem. Os sujeitos foram 15 enfermeiras (os) e 15 auxiliares de enfermagem, sendo 19 do sexo feminino e 11 do sexo masculino. Em cada instituição entrevistaram-se 10 profissionais (50% de nível superior e 50% de nível médio).

As entrevistas foram realizadas entre os meses de novembro de 1999 e março de 2000 e, após o consentimento formal dos sujeitos, elas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Para auxílio na análise do material verbal, utilizou-se o *software* Alceste (análise lexical por contexto de um conjunto de segmentos de um texto), que analisa quantitativamente os dados textuais. A partir desses dados, buscou-se, no contexto dos depoimentos, identificar aspectos significativos do trabalho de enfermagem.

O protocolo de pesquisa obedeceu à Resolução 196/96. Os participantes do estudo, após concordarem em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Informado.

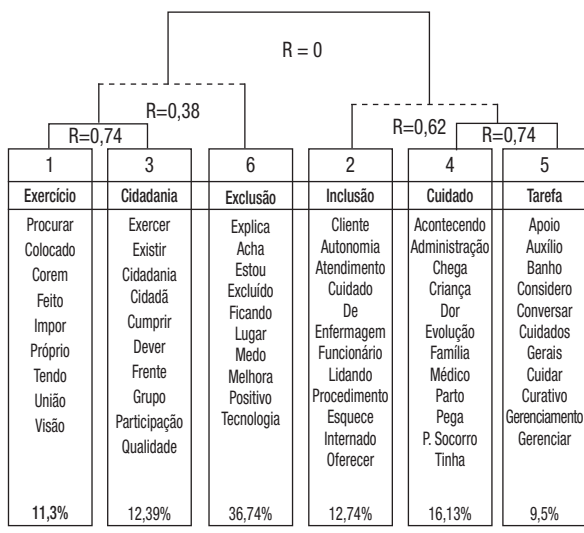
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise da totalidade das entrevistas, foi possível apreender o conteúdo das representações sociais dos sujeitos. A partir dos discursos, emergiram seis classes de palavras, que denominamos **exercício, cidadania, exclusão, inclusão, cuidado e tarefa**, constituindo-se conforme a figura 1.

Trabalho e cidadania para as enfermeiras do DF: o campo comum das representações sociais

Figura 1

Campo comum das representações sociais



Este nível de análise revela que existem dois eixos claramente distintos organizando as representações sociais da enfermagem, independente de seu lócus institucional, em duas dimensões. O primeiro remete-nos à idéia de cidadania (agrupa as classes 1, 3 e 6), sendo que a garantia dos direitos sociais aparecem como algo afirmativo da cidadania, e a falta de atualização do conhecimento como a negação dessa mesma cidadania. O segundo eixo aponta para o objeto do trabalho da enfermagem –o cuidar –, o qual, por sua vez, é evocado tanto a partir da tarefa, como do processo. De qualquer forma, é importante ressaltar que o cuidar – trabalho da enfermagem – é o discurso apreendido como o mecanismo de garantir a inclusão no mundo laboral.

Passemos agora a análises mais detalhadas, examinando cada uma das classes e encontrando suas relações internas.

A figura 1 apresenta seis classes, de acordo com o seu grau de relação. Observa-se uma forte relação entre as classes 1 e 3, como também entre as classes 4 e 5, e estas com a classe 2. Para efeito de compreensão da análise, esclarecemos que o Alceste considera as relações estatísticas com valores acima de 0,5 como mais significativas e denominadas fortes, enquanto que as relações abaixo desse ponto são consideradas menos significativas e denominadas fracas. Assim, quanto mais próxima de 1, mais forte será a relação. Da mesma forma, quanto mais próxima de zero, mais fraca será a relação. As relações fortes são representadas por linhas contínuas e as fracas por linhas tracejadas.

Vale ainda acrescentar que a força da relação entre as classes é expressa pela proximidade dos conteúdos dos discursos dos sujeitos, ou seja, as classes 1 e 3, que aparecem fortemente relacionadas, referem-se à cidadania. Enquanto a primeira expressa a idéia do exercício cidadão, a segunda expressa a cidadania propriamente dita.

