



Todo o conteúdo deste periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons



All the contents of this journal, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution License

REFERÊNCIA

BORGES, Moema da Silva; SILVA, Hellén Cristina Pereira da. Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 5, out. 2010 . Disponível em:

Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500021&lng=pt&nrm=iso)

[71672010000500021&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500021&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 jun. 2014.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000500021>.

Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem

To care for or treat? Seeking the field of competence and professional identity of nursing
Cuidar o tratar? Búsqueda del campo de competencia y identidad profesional de la enfermería

Moema da Silva Borges^I, Hellén Cristina Pereira da Silva^{II}

^IUniversidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Brasília, DF

^{II}Hospital de Brasília. Brasília, DF

Submissão: 17/12/2009

Aprovação: 02/05/2010

RESUMO

Estudo qualitativo cujo objetivo foi identificar o núcleo central das representações sociais sobre os conceitos de *cuidar* e *tratar* dos profissionais de enfermagem. Participaram do estudo 45 sujeitos que responderam a um questionário de livre associação. Os dados foram analisados com o auxílio do software *Evoc*. Os resultados revelam que os conceitos de *cuidar* e *tratar* são interpretados como ações opostas e não complementares do ato de cuidar. Essas representações sociais comprometem a definição do campo de prática de enfermagem e sua identidade profissional. Conclui-se que o desafio consiste em aliar o tratamento ao processo de cuidar comprovando que o lugar e as contribuições dos cuidados de enfermagem nas práticas de saúde são insubstituíveis.

Descritores: Relações interpessoais; Competência profissional; Cuidados de Enfermagem; Amor; Conhecimento.

ABSTRACT

Qualitative study which purpose was to identify the central nucleus of the social representations about the concepts of *taking care* and *treating* under the vision of the nursing professionals. Participated in the study 45 subject. The data had been analyzed with the aid of *Evoc* software. The results reveal that the social representations of the professionals concerning the concepts of *taking care* and *treating* point to opposing actions and not complementary in the act of taking care. We conclude that this aspect can compromise the definition of the field of nursing practice and its professional identity. The challenge is in linking the treatment effect that care process and the contributions of the nursing cares in the health practices are irreplaceable.

Key words: Interpersonal relations; Professional Competence; Nursing care; Love; Knowledge.

RESUMEN

Estudio cualitativo con el objetivo de identificar el núcleo céntrico de las representaciones sociales sobre los conceptos de *cuidar* y *tratar* en la visión de los profesionales de enfermería. Participaron del estudio 45 sujetos. Los datos fueron analizados con el auxilio del software *Evoc*. Los resultados revelan que las representaciones sociales de los profesionales acerca de los conceptos de *cuidar* y *tratar* apuntan para acciones opuestas y no complementarias del acto de cuidar. Se concluye que ese aspecto puede comprometer la definición del campo de práctica de enfermería y su identidad profesional. El desafío consiste en demostrar que el lugar y las contribuciones de los cuidados de enfermería en las prácticas de salud son insustituibles.

Descriptor: Relaciones interpersonales; Competencia Profesional; Atención de enfermería; Amor; Conocimiento.

AUTOR CORRESPONDENTE

Moema da Silva Borges. SQN 205, Bloco G, Apto. 301. CEP 70843-070. Brasília, DF.
E-mail: mborges@unb.br

INTRODUÇÃO

Toda profissão precisa justificar a necessidade da sua prestação de serviços, delimitar seu campo de competência e dar provas de sua indispensabilidade⁽¹⁾. Todavia, estudos revelam que as enfermeiras não têm clareza acerca do objeto de seu trabalho (o cuidado)⁽²⁻³⁾. Esse fato prejudica a delimitação do campo de competência da enfermagem, bem como a definição de sua identidade profissional.

Sabe-se que, após mais de um século de profissionalização, a identidade de enfermagem continua sendo um alvo a ser alcançado⁽¹⁾. Além da falta de clareza sobre o cuidar, outros fatores contribuem para tal. Dentre eles, destacamos: o perfil maternal atribuído a seus atores, caracterizando a enfermagem como carreira feminina, o que lhe confere menor valor social; a lógica capitalista que regula e permeia a organização dos serviços de saúde; a formação que privilegia a corrente ligada à tecnicidade centrada na doença; a hegemonia do saber e poder médico no contexto da assistência à saúde com enfoque no curar/tratar em detrimento do cuidar.

