

UNIVERSIDADE LUSÓFONA DE HUMANIDADES E TECNOLOGIAS
2º CURSO DE MESTRADO NA ESPECIALIDADE DE SEXOLOGIA

CUIDAR EM ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DO GÉNERO

Hélia Maria da Silva Dias

Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Sexologia

Orientadora:

Professora Doutora Maria Luisa Lima

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Lisboa, 2003

Agradecimentos

À Professora Doutora Luisa Lima por ter acreditado neste projecto, pela sua orientação dedicada, disponibilidade e amizade.

À Margarida, à Fátima, à Lena e à Ana por terem partilhado este caminho de alegrias e dificuldades e também, à Antónia.

Aos Conselhos Directivos das Escolas Superiores de Enfermagem envolvidas pela sua disponibilidade em colaborar no estudo e pelas facilidades concedidas na fase de colheita de dados.

Aos estudantes e profissionais de enfermagem que se dispuseram gentilmente a responder ao questionário.

À Escola Superior de Enfermagem de Santarém na pessoa da sua Presidente, Professora Lurdes Asseiro, pelo apoio concedido na construção deste trabalho.

À Alcinda por tudo, mas sobretudo por ser minha amiga.

Aos colegas que acompanharam este percurso, souberam ouvir e compreender nos momentos mais difíceis: Irene, Amendoeira, Isabel, Ana, Olímpia, Cacilda, Maria do Carmo, Celeste, Rosário Pinto e Lourdes Matias.

À Cristina pela cuidada e eficiente revisão do trabalho.

Ao meu marido, Francisco e à minha filha, Maria pelo seu respeito e incentivo pela minha vida profissional, mas sobretudo pelo seu amor e compreensão.

O presente trabalho situa-se no estudo do cuidar em enfermagem na perspectiva do género. A razão fundamental para a sua realização prende-se com a necessidade de analisar a influência das crenças sobre os papéis sexuais na enfermagem, no sentido de contribuir para a compreensão duma profissão maioritariamente feminina. Constatou-se que na enfermagem são, ainda, escassas as referências a estudos que utilizam o conceito de papel sexual ou papel de género, contrariamente a outras áreas. Contudo, a história da enfermagem é atravessada pelo conceito de género, pois desde sempre, as práticas de cuidados têm sido associadas à mulher. Se como disciplina científica, a enfermagem tem tido um desenvolvimento notório, como profissão continua a estar ligada ao estereótipo feminino e, conseqüentemente, a ser desvalorizada no contexto dos cuidados de saúde. Parece neste sentido pertinente, que se explore esta problemática, sobretudo através do questionamento do cuidar, como núcleo central da enfermagem, em relação com os conceitos de feminilidade e masculinidade, entendidos enquanto expectativas normativas acerca da divisão sexual do trabalho e normas relacionadas com o género a respeito das interações sociais que existem numa cultura em particular ou contexto histórico.

Está elaborado de acordo com o Regulamento do Seminário de Investigação do 2º Mestrado na Especialidade de Sexologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, pelo que se encontra dividido em duas partes distintas.

A primeira é constituída por um trabalho teórico de revisão de literatura sobre o conceito de cuidar em enfermagem desde quatro perspectivas: antropológica, filosófica, psicossocial e ideológica, em que se referenciam os principais estudos teóricos e empíricos que o suportam como a essência da enfermagem. A segunda parte diz respeito a um estudo empírico realizado com 488 estudantes de enfermagem e profissionais de enfermagem, em que se analisou a associação entre as crenças sobre os papéis sexuais e o cuidar em enfermagem.

The present work is placed among the study of caring in nursing, in the perspective of gender. The need to analyse the influence of belief upon sexual roles in nursing, in order to contribute to the understanding of a mainly feminine profession, was the prime reason to the making of this study. In nursing, references to studies that use the concept of sexual role are still scarce, as opposed to other fields of knowledge. Though, the history of nursing is crossed by the concept of gender, since the act of taking care has always been connected to the woman. If as a scientific branch of knowledge nursing has suffered a notorious development, as a profession it is still linked to the feminine stereotype and, consequently, it is undervalued among healthcare. Thus considering, it seems pertinent that we explore this subject, chiefly by questioning about caring – the core of nursing – when connected with the concepts of femininity and masculinity, being considered as normative expectations about the sexual division of work and as patterns connected with gender concerning social interaction in a given culture or historical context.

This work is presented according to the Research Seminar Reglement of Master in Sexology of the Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, therefore it is divided in two different parts.

The first part consists in a theoretical work revising literature about the concept of caring in nursing according to four perspectives: anthropological, philosophical, psychosocial and ideological, where we refer to the main theoretical and empirical studies that consider caring as the essence of nursing. The second part is an empirical study made with 488 nursing students and professionals, where we analyse the relationship between beliefs upon sexual roles and caring in nursing.

Cabeçalho: CUIDAR EM ENFERMAGEM

Dos Aspectos Conceptuais do Cuidar em Enfermagem ao Processo de Cuidar

Hélia Dias

ULHT, Lisboa

2º Mestrado em Sexologia

Lisboa, 2003

Orientadora: Professora Doutora Maria Luisa Lima

Resumo

O cuidar representa uma necessidade humana e é reconhecido como o núcleo central da enfermagem. Desenvolve-se uma revisão de literatura sobre o conceito, do ponto de vista teórico e empírico, desde quatro perspectivas: antropológica, filosófica, psicossocial (Patistea, 1999) e ideológica. Esta última inclui uma perspectiva de género, que é recente na investigação em enfermagem, apesar de o conceito de género penetrar e atravessar a história da enfermagem. Por último, discutem-se as tendências de evolução do conceito, quer a nível teórico, quer a nível do questionamento das práticas.

Abstract

Caring represents an human need and is accepted as the central focus of nursing. This document examines the literature on the concept of caring from anthropological, philosophical, psychosocial (Patistea, 1999) and ideological perspectives. The last one includes a gender approach as a recent concept in nursing research, despite the fact that the concept of gender penetrates through the history of nursing. Lastly, the evolution trends of the concept are debated from theoretical and practice levels.

Introdução

Desde que há vida que existem cuidados. Desde sempre, a prática dos cuidados que suportam a vida de todos os dias liga-se, fundamentalmente, às actividades das mulheres. Prestar cuidados ou cuidar tem sido, desde os tempos mais remotos uma constante na sociedade, embora nem sempre se lhe tenha atribuído o mesmo significado, uma vez que esta função primordial tem sofrido alterações com a evolução das sociedades (Collière, 1989).

A ligação do termo “cuidar” ou “prestar cuidados” à enfermagem não é uma noção moderna e pode ser datada ao tempo de Florence Nightingale (Kyle, 1995; McKenna, 1994). O cuidar é considerado na literatura como o núcleo central da enfermagem e tem sido objecto de estudos, sobretudo nas últimas décadas do século XX (Swanson, 1999), nos quais se têm sistematizado diversas perspectivas teóricas. O cuidar pode ser definido numa perspectiva conceptual, ou seja, em termos de uma estrutura teórica que orienta e suporta a prática, ou numa perspectiva operacional, naquilo que se designa por processo de cuidar. Nesta revisão de literatura procurar-se-á construir um raciocínio que clarifique o cuidar como conceito teórico, partindo da sua historicidade, até às práticas do cuidar, identificando as principais perspectivas teóricas e empíricas que o suportam como a essência da enfermagem.

