

Silva, Daniel Marques da (2002). Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. *Millenium*, 26.

CORRENTES DE PENSAMENTO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

Daniel Marques da Silva *

* Docente da Escola Superior de Enfermagem de Viseu.

INTRODUÇÃO

Tal como noutras profissões, a evolução na enfermagem tem ocorrido em contextos vários de mudanças socioculturais, filosóficas, económicas, políticas e tecnológicas.

Da tecnicidade centrada na doença, no início deste século, passou-se para uma corrente de valorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados e para uma corrente orientada para o desenvolvimento moral. Os cursos de enfermagem de hoje procuram dar uma formação que permita aos enfermeiros conhecer melhor a pessoa e ter uma acção terapêutica a nível individual e familiar.

A imagem tradicional da "boa enfermeira" é assim, hoje, questionada pois a percepção que as enfermeiras tinham do seu papel foi posta em causa. Desde Nightingale que os cuidados de enfermagem se desenvolveram e melhoraram extraordinariamente e os enfermeiros sabem, cada vez mais, atribuir a si próprios a sua identidade profissional.

Apesar da tecnologia avançar, esta nunca poderá substituir a enfermeira uma vez que só ela poderá oferecer serviços que englobam todas as dimensões do ser humano.

Contrariamente ao contabilista ou ao engenheiro, para quem a pessoa do cliente não constitui o objecto directo da sua competência, para o enfermeiro é precisamente o ser humano em toda a sua força e vulnerabilidade que constitui o objecto da sua competência. Ser enfermeiro exige mais do que o simples saber (ele pode memorizar) e do que saber-fazer (os gestos podem tornar-se automáticos). O enfermeiro deve também desenvolver o seu saber-ser, tanto consigo próprio como com o cliente.

Se, por um lado, a evolução tecnológica tem apelado à valorização da vertente tecnicista, por outro, o aumento da esperança de vida, com o conseqüente envelhecimento da população e o prolongamento de situações incuráveis (doenças crónicas), tem evidenciado a necessidade de cuidados mais relacionados com a área afectiva e relacional.

Nas linhas seguintes iremos procurar, de forma breve, perspectivar a evolução verificada na prática dos cuidados e simultaneamente apresentar algumas correntes de pensamento que têm influenciado a forma de encarar a pessoa, a saúde, a doença e o ambiente, bem como a prestação dos cuidados.

EVOLUÇÃO RECENTE

A busca da especificidade da enfermagem sempre atravessou duas vertentes essenciais: uma relacionada com a necessidade de um conhecimento e saber técnico e científico próprios; e a outra relacionada com a exigência de competências relacionais, tidas como essenciais – uma atitude de ajuda e substituição do utente (Henderson, 1969).

A medicina nos finais do séc. XIX e princípios do séc. XX, com as descobertas da física e da química, passou a utilizar tecnologias mais complexas para diagnosticar e tratar as doenças. A concepção dos cuidados foi modificada e o médico passou a delegar tarefas de rotina na enfermeira - auxiliar do médico. Naquela época a enfermeira tinha como principal valor a obediência: servir os doentes, os médicos, a instituição. A par deste valor deveriam estar presentes a dedicação, zelo, espírito de sacrifício e caridade pelo doente (velar pelo doente, confortá-lo, consolá-lo), bem como dedicação e respeito pelo médico (detentor do saber, quem decide, controla e ordena). Não podia desenvolver qualquer espírito crítico, nenhuma curiosidade, nenhuma interrogação (Collière, 1989). Esta perspectiva, que durou entre nós até final dos anos 60, procurava inculcar qualidades que garantissem uma obrigação moral ou dever de serviço fundamentados numa vocação, próxima da vocação religiosa, como nos diz Ribeiro (1995).

Com o avanço tecnológico da medicina emerge uma nova ideologia de profissionalismo, baseada na competência técnica, o que aconteceu entre nós na década de 70 e 80. O enfermeiro vai ter acesso a conhecimentos (de fonte médica) e ao desenvolvimento de capacidades técnicas. A tecnicidade passa a ser um objectivo da sua formação, uma forma de ter acesso ao conhecimento médico e uma compensação para a servidão dos cuidados aos doentes (Collière, 1989; Kérouac *et al.*, 1996).

Esta valorização da vertente técnica surgiu em Portugal numa fase em que ocorreram alterações sociopolíticas que puseram em causa o conjunto de valores que tinham suportado a formação ético/moral dos enfermeiros até aí. Passou-se de uma abordagem tradicional de formação do carácter,

identificada com uma vocação religiosa, para uma crítica e desvalorização dessa abordagem, mas sem encontrar um quadro de valores sólido que constituísse alternativa (Ribeiro, 1995).