O eixo da cidadania

Na classe 1 depreendemos o sentido do exercício da cidadania. Nela, os verbos **procurar, impor, ter, colocar e fazer** aparecem plenos de significado de algo imperativo a ser conquistado, conjuntamente com as palavras **união, próprio, visão e Coren** (Conselho Regional de Enfermagem). Expressa, assim, o anseio da categoria na conquista dos requisitos necessários para inserir-se como cidadão no contexto hospitalar.

O sentido de conquista pode ser identificado por meio dos extratos dos seguintes discursos:

“A gente tem que procurar fazer a nossa parte”. (S18)

“A gente deve se impor, não só se impor como enfermeiro, mas como enfermagem em geral”. “Acaba tendo que resolver porque não existe uma rotina criada pelo próprio hospital, pela própria enfermagem no geral”. (S17)

A necessidade de união emerge no extrato a seguir:

“É, isso prejudica muito, atrapalha o trabalho da enfermagem no país hoje. Tendo mais união,

as equipes interagindo mais, deixando de lado certos preconceitos, de certas profissões estão acima, outras estão abaixo, a enfermagem mais abaixo ainda”.(S18)

A classe 3 explicita o que os profissionais entendem como cidadania. Aqui as palavras **direito, dever e participação** deixam clara esta idéia:

“Mas acho que ser cidadão é participar, não pode ficar esperando as coisas acontecerem, tem que cumprir seus deveres, procurando entender, ter que correr atrás de seus direitos da forma correta”.(S4)

A classe 6 mantém fraca relação com as classes 1 e 3 mas, apesar da fraca relação estabelecida entre essas três classes, podemos depreender que a falta de conhecimentos interfere no exercício da cidadania. Assim, a classe 6 representa, por meio dos termos **tecnologia e ficando**, formas de exclusão no trabalho e não exercício cidadão, pela necessidade de conhecimentos e atualização tecnológica para o desempenho da ação de cuidar:

“Eu mesma já estou há vinte anos como auxiliar de enfermagem, mas a gente precisa aprender mais. A gente precisa muito ser reciclado. Precisa estar atualizando mais. A gente vai ficando de um jeito que fica difícil, tem que estudar, se atualizar”.(S4)

“Eu acho positivo, não a tecnologia muito avançada, a gente trabalha com alguns equipamentos, assim algumas pessoas tem dificuldades”.(S6)

O eixo do Cuidar

As classes 2, 4 e 5 encontram-se fortemente relacionadas. Todas elas se referem ao objeto de trabalho da enfermagem – o cuidar.

Na classe 2, os termos **autonomia, atendimento e cuidado de enfermagem** nos remetem à idéia de inclusão no ambiente de trabalho, a partir do fazer da enfermagem:

“Intervindo de forma que leve o conhecimento, que muitas vezes ele desconhece (paciente), o enfermeiro está acostumado a buscar informações de procedimentos técnicos, todos voltados para o atendimento, quando, na verdade, ele tem que trabalhar o ser humano. Ele tem que trabalhar a ele mesmo”.(S23)

As classes 4 e 5 refletem o trabalho da enfermagem, entretanto seus significados são diferentes.

Enquanto a primeira denota uma idéia de cuidado como processo, a segunda traduz uma idéia de cuidado como tarefa, ou seja, produto. A visão de tarefa é identificada no discurso dos auxiliares de enfermagem. O fazer percebido sob óticas diferentes denuncia forte estratificação no trabalho, as quais podem ser apreendidas no extrato dos seguintes discursos:

“Por exemplo, quando a gente pega uma criança toda chumbada, toda pitizada e a gente percebe que aquela criança tem condições de sair íntegra, sem seqüelas, e aí ela vai para o seio da mãe, vai para o alcoon (alojamento conjunto) e logo ela vai para casa”.(S12)

“Cuidado direto com o paciente. Auxiliamos sob a supervisão do enfermeiro. Medicação, curativo, verificar sinais vitais. Tudo de acordo com as ordens médicas e sob supervisão do enfermeiro”.(S3)

Pode-se depreender que as questões relativas à cidadania são percebidas pelos sujeitos do estudo como exclusão ou inclusão no trabalho, não extrapolando, portanto, a consideração dos direitos de quem recebe ou promove os cuidados.