A história da enfermagem testemunha como o conceito de género penetra e atravessa todos os aspectos da disciplina de enfermagem (Meleis, 1991). Assim, para compreender o significado do conceito de cuidar é necessário centrar-se essa compreensão na mulher, enquanto sujeito ao qual, ao longo dos tempos, tem sido associado o papel de cuidadora. Aborda-se também esta questão neste trabalho.

A Compreensão do Significado do Conceito Cuidar

A compreensão do significado do conceito cuidar, enquanto fenómeno, pode ser feita identificando períodos históricos distintos, mas interdependentes, e que se constituem como

espaços de análise e compreensão da evolução da enfermagem – a era pré-Nightingale; de Nightingale aos anos 60 e dos anos 60 à actualidade (Amendoeira, 1999).

A era pré-Nightingale é marcada por dois grandes modos de identificação, relativamente ao papel das mulheres que prestam cuidados: a mulher que ajuda – papel ligado às actividades em torno da fecundidade e de todas as práticas a ela associadas, em especial até à idade média, na cultura ocidental – e a mulher consagrada – da idade média até finais do século XIX. A orientação subjacente ao primeiro modo de identificação, é assegurar tudo o que contribui para manter e sustentar a vida, conforme Collière (1989) refere “cuidar é, pois, manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação” (p. 28-29). O segundo modo de identificação tem início quando a prática de cuidados se dissocia de um conhecimento vivido no corpo e há uma “progressiva penetração na sociedade ocidental do pensamento cristão, que sacraliza a [mulher] consagrada, a que não gera no seu corpo mas, renunciando ao mundo, dá à luz espiritualmente” (p. 65). Bévis (1978, citada por Pearson & Vaughan, 1992) refere-se a esta era pré-Nightingale, como o período caracterizado pelo ascetismo, ou seja, a dedicação individual da própria vida a cuidar dos outros, negando as suas próprias necessidades.

De Nightingale aos anos 60, a prática de cuidados é identificada com a mulher – enfermeira – auxiliar do médico, revestindo-se o papel da enfermeira de dois aspectos – o papel moral e o papel técnico. Com Florence Nightingale, a enfermagem começou a ser idealizada como uma arte, mais do que como uma ciência, defendendo a necessidade das enfermeiras adquirirem um conhecimento distinto do conhecimento médico (Ribeiro, 1995; Amendoeira, 1999). As enfermeiras deveriam ser treinadas para um processo que honrasse as suas virtudes femininas. No seu livro “Notes of Nursing”, Nightingale refere-se à importância da execução das tarefas pela enfermeira, as quais deveriam ser realizadas no interesse do

utente e não no seu próprio interesse, o que deixa antever um dos princípios do cuidar (Amendoeira, 1999).

Subjaz a este modo de identificação, uma dupla filiação – a conventual e a médica (Collière, 1989). A filiação conventual mantém a dimensão anterior de serviço – servir os doentes, os médicos, a instituição e os representantes dos doentes. Para cumprir esta missão é necessário vocação, enquanto apelo que ecoa secretamente, e qualidades femininas, traduzidas na aptidão para os trabalhos domésticos e conhecimento do funcionamento de um lar. A filiação médica é característica desta fase e acentua a necessidade da formação ser completada pelos médicos; é o médico quem determina e ordena toda a actividade da enfermeira, o que leva a que a enfermeira desenvolva “uma prática de cuidados inteiramente tributária da prática médica” (Collière, 1989, p. 85). Surgiu, assim, o modelo que maior influência tem tido para o exercício dos cuidados de saúde, nomeadamente os de enfermagem, o modelo biomédico, que se caracteriza por apresentar uma abordagem reducionista e dualista da pessoa, com uma clara orientação para o curar.

Era de romanticismo (Bévis, 1978, citada por Pearson & Vaughan, 1992), é caracterizada por uma relação de subserviência para com o médico, permanecendo ainda o valor ascético dos primeiros tempos. Com a II Guerra Mundial, o romanticismo diminui e, segundo Bévis, o pragmatismo tornou-se o valor dominante, em que a enfermeira, técnica com experiência, alarga o seu papel para dar resposta aos efeitos dos novos conhecimentos técnicos. O espaço de intervenção da enfermeira ficou muito próximo do da prática médica (Amendoeira, 1999).

Ao seguir o modelo biomédico, os cuidados de enfermagem passaram a tomar a pessoa como “corpo-objecto” (Hesbeen, 2000), ou seja, a centralidade da actividade de enfermagem na pessoa como sujeito dos cuidados, já preconizada por Nightingale, foi relegada e a orientação foi clara – “tratar de”. A natureza restritiva do modelo biomédico permitiu que no papel da enfermagem se relevasse tudo o que se relacionasse com os aspectos técnicos e

médicos resultando, deste modo, uma desvalorização das actividades relacionadas com as emoções sentidas pelas pessoas nas suas doenças e incapacidades. É clara a distinção que se pode estabelecer entre “tratar alguém” e “cuidar alguém”. É com base nesta diferença que se têm procurado formas alternativas e mais adequadas, que conduzam ao encontro das necessidades dos indivíduos (Amendoeira, 1999), para que, desta forma, as enfermeiras enquadrem a sua acção numa “perspectiva de cuidados, portadora de sentido e de ajuda para com a pessoa cuidada” (Hesbeen, 2000, p. 2).

A partir dos anos 50-60, assistiu-se a um grande trabalho teórico com o objectivo de promover e desenvolver a enfermagem, enquanto disciplina autónoma, simultâneo a um processo de profissionalização, já iniciado no virar do século XIX para o século XX (Soares, 1997), que levou à criação de um novo corpo de saberes que rompe com a tradição empírica. Num momento em que o cuidar parece ter sido remetido para um plano inferior, uma vez que os cuidados surgem em função do acto médico (Amendoeira, 1999), começou a (re)valorizar-se a relação entre quem presta cuidados e quem recebe cuidados, o que exigiu a procura de outras fontes de conhecimento, para além das que se ligam com a doença e com a técnica.

Os conhecimentos provenientes das ciências sociais e humanas começaram a influenciar o pensamento sobre a forma de exercer enfermagem. Os mais influentes foram o holismo e o humanismo (Collière, 1989; Pearson & Vaughan, 1992). Subjacente à visão holística das pessoas, estão as premissas de que o indivíduo reage sempre como um todo unificado e o indivíduo, como um todo, é diferente de e mais que a soma das partes e, de igual forma, o humanismo assenta no valor do ser humano, na sua existência e na qualidade dessa existência, ou seja, dá relevo à natureza da pessoa (Pearson & Vaughan, 1992). A influência destes conhecimentos balançaram a adopção do modelo biomédico, mas não foram suficientes para uma ruptura total; ainda hoje se subsidia o mesmo. Mas, por outro lado, foram fundamentais para se operar um interrogar da natureza, do conteúdo e da perspectiva

dos cuidados de enfermagem e, deste modo, para o surgir das primeiras teorias sobre os cuidados de enfermagem.