Este período de reacção a um ensino tipo moralista constituiu-se um vazio perigoso ao admitir que se podia educar ou prestar cuidados de forma isenta. O enfermeiro devia preocupar-se apenas com verdades e factos, actuar de forma distante e sem se envolver, ser um técnico competente e suas acções serem neutras em relação aos valores (Ribeiro, 1998).

Esta formação assim recebida, deixava terreno livre para a influência do currículo oculto na escola e nos serviços: a forma como se organiza a formação, as relações que se estabelecem entre professores e estudantes, enfermeiros e utentes e entre membros da equipa de saúde, as metodologias, os conteúdos que se valorizam ou omitem, a orientação que se dá. Não se falando explicitamente em obediência, humildade, ordem ou submissão verificou-se que os enfermeiros continuaram a não tomar parte activa em decisões em que teria todo o sentido que o fizessem. A percepção quer dos utentes, quer no seio do grupo profissional e dos estudantes é que aos enfermeiros não cabia tomar decisões e, portanto, também não lhes deviam ser exigidas grandes responsabilidades.

Já no final dos anos 80, quer na formação quer na prática em enfermagem, começa a falar-se com mais insistência, mas de uma forma abstracta, de valores, deveres e direitos de enfermeiros e utentes. No entanto, pouco se fez para que fossem assumidos na prática do dia a dia quer da escola quer dos hospitais ou centros de saúde. Falava-se da necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde sem que se fosse além da retórica. No entanto, falar de valores de forma abstracta, como por exemplo de humanização dos cuidados no hospital, de autonomia da enfermagem, ou de metodologias activas na escola, se não se traduzir em acções concretas e assumidas na prática de cuidados e na prática pedagógica, de nada serve como nos dizem Lourenço (1997) e Ribeiro (1998).

Na década de 90, com o aumento da complexidade das situações com que os enfermeiros e os estudantes de enfermagem se deparam, confrontando-os com dilemas de dificuldade crescente e que apelam a tomadas de decisão cada vez mais exigente, tem-se dado mais importância à formação para o desenvolvimento e aos valores que orientam a prática dos cuidados. Lourenço (1997) defende mesmo que a enfermeira mais desenvolvida é, em geral, a que está em melhores condições para respeitar os outros (utentes em especial) e para se respeitar a si própria.

Educar para os valores torna-se pois essencial no âmbito das profissões de ajuda e a enfermagem de hoje tem disso consciência. A escola além de educar para a inteligência e a razão, deve também educar, como nos diz Lourenço (1997), para o afecto, a cidadania e a emoção, os chamados três "CC": *Care, concern and connection*. Os três "CC" são especialmente relevantes no âmbito da enfermagem e dos valores.

Foi também nesta década de 90 que, entre nós, surgiu grande produção teórica em enfermagem no que respeita ao esforço para autonomizar a profissão e que as várias teorias e modelos de acção e da práticas dos cuidados foram analisadas e aprofundadas.

Com o D.L. n.º 191/96 de 4/9 foi publicado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que veio reforçar a oportunidade dos enfermeiros se debruçarem sobre o lugar dos valores, da ética e do desenvolvimento na prática de cuidados e na educação em enfermagem.

No REPE afloram-se questões que têm a ver com a ética na prática de enfermagem. No seu número 1 do artigo 8º pode ler-se: *"no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos"*.

A publicação do REPE iniciou um novo ciclo na profissão de enfermagem que aponta claramente para princípios de actuação que encontram o seu fundamento numa moral de cooperação e respeito mútuos, baseada na igualdade, na reciprocidade, nas relações humanas e no acordo ou contratos sociais

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº 104/98 de 21 de Abril) foram estabelecidas condições para a consolidação da autonomia responsável da profissão de enfermagem. Entre as atribuições desta, destacam-se: promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem; regulamentar e controlar o exercício da profissão de enfermeiro e assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional.

O enfermeiro de hoje tem criadas as condições para que o desenvolvimento da profissão deixe de estar assente numa moral baseada na exigência unilateral, de serviço, de dever, de prepotência, de autoritarismo e de desrespeito pela opinião do utente em tudo o que lhe diz respeito.

ALGUMAS CONCEPÇÕES DE ENFERMAGEM

A necessidade dos enfermeiros em clarificar a especificidade dos serviços que prestam à comunidade, tem motivado os teóricos de enfermagem a elaborar modelos conceptuais para sua profissão (Kérouac *et al.*, 1996). Esses modelos conceptuais orientam não só a prática da enfermeira, proporcionando uma descrição, por exemplo, da meta que ela persegue ou das actividades de cuidados, mas também servem de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem. Servem para precisar os elementos essenciais da formação dos enfermeiros, os fenómenos de interesse para a investigação em enfermagem, assim como as actividades de cuidados e as consequências que destas se esperam para a gestão dos cuidados.

