

Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado

Bioethics and nursing: an interface in care

Bioética y Enfermería: un interfaz en cuidado

*Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli**

*Natália de Araujo Sartório***

RESUMO: Desde o início da história da enfermagem moderna, os parâmetros éticos configuram questão primordial para sua prática. No decorrer do processo de conformação da enfermagem, a imagem vocacional foi cedendo espaço à profissional, o que conferiu importância à qualificação técnica e levou à incorporação de reflexões éticas. Atualmente, a bioética, com seus diversos enfoques, vem se agregando à construção histórico-social da enfermagem, trazendo-lhe novas perspectivas no sentido de dar conta dos desafios decorrentes da junção ética e técnica. O principlismo contribui para a compreensão da importância de incentivar e proteger a autonomia do profissional e do paciente na prática dos cuidados, respeitando os limites da beneficência, não maleficência e justiça. Já o enfoque do cuidado visa promover a confiança e a mútua responsabilidade de uns pelos outros. O presente artigo tem como objetivo apresentar a bioética como uma ponte que pode levar à interligação do cuidado-técnica com o cuidado-ética; do "tratar" com o "cuidar", integrando princípios e competência técnica, numa atmosfera de cuidado e responsabilização pelo sofrimento e saúde do outro.

DESCRIPTORES: Bioética; Relações profissional-paciente; Ética de enfermagem

ABSTRACT: From the beginning of the history of modern nursing, ethical parameters constitute a primordial question for its practice. Throughout the process of the nursing profession configuration, the vocational image has progressively given its place to the professional one, and it made technical qualification important, leading to the inclusion of ethical reflections. Currently bioethics, with its different approaches, combines with nursing's historical-social construction, bringing to it new perspectives regarding giving an answer to challenges stemming from the conjoining of ethics and technique. Principlism contributes for the understanding of the importance of encouraging and protecting the autonomy of the professional and the patient in cares practice, respecting the limits of beneficence, non-maleficence and justice. The emphasis on care, by its turn, aims to promote the confidence and the mutual responsibility people among themselves. The present article has as its aim to present bioethics as a bridge that can lead to the interconnection of care-technique with care-ethics, of "treating" with "taking care of", integrating principles and technical competence, in an atmosphere of care and responsabilization for the suffering and health of the other.

KEYWORDS: Bioethics; Professional-patient relations; Ethics Nursing

RESUMEN: Desde el principio de la historia de la enfermería moderna, los parámetros éticos constituyen una cuestión primordial para su práctica. A través del proceso de la configuración de la profesión de enfermería, la imagen vocacional ha dado progresivamente lugar a la profesional, e hizo la calificación técnica importante, conduciendo a la inclusión de reflexiones éticas. Actualmente la bioética, con sus diversos acercamientos, combina con la construcción histórico-social de la enfermería, trayéndole nuevas perspectivas con respecto a darle una respuesta a los desafíos que provienen de la integración de ética y técnica. El principlismo contribuye para la comprensión de la importancia de estimular y proteger la autonomía del profesional y del paciente en la práctica de los cuidados, respetando los límites de la beneficencia, la non-maleficencia y la justicia. El énfasis en el cuidado, por su vez, busca promover a la confianza y a la mutua responsabilidad entre la gente. Este artículo tiene como objetivo presentar la bioética como puente que puede conducir a la interconexión del cuidado-técnica con el cuidado-ética, del "tratar" con el "cuidar", integrando principios y capacidad técnica, en una atmósfera de cuidado y de responsabilización por el sufrimiento y la salud del otro.

PALABRAS-LLAVE: Bioética; relaciones profesional-paciente; Ética de la enfermería

* Enfermeira. Docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Mestre em Bioética. Doutora em Saúde Pública. Membro da Diretoria da Associação Internacional de Bioética (2003-2007). Secretária da Sociedade Brasileira de Bioética e da Sociedade de Bioética de São Paulo. *E-mail: elma@usp.br*

** Graduanda. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Introdução

A história da enfermagem moderna denota desde seu início, como questão central para a sua prática, os parâmetros éticos. Florence Nightingale (1989), considerada a precursora da enfermagem moderna, propôs, em sua obra *Notes on nursing*, como o “abc” da educação das enfermeiras: a) o conhecimento do significado do ser humano doente; b) a compreensão de sua forma de comportamento e c) a consciência de que se prestam cuidados a uma pessoa. A partir deste “abc”, traçou normas para o comportamento ético e técnico das enfermeiras, distinguindo para a prática da enfermagem, como assinalam Cortese e Fedrigotti (1985), dois componentes igualmente importantes: o técnico-operativo e o ético-moral.

Florence Nightingale, ancorada em seus valores religiosos e humanitários, lançou as bases da enfermagem como profissão, imiscuindo-se no mundo dos negócios da Inglaterra e influenciando em assuntos militares e legislativos. Com sua atuação, promoveu a reforma dos hospitais militares de campanha e da administração sanitária do exército; participou da elaboração de políticas internas e externas e atuou como *expert* em assuntos sanitários. Almejava, por meio da reforma da enfermagem, imprimir reconhecimento social a um campo de prática feminina, livrando-a dos estereótipos que marcavam as mulheres que então cuidavam dos doentes (Fonseca, 1996).

Para isto, tratou de resgatar a moral e os bons costumes cultivados na Inglaterra Vitoriana do século XIX, preocupando-se em fazer da enfermagem uma prática disciplinada e atrativa para as moças de boa família e das classes sociais mais altas. À época, com o afastamento das religiosas do serviço aos doentes nos

hospitais em decorrência da Reforma e com a Revolução Industrial demandando contingentes cada vez mais numerosos de operários, a enfermagem era exercida por mulheres, pessimamente remuneradas, em sua grande maioria com antecedentes duvidosos, bêbadas e analfabetas, inaptas para o trabalho na indústria. Tal realidade, somada ao puritanismo dominante na sociedade inglesa vitoriana, tornaram imperativa a criação de uma nova imagem social para a prática da enfermagem (Fonseca, 1996; Silva, 1989; Germano, 1993).

Foram retomados traços de caráter e personalidade próprios da prática religiosa da enfermagem, como o altruísmo, a abnegação, a pureza, o sacrifício, a integridade e a humanidade, enfocando a imagem de enfermeira vocacionada, servidora e obediente. Eram centrais os bons costumes, a boa conduta e a dedicação ilimitada numa atitude de passividade, submissão, respeito e obediência aos superiores hierárquicos e aos médicos, reiterando a divisão sexual e social do trabalho (Fonseca, 1989; Passos, 1995).

Na escola dirigida por Florence Nightingale, em Londres, a seleção das candidatas era extremamente rigorosa e, durante o curso, as estudantes, em regime de internato, eram submetidas à disciplina rígida e estreita vigilância, a fim de desenvolverem os traços de personalidade e caráter idealizados para a profissão. Em uma Folha Mensal, a superiora registrava suas impressões sobre o caráter e as atitudes de cada aluna, emitindo um “Boletim Moral”, que gozava do mesmo peso que o “Técnico” (Silva, 1989; Gomes, 1997).

Suas idéias estavam em consonância com o puritanismo, grande movimento de moralidade caracterizado pela constância moral e sobriedade emocional que se contrapunha, em diversas áreas da vida social, à moralidade livre e per-

missiva antes reinante na Inglaterra. Outra característica deste período era a contradição que impelia as mulheres para uma vida subalterna e secundária e, ao mesmo tempo, apontava caminhos para a superação de seus papéis sociais tradicionais. Assim, a empreitada de Florence Nightingale conforma-se no bojo da dualidade que transita entre o retorno à moralidade rígida e religiosa e a tentativa de emancipação da situação social das mulheres e da enfermagem, buscando pautar o exercício desta em conhecimentos científicos e no resgate de seu conteúdo moral e de bons costumes (Fonseca, 1989).

No Brasil, até o início do século XX, a enfermagem seguiu os termos da enfermagem pré-moderna europeia, sendo exercida por pessoas sem preparo para cuidar dos doentes. A finalidade deste trabalho era caritativa e não objetivava a cura, mesmo após a institucionalização da prática médica. A fim de romper com isto, foi criada, em 1890, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Governo Provisório da Segunda República, atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto no Rio de Janeiro. O currículo desta Escola foi construído tendo como base o manual do Dr. Possollo que, além das diretrizes técnicas, indicava também as características morais e de personalidade, tipicamente nightingaleanas, que as alunas deveriam apresentar. De acordo com o referido manual, as alunas deveriam saber que, para o bom exercício da profissão, deveriam ser criteriosas, modestas, altruístas e falarem pouco; precisariam ganhar a confiança do doente e não cometer indiscrições que pudessem alarmar a ele ou a família, deveriam ser leais ao médico e não comprometer-lo, além de pautar suas decisões pela rigorosa justiça (Moreira e Oguisso, 2005).