No cotidiano profissional, o resultado desse conjunto de fatores é traduzido por um sentimento de exclusão, que caracteriza o (des)valor do trabalho entre os próprios profissionais. E embora esse aspecto não exclua a(o) enfermeira(o) do espaço de trabalho, deixa-a(o) em uma condição de vulnerabilidade. Como um fator agravante, pacientes e familiares alegam não saber qual é o "real papel e o valor do trabalho da enfermagem"^(2,4).

A valorização da enfermagem está condicionada à comprovação de que seus cuidados são a expressão e o cumprimento de uma ação indispensável em certas circunstâncias da vida das pessoas, sendo esse serviço não coberto por outros profissionais⁽¹⁾.

Nessa linha de argumentação, é preciso destacar que as relações de cuidado manifestam-se por meio de hábitos cotidianos, na família, no ambiente de trabalho, na vizinhança e até mesmo entre pessoas estranhas. Nesse contexto, os cuidados de enfermagem são uma substituição dos cuidados que a pessoa não pode temporariamente garantir a si própria, ou não pode ser garantido pelo seu entorno social⁽⁵⁾.

Desse modo, a determinação da necessidade dos cuidados de enfermagem não se faz pura e exclusivamente pela presença ou ausência de um agravo de forma isolada. É necessário considerar a inter-relação existente entre as possibilidades e habilidade da pessoa que requer ajuda, bem como as possibilidades existentes em seu meio social⁽⁵⁾.

Outro aspecto que precisa ser considerado envolve as situações frente a um diagnóstico e uma prescrição de tratamento médico. De forma análoga, caso esse cuidado não possa ser assegurado pelo próprio paciente ou familiar, será requerida a competência especializada da enfermeira⁽¹⁾. Portanto, o estabelecimento da equação *enfermeira = doença* é muito simplista, cria obstáculos na delimitação da competência profissional e compromete o valor social do trabalho de enfermagem.

Sempre cabe à enfermagem avaliar o tipo de ajuda necessária, planejar e implementar o plano de cuidados, que pode incluir o tratamento. Esse plano visa despertar, acordar, estimular as capacidades de viver do paciente, uma vez que a finalidade primeira dos cuidados de enfermagem é permitir transpor um limiar, ultrapassar uma etapa, comunicar vida^(1,5).

Nesse amplo cenário de possíveis ações, observa-se que o campo de competência da enfermagem localiza-se numa zona de intercessão entre o campo de competência do paciente e o do médico, situando-o entre o cuidado e o tratamento.

Entretanto, diferente do cuidar que objetiva desencadear tudo o que mobiliza a energia de vida, o tratamento busca apenas circunscrever a doença, detê-la, atenuar os seus efeitos, limitando seus prejuízos. Se a função de um órgão acha-se impedida, o saber da medicina ajuda a natureza a remover a obstrução, e nada mais, além disso, enquanto a enfermagem mantém a pessoa nas melhores condições possíveis, a fim de que a natureza possa atuar sobre ela⁽⁶⁾.

Em síntese, adverte-se que o tratamento nunca poderá substituir o cuidado. Pode-se viver sem tratamento, mas não se pode viver sem cuidado. Logo, as ações de cuidado não podem ser postas à parte, ou mesmo excluídas do tratamento⁽¹⁾.

Todavia, no campo da saúde humana, a hiperespecialização da medicina tem favorecido que nas instituições de saúde as representações de cuidado sejam identificadas com as ações que cobrem, prioritariamente, o que é de domínio do tratamento. O conceito de tratar invadiu insidiosamente o conceito de cuidar, apropriando-se dele⁽¹⁾.

Sendo assim, há um hiato entre o real objeto epistemológico da enfermagem - o cuidado em suas múltiplas acepções e a sua prática no cotidiano de trabalho, sobretudo no espaço hospitalar⁽⁷⁾. Faz-se necessário tornar claro que a finalidade dos cuidados de enfermagem não é curar/tratar, e sim desenvolver atitudes e comportamentos que "visem aliviar o sofrimento, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer"⁽³⁾.

Nessa perspectiva, é essencial explicitar as diferenças entre os conceitos de *cuidar* e *tratar*. A não-delimitação das intercessões e dos limites entre cuidar e tratar impede a identificação do campo de competência do cuidado de enfermagem à medida que o confunde com o próprio trabalho médico.

Em outras palavras, afirma-se que a falta de clareza sobre o verdadeiro significado de cuidar e a indistinção entre ele e o tratar mascararam as ações dos cuidados de enfermagem, comprometendo sua representação, sua prática.