Precursos para a elaboração de teorias em ciências de enfermagem, os modelos conceptuais oferecem uma perspectiva única a partir da qual os enfermeiros podem desenvolver os conhecimentos que sirvam para a sua prática (Fawcet, citado por Kérouac *et al.*, 1996). Modelo conceptual é, portanto, uma imagem mental, uma maneira de representar a realidade, isto é, uma maneira de conceber a profissão (Adam, 1994).

Existem vários modelos conceptuais em enfermagem. De Nightingale a Parse (1992) um longo caminho se percorreu e surgiram várias concepções da disciplina de enfermagem.

Kérouac *et al.* (1996) estudaram a evolução das escolas de pensamento em enfermagem verificando que a sua evolução tem a ver com a predominância das ideias e valores inerentes a uma determinada época, podendo actualmente co-existir ideias de diversos paradigmas, aqui entendidos como um conjunto de crenças, de valores, de leis, de princípios, de metodologias e respectivas formas de aplicação. Os autores consideram que a disciplina de enfermagem, enquanto tal, passou por três paradigmas a que eles atribuíram a seguinte nomenclatura: categorização, integração e transformação.

1 – Paradigma da Categorização

Este paradigma da categorização caracteriza-se por perspectivar os fenómenos de modo isolado, não inserido no seu contexto, e por os entender dotados de propriedades definíveis e mensuráveis. O pensamento está orientado no sentido da procura de um factor causal para as doenças e da associação entre esse factor e uma determinada doença ou quadro sintomatológico característico. Estas manifestações, por sua vez, possuem características bem definidas, mensuráveis e categorizáveis.

A preocupação predominante é com o órgão afectado, com o diagnóstico médico, o tratamento e a cura. A pessoa é apresentada de modo fraccionado, não integrado e o ambiente é algo separado da

pessoa e fragmentado em social, físico e cultural (Kérouac *et al.* 1996). A pessoa e o ambiente apreem assim como duas entidades distintas e separadas.

Este paradigma poderá localizar-se ainda no século XIX, altura em que começaram a identificar alguns agentes patogénicos e se estabeleceu a sua relação com algumas doenças.

Neste paradigma é possível identificar duas orientações diferentes na enfermagem. A primeira é uma orientação para a saúde pública com medidas de higiene e salubridade em geral. A segunda orienta-se para a doença em que a pessoa é entendida como um todo formado pela soma das suas partes, que são separadas e identificáveis. A saúde é entendida como um estado de equilíbrio, altamente desejável e sinónimo de ausência de doença. Poder-se-á situar aqui o início da medicina técnico-científica, sendo que o seu objectivo passou a ser estudar a causa da doença, formular um diagnóstico preciso e propor um tratamento específico (Allan e Hall, 1988).

Verificou-se uma marcada evolução científico-tecnológica que permitiu à medicina alargar os seus horizontes e a dispor de tecnologias cada vez mais sofisticadas, quer para diagnosticar quer para tratar. Nessa altura os médicos começaram a delegar tarefas de rotina que era costume praticarem, para a responsabilidade das enfermeiras. Os cuidados são dirigidos para os problemas, limitações ou incapacidades das pessoas. O sistema de prestação de cuidados fundamenta-se na especialização de tarefas: cada enfermeira era responsável pela prestação de um determinado cuidado a todos os doentes da enfermaria (ex. higiene nos leitos, terapêutica). Até há bem pouco tempo era este o sistema em que se trabalhava em Portugal e esta situação ainda se verifica em alguns locais.

2 – Paradigma da Integração

Este paradigma começa já a perspectivar os fenómenos como multidimensionais e os acontecimentos como contextuais. São valorizados tanto os dados objectivos quanto os subjectivos .

Este paradigma influenciou a orientação da enfermagem para a pessoa. Surge nos Estados Unidos nos anos 50, no pós 2ª Guerra, onde havia elevado número de pessoas com carências de vária ordem. Verificou-se também um desenvolvimento notável das ciências sociais e humanas com a contribuição de Adler sobre a psicologia individual, de Rogers sobre a terapia centrada no cliente, e de Maslow sobre a motivação. Todas elas alertavam para "um reconhecimento da importância do ser humano no seio da sociedade" (Kérouac *et al.*, 1996:10).

Neste contexto os cuidados de enfermagem tinham como objectivo a manutenção da saúde da pessoa em todas as suas dimensões. A enfermeira era responsável pela avaliação das necessidades de ajuda à pessoa tendo em conta a sua globalidade. A partir daqui, intervir significa "agir com" a pessoa, com o objectivo de responder às suas necessidades. A pessoa passou a ser entendida como um todo formado por partes em interacção, tendo surgido a expressão "a pessoa como ser bio-psico-socio-culturo-espiritual".