Nos mesmos moldes foi criada em 1923, também em território fluminense, a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde, atualmente Escola Ana Néri. Organizada de acordo com o "Sistema Nightingale", esta Escola tinha uma preocupação com o ensino da ética desde a elaboração e constituição de seu primeiro currículo, enfatizando os mesmos traços de personalidade, atitude e caráter alavancados na experiência da Inglaterra. Desta forma, a enfermagem moderna brasileira teve seu começo caracterizado pelos mesmos estereótipos vigentes nas sociedades americana e inglesa, já que o nosso país calcava-se nos mesmos pressupostos androcêntricos (Fonseca, 1989).

No decorrer do processo histórico-social de conformação da enfermagem, a imagem vocacional foi cedendo espaço à profissional, o que conferiu grande peso à competência e à qualificação técnica dos profissionais e levou à incorporação nas reflexões éticas, além das questões relativas à atenção direta aos pacientes, também as que dizem respeito à responsabilidade social da enfermeira.

Nesta trajetória da prática da enfermagem, não se tem mostrado tarefa fácil oscilar equilibradamente entre os dois elementos propostos por Florence Nightingale para as atividades da enfermeira, o técnico-operativo e o ético-moral, com uma cisão, muitas vezes contundente, que confere supremacia ora a um, ora a outro. E é óbvio que isto repercute na assistência de enfermagem, pois, nos extremos deste *continuum*, com a ênfase nos aspectos técnicos, corre-se o risco dos procedimentos, das rotinas e da competência técnica da enfermeira para desempenhá-los tornarem-se o fulcro, em prejuízo de perceber o beneficiário do cuidado como pessoa e esta como fim da atenção prestada. É o procedimento pelo procedimento, a técnica

pela técnica e o beneficiário é mero meio para se operar a concretização das mesmas. Ao contrário, se o desequilíbrio tender para o lado oposto, a rigidez na observância de códigos morais e deontológicos pode ofuscar o corpo de conhecimento científico e epistemológico que fundamentam e norteiam a prática da enfermagem, levando a um exercício pautado pela correção moral, e mesmo pela boa vontade em ajudar, mas limitado pelo despreparo técnico decorrente do não aprofundamento do estudo de problemas e da não atualização constante com a leitura de artigos, livros e participação em eventos científicos. O que conta, neste caso, são as normas e as tradições. Em ambas situações, vale destacar, o mais precioso da relação na qual o cuidado ocorre se esvai, pois os aspectos formais, ditados por rígidos códigos técnicos ou morais, superam o vínculo e a confiança que deveriam ser a centralidade deste relacionamento de zelo e atenção.

Atualmente, a bioética vem se agregando à construção histórico-social da prática da enfermagem, imprimindo-lhe novos nuances e perspectivas no sentido de dar conta dos desafios decorrentes da necessidade de mesclar ética e técnica. Podendo ser considerada, em um de seus entendimentos, como uma abordagem secular, interdisciplinar, prospectiva e global dos temas de ética nas ciências da vida e da saúde, consoante com a afirmação e a construção dos direitos humanos que marcam os anos 70 do século passado, a Bioética questiona antigas concepções éticas verticais, autoritárias, religiosas e com deveres e princípios absolutos, conclamando sua substituição por alternativas de caráter horizontal e democrático, com responsabilidades recíprocas e bilaterais.

Preocupada com a sobrevivência da humanidade e a defesa da vida ameaçada, a Bioética apresen-

ta-se como ponte entre o conhecimento biológico e as humanidades. É neste sentido que será explorada, no presente texto, a interface da bioética e da enfermagem, com vistas a apontar as potencialidades de uma ponte entre cuidado-técnica e cuidado-ética.

A prática de enfermagem na perspectiva do encontro inter-pessoal

Cuidar é ir ao encontro de outra pessoa para acompanhá-la na promoção de sua saúde. O prestador de cuidados, em um encontro que visa criar laços de confiança e vínculo, mostra-se como um profissional que pode ajudar e acompanhar a pessoa de quem está cuidando. E o faz, observando sua singularidade, identificando seus recursos e procurando com ela a via que faça sentido na sua situação e para o seu projeto de vida. Em outras palavras, caminha com a pessoa de quem cuida para promover sua saúde, numa dupla função: de perito e conselheiro. Perito, pois, dispondo de diferentes saberes pessoais e profissionais, domina um quadro de competências que lhe permite recomendar as intervenções necessárias e vislumbrar as alternativas, aumentando o leque de caminhos possíveis. Conselheiro, não por afoitamente distribuir conselhos e orientações, mas porque esclarece a pessoa sobre as oportunidades, os riscos e as dificuldades associadas a cada opção, fomentando uma escolha substancialmente autônoma e contribuindo para a concretização da decisão tomada (Hesbeen, 2001).

Não se trata de criar sufocantes laços de dependência, e sim de confiança que permitam a ajuda e redundem na autonomização e coresponsabilização das pessoas e dos profissionais na promoção de saúde. A enfermeira, com base nos fundamentos advindos, principalmente,

de seu saber técnico, busca o que entende ser bom para a pessoa assistida, promovendo o bem estar e protegendo os interesses desta. Porém, ao fazer isso, não pode aniquilar a manifestação da vontade, dos desejos, dos sentimentos, das crenças e das opções de cada um em seu projeto de “vida boa”.

Neste sentido, podemos tomar o entendimento de cuidados de enfermagem proposto por Hesbeen (2000), na tradução portuguesa de sua obra *“Prendre soin à l’hôpital: inscrire la soin infirmier dans une perspective soignante”*:

“Os cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa e aos seus familiares – ou a um grupo de pessoas – com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando, para concretizar essa ajuda, as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem. Os cuidados de enfermagem inscrevem-se assim numa ação inter-pessoal e compreendem tudo o que as enfermeiras e os enfermeiros fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas.”. (p. 67).

Com base nas idéias de Jean Watson, Hesbeen (2001) distingue o que é essência e acessório nos cuidados de enfermagem ou, como poderíamos chamar, a centralidade e a periferia da prática de prestar cuidados. No centro do cuidar está a relação inter-pessoal que ocorre entre o beneficiário dos cuidados, que requer atenção e ajuda e o prestador desses cuidados, que oferta a ajuda necessária numa dada situação de vida na qual é chamado a intervir. É a ação inter-pessoal da enfermeira e do paciente com vistas a produzir neste um resultado terapêutico. Na periferia, encontram-se os vários meios e instrumentos, específicos ou não, do qual a enfermagem serve-se para dar suporte à ação de cuidar, como o conjunto das

técnicas, dos protocolos, das terminologias e das formas de organização e sistematização da assistência de enfermagem. Isto não implica atribuir conotação depreciativa aos atos técnicos, por exemplo, pois estes, obviamente, são de extrema importância no cuidado e devem ser executados com excelência de conhecimentos, habilidades e competências. Antes, esta distinção permite compreender que determinado ato técnico será de ajuda e poderá contribuir para o bem estar de uma pessoa, na medida em que fizer sentido para ela, segundo seu projeto de vida. Também põe a tônica no que é essencial: a relação entre duas pessoas, uma prestadora de cuidados e outra beneficiária desses mesmos cuidados, focando que a qualidade da relação estabelecida é que permitirá, em maior ou menor proporção, esperar resultados terapêuticos, entendidos enquanto contribuição para o bem estar global da pessoa e não apenas como tratar ou curar uma doença.

Para prosseguir na sondagem da interface entre bioética e enfermagem, parece oportuno, então, ponderar as contribuições de, ao menos, dois de seus enfoques éticos — o principialismo e o cuidado. O primeiro contribui para a compreensão da premência de fomentar e proteger a autonomia dos co-partícipes na prática dos cuidados, dentro dos limites da beneficência, não maleficência e justiça. E o enfoque do cuidado favorece o contorno da atmosfera e do sentido do cuidado: a confiança e a mútua responsabilidade de uns pelos outros.

As contribuições do enfoque principialista para a interface bioética e enfermagem

O modelo principialista é o enfoque mais difundido da bioética, chegando, mesmo, a confundir-se

com esta. Constitui “metodologia de análise moral” que busca ponderar, de forma racional e imparcial, “os argumentos morais” em situações conflituosas concretas com vistas a dirimir, se possível, os conflitos pela escolha dos “melhores argumentos”. Necessariamente não se restringe aos quatro princípios “canônicos”, podendo integrar ou excluir princípios segundo o *ethos* vigente em uma determinada sociedade, já que não faz abstração dos casos. Isto porque as compreensões dos princípios e de suas implicações tornam-se possíveis com a realização de juízos em circunstâncias concretas, especialmente as conflitivas, buscando o modo de resolver as pendências. De fato, os princípios constituem referenciais que alertam para a necessidade de não ser maleficente, de não ser injusto, de respeitar a autonomia das pessoas e de ser beneficente para com elas, porém determinar como tais orientações se dão em concreto, conforma tarefa para o equacionamento ético (Gracia, 1991; Schramm, 1998; Gracia, 1998; Zoboli, 2006b).

O princípio da não maleficência corresponde ao *primum non nocere* da tradição hipocrática e caracteriza-se pela obrigação de ‘não causar danos’ ou ‘não prejudicar’ intencionalmente. E por ‘dano’ não se pretende tomar somente os aspectos físicos, como a dor, as incapacidades e a morte, mas se incluem os âmbitos psíquico, social, moral, espiritual, entre outros (Zoboli, 2006b).