Dessa forma, a possibilidade de mudança sobre a representação dos cuidados de enfermagem implica obrigatoriamente na reelaboração de novas interpretações sobre ele. Pode-se dizer que as representações sociais são tanto produto como processo de uma atividade de apropriação da realidade externa ao pensamento e de uma elaboração psicológica e social dessa realidade⁽⁸⁾.

Assim, a representação sobre o cuidado deve permitir à enfermagem conferir sentido aos seus procedimentos, entender a realidade mediante seu sistema de referências, adequar e determinar, deste modo, um lugar para si no mundo do trabalho em saúde⁽⁹⁾.

É nas interações sociais diárias que se constroem mutuamente tanto o objeto do trabalho (cuidado) quanto a representação da profissional (identidade). Então, será a partir de novas interpretações sobre uma nova maneira de cuidar que se poderão transformar as crenças e os valores frente aos diferentes grupos que interagem no espaço profissional da assistência à saúde, resultando no reconhecimento do valor social da enfermagem⁽⁹⁾.

Estruturalmente, uma representação é composta pelos seus sistemas central e periférico, que se apresentam como duplo sistema,

em que cada um tem um papel específico e complementar ao outro⁽⁹⁾.

O sistema periférico permite que a representação se ancore na realidade do momento, adaptando-se com facilidade ao discurso “politicamente correto” da moda. Sendo assim, seus elementos são mais vivos, mais concretos e de grande mobilidade.

Por outro lado, o núcleo central é dado pela análise da história de vida de determinado grupo e suas experiências, o que corresponde às suas bases histórica, social e psicológica. Por isso, o núcleo central confere o caráter de estabilidade à representação e marca sua resistência às mudanças.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi identificar o núcleo central das representações sociais dos profissionais de enfermagem acerca dos conceitos de *cuidar* e *tratar*. Busca-se favorecer a clarificação sobre o cuidado de enfermagem, bem como a delimitação de sua identidade profissional.

REVISÃO DA LITERATURA

Natureza dos cuidados humanos quanto à finalidade

A variedade dos cuidados estará diretamente relacionada à sua finalidade. Sendo assim, são vitais e distinguem-se em⁽⁵⁾:

- Cuidados de estimulação: centrados no despertar das capacidades mais fundamentais da vida – respirar, mamar, sentir, ouvir, ver –, buscam desenvolver as capacidades motoras e estão na base de todo o desenvolvimento psicomotor;

- Cuidados de confortação: encorajam, permitem adquirir segurança, favorecem a renovação e a integração da experiência, para que haja aquisição de novas habilidades. O cuidado de confortação não deve ser confundido com aconselhamento, ou qualquer segurança ilusória (“tudo vai correr bem”);

- Cuidados de manutenção da vida: sustentam e mantêm as capacidades adquiridas para fazer face às necessidades da vida cotidiana, como a alimentação, a higienização, a eliminação, vestir-se, deslocar-se, etc;

- Cuidados de parecer: suporte da comunicação não-verbal, contribuem para promover positivamente a imagem de si próprio, favorecendo a emergência da valorização, a construção da identidade e o sentimento da pertença de grupo. A carência desses cuidados pode levar à autodepreciação da imagem;

- Cuidados de compensação: visam substituir o que ainda não foi adquirido ou que foi só parcialmente adquirido. É dispensado ao bebê ou à criança pequena. Visam compensar o que a criança ainda não é capaz de assegurar à sua própria vida. Vão diminuindo à medida que a criança cresce biológica e afetivamente. Podem ser necessários na vida adulta quando por ocasião de um acidente ou doença e tornam-se predominantes no final da vida;

- Cuidados de apaziguamento: permitem o alívio da dor e contribuem para permitir suportar melhor os momentos de grande sofrimento. Favorece a utilização dos recursos psicoafetivos, atenuam a dor e sua repercussão psicomental. Também chamados de “cuidados de relaxamento”, esses cuidados são conhecidos há séculos e estão sendo resgatados nas novas concepções de saúde da modernidade.

Conforme se pode constatar, independentemente do seu nível de desenvolvimento tecnológico, nenhuma sociedade pode abdicar dos cuidados vitais que alimentam e acompanham as grandes

passagens da vida humana. Daí se conclui que os cuidados vitais são insubstituíveis frente à vida ou frente à morte. Eles caracterizam o campo de competência da enfermagem e são ações terapêuticas que exigem discernimento, reflexão e uso de competências e habilidades diversificadas⁽⁵⁾.