Refere Ribeiro (1995) que “os esforços desenvolvidos para a elaboração de modelos pragmáticos de organização da acção da enfermeira, (...) e a importante produção de ideias sobre a filosofia do cuidar, como essência dessa acção, (...) têm servido de base à prática e investigação em enfermagem” (p. 33). No que se refere à teorização sobre os cuidados de enfermagem, Meleis (1991) diz que se desenvolveu em torno de três escolas de pensamento: a escola das necessidades (1950-1970), organizada em torno da questão “Que fazem as enfermeiras?”; a escola da interacção (1960-1965), que pretendia responder à questão “Como fazem as enfermeiras?” e a escola dos resultados de enfermagem, que coloca a questão “O porquê dos cuidados?”. Sendo visões distintas, são complementares e têm contribuído sobremaneira para a construção do estatuto da disciplina científica da enfermagem, porque permitem assumir uma lógica de interdisciplinaridade, fundamental para um “transfert dos discursos disciplinares (...) colocados ao serviço da construção do processo de cuidados” (Amendoeira, 1999, p. 88).

Sobressai deste resgate histórico, a coexistência de conceitos e princípios que interessam à enfermagem, enquanto disciplina científica, que são dinâmicos, isto é, mudam com o tempo, embora alguns permaneçam e prevaleçam no tempo com carácter indefinido, particularmente os que se prendem com a definição do conceito “cuidar”. Na verdade, a concepção de cuidar é transformada por uma redescoberta permanente dos aspectos fundamentais da vida e de tudo o que se liga com ela, pois como afirma Collière (1989) “cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um acto de VIDA, no sentido que representa uma variedade infinita e actividades que visam manter, sustentar a VIDA e permitir-lhe continuar e reproduzir-se” (p. 235).

O Cuidar – Perspectivas Teóricas e Empíricas

O cuidar é um componente essencial da prática de enfermagem e um imperativo no sistema de saúde contemporâneo. Todavia, vários autores afirmam a necessidade de as enfermeiras fazerem um esforço para confirmarem o cuidar como o foco central e unificador da sua profissão, porque a sociedade tem uma forte tendência para o desvalorizar (Kosowski, 1995, citado por Patistea, 1999; Reverby, 1987). Talvez, porque como refere Leininger (1984, citada por Kyle, 1995), é um paradoxo as enfermeiras não terem investigado o termo cuidar usado diariamente para defenderem as suas actividades profissionais; do mesmo modo, Watson (2002) afirma que uma abordagem sobre o cuidar é necessária para a prática de enfermagem de hoje e no futuro, dado que o cuidar ao nível do indivíduo e do grupo tem recebido cada vez menos ênfase do sistema de saúde e está a tornar-se gradualmente mais difícil à enfermagem manter a sua ideologia do cuidar na prática.

De facto, só quando se passou a investigar a prática de cuidados na década de 50, e não a pessoa da enfermeira, o cuidar passou a ser objecto de estudos; ainda que, uma abordagem global seja fundamental, a literatura revela uma ampla variedade de perspectivas. Diversos autores procuraram desde os anos 90 fazer revisões de literatura em que identificaram aspectos diferentes do conceito. Salientam-se as seguintes:

Numa análise comparativa alargada baseada numa revisão de publicações de 26 autores de enfermagem Morse, Solberg, Neander, Bottorf & Johnson (1990) identificaram cinco perspectivas diferentes de cuidar: uma “característica humana”, vista como uma componente essencial do ser humano, comum e inerente a todos os povos; um “imperativo moral”, relacionado com a manutenção da dignidade e do respeito pelos doentes como pessoas; um “afecto”, descrito como uma emoção ou sentimento de compaixão; uma “interacção pessoal”, o que implicava que, tanto a enfermeira como o doente, fossem comunicativos, confiantes, respeitadores e empenhados entre si e “uma intervenção terapêutica”, em que são

desempenhadas acções discretas pela enfermeira, de modo a satisfazer as necessidades do doente. Reconhecendo utilidade em revelar as componentes do conceito, McKenna (1994) aponta para uma falta de compreensão e acordo no seio da profissão de enfermagem, quanto ao que se afirma ser o seu núcleo central – o cuidar.

Fry (1991, citada por Wilkes & Wallis, 1998) enuncia diferentes abordagens do conceito: “cultural” – relevando a contribuição da sociologia e da antropologia; “social/feminista” – abordando as perspectivas do desenvolvimento moral e das diferenças de género – e “humanística” – explorando as facetas humanistas do cuidar. Swanson (1999), numa meta-análise de 130 publicações entre 1980-1996, que abordam o conceito de cuidar, categorizou os resultados em cinco níveis: “capacidades”, enquanto traços e características das pessoas para o cuidar (as quais podem ser inerentes ou serem aumentadas ou diminuídas pela educação); “interesses/obrigações”, relativos às crenças e valores relacionadas com as acções de cuidar; “condições”, as que aumentam ou diminuem as probabilidades das transacções de cuidar relacionados com o paciente, a enfermeira e a organização; “acções de cuidar”, que descrevem acções, comportamentos e “intervenções terapêuticas e consequências”, sejam positivas ou negativas do cuidar. Uma outra revisão de literatura de Patistea (1999) reflecte diversas perspectivas teóricas sobre o conceito, a que se pode sobrepor uma de Kyle (1995). Patistea agrupa as perspectivas teóricas em três categorias: “antropológica” – valorizando os estudos de natureza transcultural; “filosófica” – situando-se nas abordagens existencialistas e espirituais – e “psicossocial” – relevando a orientação social e humana subjacente ao cuidar, considerando que reflectem as orientações tradicionais e actuais sobre o conceito.

Emergem destas revisões de literatura duas orientações relativamente ao conceito de cuidar: uma, que remete para a natureza teórica do mesmo (Fry, 1991, citada por Wilkes & Wallis, 1998; Kyle, 1995; Patistea, 1999) e uma outra, que é mais dirigida às práticas de cuidar, ou seja, para o processo de intervenção (Swanson, 1999) e que são, por certo,

complementares, caminhando passo a passo na procura da afirmação do núcleo central da enfermagem.

Partindo das perspectivas referidas por Patistea (1999) e da perspectiva ideológica, desenvolve-se uma abordagem que se pretende seja integradora das duas orientações do conceito de cuidar, referenciando-se os estudos e discussões mais marcantes, numa perspectiva pessoal.

Perspectiva Antropológica

Nesta perspectiva, o cuidar é considerado como um fenómeno universal com manifestações culturais diferentes, pelo que os cuidados de enfermagem devem ser congruentes com a cultura do cliente, se se desejar promover a sua saúde e satisfação.