Por beneficência entende-se ‘fazer o bem’, ‘cuidar da saúde’, ‘favorecer a qualidade de vida’, enfim, dilatar os benefícios, evitar, ou ao menos minorar, os danos. De maneira geral, pode-se afirmar que uma ação beneficente é toda aquela que pretende beneficiar as pessoas. Como a não maleficência, representa um critério tradicional da atenção à saúde, assim, a enfermagem, a medicina, a odontologia e a psicologia,

dentre outras buscam, de acordo com os fundamentos advindos de seu saber e competências específicas, promover o bem estar e proteger os interesses dos que estão sob seus cuidados, não lhes causando danos (Zoboli, 2006b).

No princípalismo, a justiça é considerada em seu sentido comutativo, ou seja, diz respeito à distribuição social igual ou equitativa, definida por normas justificadas que estruturam os termos da cooperação social (Zoboli, 2006b).

A palavra autonomia deriva dos termos gregos *autos* (próprio) e *nomos* (regra, autoridade, lei, norma). Assim, autonomia pessoal consiste, ao menos, na autolegislação livre da interferência controladora dos outros e de limitações, como o inadequado entendimento impeditivo de escolhas esclarecidas entre alternativas existentes e disponíveis. A pessoa autônoma é capaz de tomar decisões quanto aos assuntos que afetam sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica e suas relações sociais, com referência ao que considera 'bom', ou 'bem estar', segundo seus valores, suas expectativas, suas necessidades, suas prioridades, suas crenças, enfim, seu projeto singular de vida (Zoboli, 2006b).

Visões feministas da bioética têm criticado e contribuído para a revisão de concepções extremamente individualistas ou, poderíamos dizer, atomísticas do princípio da autonomia. Com base nas idéias de "autonomia relacional", defendem que cada qual tem uma certa inserção na sociedade e sua identidade, enquanto agente moral, é formada dentro deste contexto social de relacionamentos, modelando-se em meio a uma complexa intersecção de determinantes sociais, como raça, classe, gênero e etnicidade. Entendem que a opressiva socialização e os conseqüentes relacionamentos sociais opressores podem comprometer a expressão

autônoma das pessoas, especialmente, por frustrarem o desenvolvimento de capacidades e competências essenciais para as escolhas autônomas (Beauchamp e Childress, 2001).

Assim, o respeito pela autonomia não deve ocorrer em uma concepção excessivamente individualista, que negue a natureza social das pessoas, desconsiderando a influência da sociedade nas escolhas e o impacto destas e das ações individuais sobre os demais. Tampouco deve focar-se exclusivamente na razão, rejeitando as emoções e menos ainda ser indevidamente legalista, destacando apenas os direitos legais e desprezando as práticas sociais e as diversidades culturais, étnicas, religiosas e morais. Como afirma Selli (1999), diante do pluralismo moral, cada um tem de ter a capacidade para avaliar em que medida suas escolhas do que é bom para si podem prejudicar o outro ou a sociedade, pois a liberdade pressupõe pessoas responsáveis e conscientes dos resultados e das conseqüências de suas opções e ações, tanto no âmbito individual quanto coletivo.

Beauchamp e Childress (2001) afirmam que as diversas teorias acerca da autonomia concordam que são condições para a concretização de escolhas autônomas a liberdade, entendida como independência de influências controladoras, e a competência, compreendida enquanto a capacidade para agir intencionalmente. Assim, tomando por base decisores comuns, capazes de agir de maneira intencionada, com compreensão dos fatos e informações e na ausência de indevidas influências controladoras, a presença ou ausência de autonomia pode ser analisada em função dos determinantes e condicionantes dos atos dos agentes envolvidos. A intenção para agir não permite gradação, os atos são ou não são intencionais. No entanto, o entendimento e a ausên-

cia de influências controladoras podem ser satisfeitos em maior ou menor extensão, o que indicará o grau de autonomia das ações. Para ambas condições existe um amplo continuum que vai desde a total ausência da autonomia até sua presença completa.

Nesta perspectiva, as decisões precisam ser substancialmente autônomas e não completa ou plenamente autônomas, isto é, para que um ato seja tido como autônomo é necessário somente um grau substancial de compreensão dos fatos, das informações e de liberdade de constrangimentos, mas não um entendimento total e uma completa ausência de influências controladoras. Determinar o que vem a ser substancial, freqüentemente, pode parecer um ato arbitrário, por isso, os limiares para julgar uma decisão como substancialmente autônoma têm de ser fixados à luz de objetivos e circunstâncias específicas, uma vez que o princípalismo não se abstrai dos casos (Gracia, 1991; Beauchamp e Childress, 2001).

É lamentável o triunfalismo do atomismo autônomo que força os pacientes a fazerem escolhas a despeito de quererem receber informação sobre sua condição ou tomar suas próprias decisões. Passa-se do 'código do silêncio' para a 'ditadura da verdade', reconhecendo não um direito, mas um dever dos pacientes decidirem, o que não deixa de ser, a sua forma, uma influência controladora indevida que restringe a liberdade individual. O respeito à autonomia abarca o reconhecimento de uma obrigação fundamental de assegurar igualmente aos usuários dos serviços de saúde o direito de escolherem ou não, como também, de aceitarem ou declinarem da informação acerca de seu estado de saúde e dos procedimentos necessários. A informação e a escolha compulsórias são tão desrespeitosas à autonomia das pessoas quanto as

revelações evasivas. Os profissionais de saúde deveriam sempre indagar dos pacientes seus desejos de receber informação e tomar suas decisões, não assumindo que pelo fato de pertencerem a um determinado grupo compartilham totalmente da visão de mundo e dos valores por este propalados (Zoboli, 2005).

Respeitar uma pessoa como agente autônomo significa, no mínimo, acatar seu direito de ter opiniões próprias, fazer suas escolhas e agir segundo seus valores e crenças pessoais. Embora seja este um grande passo, especialmente se considerarmos que a dependência e a vulnerabilidade decorrentes da condição do paciente, aliada à tradição paternalista, autoritária que guia a prática dos profissionais de saúde acabam por favorecer, muito mais, ações e atitudes de perpetuação da relação de subalternidade do primeiro ao invés de fomentarem sua autonomia, por si só a não interferência nos assuntos alheios e nas escolhas de terceiros não basta.

O respeito à autonomia requer, também, uma ação pro-ativa dos profissionais de saúde, capacitando as pessoas para agirem autonomamente, pois, em diversas situações, é necessário manter, fomentar, ou mesmo, levar ao desenvolvimento da capacidade destas para tomarem decisões substancialmente autônomas, com a mitigação de medos, incertezas ou outras condições impeditivas das escolhas livres e esclarecidas, como a falta de informações ou a oferta de um reduzido leque de alternativas. Assim, assegurar a autonomia dos pacientes nos serviços de saúde inclui provê-los com meios para que superem seu sentido de dependência e adquiram tanto controle quanto possível e/ou desejem na situação que vivenciam, por meio do fornecimento das informações, do estímulo à tomada de decisões autônomas e, em alguns casos, pela diversificação das

opções disponíveis. Muitas ações autônomas seriam impossíveis sem a cooperação material de terceiros com vistas a disponibilizar distintas opções e/ou esclarecimentos (Zoboli, 2005).

A autonomia, como a não maleficência, a beneficência e a justiça, configura um dever *prima facie*, ou seja, constitui uma obrigação que deve ser cumprida a menos que conflite com outra obrigação de igual ou mais força. Assim, o princípio de respeito à autonomia é uma obrigação moral vinculante, mas se em uma circunstância particular houver outra rival ou sobreexcedente, ele poderá ser sobrepujado por esta, como no caso das escolhas autônomas dos indivíduos ameaçarem a saúde pública, poderem causar danos a terceiros ou demandarem indevidamente a utilização de recursos escassos. Na vigência destas condições justifica-se a restrição do exercício da autonomia, a exemplo do que ocorre quando as pessoas não podem ser declaradas autônomas para tomar decisões. Conferir primazia à autonomia em detrimento dos demais referenciais do enfoque principialista da bioética, além de lhe atribuir um peso desmedido que é incompatível com um sistema *prima facie*, despreza o fato de que a moral comum está igualmente enraizada nos demais princípios (Beauchamp e Childress, 2001).

Do princípio de respeito à autonomia decorrem obrigações mais específicas, como dizer a verdade; respeitar a privacidade; proteger a informação confidencial; obter o consentimento antes de intervir e, quando solicitado, ajudar as pessoas a tomarem decisões importantes. Na assistência à saúde e na pesquisa biomédica, o consentimento livre e esclarecido tem sido tomado como a expressão concreta do princípio de respeito à autonomia (Beauchamp e Childress, 2001).