Domínios e competências do campo de enfermagem

Existe uma enorme diferença quanto à natureza da finalidade dos cuidados (*care*) e dos tratamentos (*cure*). Enquanto, os cuidados (*care*) são dispensados no cotidiano da vida, os cuidados (*cure*) ganham relevância diante das doenças. Embora vitais a manutenção da homeostase humana, mudam de foco diante do contexto da saúde ou da doença.

Sendo assim, é sempre necessário identificar o campo de atuação de total autonomia e depende pura e exclusivamente da decisão e da iniciativa da enfermeira, o campo de atuação do médico e diz respeito à prescrição e o campo de atuação de responsabilidades compartilhadas, que depende da enfermeira no que diz respeito à iniciativa para execução do tratamento⁽⁵⁾:

- o que depende diretamente da iniciativa da enfermeira – esse domínio refere-se a todos os cuidados de acompanhamento, de estimulação do desenvolvimento e de manutenção da vida. Podem-se denominá-los cuidados primários, ou seja, o que está na raiz, vem primeiro, é fundamental e vitalmente necessário, tanto durante as grandes passagens da vida, nas crises, nas rupturas e de situações irreversíveis, a exemplo da morte, quanto diante de uma situação que pode incluir uma patologia;

- o que depende da decisão médica – a competência médica diz respeito ao diagnóstico e a prescrição do tratamento da doença. Objetiva limitar a progressão da doença e deter a evolução do que é curável;

- o que depende da enfermeira após a prescrição médica – durante o tratamento, os cuidados se intensificam e mudam seu foco. Assim, é preciso determinar o campo de complementaridade entre a competência médica e a competência da enfermeira, determinando o domínio que corresponde aos cuidados (*care*) e o domínio dos cuidados de tratamento (*cure*)⁽⁵⁾.

Ratifica-se que não há disjunção entre os domínios de cuidado (*care*) e *cure*, ambos frente a doença e/ou ao envelhecimento, apenas mudam de foco, mas mantêm-se sob a responsabilidade da enfermagem. Então:

- os cuidados de compensação visam compensar os efeitos das perdas e o desgaste que ocasiona diminuições sensorio-motoras (auditivas, visuais, táteis, motoras, esfinterianas, elasticidade da pele etc.);

- os cuidados de estimulação permitem a re aquisição das capacidades diminuídas ou perdidas, a exemplo de hemiplegia, uma intervenção cirúrgica, acidentes e coma;

- os cuidados de confortação permitem confortar, fortalecer a segurança física e afetiva necessária para manter as capacidades existentes e reconquistar o que pode ser recuperado. A falta de atenção a esse tipo de necessidade pode ocasionar a instalação irreversível de uma dependência total;

- os cuidados de parecer permitem limitar e atenuar a degradação da imagem corporal. Pois, o sentimento de decadência pode ocasionar sofrimentos morais, algumas vezes tão intoleráveis quanto os sofrimentos físicos. Esse tipo de atenção é fundamental para

manutenção do desejo de comunicação e partilha; e

- os cuidados de apaziguamento visam aliviar a dor, contribuem para permitir suportar melhor o sofrimento físico, afetivo, mental e espiritual. As massagens, por exemplo, são cuidados acertados e positivos em casos de dor.

Por conseguinte, os cuidados (*cure*) são intencionais e focados no objetivo de compartilhar a responsabilidade no tratamento. Por se tratar de processo, não há preocupação com sua finalização, devendo sim, manter o alvo na dignidade e facilitar os meios para manejar as crises advindas da enfermidade.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo qualitativo com base na Teoria das Representações Sociais, realizado com 45 profissionais entre 18 e 65 anos de idade que atuam no Distrito Federal. A coleta dos dados foi realizada em fevereiro de 2009. Os critérios de inclusão foram: ter idade maior de 18 anos e curso de graduação em enfermagem. Como instrumento de pesquisa de coleta utilizou-se dois questionários: o primeiro foi composto por perguntas fechadas e objetivava desenhar o perfil dos entrevistados; no segundo foi empregada a técnica de livre associação, que consistiu em apresentar as palavras indutoras – *cuidar* e *tratar* –, solicitando-se aos sujeitos a produção de todas as palavras, expressões e/ou adjetivos que lhe viessem à mente. Sua finalidade foi apreender as representações sociais dos participantes. Os dados obtidos foram transcritos e analisados com o auxílio do *software Evoc*⁽¹⁰⁾. As palavras evocadas de forma mais frequente devem provavelmente constituir elementos centrais de representação.