Mas será que esse discurso é monolítico? As diferentes inserções institucionais, ou mesmo outras variáveis consideradas neste estudo (idade, sexo, posição na carreira, tempo de serviço), não estariam levando nossos sujeitos a significarem diferentemente o trabalho da enfermagem e a cidadania?

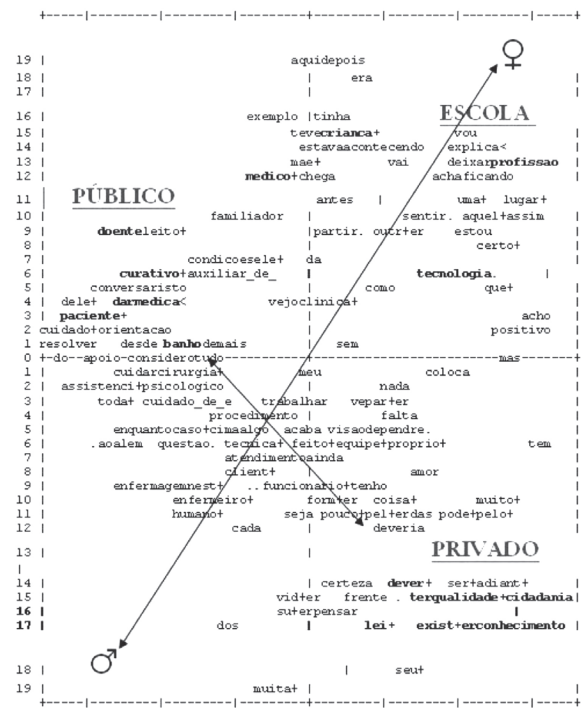
Uma análise fatorial de correspondências múltiplas foi realizada pelo Alceste com o objetivo de identificar possíveis diferenciações individuais e grupais.

Considerando o distanciamento entre os dois conjuntos de classe, e privilegiando o objeto do presente estudo, buscou-se um aprofundamento maior na questão relativa à categoria **cuidado**, inserida na classe do trabalho de enfermagem a partir de uma análise de correlação entre as três instituições: as de Vínculo Público, os Hospitais Privados e o Hospital Escola (Fig. 2).

As Diferentes Inserções Institucionais, diferentes representações do trabalho da enfermagem

Figura 2

Análise de correspondência do discurso dos profissionais de enfermagem.



Observa-se a presença de três fatores na figura 2 do plano fatorial. O primeiro fator, situado à esquerda superior, agrupa palavras ou expressão como: **dar medicação, paciente, doente, banho e médico**. Essas palavras agregadas destacam uma dimensão de caráter assistencial, típica dos sujeitos inseridos, ou exercendo sua profissão em Hospitais Públicos.

O segundo fator, situado à direita superior, agrupa palavras como **profissão, excluído, tecnologia, criança**, que aparecem agregadas e são representativas da enfermagem praticada no Hospital Escola: para esse grupo, o cuidado assume o significado de manejo correto dos procedimentos que possibilitem o aprendizado da técnica.

O terceiro fator reúne palavras como **ter qualidade, cidadania, ter conhecimento, lei, dever e cliente**, que representam o trabalho de enfermagem no Hospital Privado. O cuidado é percebido como meio de prover uma assistência de qualidade e dever dos profissionais.

■ A visão assistencialista dos profissionais dos Hospitais Públicos

Por meio da análise das entrevistas, foi possível verificar que o grupo de profissionais que trabalha nos hospitais públicos percebe o cuidado como uma tarefa, ou seja, um ato isolado, estante que se afasta da noção de processo de cuidado. Provavelmente, essa representação tenha sido construída em função dos determinantes históricos da profissão, bem como pela excessiva demanda de trabalho observada nesse tipo de instituição.

O cotidiano de trabalho, permeado pela constante pressão temporal, não favorece que o profissional reflita sobre a sua prática. Assim, ao desenvolver a ação ou tarefa como ato mecânico e automático, não reconhece no indivíduo que recebe os cuidados um sujeito de direito. Nessa ótica, para os profissionais dos Hospitais Públicos, o cuidado assume uma dimensão assistencialista:

“O cuidado é zelar para que esses cuidados sejam feitos, de medicação, de banho, de conversa. É tudo isso”. (S3)

“Cuidados de enfermagem são técnicas que se praticam para oferecer ao paciente mais conforto e melhor bem-estar”. (S2)

Caponi⁸, ao questionar as motivações que fundamentaram as modalidades de intervenção na saúde das populações no transcurso do século XX, apontou que a caridade ou compaixão – ótica assistencialista – pode ser usada para manter relações dissimétricas. Se levarmos em conta que, nesse espaço, o doente não é percebido como sujeito de direito e sim como objeto de caridade, somos conduzidos a concordar com a argumentação da autora.