Saúde e doença passaram a ser perspectivadas como entidades distintas que coexistem e que estão em interacção dinâmica. A maioria das concepções de enfermagem foram criadas a partir da orientação para a pessoa. Surgiram durante este período os primeiros modelos conceptuais para precisar a prática dos cuidados de enfermagem e para orientar a formação e a investigação (Kérouac *et al.*, 1996).

3 – Paradigma da Transformação

Este paradigma perspectiva os fenómenos como únicos mas em interacção com tudo o que os rodeia. As mudanças ocorrem por estádios de organização e de desorganização, mas sempre para níveis de organização superior (Newman, 1992). Isto é "um fenómeno único no sentido em que ele não pode jamais parecer-se totalmente com outro. Alguns apresentam algumas semelhanças, mas nenhum se parece completamente. Cada fenómeno pode ser definido por uma estrutura, um padrão único; é uma unidade global em interacção recíproca e simultânea com uma unidade global maior, o mundo que o rodeia" (Kérouac *et al.*, 1996:13).

O início deste paradigma deu-se nos anos 70 e representa a base de uma abertura das ciências de enfermagem sobre o mundo. Engloba autores como Watson (1988), Rogers (1989, 1992), Newman (1992) e Parse (1992).

É neste contexto que em 1978 ocorre a Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários e a OMS elabora a célebre declaração de Alma Ata (1978). Nela se propõe um sistema de cuidados baseados numa filosofia em que "os homens têm o direito e o dever de participar individual e colectivamente no planeamento e na implementação de medidas de protecção sanitária que lhes são destinadas". É reconhecida às pessoas a capacidade e a possibilidade de serem agentes e parceiros nas decisões de saúde que lhes dizem respeito e que inicialmente eram de única e exclusiva responsabilidade dos técnicos de saúde.

A pessoa é considerada um ser único maior do que as somas das suas partes, com múltiplas dimensões e indissociável do seu universo. A saúde é concebida como um valor e uma experiência vivida segundo a perspectiva de cada pessoa e englobando a unidade "ser humano – ambiente" e não é um estado estável ou uma ausência de doença.

Uma das teorias que, entre outras, influenciou e contribuiu para esta visão foi a teoria geral dos sistemas desenvolvida por Von Bertalanffy (Moigne, 1977). Esta teoria encara o ser humano como um sistema composto por vários sub-sistemas em interacção permanente e sistemática. Neste jogo de interacções qualquer fenómeno considerado deixa de se poder apontar como ponto de partida ou de chegada.

Nesta perspectiva, os cuidados de enfermagem visam manter o bem estar tal como a pessoa o define. Intervir significa "ser com" a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e segundo o caminho que ela própria escolher. A enfermeira e a pessoa são parceiros nos cuidados individualizados (Kérouac *et al.*, 1996).

A pessoa é colocada acima da instituição e a enfermeira assume-se como advogada do utente posicionando-se ao seu lado. A enfermeira ao garantir todos os cuidados requeridos por uma pessoa, corresponsabiliza-se com ela no processo de cuidados. O processo inter-relacional entre a enfermeira e o utente ganha assim o seu verdadeiro significado.

BIBLIOGRAFIA

ADAM, Evelyn (1994) - *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.

ALLAN, J. D.; HALL, B. A. (1988) – Challenging the focus on technology: a critique of the medical model in a changing health care system. *Advances in Nursing Science*, 10, p. 22-34.

COLLIÈRE, M. Françoise (1989) - *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

HENDERSON, Virginia (1969) - *The nature of nursing. A definition and its implications for practice, research and education*. New York: The Macmillan Company.

KÉROUAC, Suzanne *et al.* (1996) - *El pensamiento enfermero*. Barcelona, Masson, S.A.

LOURENÇO, Orlando (1997) – Enfermagem, valores e desenvolvimento: que enfermagem, que valores, que desenvolvimento? *Nursing*, ano 9, n.º 107, Janeiro, p. 7-14.

MOIGNÉ, J. L. – (1977) *La théorie du système général. Théorie de la modélisation*. Paris: PUF.

NEWMAN, M. A. (1992) – Prevailing paradigm in nursing. *Nursing Outlook*, 40, p. 10-13.

PARSE, R. R. (1992) – Human becoming: Parse's theory of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 5, p. 35-42.

RIBEIRO, Lisete Fradique (1995) - *Cuidar e tratar: Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Educa e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

RIBEIRO, Lisete Fradique (1998) – Valores e desenvolvimento em enfermagem ou de como dar lugar à Ética. *Pensar Enfermagem*, 1 (2), p. 4-10.

ROGERS, Martha (1989) – Creating a climate for the implementation of a nursing conceptual framework. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 20, p. 112-116.

ROGERS, Martha (1992) - Nursing science and the space age. *Nursing Science. Quarterly*, 5 (1), p. 27-34.

WATSON, Jean (1988) - *Nursing: human science and human care. A theory of nursing*. New York: National League for Nursing.