É neste sentido que Leininger (1984, citada por Kyle, 1995; 2001) propõe uma perspectiva antropológica do cuidar na sua “Teoria dos Cuidados Culturais” desenvolvida a partir de estudos em diversas culturas, nas quais identificou variações nas suas crenças e sistemas de valores, bem como na sua prática de cuidados. Enfatiza a importância dos contributos das ciências sociais para a enfermagem, nomeadamente a sociologia e a antropologia, na medida em que tal permite um maior e mais profundo conhecimento dos comportamentos humanos, o que poderá ser aproveitado para a avaliação das necessidades de saúde das pessoas (Reis, 2001); ou seja, vê os seres humanos como seres inseparáveis de seu background cultural e das estruturas sociais em que se integram (Magão, 1992). Considera que o cuidar humano é um fenómeno universal, mas que as expressões, os significados ligados ao conceito e os modelos de cuidar variam entre as culturas. Descreve o cuidar como a essência da enfermagem e o seu foco destacado, dominante, central e unificador. Define cuidar como “os actos de assistência, de suporte ou de facilitação, dirigidos a outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes, ou antecipadas de melhoria ou aperfeiçoamento de uma condição humana ou forma de vida” (Leininger, 1981, citada por Kyle, 1995, p. 507). A partir deste conceito

desenvolveu uma taxonomia de constructos ligados ao próprio cuidar (Leininger, 2001), que incluem elementos como compaixão, confiança, conforto, suporte, presença, educação, interesse, entre um conjunto de 175, referindo que podem variar na ênfase e uso entre diferentes culturas. São aqui relevadas as atitudes/comportamentos de ajuda que, segundo Leininger, se traduzem em actos de cuidar e podem ser culturalmente identificados, através de crenças, valores e práticas de grupos culturais: o cuidar genérico – aquele que é baseado num conhecimento de raiz tradicional e será complementado pela aprendizagem em contexto profissional ou profissionalizante – o cuidar profissional.

Nesta visão transcultural inscreve-se também Collière (1989), quando diz que identificar os cuidados de enfermagem é um assunto de carácter universal e multidimensional, embora de carácter singular em cada cultura, em cada sistema socio-económico e em cada situação, bem como quando coloca o cuidar, de forma clara e precisa, no centro das suas visões de enfermagem, como o seu foco central e unificador (Magão, 1992).

Perspectiva Filosófica

O cuidar é visto como uma expressão da humanidade fundamental para a realização pessoal do ser humano, demonstrado pelo processo interpessoal, além de uma dimensão moral e ética que confere significado à vida.

Exemplar desta perspectiva é Watson (1988b, citada por Patistea, 1999), que no seu modelo “Human Care”, propõe uma abordagem do cuidar que reflecte influências existenciais, fenomenológicas e espirituais. Vê o cuidar na prática de enfermagem como um processo terapêutico interpessoal, construindo a assumpção de que o cuidar pode ser demonstrado e praticado efectivamente, somente através da relação interpessoal. Refere que o cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana; envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e consequências e está relacionado com respostas humanas

(Watson, 2002). Define o cuidar em dez factores cuidativos, que têm por base fundamentos filosóficos.

Propõe um modelo de cuidar com foco nos comportamentos de cuidar baseado em actividades instrumentais e afectivas/expressivas (Watson, 1979, citada por Kyle, 1995). Identifica dois tipos de actividades expressivas: as que na relação interpessoal confirmam características como confiança, honestidade, esperança, sensibilidade, empatia, toque, cordialidade e sinceridade e as que oferecem suporte como meio de vigilância e conforto. As actividades instrumentais também incluem duas categorias: os comportamentos de ajuda de orientação para a acção física, tais como os procedimentos técnicos, e os comportamentos de ajuda de orientação cognitiva, como por exemplo o ensino. É notório que a prática de cuidar é central à enfermagem, no sentido que ajuda a pessoa a atingir ou manter a saúde ou morrer serenamente, traduzindo-se esta ajuda em comportamentos de cuidar expressos em actividades.

Orientação para uma Forma de Ser

Ainda nesta visão existencialista do cuidar, Roach (1984, citada por Patistea, 1999) concebe o cuidar como um modo humano de ser, contribuindo para um aprofundamento da natureza do fenómeno cuidar na enfermagem, essencialmente numa perspectiva ontológica, que questiona: qual é o ser do cuidar? (Magão, 1992; Waldow, 1995).

Sustenta que o cuidar é uma expressão da humanidade – primordial para o desenvolvimento e realização do ser humano – e a enfermagem é “a profissionalização da capacidade humana de cuidar, através da aquisição e aplicação de conhecimentos, atitudes e habilidades apropriadas aos papéis prescritos à enfermagem” (Roach, 1991, 1993, citada por Waldow, 1995, p. 17). A capacidade de cuidar está enraizada na natureza humana; no entanto, a educação exerce um papel fundamental na qualidade do cuidar que será manifestado profissionalmente (as práticas de cuidar), uma vez que esta capacidade pode ser

desenvolvida, despertada ou inibida pela experiência educacional e, sobretudo, pela presença ou ausência de modelos de cuidar (Waldow, 1995). Ainda que não numa perspectiva antropológica, poder-se-á estabelecer uma analogia com Leininger, quando define o cuidar genérico e o cuidar profissional, não se apelando às influências culturais, mas à própria natureza do ser humano, sendo que, para ambas as autoras, o cuidar pode ser ensinado, particularmente no contexto profissional. O que pode, neste sentido, remeter para a necessidade de mudanças na conceptualização da enfermagem e na forma como a prática se desenvolve, isto porque os contextos profissionais são modelos por excelência.

Swanson (1999) na meta-análise já referida inclui os estudos de Roach no primeiro nível de análise – as capacidades para o cuidar, que podem ser inerentes ou aumentadas/diminuídas pela educação. Para Roach (1993, citada por Waldow, 1995), o cuidar é expresso em determinados momentos, bem como particularizado ou operacionalizado através de comportamentos concretos, o que a levou a categorizar cuidar em: compaixão, competência, confiança, consciência e comprometimento. Subjaz a esta categorização, o estabelecimento duma relação humana entre quem cuida e quem é cuidado.

Mayeroff (1972, 1990, citado por Magão, 1992 e Waldow, 1995) concebe o cuidar como um processo que possibilita a auto-realização, através do qual os seres humanos vivem o significado da sua própria vida. Identificou oito características essenciais ao cuidar: conhecimento, alternância de ritmos, paciência, honestidade, confiança, humildade, esperança e coragem. Enfatiza, igualmente, uma orientação para uma forma de ser baseada numa relação de cuidar, que se traduz por comportamentos de cuidar com influência no modo como cada um vive a sua vida.

Griffin (1983) vê o cuidar como fundamental para a compreensão da natureza humana, identificando os componentes do cuidar em: actividades, e atitudes e sentimentos subjacentes a estas. Esta complementaridade traduz-se em actividades como assistir, ajudar e apoiar, que

só podem ser chamadas de cuidados devido à forma como são prestados, isto é, às atitudes e sentimentos subjacentes às acções, o que levou a que Griffin (1980, citado por Magão, 1992) se refira ao cuidar, no contexto de enfermagem como “actos e atitudes relacionadas, predominantemente a atitude de respeito pelas pessoas. Estes actos de Cuidar, de tipos diferentes inumeráveis, têm em comum o facto de serem todos realizados sob a emoção moral de respeitar a dignidade e autonomia de outro ser humano” (p. 25).

Gaut (1983, citado por Watson, 2002), nesta perspectiva filosófica de orientação para o ser humano, considera que o cuidar deve ser examinado como um processo na acção e tem de ser julgado unicamente pelo bem-estar da pessoa que está a ser cuidada. Diz que a noção de cuidar é composta por significados gerais como “atenção individual para” e “preocupação por”; “responsabilidade por” ou “providenciar para em algum nível”, “consideração individual”, “afecto” ou “amizade”, e que as condições necessárias e suficientes para cuidar incluem: consciência e conhecimento acerca das necessidades individuais para cuidar; uma intenção para actuar e acções baseadas no conhecimento e uma mudança positiva como resultado do cuidar, julgada unicamente com base no bem-estar dos outros. Ou seja, o cuidar é descrito como uma actividade que se foca na pessoa como um todo e não apenas em necessidades ou exigências.