Neste sentido, cabe ressaltar que a relativa benignidade comumente atribuída às intervenções de enfermagem pode ser falaciosa, pois mesmo que digam respeito a procedimentos comuns do dia a dia das pessoas, como banho e alimentação, na verdade, ocorrem de maneira mais invasiva, intrusa e complexa, além de serem permeadas pelas determinações e peculiaridades de normas e rotinas institucionais. Outro equívoco comum é a presunção de que ao consentir as intervenções médicas de diagnóstico ou tratamento a pessoa esteja automaticamente admitindo a atenção de enfermagem implicada na sua concretização. Se a assistência de enfermagem consistisse, sempre, somente em ações diretamente decorrentes e presumivelmente complementares às intervenções médicas este entendimento poderia ser suficiente. Entretanto, as necessidades de cuidado médico e de enfermagem não são necessariamente coincidentes e, ainda que o fossem, cabe considerar que ao acatar uma recomendação de tratamento feita pelo médico não obrigatoriamente o paciente está esclarecido de cada passo e procedimento implicados para a sua realização, como em preparos para cirurgias ou exames, por exemplo. Desta forma, o consentimento tem que tomar parte de cada momento dos cuidados de enfermagem: ao fazer uma consulta, uma visita domiciliária, um banho, um curativo, uma catecterização, uma medicação, uma mudança de decúbito ou um exame físico, dentre outros (Zoboli e Masarollo, 2002).

Mas, o envolvimento do paciente nas ações de enfermagem e nas decisões que lhe dizem respeito ainda representa um conflito para a enfermagem, como mostra a pesquisa de Selli (1999). Embora se perceba a importância da maior participação do paciente como co-responsável por sua própria saúde, ainda há um

predomínio do paternalismo, ou poderíamos dizer maternalismo, se tomarmos a condição de trabalho feminino da enfermagem. Além da tradição paternalista das profissões de saúde, a sobrecarga de trabalho da enfermagem também, muitas vezes, é apontada como um dos impeditivos para a promoção da autonomia do paciente, já que o esclarecimento e o acompanhamento para as tomadas de decisão requerem tempo e condições materiais, devendo ser responsabilidade não só da enfermeira e sim da instituição de saúde, orquestrada por sua administração (Selli, 1999; Zoboli, 2004).

Muitas vezes a enfermagem reclama que os pacientes são pouco ou mal informados pelos médicos, entretanto estudos apontam que os pacientes consideram o manejo da informação feito pelas enfermeiras tão insatisfatório quanto o do profissional médico (Whalen, 1984; Simon-Lorda e Barrio-Cantalejo, 1995; Oliveira e Fortes, 1999). Isto é preocupante, pois a enfermagem encontra-se em condição privilegiada para atuar na troca de informações, uma vez que, além de não provocar os temores associados à imagem de poder e autoridade da figura médica, mantém contato mais contínuo, prolongado e constante com os pacientes. Tal proximidade favorece avaliar a voluntariedade, a liberdade, a competência e a compreensão da informação para o consentimento livre e esclarecido, bem como estimar fatores que podem interferir neste processo, por exemplo, o estado de ânimo do paciente, seus valores, temores e pressões familiares. Esta oportunidade tem de ser aproveitada para intervir quando a informação for insuficientemente esclarecedora ou inadequadamente apreendida, complementando-a ou explicitando-a (Zoboli e Massarollo, 2002).

Contudo, na maioria das vezes, os profissionais de saúde presumem

que a importância maior da comunicação com o paciente está em transmitir informação (Guizardi e Pinheiro, 2004). Tese esta que é derubada por Nicolas (2002), quando ele afirma que “o diálogo funciona para evidenciar interesse, respeito, aceitação, definir diferenças, e não tanto para expressar idéias ou informações”

Entretanto, isso será possível se tiver sido urdida uma relação vincular e de confiança entre a enfermeira e o paciente, o que nos remete à contribuição da ética do cuidado na interface da bioética e da enfermagem.

As contribuições do enfoque da ética do cuidado para a interface bioética e enfermagem

A “ética do cuidado” valoriza como o mais precioso do cotidiano das pessoas e, principalmente, da atenção em saúde as relações interpessoais, ou seja, a interconexão e interdependência humanas. Centramos nossa abordagem, por ora, na concepção de ética do cuidado, proposta por Carol Gilligan em sua obra *In a different voice: psychological theory and women's development*, editado em 1982 e reimpresso, pela trigésima primeira vez, em 1993 (Gilligan, 1998).

É comum, após esta publicação, trabalhos contrastando a visão ética com base nos princípios ou direitos individuais, conhecida como ética

da justiça, e a ética do cuidado (Tong, 1998):

A ética da justiça, ou moralidade dos direitos, fundamenta-se na igualdade e centra-se no entendimento da justiça, configurando uma manifestação de igual respeito e contra-balançando as reivindicações do outro e do eu. Por outro lado, a ética do cuidado, ou moralidade da responsabilidade, tem por base o conceito de equidade, de reconhecimento das diferenças nas necessidades, apoiando-se numa compreensão que dá origem à compaixão, ao cuidado e à solidariedade (Gilligan, 1998).

Encontram-se no fulcro de seus escritos, esclarece Gilligan (1998), questões sobre voz, diferença e desenvolvimento de mulheres e homens. Por voz, quer expressar o que as pessoas significam quando falam do âmago do eu. E falar depende de escutar e ser ouvido, constituindo um ato intensamente relacional, uma relação mútua de troca entre as pessoas, mediada pela linguagem, cultura, diversidade e pluralidade. Por isso, considera a voz uma nova chave para a compreensão da ordem psicológica, social e cultural.

No que diz respeito à diferença, esclarece que tenta deslocar esta discussão do foco do relativismo para o dos relacionamentos, entendendo as diferenças enquanto marcas próprias da condição humana e não como problema a ser resolvido. Entretanto, alerta que ao falar sobre diferenças e suas consequen-

Ética do cuidado	Ética da justiça
Abordagem contextual	Abordagem abstrata
Conexão humana	Separação humana
Relacionamentos comunitários	Direitos individuais
Âmbito privado	Âmbito público
Reforça o papel das emoções	Reforça o papel da razão
Associada ao gênero feminino	Associada ao gênero masculino

tes teorizações, há de se estar atento para a rapidez com que a diferença torna-se desvio em uma sociedade preocupada com a normalidade, escrava da estatística e historicamente puritana, adquirindo quase um tom de “pecado” (Gilligan, 1998).

Nos dez anos que precedem o lançamento de seu livro, Gilligan (1998) escuta as pessoas falarem sobre moralidade e si próprias e em determinado momento desta trajetória, começa a ouvir uma distinção nas vozes: duas maneiras de falar sobre os problemas éticos; dois modos de relatar o relacionamento entre o outro e o eu. A associação desta voz diferente com as mulheres corresponde à descrição de uma observação empírica, ou seja, é primariamente através das vozes das mulheres que se observa seu desenvolvimento. Porém, como alerta a autora, sua intenção não é caracterizá-la pelo gênero, mas sim pelo tema. Em outras palavras, o cuidado é uma questão de atitude frente às pessoas e ao mundo, e não uma questão de gênero. Ainda assim, Gilligan (1998) não desconsidera por completo a construção histórico-social das relações de gênero, chamando a atenção para o fato de que as qualidades especificadas pelos achados dos estudos psicológicos como as necessárias para a vida adulta – capacidade para o pensamento autônomo, clareza na tomada de decisão e ação responsável – usualmente, estão mais associadas à masculinidade, sendo consideradas indesejáveis enquanto atributos do eu feminino. Paradoxalmente, os traços tradicionalmente definidos como ‘bondade’ para as mulheres — seu cuidado e sensibilidade para com as necessidades dos outros — configuram suas deficiências no desenvolvimento moral.

A própria Gilligan (1998) esclarece que sua preocupação não é explicar as origens das diferenças descritas em seus estudos ou verificar

sua distribuição em uma população mais ampla, através das culturas ou dos tempos. Reconhece, é claro, que estas diferenças são geradas num contexto social cujos fatores de status social e poder combinam com a biologia reprodutiva para modelar a experiência do masculino, do feminino e das desigualdades nas relações de gênero. Contudo, o propósito da autora é explicitar e chamar a atenção para a interação da experiência e do pensamento em diferentes vozes, o que resulta em diálogos distintos que se manifestam na maneira como cada um ouve a si mesmo e aos outros nas histórias que contam de suas vidas.

Os problemas éticos conformam problemas de relações humanas e, ao traçar o desenvolvimento de uma ética do cuidado, Gilligan (1998) explora os fundamentos psicológicos para as relações humanas não violentas. Esta ética relacional transcende a oposição entre egoísmo e desprendimento que tem sido o elemento principal da linguagem ética. A procura por uma voz que supere tal dicotomia representa uma tentativa de mudar o foco da discussão ética das questões acerca de como alcançar objetividade e distanciamento, para as relativas a como se engajar em relacionamentos com responsabilidade e cuidado.

Para a voz do cuidado, o problema ético origina-se de responsabilidades conflitantes e não de direitos competidores, requerendo para sua resolução um modo de pensar contextual e narrativo no lugar do formal e abstrato. O cuidado torna o mundo social seguro, evitando o isolamento e prevenindo a agressão e, portanto, não corresponde à mera enunciação de regras limitantes da abrangência de atos agressivos. Nesta perspectiva, a agressão deixa de ser entendida como um impulso incontrolável que deve ser contido, para ser vista como um sinal de ruptura na conexão, de falha

no relacionamento. O ideal do cuidado consiste, então, em uma atividade de relacionamento, de perceber e responder às necessidades, de tomar conta do mundo buscando a manutenção da teia de conexão de modo que ninguém seja deixado sozinho (Gilligan, 1998).