■ A visão tecnicista dos profissionais do Hospital Escola

Essa representação favorece a visão de que o sujeito que recebe o cuidado seja considerado secundário, quando comparado à técnica e ao procedimento. É importante ressaltar que essa visão tecnicista é forjada em um ambiente altamente hierarquizado em função da meritocracia do saber, colocando o profissional/aprendiz em constante situação de avaliação pelos superiores (os professores médicos e enfermeiras).

Palavras como **lugar, certo, exclusão** evidenciam a preocupação com o manejo certo dos procedi-

mentos, o reconhecimento do seu lugar nas relações de trabalho e a possibilidade de exclusão quando de uma atuação inadequada.

Entretanto, a palavra **criança** surge enquanto sujeito de ação, justificada talvez pela idéia da aproximação da imagem da enfermeira como mulher e mãe, reforçando o papel social da maternidade como natural da mulher. A criança pode, também, ser vista como sujeito indefeso, necessitando de maior atenção e ajuda. Para Guilhem⁹, “no contexto HIV as crianças são patrimônio da humanidade, precisam se defendidas”:

“Acredito, olhando de fora, que as pessoas achem que é apenas um trabalho de enfermagem. Mas a gente que está atuando atua mais como se fosse a mãe daquela pessoa, no caso o recém-nascido. É como se fosse um filho”.(S12)

“... carinho com a criança. O recém-nascido que está nascendo agora está vindo ao mundo que ele não conhece”.(S13)

Nesse sentido, o cuidado no hospital escola é entendido como manejo adequado de procedimentos. Assim, assume uma dimensão tecnicista, transformando-se em refugio da técnica, que é percebida como o elemento central e capaz de curar a doença.

Esse olhar é explicado pelo enfoque biomédico que permeia as ciências da saúde, bem como pela filiação patrilinear dos cuidados de enfermagem, considerada como um “conjunto de procedimentos e técnicas usados na assistência ao paciente internado”.(S20)

“Fazer prescrição de acordo com a patologia e efetivamente repassar os conhecimentos que tem, coordenar e supervisionar o serviço que está sendo feito”.(S16)

Hesbeen¹⁰, ao refletir acerca das conseqüências da abordagem biomédica à prática de saúde, sugere que esse modelo aprisiona a visão do profissional a uma grelha, cuja matriz é o corpo-objeto:

Não é o sujeito que interessa ao médico, mas o sintoma que este lhe apresenta e que vai poder incluir no repertório de doenças [...] os resultados da prova de diagnóstico, a radiografia, a sua prova de esforço. Não vejo nada, significa, portanto: o senhor não tem nada¹⁰.

Entretanto, uma relação de cuidado só pode ser executada a partir da consideração da pessoa doente e da doença da pessoa, ou seja, o corpo-sujeito. É importante se questionar acerca dos limites dessa abordagem, e dos dramas que a concentração da atenção no corpo-objeto ocasiona, tanto para os profissionais, quanto para os doentes.

■ A visão da qualidade do produto dos profissionais dos Hospitais Privados

Para esse grupo, o sujeito do trabalho da enfermagem é o cliente, visto como consumidor do produto oferecido (cuidado). Nessa perspectiva, a visão de qualidade não se traduz em avanços, pois a abordagem que permeia a ação de cuidar mantém suas bases biologicista e hospitalocêntrica, acrescidas da idéia de competição e lucro. Nessa ótica, o cuidado assume a dimensão de produto. Tal dimensão é exemplificada no extrato:

“Exatamente é trabalho de enfermagem. Eu garanto um excelente atendimento ao cliente internado e não internado, o ambulatorial”.(S24)

Nesse contexto, uma estrutura moderna, equipamentos apropriados às atividades de saúde e uma administração dita criativa não garantem a satisfação das necessidades dos usuários e da equipe. Ao lado desses aspectos, é preciso privilegiar um processo de cuidados com estrutura humanizada, na qual o sujeito do cuidado é o centro.