Orientação Moral

Concordante com a visão de cuidar como um ideal moral, de Watson, está Gadow (1985, citado por Kyle, 1995), o qual defende que a relação enfermeira-paciente tem a obrigação de proteger e aumentar a dignidade humana. Fry (1988, citada por Kyle, 1995), além de um valor moral, reconhece no cuidar um valor ético para a profissão de enfermagem.

Nesta linha, Hesbeen (2000) enuncia o conceito de cuidar como um valor no sentido de que este, tomado nesta acepção, permite facilmente a cada pessoa subscrever este valor ou desviar-se dele, escolhendo uma orientação mais compatível com as suas ideias ou mais

apropriada ao seu projecto de vida ou projecto profissional. Justifica a escolha desta orientação, nas seguintes razões: a constatação dos desvios do actual sistema de cuidados que apenas dá um lugar secundário ao ser humano, enquanto sujeito singular ou corpo que a pessoa é; o cuidar como um valor que pode ser acessível a toda a gente e aberto – aberto ao conhecimento, a todos os conhecimentos que permitam melhorar, enriquecer e tornar mais pertinente a ajuda prestada a uma pessoa.

Perspectiva Psicossocial

A perspectiva psicossocial refere-se ao cuidar como um fenómeno relacional e humanístico, em que o foco de análise é a interacção e interdependência entre duas pessoas, ou seja, contempla não só o comportamento de uma pessoa (enfermeira), mas também as reacções de outro (cliente).

A literatura, não somente na enfermagem, refere-se ao termo cuidar em distintas acepções: “cuidar para”, “ter cuidado de”, “cuidar de” e “cuidar daquilo” (Patistea, 1999). Especialmente o termo “cuidar para” reflecte uma orientação psicossocial óbvia entre cuidar e processo de cuidar (Barnum, 1998; Blustein, 1991, citados por Patistea, 1999), sobre a qual têm recaído algumas investigações, no sentido de compreender a essência do processo de cuidar em termos afectivos e psicossociais. Chipman (1991, citado por Patistea, 1999), num estudo qualitativo que realizou, refere que todos os comportamentos de enfermagem referentes ao processo de cuidar são referidos em termos humanísticos. Sugere, ainda, que os resultados do seu estudo reflectem uma visão psicossocial constitutiva do cuidar na prática de enfermagem, o que pode estar consonante com Morse (1992, citado por McKenna, 1994), ao argumentar que o cuidar como conceito não implica a essência da prática de enfermagem e propõe que o fim último da enfermagem seja proporcionar “conforto”, uma vez que se pode traduzir num estado apropriado para descrever o resultado da intervenção terapêutica da

enfermagem. Esta posição levou a que Morse (1996, citado por Patistea, 1999) fale de “a ciência de confortar”.

Outros autores têm tentado descrever comportamentos de cuidar observáveis e uniformizá-los em comportamentos de cuidar afetivos. É o caso de Boyd & Munhall (1989, citados por Patistea, 1999) que têm discutido os conceitos de segurança e simpatia e suportado a noção que o papel da enfermeira como cuidadora é providenciar informação factual/teórica e conforto físico para o paciente, no sentido de que o paciente se sinta cuidado. Esta aceção é, de certa forma, suportada pelos estudos de Larson (1984, 1986, 1987, citada por Greenhalgh, Vanhanen & Kyngäs, 1998), quando define cuidar como as acções intencionais dirigidas ao cuidado físico e interesse emocional que promovem sentido e segurança no outro, tais como tocar, escutar, cuidado individualizado e que são referidas pelas enfermeiras como os mais significativos indicadores de cuidar.

Wolf (1986, citado por McKenna, 1994 e Patistea, 1999) refere-se ao cuidar em enfermagem como um interesse profissional, uma ligação e um envolvimento emocional. Utilizando o Caring Behaviour Inventory (CBI) constatou que as principais palavras de cuidados, num conjunto de 75, remetiam para comportamentos afetivos como audição atenta, confortar, honestidade, paciência, entre outros, não havendo palavras que sugerissem cuidados físicos ou competências para os prestar.

Benner (1982) desenvolve a descrição de um modelo na enfermagem relacionado com a perícia do desempenho baseado na experiência, partindo do Modelo da Aquisição de Perícia de Dreyfus, identificando cinco níveis de proficiência, de iniciado a perito. Afirma Benner (2001) que “as práticas de cuidar são baseadas no encontro e nas respostas a um outro concreto” (p. 12), o que pela análise de cada situação de cuidados, pelo Modelo de Dreyfus, é possível descrever as características e os comportamentos em cada nível de desenvolvimento. É pela descrição destes diferentes tipos de cuidados nos diferentes contextos, que é possível

compreender o papel do cuidar no processo de recuperação, de cura e da promoção da saúde. Coloca a tónica no papel central do cuidar genuíno, como um compromisso e um envolvimento inerente à prática de enfermagem. Subdivide o papel de ajuda das enfermeiras em oito competências, que mostram o que é o holismo na prática de enfermagem, afirmando que a ajuda evocada neste domínio encerra transformações do sentido, tratando-se, por vezes, simplesmente de ter a coragem de ficar com o doente, de oferecer o reconforto que a situação permita (Benner, 2001).

Combinando técnicas qualitativas e quantitativas para investigar o significado de cuidar, Valentine (1989, citada por Ribeiro, 1995 e Patistea, 1999) concebeu o “Modelo Integrado do Cuidar” para explicar as diferentes dimensões do cuidar, a sua importância e a sua complexidade. Elaborou-o a partir das percepções de pacientes, enfermeiras e gestoras de enfermagem. A estrutura teórica do modelo analisa o cuidar sob quatro grupos de elementos: psicológicos, filosóficos, estruturais e interaccionais. Os elementos psicológicos (afectivos e/ou cognitivos) constituem o núcleo do cuidar e são influenciados pelas crenças filosóficas (espirituais ou éticas), pelo ambiente e pelos elementos estruturais (técnicos e/ou sociais/organizacionais). De acordo com Valentine, o cuidar comporta acções muito diversificadas e complexas, mas a sua evidência é observada através das interacções que são sociais e físicas.

O significado do cuidar e os seus componentes essenciais permanecem pouco claros, apesar de a história, a prática e a formação terem demonstrado que o cuidar é o ponto fulcral da enfermagem, segundo Swanson (1991). Esta constatação levou a autora a desenvolver três estudos fenomenológicos e a descrever cinco processos de cuidar – “conhecer”, “estar com”, “fazer por”, “possibilitar” e “manter a crença” e a propor subdimensões que se referem à operacionalização de cada processo de cuidar. Neste processo indutivo, Swanson (1991) define cuidar como “uma forma de se relacionar, crescendo com um outro significativo, com

quem nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis” (p. 162). Os resultados encontrados por Swanson são consistentes com a literatura teórica e empírica sobre o cuidar. A autora põe isso em evidência, quando compara os processos de cuidar, o papel de ajuda da enfermeira, segundo Benner, os factores cuidativos de Watson e, ainda, a análise filosófica de Gaut. Dado que estas abordagens dizem respeito à forma, mais do que ao conteúdo do cuidar, tal não torna o conceito único para a prática de enfermagem.