São compreensões decisivas para uma ética do cuidado: tomar a moralidade como resultante do reconhecimento do relacionamento; acreditar que a comunicação é o modo de solucionar os conflitos e ter a convicção de que a chave para a solução do dilema está na forma de sua representação. O princípio central da resolução não-violenta de conflitos e a crença na atividade restauradora do cuidado fazem com que os atores de um dilema sejam vistos não como adversários em uma pendência de direitos, mas como membros entrelaçados de uma rede de relacionamentos, de cuja continuidade todos dependem. Conseqüentemente, a resolução para um problema ético consiste em ativar esta rede de relacionamentos pela comunicação, garantindo a inclusão de todos mediante o fortalecimento, ao invés do rompimento das conexões (Gilligan, 1998).

Entretanto, de acordo com Gilligan (1998), é preciso ir além do cuidado, propiciando uma integração de direitos e responsabilidades, através da descoberta da complementaridade das duas visões díspares (a ética do cuidado e a ética da justiça). A integração de ambas concepções permite a compreensão da universalidade da necessidade do cuidado e a percepção da insuficiência de uma concepção de justiça míope para as diferenças da vida humana, corrigindo a latente indiferença de uma moralidade de não-interferência e voltando a atenção da lógica para as conseqüências da escolha.

Compreender como a tensão entre responsabilidades e direitos mantém a dialética do desenvolvimento

humano significa visualizar a íntegra destas duas maneiras distintas de experiência que são, ao final, conectadas. Uma ética da justiça que decorre da premissa da igualdade e defende que todo mundo deve ser tratado igualmente e uma ética do cuidado que, partindo da idéia de não-violência, advoga que ninguém deveria ser ferido ou injuriado. Na representação da maturidade, ambas perspectivas convergem na percepção de que a desigualdade, adversamente, afeta todas as partes em um relacionamento e que a violência é destrutiva para os envolvidos (Gilligan, 1998).

Uma questão chave é a motivação para o descaso à noção de cuidado e sua incipiente influência na ética. As razões para isto parecem estar no fato do cuidado apresentar-se como uma cativante emoção ou idéia que, associando-se histórica e socialmente às mulheres e apoiando sua visão da condição humana na capacidade das pessoas importarem-se com os outros, com as coisas, com a comunidade, com uma trajetória de vida ou consigo próprias, tem confrontado e desafiado os sistemas de pensamento racionalistas, abstratos e impessoais detentores de abrangente ascendência social, ética, política e religiosa (Reich, 1995a, Reich 1995b). Embora Gilligan (1998) não se preocupe em abordar a construção histórico-social das desigualdades das relações de gênero para explicar este desprezo à diferente voz do cuidado, considera como estas determinam a construção do conhecimento científico. Pondera que, acostumados a ver a vida através dos olhos dos homens, os teóricos da psicologia cometem um viés de observação, implicitamente adotando a vida masculina como a norma e tentando a ela moldar tudo e todos. Os diferentes, ou seja, os que não se encaixam neste padrão são vistos como desviantes, ou defectivos mo-

rais. Assim, um dos grandes avanços da teoria do desenvolvimento moral proposta por Carol Gilligan é incluir a voz e a perspectiva usualmente excluída pelo fato de ser associada, historicamente, socialmente, ao gênero feminino.

Para a enfermagem, profissão atrelada ao feminino, a ética do cuidado, quase sempre, tem sido tomada como algo essencial. Neste sentido, vejamos o que propõe a filósofa espanhola Adela Cortina (1997) que considera a voz da enfermagem muito mais como a voz da compaixão, da responsabilidade e do cuidado do que a voz da justiça e do direito, embora concorde que ambas as perspectivas devam complementar-se.

Cortina (1997) elabora uma “teoria da evolução moral da enfermagem”, com base na teoria da evolução social de Habermas e o modelo onto-genético de Carol Gilligan. Pondera que, partindo da lide de “mulheres cuidadoras”, a enfermagem foi recorrendo certas etapas e amadurecendo. Para melhor entendermos este paralelo, parece indicado que iniciemos explorando a seqüência observada e descrita por Gilligan na elaboração de visões da maturidade moral.

O foco inicial no cuidado do eu com vistas a assegurar a sobrevivência é seguido por uma fase de transição, na qual se critica este primeiro juízo como egoísta. O criticismo assinala um novo entendimento da conexão entre o eu e o outro, articulada pelo conceito de responsabilidade. A elaboração desta concepção de responsabilidade e sua fusão com uma moralidade materna que busca garantir o cuidado dos dependentes e desiguais caracterizam a segunda etapa. Neste ponto, o bom equipara-se ao cuidar dos outros. Entretanto, quando a mulher se exclui e reconhece apenas os outros como receptores legítimos de seus cuidados, geram-se problemas

nos relacionamentos e cria-se um desequilíbrio que redundará na segunda transição. Num esforço para desfazer a confusão entre auto-sacrifício e cuidado, inerente às convenções histórico-sociais da bondade feminina, ocorre uma reconsideração das relações a partir do questionamento sobre a equiparação convencional entre conformismo e cuidado e acerca da falta de justificativas para a desigualdade entre o outro e o eu. A terceira etapa focaliza a dinâmica dos relacionamentos e dissipa a tensão entre egoísmo e responsabilidade com um novo entendimento da interconexão do outro e do eu. O cuidado torna-se o princípio auto-escolhido de um juízo que continua focando o âmbito privado dos relacionamentos e das respostas ao outro, mas se abre ao universal ou público em sua condenação da exploração e do sofrimento (Gilligan, 1998).

Admitir a verdade da perspectiva feminina na concepção do desenvolvimento moral, como proposto por Gilligan, implica reconhecer, tanto para as mulheres quanto para os homens, a importância da conexão entre o eu e o outro e que a necessidade de compaixão e cuidado é universal. O imperativo moral que emerge das vozes femininas é uma injunção para cuidar, uma responsabilidade de discernir e mitigar o problema real do mundo. Do masculino, emana o imperativo moral enquanto obrigação de respeitar os direitos dos outros e de proteger, contra interferências, os direitos à vida e à auto-realização. Para Gilligan (1998), o desenvolvimento para os dois gêneros propicia uma integração de direitos e responsabilidades graças à descoberta da complementaridade dessas visões díspares. Para as mulheres, a integração de direitos e responsabilidades ocorre pelo entendimento da lógica dos relacionamentos e pela moderação do potencial destrutivo da morali-

dade autocrítica, afirmando a necessidade de cuidado para todos. Para os homens, o reconhecimento da responsabilidade do cuidado corrige a latente indiferença da moralidade de não-interferência e voltaria a atenção da lógica para as consequências da escolha. Na compreensão pós-convencional da ética, as mulheres chegam a ver a violência inerente à desigualdade e os homens a perceber as limitações de uma concepção de justiça míope para as diferenças da vida humana.

Por séculos se têm ouvido as vozes dos homens e as teorias de desenvolvimento que suas experiências alimentam, sendo que, somente mais recentemente, com a atenção voltada para denunciar e corrigir as desigualdades nas relações de gênero, é que se começa a notar não apenas o silêncio das mulheres, mas a dificuldade para se ouvir o que dizem, quando conseguem falar. Porém, na voz diferente associada às mulheres, subjaz a expressão de uma ética do cuidado, do vínculo entre relacionamento e responsabilidade e da visão da agressão como uma falha nesta conexão. A omissão da realidade distinta da vida das mulheres, calando as diferenças advindas de suas vozes, tem origem, em parte, na pressuposição de que há um único modo válido de experiência social, bem como de interpretá-la, o masculino. Ao contrário, pela postulação destes dois diferentes modos é possível chegar a uma explicação mais completa da complexa experiência humana, vendo a verdade da separação e da ligação na vida das mulheres e dos homens e reconhecendo como estas verdades manifestam-se por distintos modos de linguagem e equacionamento moral (Gilligan, 1998).

Na teoria proposta por Adela Cortina (1997) as fases de maturação começam por uma primeira etapa de total auto-renúncia. A enfermagem é um ofício, habitualmente

ligado às mulheres, que requer vocação, em geral religiosa, porque o cuidado à pessoa debilitada e vulnerável exige de quem o leva a cabo uma atitude de desprendimento e altruísmo. Sua condição feminina, no contexto social das desiguais relações de gênero, determina subordinação à hegemonia médica detentora do único saber tido como válido na assistência médico-sanitária. A atitude moralmente correta da enfermeira é a de subordinação e caridade. A enfermagem é indispensável para a manutenção da sociedade, mas por meio do modo de cooperação historicamente atribuído às mulheres, que é a compaixão pelos fracos, a responsabilidade e o cuidado assumidos com auto-sacrifício, abnegação, renúncia de si mesmo e altruísmo. Toda vocação implica transcendência e o sentido de realizar uma tarefa que ultrapassa, no esquecimento de si mesmo, os próprios interesses. Tal demanda social apresenta-se mais fortemente nas atividades tidas como femininas, entre elas, o cuidado e a responsabilidade pelos vulneráveis, que no caso da enfermagem passa a ser o paciente, em vez do irmão, do pai, dos filhos ou do marido. Nesta fase, a enfermagem entende que a sociedade somente a aceita se atender aos debilitados com total renúncia de si mesma e preocupação exclusiva de atender o outro.