Assim, o *software Evoc* permitiu vislumbrar o núcleo central em função de duplo critério: frequência e ordem de evocação das palavras.

A partir do cruzamento dos critérios de frequência e evocação, foi definida a relevância dos elementos associados (palavras, frases e expressões) ao termo indutor. Esses resultados são apresentados em quatro quadrantes, organizados em dois eixos. O eixo vertical contempla a frequência, enquanto o eixo horizontal a ordem de evocação.

No quadrante superior esquerdo aparecem os elementos mais relevantes que surgem nos primeiros lugares da ordem de evocação com uma frequência significativamente mais elevada (núcleo central). Nos quadrantes superior direito e inferior esquerdo são contemplados os elementos menos nítidos quanto ao seu papel na estrutura da representação, embora significativos em sua organização. Esses quadrantes constituem a primeira periferia e a segunda periferia⁽¹⁰⁾.

Obedecendo à Resolução 196/96, os dados foram coletados após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde sob o parecer nº. 140/08. As participantes do estudo, após concordarem em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Informado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do primeiro questionário permitiu identificar o perfil dos entrevistados que cuja caracterização ficou assim composta: quanto à faixa etária. Doze dos entrevistados (26,6%) tinham entre 18 e 30 anos; 10 (22,2%) tinham entre 31 e 42 anos; 18 (40%)

tinham entre 43 e 55 anos; quatro (8,8%) tinham entre 55 e 65 anos; e apenas um (2,2%) tinha idade maior de 70 anos.

Quanto ao sexo, 34 dos entrevistados (76%) eram do sexo feminino e 11 (24%) do sexo masculino;

Quanto à escolaridade, 13 (28,8%) eram graduados, 27 (60%) eram especialistas, dois (4,4%) eram mestres; e três (6,6%) eram doutores.

A análise dos resultados dos questionários de livre associação permitiu aprender, os valores, as crenças e a prática dos respondentes quanto aos dois conceitos apresentados. Sendo assim, passa-se a análise em separado dos referidos termos.

Representações sobre o cuidar

Frente à palavra indutora *cuidar*, os sujeitos evocaram, mais prontamente, as palavras amor; atenção; dedicação e respeito (Figura 1).

O termo amor obteve destaque, apontando o provável núcleo central das representações sociais do cuidar. Esse resultado ratifica pesquisa em que o amor também emergiu como o provável núcleo central da representação dos profissionais de enfermagem⁽¹¹⁾.

A presença dos outros termos permitiu inferir que, para os entrevistados, a representação de *cuidar* organiza-se em torno de quatro elementos nucleares: o amor, a atenção, a dedicação e o respeito. A manifestação dos sentimentos subjacentes à palavra respeito remete a expressão máxima do amor e traduz a capacidade de acolher o outro, sem julgamento pelo que sente, fala ou faz⁽¹²⁾.

Tratando-se de uma representação do núcleo central, ou seja, daquela que se mantém resistente a mudanças, observa-se que mesmo diante do apelo das racionalidades biomédicas que tendem a objetivar e restringir a dimensão corporal, excluindo desse corpo às dimensões sociais e afetivas, fica explícito que para os entrevistados, o núcleo duro da representação de *cuidar* afronta o dualismo mente-corpo.

Dessa forma, as premissas constantes na sua representação asseveram que o amor constitui a base do fundamento biológico do social, sendo responsável por todas as implicações éticas advindas da dinâmica biopsicossocial. Sendo assim, o ato de *cuidar* com amor cultiva os sonhos, dá atenção aos projetos e dedica-se a sustentar a esperança e alegria do viver humano. O amor significa a aceitação do outro junto a nós, sem amor não há socialização, e sem esta não há humanização⁽¹³⁾.

Amor e respeito têm sido apontados como as condições básicas do reconhecimento e da identificação da humanidade⁽¹³⁾. No cuidado

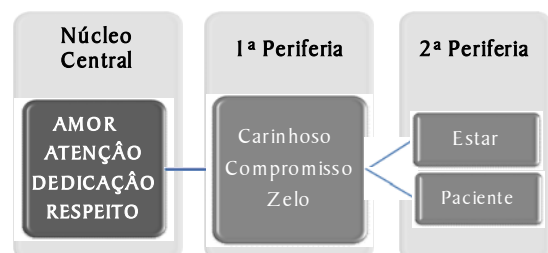


Figura 1. Principais termos evocados pelos entrevistados frente à palavra indutora “Cuidar”.

de enfermagem, humanizar traduz uma atitude intencional de deixar fluir os saber técnico articulando-o ao saber não técnico, ou seja, coloca a cabeça e o coração no serviço a ser prestado.