Clarke & Wheeler (1992, citados por Patistea, 1999), num estudo de carácter fenomenológico, agruparam em quatro categorias o que consideravam ser o essencial na estrutura do cuidar, valorizando, mais uma vez, os aspectos interpessoais em detrimento da dimensão “fazer”. As quatro categorias são: ser suporte/ajuda (liga-se ao interesse afectuoso, valorização da pessoa, respeito, confiança); comunicação (abrange o falar, dar informação, ouvir e estar presente); compreensão e capacidade/talento para cuidar (Ribeiro, 1995).

Igualmente um estudo de Forrest (1989) sobre a experiência do cuidar realizado com enfermeiras hospitalares, mostra que o cuidar é sinónimo de presença emocional e mental, notando-se uma preferência por “estar com” do que “fazer por”, na relação com o paciente, demonstrando que as acções de cuidar são afectadas não só pelas crenças, mas também pelas experiências, auto-apreciação e sensibilidade para o trabalho.

Perspectiva Ideológica

A perspectiva ideológica salienta que o cuidar tem significados diferentes em função das características de quem cuida, de quem é o beneficiário do cuidar, dos comportamentos desenvolvidos e do contexto em que se realiza, porque estes comportamentos e contextos têm valores sociais diferentes. O cuidar em enfermagem, e no feminino, integra-se numa visão muito geral de divisão sexual do trabalho, socialmente desvalorizada.

Thomas (1993) num artigo de revisão de literatura sobre a desconstrução dos conceitos ligados ao cuidar, partindo do pressuposto de que as definições de cuidar são complexas, dado que são multifacetadas, propõe sete dimensões para o referido conceito.

A primeira dimensão – a identidade social de quem cuida – refere-se às características sociais que definem quem cuida. Quem cuida, pode ser entendido em termos de papéis familiares (“esposas”, “mães” e “filhas”) ou em relação a papéis ocupacionais, profissionais ou sectoriais (“damas-de-companhia”, “enfermeiras”, “trabalhadoras voluntárias”, etc.). Contudo, o mais significativo é o carácter de género destes papéis, pelo facto de a maioria das cuidadoras serem mulheres. Particularmente, entre a investigação feminista, o género é chave social que identifica esta dimensão do cuidar.

A segunda dimensão – a identidade social do beneficiário do cuidar – diz respeito às características sociais do beneficiário do cuidar relacionadas com a idade – crianças, adultos, idosos ou outros grupos sociais, tal como a família. A chave social que identifica esta dimensão é o “estatuto de dependência”.

A relação inter-pessoal entre quem cuida e quem recebe cuidados – a terceira dimensão – é definida em termos de laços ou dever moral, que significam diferentes condições de familiaridade pessoal e obrigação.

A natureza do cuidar – quarta dimensão – coloca dificuldades, devido ao significado duplo do verbo “to care”. Diversos autores apontam para um estado de sentimento (emoção, afeição, amor), suportados no “cuidar de alguém”, enquanto outros dizem ser como um estado de actividade (trabalho, tarefas), ou seja, “cuidar para alguém”.

A quinta dimensão – o domínio social dentro do qual a relação do cuidar está inserida – relata a clivagem da divisão social do trabalho na sociedade capitalista, que espelha a divisão entre o público e o privado (doméstico). Dependendo do local onde se estabelece a relação de cuidar, os conceitos de cuidar são radicalmente diferentes.

O carácter económico da relação de cuidar – a sexta dimensão – gira sobre o estatuto económico ou não económico do cuidar.

A última dimensão – a instituição onde se prestam cuidados – refere-se ao local físico onde se prestam as actividades de cuidar, quer seja o contexto familiar, ou o contexto institucional e organizacional ou outros.

Assim, combinando as diferentes variáveis de cada dimensão, é possível construir uma inúmera variedade de conceitos de cuidar. De igual forma, é visível uma dicotomia de orientação no cuidar, em que os eixos subjacentes são o domínio privado e público, bem como a saliência do género (feminino) é crucial para a identificação dos referidos conceitos.

Ainda nesta dicotomia privado/público, os estudos de James (1992) oferecem uma visão esclarecedora sobre o que é o cuidar, em cada uma destes domínios. Propõe que a fórmula “cuidar = organização + trabalho físico + trabalho emocional” identifica as componentes do trabalho de cuidar. Refere não somente a noção de cuidar como problemática, como também o nível do “cuidador”. Identifica duas ideologias do cuidar – a que se centra na esfera doméstica e a que se desenvolve ao nível dos cuidados de saúde (esfera pública). Baseado nestas duas ideologias, estabelece uma discussão das três componentes identificadas no cuidar, procurando ilustrar até que ponto o cuidar doméstico é tributário do cuidar em contexto organizacional (hospital).

A componente “organização” é discutida a dois níveis: a divisão do trabalho (baseado nas diferenças de género) e a organização do cuidar (transferência do modelo de cuidar familiar para o hospital).

A componente “trabalho físico” é abordada partindo da premissa que, a maior dificuldade em reconhecer o valor das componentes do cuidar é a sua invisibilidade, sendo esta componente a mais facilmente identificada (James, 1992). Considera as tarefas físicas, simultaneamente como trabalho e como estrutura do trabalho, ou seja, o significado é duplo,

uma vez que são a componente principal no reconhecimento do trabalho remunerado e, por outro lado, organizam a estrutura do cuidar a diferentes níveis, como os horários e a flexibilidade. Aponta que parte da impessoalidade do cuidar no hospital hoje, surge mediante o incremento da divisão do trabalho (em tarefas), que levou a que o valor simbólico e o contacto pessoal tenham sido ligeiramente perdidos. Diz que é tempo de haver reversão na ênfase das tarefas físicas e rotinização nos serviços de saúde, uma vez que o domínio destas condena a organização do trabalho centrado no paciente.

A terceira componente “trabalho emocional” é menos visível que a anterior, e como outros aspectos do cuidar é objecto da divisão de género, dado que é ideologicamente associada à mulher, em oposição à racionalidade característica do homem (James, 1992). Argumenta, concordando com Hochschild (1983, citado por James, 1992), que o trabalho emocional como competência, pode não ser inato; pelo contrário, pode ser aprendido e treinado para responder às necessidades emocionais dos doentes.

Estas duas abordagens reflectem uma visão do cuidar diferente das anteriormente apresentadas, essencialmente porque introduzem variáveis diferentes na sua discussão como sejam, o género, a divisão sexual do trabalho, o contexto organizacional e o carácter económico. Emerge como marcante que o cuidar é conjugado no feminino e mostra-se como prática social sexuada. Por outro lado, a divisão sexual do trabalho tem por base outras formas de divisão social; ao mesmo tempo, as esferas produtiva e reprodutiva interpenetram-se na definição da situação (tempo, espaço, qualidades) do trabalho feminino (Lopes, 1996).

Sem se pretender fazer uma abordagem exaustiva mas, tão somente, pontuar algumas análises que enquadram as novas variáveis e permitem novas visões e novas orientações para pensar o cuidar sob a perspectiva do género, parece realçar-se a noção de que o cuidar como prática social e não conduta biologicamente regulada, remete para um questionamento dos seus princípios de inteligibilidade, ao nível da prática social (Kergoat, 1996). Mas, reflectir

sobre o cuidar, enquanto prática social complexa, exige que se transponha essa reflexão para as práticas profissionais, uma vez que a sua visibilidade é diferente ao nível das duas práticas.