Na observação do conjunto da figura 2 é possível verificar que o discurso do hospital escola assume claramente a dimensão do discurso feminino. Já o discurso masculino se situa entre as visões publicista e privatista dos profissionais de enfermagem, transparecendo as relações de gênero que perpassam as representações sociais da enfermagem.

Com base na análise do Alceste, foi possível construir o diagrama abaixo (Figura 3), demonstrando que, de um modo geral, os profissionais de enfermagem têm como campo comum das suas representações a idéia de **cuidado**. Não obstante, essa idéia partilhada pelo grupo como meio de definir suas práticas e de desenvolver seu trabalho assume significados diferentes em função da inserção profissional dos sujeitos nos diferentes tipos de instituições hospitalares.

■ **Campo comum das representações grupais e individuais**

Figura 3

Representação social do trabalho da Enfermagem.



Como se pode verificar, o cuidado não é percebido como um processo, mas como uma tarefa que se conforma em distintas dimensões (assistencialista, tecnicista, qualidade do produto), a depender da inserção institucional do pessoal de enfermagem. A esse respeito, Hesbeen¹⁰ afirma que “centrar-se em sucessivas tarefas a realizar é o que há de mais desastroso para a construção da identidade da enfermagem, porque esvazia de conteúdo e de sentidos os cuidados de enfermagem”¹⁰.

A execução de uma tarefa exige apenas um profissional executante mais ou menos especializado, e não um profissional reflexivo capaz de avaliar a complexidade de suas ações em conjunto. A falta de clareza dos cuidados de enfermagem tem consequência direta no exercício de uma prática de cuidar cidadã. Ao criticar a fragmentação dos cuidados de enfermagem, Waldow¹¹ pondera que, num contexto fragmentado e de baixa intensidade de reflexão, as intervenções de enfermagem são realizadas, mas o cuidado não se processa.

Nos três campos institucionais, o cuidado não leva em consideração as peculiaridades do corpo-sujeito. Um aspecto que deve ser ressaltado é que, em geral, o/a profissional enfermeiro/a está distanciado/a do doente e de sua família ocupando-se, na maioria das vezes, de questões administrativas, ou limitam-se a executar os procedimentos mais especializados prescritos pelos médicos.

Sendo assim, os cuidados são delegados aos auxiliares de enfermagem.

Considerando-se a estratificação social do trabalho e as relações de poder que permeiam o fazer da enfermagem, tais delegações dos cuidados aos auxiliares favorecem que os cuidados de enfermagem não sejam concebidos do ponto de vista de um processo.

O cuidado de enfermagem, precisa ser percebido sob a ótica de um processo de enfermagem, e este, -o processo de enfermagem- não deve ser confundido com a idéia de preenchimento de papéis ou ações estanques. Para Hesbeen¹⁰, o processo não deve se encarado como um dever abstrato e limitador, mas sim como uma ação que designa um movimento de encontro, “para percorrer o movimento que leva ao encontro os profissionais são convidados a dialogar, refletir, a analisar, a identificar os elementos que constituem a situação de vida em que vão intervir”⁹.

Ao corroborar essas idéias, Waldon¹² afirma que o cuidar é uma genuína característica da realização humana, pois demanda criatividade e compromisso e acumula a capacidade de gerar mudanças. Assim,

o processo de cuidar envolve crescimento e ocorre independente da cura. É intencional e seus objetivos são vários, dependendo do momento, da situação e da experiência. Por ser processo não há preocupação com um fim. [...] a finalidade do cuidado de enfermagem é prioritariamente aliviar o sofrimento humano. Manter a dignidade e facilitar meios de manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer¹².

Nessa linha de raciocínio, Watson¹³ aborda o cuidado de enfermagem a partir de dois aspectos que estão irremediavelmente associados, entretanto estabelece uma diferença entre o que é essencial e o acessório no cuidado de enfermagem. Para a autora, o essencial no cuidado de enfermagem é a ação interpessoal da enfermeira, com vista a produzir um resultado terapêutico. Já o acessório dos cuidados de enfermagem é o conjunto das técnicas, dos protocolos, das terminologias, das formas de organização e dos contextos de cuidado utilizados na enfermagem.