Nessa perspectiva, o cuidado de enfermagem requer escolher e adotar uma atitude empática de colocar-se no lugar daquele que é cuidado, a fim de identificar, pelo sentir, suas reais necessidades. Essa atitude abre espaço para o diálogo, compartilha responsabilidades e reconstrói as identidades, opta então, por não perder de vista o conjunto familiar e/ou institucional, garantindo a satisfação das necessidades dos envolvidos no processo de cuidado naquele contexto.

Dando sequência a análise dos resultados, observa-se que na primeira periferia aparecem os termos: carinhoso, compromisso e zelo, que constituem a filologia da palavra cuidado. Então, os termos que emergem na primeira periferia organizam a representação de cuidado que significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato⁽¹⁴⁾. Mais uma vez, constata-se que a manifestação dos sentimentos subjacentes a essas palavras está em consonância com a raiz essencial da profissão, ou seja, o amor ao próximo, cujo objetivo principal era: a preocupação com os sentimentos de próximo, o respeito e a compaixão, o contacto direto com o paciente, a busca de valores humanos e espirituais e a reflexão sobre o homem e a concepção da vida⁽¹⁵⁾.

Na segunda periferia, os termos: estar e paciente ratificam a importância de estar presente de forma autêntica diante do paciente a pessoa humana. Essa idéia implica em exercer a capacidade de ser real e mostrar-se ao outro de forma genuína, por meio de palavras e atos⁽¹¹⁾.

Insurge aqui a valorização da relação interpessoal e habilidades comunicativas cruciais no processo de cuidar. Ressalta-se, que não se trata de comunicação como sinônimo de informação. Mas sim, como meio de expressar com palavras, posturas e atitudes (comunicação verbal e não-verbal) mensagens que traduzam presença autêntica a pessoa que manifesta uma carência⁽¹⁶⁾.

Representações sobre o tratar

Frente ao termo indutor tratar, as palavras mais evocadas foram: conhecimento e medicar.

O termo conhecimento recebeu destaque, sinalizando o provável núcleo central das representações sobre o tratar (Figura 2). A presença do termo medicar propiciou apreender que, na perspectiva dos entrevistados, o tratar organiza-se em torno dos elementos nucleares ilustrados como conhecimento e medicar.

Diante desse resultado, pode-se inferir que a representação guarda estreita relação com a ação de administrar medicações e ressalta a necessária competência técnica acerca do conhecimento especializado de farmacologia e terapêutica médica no que diz respeito a ação, dose, efeitos colaterais, métodos e precauções na administração de remédios.

Essa representação alinha-se a estudo que aponta como foco dos registros realizados pela enfermagem as práticas médicas e aquelas que delas se desdobram ou a ela dão suporte⁽⁷⁾. Assim, pode-se inferir que na perspectiva do tratar a enfermagem a prioriza o registro da terapêutica médica, sobretudo, a medicamentosa⁽⁷⁾.

Essas interpretações apontam para o nó górdio da prática da enfermagem, ou seja, o dilema entre cuidar e tratar. Nesse sentido, tratando-se de uma representação central também exercida na

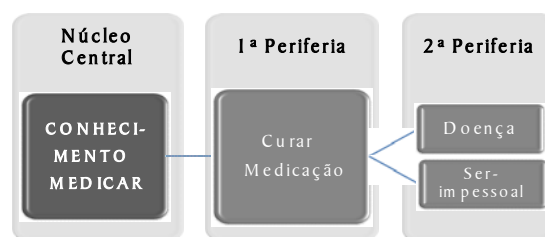


Figura 2. Principais termos evocados pelos entrevistados frente à palavra indutora “Tratar”.

prática de enfermagem merece discussão o fato de que a ação de administrar um medicamento prescrito com base no saber anátomo-clínico do corpo doente não justifica a mudança de foco da pessoa para a doença da pessoa.

Embora ciente de que no campo de compartilhamento de responsabilidades sobre o tratamento o saber da enfermagem busca se apropriar, se mantém e se consolida, também a partir do saber médico, o domínio dos cuidados de enfermagem segue sendo de competência da enfermeira.