A esta fase inicial, segue-se uma segunda na qual a enfermagem toma consciência de que também tem direitos e questiona o modelo vocacional e começa a investir na aquisição e desenvolvimento de competência técnica para construir sua autonomia profissional. Adela Cortina (1997) considera esta etapa muito mais uma transição do que chegada, pois as novas atitudes propaladas como próprias para a enfermagem, competência técnica e autonomia, levaram à perda da capacidade de se colocar no lugar

do vulnerável numa relação empática. E isto parece não ter se mostrado adequando às exigências e expectativas sociais para a profissão.

Na terceira fase, une-se o melhor das anteriores. Se por um lado, sem reconhecimento dos próprios direitos é impossível a autoestima, por outro, sem compaixão, responsabilidade e cuidado, a enfermagem deixa de perseguir seu bem interno, que lhe dá sentido e razão de ser na sociedade: o cuidado às pessoas. A enfermeira moralmente madura compagina seus direitos com a compaixão e o cuidado, que são o cerne de seu labor (Cortina, 1997)

Recorrendo às idéias de Hesse (2000), apresentadas anteriormente, poderíamos dizer que nesta fase a enfermagem é capaz de integrar o que é periférico e central nos cuidados que presta, num caminho multidirecional. Isto fica mais claro quando deslindamos as atitudes propostas por Adela Cortina (1997) como próprias da “enfermeira madura”, que incluem: compaixão pelo sofrimento das pessoas, especialmente os vulneráveis que dependem da enfermagem; sensibilidade para sentir-se afetado e responsabilizar-se por atender as concretas necessidades humanas que dizem respeito às especificidades da enfermagem; responsabilização pela saúde e bem estar dos que estão sob seus cuidados; habilidades de comunicação com vistas a considerar o paciente como interlocutor válido, considerando sua aspiração por autonomia e auto-realização; capacidade para promover a autonomização das pessoas, não perpetuando sua dependência e ajudando-as a viver sua autonomia no máximo de suas singulares possibilidades; competência técnica e auto-estima.

A bioética, com sua transdisciplinaridade e propositura prospectiva, apresenta-se como a ponte que

pode levar à interligação do cuidado-técnica com o cuidado-ética, integrando princípios e competência técnica, em uma atmosfera de cuidado e responsabilização pelo sofrimento e saúde do outro.

A ponte para a convivialidade do cuidado e do trabalho na saúde: a voz da bioética

Ao defendermos o cuidado como proposta ética, estamos, ao mesmo tempo, advogando a ética enquanto modo-de-ser. Tomar a ética como modo-de-ser implica em adesão pessoal, ou seja, no relacionamento social as pessoas não são apenas objetos miméticos que assimilam automaticamente as normas e os costumes sociais. Ao contrário, estas normas e costumes entram em contato com o mais profundo do ser, confrontando-o e, muitas vezes, conflitando com ele. Esta relação suscita a indagação: ‘por que tem de ser assim e não pode ser de outra forma?’ (Ottaviani, 2002).

Desta maneira, o cuidado é atitude, é fonte da qual jorram todos nossos atos que expressam e materializam uma atitude de fundo. É modo-de-ser essencial, sempre presente e irreduzível a qualquer outra realidade anterior e que funda as relações que se estabelecem com todas as pessoas e com as coisas. É a forma como a pessoa se estrutura e se realiza no mundo com os outros. Não temos cuidado, ou dispensamos cuidados, ou prestamos cuidados: **somos cuidado** (Boff, 1999). Em outras palavras, o cuidado não é um trabalho que podemos realizar, mas é a arte de viver intensamente, é um convite para o “prazer da vida” (Grün, 2005).

Mover-se pela ética do cuidado quer dizer assumir um modo-de-ser essencial no qual a pessoa, sem esquecer de si, sai de si mesma e

centra-se no outro com desvelo e solicitude, compreendendo a complexa teia de inter-relações que sustenta a vida e potencializando positivamente estas relações através da comunicação inclusiva e da solução não violenta dos conflitos, a fim de defender e promover a vida de todos, especialmente dos mais vulneráveis (Zoboli, 2006a)

Boff (1999) distingue dois modos de ser-no-mundo: trabalho e cuidado. O “modo-de-ser-no-mundo trabalho” é intervencionista, marcado por uma interação tecnicista. Configura o situar-se sobre as coisas e as pessoas para dominá-las e colocá-las a serviço dos interesses de terceiros. Busca compartimentar a realidade para melhor conhecê-la e, conseqüentemente, subjugar-la, utilizando-se do poder e, até mesmo, da agressão para alcançar seus objetivos utilitários. No “modo-de-ser-no-mundo cuidado” a relação não é mais sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito, ou seja, não se almeja o domínio sobre, mas a convivência, através da interação, da conjunção e não da mera intervenção. Há uma proximidade, uma acolhida do outro, sentindo-o dentro, respeitando-o, provendo-lhe sossego e repouso. A experiência que ocorre é do valor intrínseco às pessoas e não de seu valor utilitário.

Num paralelo, poderíamos dizer que o “modo-de-ser-no-mundo trabalho” equivaleria ao cuidado-técnica, enquanto o “modo-de-ser-

no-mundo cuidado” ao cuidado-ética e num quadro comparativo, teríamos:

Da mesma forma que defendemos com Gilligan (1998) a complementaridade das visões da ética do cuidado e da justiça, também concordamos com Boff (1999) quando o autor afirma que o “modo-de-ser-no-mundo trabalho” não se opõe ao “modo-de-ser-no-mundo cuidado”, ao contrário, confere ao primeiro uma nova tonalidade, completando-o.

O grande desafio, então, é combinar o “trabalho” com o “cuidado”, já que ambos tomam parte da integralidade da experiência humana. Como fazê-lo? Em que medida lançar mão de cada um? A resposta não se encontra escrita em lugar nenhum, é preciso estabelecê-la a partir de uma profunda sensibilidade, comunhão e sintonia com a própria vida, reconhecendo-se envolto em uma atmosfera de cuidado e de responsabilidade solidária para com o outro.

Apessoa cuidadosa presta atenção em tudo que faz e não vai apenas levando a vida; é atenciosa com o que pega na mão, sente e percebe o que a cerca e tudo o que faz recebe significado mais profundo pelo cuidado, pois quando alguém trata as coisas com cuidado, dá-lhes a devida atenção, elas são valiosas para esta pessoa. É cuidadoso quem coloca atenção no que faz, que mostra interesse no que acontece, vivendo conscientemente e não

Modo-de-ser-no-mundo “Trabalho” Cuidado-técnica	Modo-de-ser-no-mundo “Cuidado” Cuidado-ética
Intervenção tecnicista	Conjunção
Dominação	Convivência
Sujeito – objeto	Sujeito – sujeito
Relações de poder	Relações de cidadania
Violência e agressão	Acolhimento
Objetivos utilitários	Valor intrínseco das pessoas
Ética da justiça	Ética do cuidado

alheio, porque a atitude de cuidado desdobra-se em preocupação, estima e senso de responsabilidade por todas as coisas. O cuidado é exercício renovado, diário, corajoso e espiritual por excelência, cujo treino concreto consiste em tomar nas mãos, com consciência e atenção as coisas de nosso dia-a-dia, estando em cada momento por completo, com todos os sentidos e atenção. Esta prática concreta gera concentração e leva à relação consigo próprio, com os outros e com as coisas ao nosso redor. Um aspecto importante do cuidado é não classificar em ordem valorativa o que se faz, o que se toca, o que se vive; percebe-se, simplesmente, sem julgar de imediato, ou previamente (Grün, 2005). Isto nos permitirá entrar em contato com as coisas e as pessoas, especialmente as mais diferentes, pois derruba barreiras, constrói pontes e não eleva muros ou cava fossos.

Em um paralelo, podemos dizer que o profissional de saúde cuidadoso presta atenção em tudo que faz e não vai, tão somente, desempenhando suas tarefas da melhor maneira possível. O profissional que se move em uma atmosfera de cuidado aproxima-se dos beneficiários do cuidado, sem julgá-los de imediato e em cada tarefa que executa, por mais rotineira e corriqueira que seja, coloca-se por inteiro com toda sua atenção e sentidos, como se fosse a primeira e única vez que a faz. E talvez seja, se pensarmos que naquele tempo é a primeira e a única, pode ter feito ontem, há 30 minutos, a fará amanhã, mas naquele exato momento será a única oportunidade, que se perdida não volta. Parece que se não há caminho preciso para compaginar cuidado e trabalho, estas observações de Grün (2005) aplicadas à lide da saúde, parecem dar algumas pistas e direções.