De facto, se se deseja que a enfermagem se debruce sobre o concreto da sua profissão, a sua essência – o cuidar – é necessário ter presente que o cuidar, concebido como feminino e produto de qualidades naturais, representa, não um produto directo do que as mulheres fazem, mas o significado das suas actividades desenvolvidas na relação social.

Que Evolução?

Procurou-se nesta revisão de literatura construir um raciocínio esclarecedor, porém, não unânime, sobre o cuidar e as práticas de cuidar, quer do ponto de vista teórico, quer empírico, referenciando-se diversos autores que evidenciaram pontos de convergência ou de divergência, interrogações ou dificuldades.

A enfermagem fundada na ancestral necessidade social de cuidados é depositária de uma trajectória histórica que radica em princípios religiosos/assistenciais e ligada fundamentalmente, ao papel da mulher. Este papel prevaleceu como modo de identificação das práticas de cuidados, o que leva Collière (1989) a questionar “por que é que estas práticas se mantiveram tanto tempo ligadas a papéis, em vez de terem sido clarificadas quanto à sua natureza, à sua significação, aos seus efeitos, aos seus limites” (p. 103). As escolas de pensamento referenciadas por Meleis (1991) sobre a teorização dos cuidados de enfermagem são ilustrativas do caminho que, sobretudo a partir da década de 50, se iniciou na construção da disciplina científica de enfermagem. São cerca de 50 anos de investigações, que encerram diversos discursos, mas como refere Watson (2002), a história da ciência de enfermagem reflecte diversas tradições de investigação, nem sempre com uma direcção segura, o que pode ser devido às dificuldades dos contextos, dos processos e dos conceitos envolvidos, tais como: enfermagem, cuidar, pessoa, saúde, etc.

Relativamente ao cuidar, tal reflecte-se na não existência de uma posição consensual sobre qual é o seu verdadeiro significado, e através de que comportamentos, acções, atitudes pode ser demonstrado. Hesbeen (2000) refere a este propósito que os cuidados de enfermagem são “ricos no seu conteúdo incontornável e irreduzível, socialmente úteis mas prisioneiros da realidade desse conteúdo e do contexto tanto profissional como social em que procuram exprimir-se” (p. 53).

As diferentes perspectivas apresentadas, ainda que ancoradas em diferentes raízes teóricas, procuram cada uma delas encontrar uma definição de cuidar; mas, como alerta Collière (1989), uma definição reveste-se de um carácter estático que se choca com o movimento e a dinâmica da vida, implicando uma aplicação normativa. Acrescenta que pode ser mais fácil criar definições do que procurar discernir orientações, características, referências que possam servir de indicadores, tendo em conta a diversidade de situações. Urge, neste contexto, que se passe da procura de uma definição a um processo de identificação do cuidar, essencialmente pela interrogação sobre o que o caracteriza e sobre o que funda a sua identidade.

Provavelmente, somente desta forma, a enfermagem no actual clima económico e no mercado competitivo dos cuidados de saúde, conseguirá promover a natureza do papel de cuidar e distinguir-se de outras profissões, porque o cuidar não é exclusivo da enfermagem. Neste sentido, o desenvolvimento e a afirmação do cuidar na enfermagem passa, inevitavelmente, por um novo questionamento da própria noção de cuidar no universo pluridisciplinar dos cuidados de saúde (Hesbeen, 2000), particularmente em relação com o carácter de género na profissão. As teorias de enfermagem, apesar de terem dado um valioso contributo para o desenvolvimento da enfermagem como disciplina científica, podem, como refere Meyer (1995), ao não contemplarem nem questionarem as relações sociais em enfermagem, ter contribuído para ocultar e/ou legitimar comportamentos e práticas que mantêm e reproduzem o carácter feminino, submisso e dependente da profissão, dado que

não têm incorporado os aspectos que se relacionam com o contexto em que se desenvolve a enfermagem e as implicações deste no comportamento das enfermeiras.

Neste quadro, o alargamento deste questionamento ao género, na perspectiva da construção da feminilidade e da masculinidade, permitirá a sua localização nas relações sociais, pois como defende Nogueira (2001), o género não existe nas pessoas mas sim nas relações sociais. Por outro lado, os processos relacionados com o género exercem influência sobre o comportamento, os pensamentos e os sentimentos dos indivíduos, como também afectam as interacções sociais e ajudam a determinar a estrutura das instituições sociais (Crawford, 1995, citada por Nogueira, 2001). Reconhece-se, desta forma, a pertinência da utilização do conceito de género no estudo da enfermagem e da enfermeira, pois, como refere Scott (s.d., citada por Lopes, 1996), uma descodificação dos seus elementos projecta na enfermagem “*os símbolos culturais disponíveis em relação ao sexo (...) os conceitos normativos repousando sobre essa base (...) uma noção de político (...) e, finalmente, uma noção de identidade subjectiva do sujeito*” (p. 80).

A opção por esta linha de abordagem pode, numa perspectiva pessoal, ser um caminho para compreender o porquê da dificuldade das enfermeiras em afirmarem o núcleo central da enfermagem – o cuidar – já que a sua atribuição à enfermeira tem residido numa prática de saúde sexuada, que reflecte a divisão sexual do trabalho na sociedade, sendo, por isso, desvalorizada. A discussão deve, neste sentido, recuperar a ligação entre cuidar e a identidade feminina, mas agora enquadrada numa perspectiva que mostre que as qualidades normalmente atribuídas às mulheres para o cuidar têm sido guiadas por profundas raízes patriarcais, que determinam uma visão estereotipada da mulher e, por sua vez, o papel que deve ou não desempenhar na sociedade. Mas, homens e mulheres podem cuidar, porque o cuidar pode ser aprendido.

Referências

Amendoeira, J. (1999). A formação em enfermagem: Que conhecimentos? Que contextos?. Dissertação de Mestrado em Sociologia, não publicada, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Benner, P. (1982). From novice to expert. American Journal of Nursing, 82, 402-407.

Benner, P. (2001). De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem (Edição comemorativa) (A. A. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto Editora. (Obra original publicada em s. d.).

Collière, M. F. (1989). Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem (M. L. B. Abecassis, Trad.). Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. (Obra original publicada em s. d.).

Forrest, D. (1989). The experience of caring. Journal of Advanced Nursing, 14, 815-823.

Greenhalgh, J., Vanhanen, L., & Kyngäs, H. (1998). Nurse caring behaviours. Journal of Advanced Nursing, 27, 927-932.

Griffin, A. P. (1983). A philosophical analysis of caring in nursing. Journal of Advanced Nursing, 8, 289-295.

Hesbeen, W. (2000). Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar (M. I. B. Ferreira, Trad.). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 1997).

James, N. (1992). Care = organisation + physical labour + emotional labour. Sociology of Health and Illness, 14 (4), 488-509.

Kergoat, D. (1996). Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In M. J. M. Lopes, D. E. Meyer, & V. R. Waldow (Coords.), Gênero & saúde (pp. 19-27). Porto Alegre: Artes Médicas.

Kyle, T. V. (1995). The concept of caring: A review of the literature. Journal of Advanced Nursing, 21, 506-514.

Leininger, M. M. (1994). Nursing and anthropology: Two worlds to blend. Ohio: Greyden Press.