Nesse enfoque, a competência da enfermeira no domínio da técnica clínica não pode ser considerada pelas cuidadoras uma tarefa mais importante ou mesmo isolada no contexto do cuidado. Sendo assim, diante de um quadro de enfermidade, medicar representa um ato complementar aos cuidados de enfermagem e só pode ser realizado a partir da consideração da pessoa doente e da doença da pessoa⁽⁵⁾.

Cabe salientar, que os cuidados de enfermagem são constituídos pelo que compõe a sua essência – relação interpessoal – e pelo acessório da prática do cuidar – meios (técnicas, protocolos, terminologia, formas de organização, contextos dos cuidados etc.)⁽¹⁷⁾.

Se o cuidado estiver centrado na técnica traduzirá apenas uma tarefa e a profissional privilegiará apenas a dimensão do acessório. Em contrapartida, o cuidado realizado como um ato criativo na perspectiva da articulação dos saberes, da integralidade e do acompanhamento singular da carência humana se centrará na dimensão do essencial. Nessa linha de raciocínio o ato de cuidar em enfermagem precisa ser capaz de transformar a ação numa ajuda significativa, em que as duas dimensões, acessória e essencial, estejam unidas⁽¹⁸⁾.

Nessa vertente, ratifica-se que embora a prescrição medicamentosa seja de competência médica, o domínio de decisão do início, da execução e do acompanhamento dos medicamentos é de competência da enfermagem que não poderá negligenciar as interações existentes entre os cuidados e o tratamento, bem como a intersubjetividade entre da cuidadora e o sujeito do cuidado.

A análise os termos que emergiram na primeira periferia, curar e medicação, renovam a intenção de organizar a representação central. Aqui fica explicitado o equívoco de olhar o tratamento como tarefa parcelar, que caracteriza uma intervenção focal e não um processo, que exige a consideração de diferentes tempo e espaços numa articulação direta entre os saberes e os afetos presentes na ação.

Sendo assim, é preciso apreender que a implementação do tratamento sem a abordagem cuidativa pode prejudicar ainda mais a pessoa doente. Conseqüentemente, medicar não é igual a curar,

porque nenhum medicamento ou saber profissional pode curar alguém. O que realmente cura é a força vital existente em cada pessoa, associada ao seu desejo de viver; é da competência dos cuidados de enfermagem ajudar a despertá-la⁽⁶⁾.

Os termos doença e ser-impessoal aparecem na segunda periferia e evidenciam a imperiosidade de considerar que a noção de doença, implica na representação de uma pessoa doente. Então, pensar a doença é pensar o corpo de uma pessoa doente que carece de cuidados.

Ora, se o cuidado de enfermagem requer carinho, compromisso e zelo, conforme a expressão dos entrevistados nessa mesma pesquisa. Seguramente pode-se, parafrasear a idéia de que no contexto dos cuidados de enfermagem não cabe tratar pessoas como coisas de forma objetiva e distanciada⁽¹⁹⁾. Nessa linha de argumentação, o ato de prestar cuidado a uma pessoa sob tratamento medicamentoso é incompatível com a possibilidade de ser impessoal. As noções de cuidado e impessoalidade são excludentes. A zona de intercessão que os cuidados de enfermagem ocupam entre as ações de cuidar e tratar exige parceria.

Nesse contexto, a relação de cuidado profissional não poderá ser com a doença. Ao relacionar-se com a doença o profissional ocupa lugar de adversário – aquele que luta contra o mal. Relacionando-se com a pessoa ele ocupa o lugar de parceiro⁽¹⁹⁾. Nesse sentido, é preciso desconstruir no domínio do cuidado (cure) a representação de tratar que traduz certo afastamento entre as pessoas; favorecendo, o desdém pela intersubjetividade, fator determinante no processo de cuidar.

Cabe explicitar que esse tipo de ação impessoal com a doença é forjado num contexto de trabalho fragmentado e de baixa intensidade de reflexão. Nele, as intervenções de enfermagem podem ser realizadas, mas o cuidado não se processa. Esse cenário compromete a prestação qualificada do cuidado, a delimitação de seu campo de competência e, conseqüentemente, a comprovação da indispensabilidade do serviço de enfermagem⁽¹⁾.

Trata-se, então, de compenetrar-se que haja tratamento ou não, os cuidados de enfermagem frente à vida, a doença ou à morte são vitalmente indispensáveis. No mundo do trabalho eles devem ser orientados, intencionais e explicitar as competências e as habilidades que fazem das cuidadoras profissionais de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A distinção entre amar – o provável núcleo central das representações sociais sobre o cuidar – e conhecimento – o provável núcleo central das representações sociais sobre o tratar – revela a existência de um dilema que compromete a finalidade da prática profissional da enfermagem, prejudicando a delimitação de seu campo de competência, bem como sua valorização social.