Na assistência de enfermagem a tarefa desafiadora é interligar competência técnica e autonomia pro-

fissional com compaixão, sensibilidade e responsabilidade, numa relação de vínculo e confiança, com vistas a conformar a integralidade dos cuidados prestados. Em outras palavras, podemos dizer que o desafio expressa-se na busca de como integrar procedimentos de alta tecnologia com ações de desvelo, atenção, respeito, acolhimento e preocupação para com a pessoa assistida. Durante muito tempo, somente os fatos importaram, o que não fosse objetivamente mensurável não era digno de consideração. Muitas vezes ouvimos que não podemos nos envolver emocionalmente com os pacientes, pois se isto acontecer não seremos capazes de fazer-lhes o bem. Mas, como beneficiá-los sem nos aproximarmos? E como nos aproximarmos sem a participação da emoção?

Muitas vezes, deixamos de compreender o momento da assistência de enfermagem, como um espaço privilegiado do relacionamento humano, em consequência, o ofício de cuidar transforma-se em mera aplicação de protocolos. E não estamos nos referindo apenas à incorporação dos procedimentos de alta complexidade propiciados pelos avanços tecnológicos, como se estes fossem os culpados pelo embrutecimento e desumanização da atenção à saúde, pois, se assim o fosse, esta realidade não seria encontrada nas unidades básicas de saúde e sabemos que isto não é verdade. Estamos colocando em foco as consequências do entendimento geral que a prática de enfermagem deriva mormente, senão exclusivamente, da ciência, coadunando com a dependência que toda ação humana passou a ter do científico, do que pode ser medido e controlado, com a racionalidade tornando-se essencialmente técnica.

O equilíbrio entre a empatia insuficiente, que torna frias as relações entre profissional e paciente, e a empatia excessiva, que conota

subserviência em detrimento de si, só será atingido com a elaboração das vivências do trabalho assistencial e com o decorrer do tempo (Martins, 2004).

E ao nos referirmos à emoção, não a entendemos somente como um sentimento. A emoção também é cognição que possibilita conhecer o outro, revelando a subjetividade das pessoas. Se alguém está feliz ou triste, o está por algum motivo, então, temos que aprender a lidar cognitivamente com as emoções, indo além da comoção e buscando o que causa a felicidade e a tristeza das pessoas, porque isto nos revela muito delas e enriquece os cuidados de enfermagem (Robichaud, 2003).

Precisamos superar a ditadura do modo-de-ser 'trabalho-produção-dominância'. A enfermagem precisa superar o modo-de-ser 'operador de equipamentos', 'decifrador de exames', 'executor de rotinas e procedimentos', 'aplicador de protocolos', 'designador de diagnósticos'. Precisamos conceder e consentir direito de cidadania a nossa capacidade de sentir o outro, dando espaço à lógica da cordialidade e da gentileza, em lugar da lógica da conquista e do uso utilitário das pessoas.

Com isto, é claro, que não estamos propondo deixar de implementar as intervenções de enfermagem e, tampouco, estamos satanizando os avanços tecnológicos que tanto beneficiam as pessoas ou defendendo um 'amadorismo' nas ações de enfermagem, como se a boa vontade fosse suficiente para uma boa assistência. Mas, significa, sim, derrubar a barreira da racionalidade fria e abstrata para dar lugar à essência do cuidado, deixando de esconder-se atrás dos equipamentos, rotinas, técnicas, procedimentos e protocolos, que são meios e instrumentos para o trabalho de enfermagem, a fim de encarar o rosto da pessoa que clama por uma escuta de sua necessidade, que pede acolhimento para sua vulnerabilidade.

Em outras palavras, advoga-se a renúncia à vontade de poder que reduz tudo e todos a objetos desconectados da subjetividade e singularidade humanas, a fim de considerar a criança, o jovem, o adulto, o idoso, a mulher e o homem de quem cuidamos como pessoas, como sujeitos em sua totalidade existencial que buscam nossa atenção. Também se defende a recusa a todo despotismo e forma de dominação, impondo limites à obsessão pela eficácia a qualquer custo, sabendo quando parar e tendo humildade para admitir 'posso estar errado' ou 'não sei'.

A enfermagem precisa se guiar pelo que Boff (1999) chama a "convivialidade", ou seja, a capacidade de fazer conviver as dimensões de produção/técnica e de cuidado; de efetividade/eficácia e de compaixão, dando uma "modelagem de cuidado" a tudo que executam. A bioética, no nosso entender, poderá propiciar esta ponte de "convivialidade" em sua interface com a enfermagem, interligando cuidado-técnica e cuidado-ética.

Cabe alertar, concordando com Boff (1999), que, se por um lado, a negação do "modo-de-ser cuidado" redundaria no embrutecimento das relações, por outro, seu excesso leva à preocupação obsessiva de cuidar de tudo e de todos, num perfeccionismo imobilizador. Como lembra o autor, cuidar é a essência do humano, mas o humano não é só sua essência. Podemos concluir, então, para a enfermagem, que tanto a negação da ética do cuidado como sua exclusividade comprometem, igualmente, a assistência prestada, o que reforça a necessidade da mescla da justiça e do cuidado, defendida por Gilligan (1998).

Kuhse (1997) também alerta que o cuidado é um elemento essencial da ética em enfermagem, mas não suficiente para uma boa assistência. A ética do cuidado é tão necessária quanto à da justiça. Se por um lado

o cuidado nos leva a perceber a singularidade das pessoas, por outro, a universalização dos princípios e regras contrabalança o risco da arbitrariedade. Às vezes, nossos sentimentos e experiências podem nos levar a cometer enganos, então, estes precisam ser comparados com algum tipo de padrão universal ou universalizável que esteja fora da situação que está sendo vivenciada. Entretanto, adotar estes padrões sem considerar o cuidado pode fazer com que a enfermagem não perceba o que lhe está sendo requerido numa situação em particular.

É urgente a ponte da "convivialidade" entre cuidado-técnica e cuidado-ética que a bioética pode proporcionar para enfermagem.

A ponte para a convivialidade do cuidado e do trabalho na saúde: a voz da enfermagem

Gilligan (1999) argumenta que a ética do cuidado se caracteriza por seu tema e não por ser exclusividade do gênero feminino, embora socio-historicamente atribuído à condição feminina. Neste sentido, poderíamos questionar se, na saúde, a ética do cuidado que tem sido associada tradicionalmente à enfermagem por ser esta profissão vista como um trabalho de mulheres, diria realmente respeito apenas a esta categoria ou poderia se ampliar para as demais. Kuhse (1997) advoga que, se entendemos o cuidado como esta disposição interna para acolher as necessidades do paciente que é reconhecido como indivíduo singular com suas próprias necessidades, crenças, desejos e opções e não como um mero organismo que funciona mal, a ética do cuidado torna-se importante e central para todos os profissionais de saúde, não podendo ser exclusividade de nenhum, já que de tal disposição depende a boa assistência.

Parece, então, que esta é a outra direção da ponte para a "convivialidade" na interface da bioética e da enfermagem. Esta pode contribuir para bem qualificar a atenção à saúde com sua "tradição de cuidado", obviamente entendida em sua fase madura como descrito por Adela Cortina (1997). E isto será possível com o espaço comunicativo propiciado pela bioética, que enraíza a segurança de seu discurso, como assinala Selli (1999), no seu caráter reflexivo-crítico e na capacidade de manter-se despido de certezas e aberta às circunstâncias da vida, com escuta ativa, diálogo e desconforto frente a depositários da verdade.

A bioética propicia uma ética de novas relações profissionais, destituindo toda e qualquer voz de monopólio nas relações, pois reconhece e legitima a pluralidade de papéis e vozes, com vistas a impedir a desqualificação do outro, especialmente do diferente, pelo exercício do poder. É a amálgama da escuta ativa, do olhar atento, da reflexão genuína, do conhecimento e da competência técnica que permitirá relações inter-pessoais e profissionais, intervenções e tomadas de decisão que respeitem e promovam os direitos humanos, as liberdades fundamentais e a dignidade humana. Guiada pela bioética, a equipe multiprofissional de saúde não mais disputa a propriedade do paciente, pois lhe reconhece como fim da atenção prestada e lhe confere autonomia e co-participação no projeto terapêutico (Zoboli, 2006a).

Vejam como isto é possível a partir das considerações de Susana Pacheco (2002), que defende a dupla dimensão das ações em saúde: uma mais técnica e relacionada com o diagnóstico e tratamento da doença, que a autora designa por "tratar" e outra mais expressiva e preocupada com a pessoa na sua integralidade, que chama de "cuidar".

Em um paralelo, pode-se dizer que estes seriam os equivalentes, na assistência à saúde, do modo-de-ser trabalho e do modo-de-ser cuidado, ou ainda, nos cuidados de enfermagem, ao cuidado-técnica e ao cuidado-ética, respectivamente.