Sendo assim, se centrarmos o cuidado de enfermagem na tarefa, estaremos nos situando apenas na dimensão do acessório. Em contrapartida, se

realizarmos o cuidado como um ato criativo de atenção única e acompanhamento singular, estaremos nos centrando na dimensão do essencial. Um ato de cuidar precisa ser capaz de transformar a ação numa ajuda significativa, em que as duas dimensões –a acessória e a essencial - estejam imbricadas.

CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa revelam que os profissionais de enfermagem verbalizaram um sentimento de exclusão, traduzido pela percepção da falta de acesso aos conhecimentos técnicos e da estratificação social no trabalho. O cuidado é a representação social do trabalho da enfermagem, porém assume diferentes significados, a depender da inserção institucional dos profissionais.

O sentimento de exclusão, que caracteriza o (des) valor do saber da enfermagem, contribuiu para aprofundar a leitura sobre as relações de gênero. Caracteriza-se a profissão como uma carreira feminina, imprimindo-lhe menor valor social. Essa desigualdade não exclui a enfermeira do espaço de trabalho, mas a deixa em uma condição de submissão.

Foi possível constatar, ainda, que, das diferentes significações do cuidado, a visão tecnicista –percebida como manejo correto dos procedimentos– é forjada em um ambiente altamente hierarquizado em função da meritocracia do saber. Assim, pode-se concluir que o saber representa um papel importante na organização daquele espaço social, onde se percebe que quanto mais técnicos forem os saberes, maior status lhes será conferido.

Ao executar acriticamente cuidados de acordo com a expectativa institucional, a enfermagem serve antes aos poderes de outros e não aos seus ou dos doentes e seus familiares. A falta de clareza acerca do conceito de cuidado prejudica a delimitação do campo de competência da enfermagem e traz, como consequência direta, a conformação de sua identidade.

A clarificação dos cuidados de enfermagem pode favorecer que a prática profissional seja apropriada sob uma representação de cidadania. Na qual o cuidado deve ser uma determinante política, ética e promotora de dignidade. Assim, é preciso explicitar o seu campo de competência, o processo de cuidado, bem como a identificação da natureza de seu poder e seus limites. Faz-se urgente que a face

crítica e humanizadora do cuidado de enfermagem delimite o norte de uma ação cidadã, capaz de reabilitar a imagem do/da profissional diante de si e da sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Collière MF. Cuidar: a primeira arte da vida. 2ª ed. Loures: Lusociência; 2003.
2. Collière MF. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa, Porto e Coimbra: Lidel; 1999.
3. Geovanini F, Moreira A, Dornelles S, Machado WPA. História de Enfermagem: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter; 1995.
4. Loyola CMD. Os doces corpos do hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ; 1987.
5. Moscovici S (org.). *L'ère des représentations sociales*. In: Doise W & Palmonari (orgs.) *L'étude des représentations sociales*. Neuchâtel, Paris: Delachaux et Niestlé; 1986. p. 34-80.
6. Jodelet, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. (Représentations sociales: un domaine en expansion). Trad. de Tarso Bonilha Mazzotti. In: Jodelet, D. *Les représentations sociales*. Paris, PUF, 1989. p. 32-61.
7. Guimelli C. Transformação das representações sociais, novas práticas e esquemas cognitivos de base. (Transformation des représentations sociales, pratiques nouvelles et schèmes cognitifs de base). Trad. de José Delfino e Angela Maria de Oliveira Almeida. In: Guimelli C. *Structures et transformations des représentations sociales*. Lausanne: Delachaux et Niestlé; 1994. p. 171-98.
8. Caponi S. Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
9. Guilhem D. Escravas do risco: bioética, mulheres e aids. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; 2005. v. 1.
10. Hesbeen W. Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência; 2000.

11. Waldow VR. Cuidar: expressão humanizadora da Enfermagem. Petrópolis: Vozes; 2006.
12. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. 3ª ed. Porto Alegre: Saga Luzzato; 2001.
13. Watson, J. Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da Enfermagem. Loures: Lusociências; 2002.

Este artigo constitui um recorte da dissertação de mestrado intitulada **Mel com Fel**: representações sociais da enfermagem e suas implicações para cidadania. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2000. 149p.