Os resultados evidenciam que para os profissionais a representação de cuidar guarda uma relação estreita com a ética, a promoção da vida e a humanização dos cuidados de saúde; remetendo a uma forma complexa e integral na produção do serviço de enfermagem. Enquanto a representação de tratar ancora-se no modelo biomédico, no qual a fragmentação do sujeito em partes privilegia a atenção à doença e resulta em uma tarefa parcelar, sem significado e sentido para o sujeito doente e o sujeito que cuida.

O que é relevante destacar é que o ato de tratar no contexto do cuidado de enfermagem não precisa opor-se ao ato de cuidar; ao contrário, deve aliar-se a ele, pois as duas ações fundam os pilares das habilidades técnica e interpessoal requeridas no campo de competência do cuidar profissional.

Dessa maneira, o desafio da profissão, consiste em resgatar e incorporar, na prática cotidiana moderna, os valores estruturantes, fundamentais e inalienáveis que fundaram e profissão de enfermagem e permanecem imutáveis na concepção do cuidar. É forçoso buscar estratégias para dar visibilidade e fazer compreender, aos próprios profissionais de enfermagem, à sociedade em geral e aos demais profissionais de saúde, que o lugar e as contribuições dos cuidados de enfermagem nas práticas de saúde são insubstituíveis.

Por fim, entende-se que o primeiro grande passo nesse sentido deve ser dado encarando as necessárias mudanças no espaço da formação profissional. Ciente da complexidade que permeia o campo de saberes e poderes na área da saúde, não se pode negar que o atual modelo de formação da enfermagem legítima, reforça e retro-alimenta o processo de tecnologização de um saber/tratar que é qualificado como científico, em contraposição ao saber/cuidar (des) qualificado como não científico, fruto da intuição e da sensibilidade que caracterizavam o feminino e posicionam o cuidado de enfermagem num lugar de menor valia social.

REFERÊNCIAS

1. Collière F. Cuidar: a primeira arte da vida. 2ª ed. Loures: Lusociência; 2003.
2. Borges MS. Mel com fel: representações sociais do cuidado de enfermagem e cidadania. *Comun Ciên Saúde* 2008; 19(4): 333-42.
3. Waldow VR. O cuidado na saúde: a relação entre eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes; 2004.
4. Borges MS, Guillem D, Duarte R, Ribeiro A. Representações sociais do trabalho de enfermagem: as abordagens estruturais na visão da sociedade brasileira. *Rev Cien Cuidado Saúde* 2003; 2(2): 113-22.
5. Collière MF. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel; 1999.
6. Ninghtingale F. Notas de enfermagem. Loures: Lusociência; 2005.
7. Meyer DEE. Processos coletivos de produção de conhecimento em saúde: um olhar sobre o exercício de enfermagem no hospital. *Rev Bras Enferm* 2006; 59(1): 95-9.
8. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D. *As representações sociais*. Paris: PUF; 1989. p. 32-61.
9. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC. *Estudos interdisciplinares de representações no Brasil*. Goiânia: AB; 1998. p. 27-37.
10. Vergès P. L'évocation de l'aegent: une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. *Bulletin de Psychologie* 1992; 45(405): 203-9.
11. Borges MS. Mel com fel: representações sociais da enfermagem e suas implicações para cidadania. Brasília: Universidade de Brasília; 2000.

12. Miranda CF, Miranda ML. Construindo a relação de ajuda. Belo Horizonte: Crescer; 1996.
 13. Maturana H, Zoller G. Amar e brincar: fundamentos esquecidos do humano, do patriarcado, à democracia. São Paulo: Pala Athenas; 2004.
 14. Boff L. Saber cuidar. Petrópolis: Vozes; 2004.
 15. Oliveira CP, Kruse MHL. A humanização e seus múltiplos discursos: análise a partir da REBEn. Rev Bras Enferm 2006; 59(1): 78-83.
 16. Araújo MMT, Silva MJP. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(4): 668-74.
 17. Watson J. Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem. Loures: Lusociência; 2002.
 18. Waldow VR. Cuidar: Expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes; 2006.
 19. Deslandes SF. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: Deslandes SF, organizador. Humanização dos Cuidados em Saúde: conceito, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: FioCruz; 2006. p. 33-48.
-