Por “tratar”, compreende-se a execução dos procedimentos técnicos e especializados tendo em vista somente a doença e com a finalidade principal de reparar os órgãos doentes para se obter a cura. É uma atitude que pensa no doente, mas que tende a esquecer a integralidade da pessoa doente e suas necessidades. Assim, as necessidades físicas, especialmente as relacionadas com a patologia, recebem atenção, porém, as necessidades que ultrapassam este âmbito, como as psicológicas e espirituais, raramente são levadas em conta. O objeto da assistência para o profissional que se guia pelo “tratar” é a doença, sendo a pessoa vista como um conjunto de órgãos que pode deixar de exercer corretamente sua função. Diante da pessoa doente, este profissional de saúde age como um cientista perante seu objeto de estudo, entusiasma-se pela situação clínica, especialmente se esta for incomum ou grave, ignorando os aspectos humanos. Preocupa-se em agir eficazmente e emprega todos os meios diagnósticos e terapêuticos a seu alcance, pois sua única finalidade é vencer a luta contra a doença. É praticamente capaz de obrigar o doente a aceitar tudo que tenha por fim o diagnóstico e a cura, até mesmo ocultando-lhe informações e nunca lhe dando a oportunidade de recusar o tratamento. Quando a cura não é possível, o sentimento de frustração é enorme e o profissional é capaz de abandonar o doente. Neste contexto, o paciente é reduzido a um diagnóstico por um profissional de saúde que, esquecendo a pessoa doente, não estabelece com ela qualquer relação e limita-se a conhecê-la por um nú-

mero ou pelo nome da patologia. A pessoa é apenas mais um caso (Pacheco, 2002).

O profissional de saúde, nesta perspectiva do “tratar”, valoriza tudo o que técnico e preocupa-se apenas em tratar o doente com eficácia e competência. Limita-se a executar rigorosamente todas as tarefas e todas as técnicas que têm por fim restabelecer a saúde, dando preferência às mais sofisticadas, ainda que impliquem em mais sofrimento para o doente. Não se envolve emocionalmente e considera perda de tempo conversar e ouvir a pessoa doente ou sua família. Ser bom profissional significa não sentir compaixão e não revelar quaisquer sentimentos (Pacheco, 2002)

Por “cuidar”, entende-se o prestar atenção global e continuada ao paciente, nunca esquecendo que este é, antes de tudo, uma pessoa, um ser único e insubstituível. Assim, este é o centro da atenção de quem presta cuidados e, por isto, todos os aspectos, sejam físicos, psicológicos ou espirituais, e não somente os exigidos pela doença em si, são considerados e integram a assistência. O paciente não é visto com um objeto, um número, um diagnóstico ou um caso a mais e sim como uma pessoa única, singular, numa situação particular, que deve ser assistida de maneira individualizada, respeitando-se seus direitos e necessidades. Assim, o profissional de saúde não se preocupa apenas com o tratar a doença ou aliviar os sinais e sintomas, embora isto faça parte de sua atenção. Sua presença não é meramente física ou profissional, mas de uma pessoa capaz de escutar, entender e acolher, numa relação de abertura, compreensão, vínculo e confiança. Há uma valorização da relação interpessoal, o respeito pelos valores e cultura do paciente e a participação deste nas decisões que devem ser tomadas. No “cuidar” o outro é visto como

um fim em si mesmo e não apenas mero meio para fins científicos, técnicos ou institucionais. Isto exige sensibilidade às emoções do outro, manifestando por este interesse, respeito, atenção, compreensão, consideração e afeto (Pacheco, 2002).

Concluindo... Por enquanto...

Fica o alerta que o cuidado maduro não floresce em condições marcadas pela dominação, subordinação e desigualdade, pois quem é impossibilitado ou inapto para cuidar de si mesmo terá mais dificuldades para cuidar dos outros. O sair de si mesmo e voltar-se para o outro não implica esquecer de si próprio, ou seja, com a defesa do cuidado como a essência da ética em saúde não se está advogando um profissional altruísta, abnegado, que renuncie a tudo e todos para cumprir seu dever, uma vez que estamos propondo esta centralidade sem esquecer a complementaridade dos princípios e da justiça, numa visão madura do cuidado.

O que se quer é um profissional de saúde que oriente sua prática pelo ‘compromisso ético de cuidado’ e guie seu agir por uma atitude que ultrapasse os limites da consciência profissional, traçando a ponte para a “convivialidade” do cuidado-técnica e o cuidado-ética, interligando o centro e a periferia dos cuidados à saúde numa perspectiva inclusiva e de integralidade. Enquanto a consciência profissional leva-nos a trabalhar duro para cumprir com as tarefas e os deveres, o compromisso de cuidado mobiliza-nos no sentido de uma responsabilização radical para com a promoção da pessoa, respeitando e promovendo sua autonomia, cidadania, dignidade e saúde. E a maioria de nós tem este desejo: que os outros ajam em nosso benefício não simplesmente pelo senso de dever, mas porque nós somos realmente importantes para eles.

REFERÊNCIAS

- Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. 4ª ed. Barcelona: Masson; 1999.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2001.
- Boff L. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. São Paulo: Vozes; 1999.
- Cortese C, Fedrigotti A. Etica infermeristica: sviluppo morale e professionalità. Milano: Sorbona; 1985.
- Cortina A. El ethos: el caracter moral de las personas y las profesiones. In: Arroyo-Gordo MP del, coord. Ética y legislación en enfermería: análisis sobre la responsabilidad profesional. Madrid: McGraw-Hill / Interamericana; 1997. p. 3-70.
- Fonseca RMGS. Mulheres e enfermagem: uma construção generificada do saber [tese de livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1996.
- Germano RM. A ética e o ensino da ética na enfermagem do Brasil. São Paulo: Cortez; 1993.
- Gilligan C. In a different voice: psychological theory and women's development. 31st reimpr. Cambridge (Mass): Harvard University Press; 1998.
- Gomes ELR, Anselmi ML, Mishima SM, Villa TCS, Pinto IC, Almeida MCP de. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: Almeida MC, Rocha SMM, organizadores. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p. 229-50.
- Gracia D. Procedimientos de decision en ética clínica. Madrid: Eudema; 1991.
- Gracia D. Fundamentación e enseñanza de la bioética. Santa Fé de Bogotá: El Buho; 1998.
- Grün A. Despertar para o cuidado. Petrópolis: Vozes; 2005.
- Guizardi FL, Pinheiro R. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado . In: Mattos RA, Pinheiro R. organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 37-56.
- Hesbeen W. Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência; 2000.
- Hesbeen W. Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência; 2001.
- Kuhse H. Caring: nurses, women and ethics. Oxford: Blackwell; 1997.
- Martins MCFN. Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de Saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
- Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
- Nicolas G. O dom ritual, face velada da modernidade. In: Martins PH, organizador. A dádiva entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 33-62.
- Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez; 1989.
- Oliveira AC, Fortes PAC. O direito à informação e a manifestação de autonomia de idosos hospitalizados. Rev Esc Enf USP 1999; 33: 59-65.
- Ottaviani ES. Ser ou não ser ético, eis a questão. Ética comunitária e resgate da cidadania. Rev Cultura Teológica 2002; 41: 21-30.
- Pacheco S. Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética. Loures: Lusociência; 2002.
- Passos ES. A Ética na enfermagem. Rev bras enfermagem 1995; jan/mar 48(1): 85-92.
- Reich WT, organizer. Bioethics Encyclopedia. 2nd ed. [CD ROM]. New York: Mac Millan Library; 1995a. History of the notion of care.
- Reich WT, organizer. Bioethics Encyclopedia. 2nd ed. [CD ROM]. New York: Mac Millan Library; 1995b. Contemporary ethics of care.
- Robichaud AL. Healing an feeling: the clinical ontology of emotion. Bioethics 2003; 17: 59-68.
- Schramm FR. A autonomia difícil. Bioética 1998; 6: 27-37.
- Selli L. Bioética na enfermagem. São Leopoldo: Unisinos; 1999.
- Selli L. O cuidado no cotidiano da enfermagem: enfrentamentos e conquistas em relação à bioética e ética. Cadernos Centro Universitário São Camilo 2000; jul/dez 6(2): 75-81.
- Silva GB. Enfermagem profissional: análise crítica. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1989.
- Simón-Lorda P, Barrio-Cantalejo IM. El consentimiento informado y la enfermería: un modelo integral. Jano 1995; XLVIII: 55-65.
- Tong R. The ethics of care: a feminist virtue ethics of care for healthcare practioners. J med philos 1998; 23: 131-52.
- Whalen ER. Informed consent: the opinions of critical care nurses. Heart lung 1984; 13: 662-666.

Zoboli ELCP, Massarollo MCKB. Bioética e consentimento: um reflexão para a práica da enfermagem. Mundo saúde 2002; 26: 65-70.

Zoboli ELCP. Ética e administração hospitalar. São Paulo: Loyola; 2002.

Zoboli ELCP. Bioética e enfermagem. In: Vieira TR, organizador. Bioética e profissões. Petrópolis: Vozes; 2005.

Zoboli ELCP. O cuidado: uma voz diferente na ética em saúde. In: Segre M, organizador. A questão ética e a saúde humana. São Paulo: Atheneu; 2006a.

Zoboli ELCP. Bioética: gênese, conceituação e enfoques. In: Oguisso T, Zoboli ELCP, organizadores. Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. São Paulo: Manole; 2006b.

Recebido em 11 de abril de 2006
Aprovado em 9 de maio de 2006