Leininger, M. M. (2001). Selected culture care findings of diverse cultures using culture care theory and ethnomethods. In M. M. Leininger (Coord.), Culture care diversity and universality: A theory of nursing (pp.345-418). Boston: Jones and Bartlett Publishers, Inc and National League for Nursing.

Lopes, M. J. M. (1996). O sexo do hospital. In M. J. M. Lopes, D. E. Meyer, & V. R. Waldow (Coords.), Gênero & saúde (pp. 76-105). Porto Alegre: Artes Médicas.

Magão, M. T. G. (1992). Cuidar: Significado e expressão na formação em enfermagem. Dissertação apresentada no Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem, não publicada, Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende, Lisboa.

McKenna, G. (1994). Cuidar é a essência da prática da enfermagem. Nursing, 80, 33-36.

Meleis, A. I. (1991). Theoretical nursing: Development and progress (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott Company. (Obra original publicada em 1985).

Meyer, D. E. (1995). A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: Uma abordagem sócio-histórica. In V. R. Waldow, M. J. M. Lopes, & D. E. Meyer (Coords.), Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: A enfermagem entre a escola e a prática profissional (pp. 63-78). Porto Alegre: Artes Médicas.

Morse, J. M., Solberg, S. M., Neander, W. L., Bottorf, J. L., & Johnson, J. L. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. Advances in Nursing Science, 13 (1), 1-14.

Nogueira, C. (2001). Construcionismo social, discurso e gênero. Psicologia, XV (1), 43-65.

Patistea, E. (1999). Nurses' perceptions of caring as documented in theory and research. Journal of Clinical Nursing, 8, 487-495. Retirado em 26 de Fevereiro de 2002 da World Wide Web: <http://search.epnet.com/userlogin.asp>.

Pearson, A., & Vaughan, B. (1992). Modelo para o exercício de enfermagem (M. J. Simeão, Trad.). Lisboa: ACEPS. (Obra original publicada em 1986).

Reis, A. (2001). Cuidar idosos: Uma construção cultural para o estudante de enfermagem. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.

Reverby, S. (1987). A caring dilemma: Womanhood and nursing in historical perspective. Nursing Research, 36 (1), 5-11.

Ribeiro, L. F: (1995). Cuidar e tratar: Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral. Lisboa: Educa e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Soares, M. I. (1997). Da blusa de brim à touca branca: Contributo para a história do ensino de enfermagem em Portugal (1880-1950). Lisboa: Educa e Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. Nursing Research, 40 (3), 161-166.

Swanson, K. M: (1999). What is known about caring in nursing science: A literary meta-analysis. In A. Hinshaw, S. L. Fertham, & J. L. Shaver (Coords.), Handbook of clinical nursing research (pp. 31-60). Thousand Oaks: Sage Publications.

Thomas, C. (1993). De-constructing concepts of care. Sociology, 27 (4), 549-669.

Waldow, V. R. (1995). Cuidar/cuidado: O domínio unificador de enfermagem. In V. R. Waldow, M. J. M. Lopes, & D. E. Meyer (Coords.), Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: A enfermagem entre a escola e a prática profissional (pp. 7-30). Porto Alegre: Artes Médicas.

Watson, J. (2002). Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem (J. Enes, Trad.). Camarate: Lusociência. (Obra original publicada em 1999).

Wilkes, L. M., & Wallis, M. C. (1998). A model of professional nurse caring: Nursing students' experience. Journal of Advanced Nursing, *27*, 582-589.

Cabeçalho: PAPÉIS SEXUAIS E CUIDAR

Do Ser Mulher...Ao Ser Enfermeira: Cuidar na Perspectiva do Género

Hélia Dias

ULHT, Lisboa

2º Mestrado em Sexologia

Lisboa, 2003

Orientadora: Professora Doutora Maria Luisa Lima

Resumo

Analisou-se a associação entre as crenças sobre os papéis sexuais e sobre o cuidar em enfermagem, num grupo de 488 estudantes de enfermagem e enfermeiros. Para avaliar as concepções de cuidar, utilizou-se a EAC (Mendes, 1994), o CDI (Watson & Lea, 1997) e para analisar as crenças sobre os papéis sexuais o PAQ (Spence, Helmreich & Stapp, 1974), e duas sub-escalas (TIPP e TIT) da Escala de Teorias Implícitas sobre a mulher no trabalho (Amâncio, 1988). Comprovou-se a importância da formação na homogeneização do conceito de cuidar. Encontrou-se um conceito de cuidar situado no feminino, como previamente suposto, e partilhado por ambos os sexos. Contudo, as mulheres parecem querer retirar este significado categorial, pela associação de traços tradicionalmente femininos do cuidar à masculinidade. A exploração destas crenças para a análise da situação da mulher no trabalho é também discutida.

Abstract

The association between sex roles beliefs and the representation of caring was analysed in a group of 488 nursing students and professional nurses. To assess the concept of caring EAC (Mendes, 1994) and CDI (Watson & Lea, 1997) were used, and to measure sex roles beliefs PAQ (Spence, Helmreich & Stapp, 1974) and two sub-scales (TIPP and TIT) of the Implicit Theories about of Women at Work Scale (Amâncio, 1988) were used. The results show that professional training is important to diffuse among nurses an homogeneous concept of caring. As expected, the concept of caring was quite feminine and shared by both man and women. However, the women's answers also show an attempt to remove this categorial meaning (the connection with traditionally feminine caring traces) by associating also caring with masculinity. These results are discussed in the context of the situation of women at work.

Introdução

Cuidar é uma expressão essencial do ser humano fundada na ancestral necessidade de cuidados (Collière, 1989) e, como tal, é considerada como um aspecto estrutural do crescimento e desenvolvimento humano (Griffin, 1983). De um modo geral, todos cuidam de si próprios e dos outros. Mas esta capacidade de cuidar varia ao longo do ciclo de vida, em relação com as capacidades envolvidas, como também é culturalmente mais ligada a uma determinada pertença sexual – a mulher. Tal facto está ancorado num sistema social que especifica os comportamentos e características adequados a cada sexo, levando a um rigoroso sistema de crenças sobre o papel de homens e mulheres na sociedade (Deaux & LaFrance, 1998), estabelecendo que o ser homem ou o ser mulher vai para além de uma diferença biológica (Amâncio, 1998).

Nesta construção do masculino e do feminino o processo de socialização é marcante, dado que, ao reproduzir os conteúdos simbólicos associados a cada categoria sexual, transforma-se numa espécie de marcação natural das diferenças entre os sexos (Amâncio, 1998; Marques & Paéz, 2000) e configura, no imaginário, conteúdos assimétricos e hierarquizados acerca da atribuição de características aos homens e às mulheres (Lenney, 1991), que se traduzem em diferenças de género (Fletcher, 1998, citado por Pina e Cunha, Cunha & Leal, 2001). Estas crenças sobre os papéis sexuais resultam numa aprendizagem do ser mulher desfavorável à mulher, uma vez que se consideram as condutas masculinas superiores, e socialmente mais desejáveis, do que as tradicionalmente atribuídas às mulheres (Amâncio, 1998; Crawford & Unger, 2000) e repercutem-se em todas as relações sociais, e muito em particular, no desempenho profissional onde a divisão sexual do trabalho é notória.

É no âmbito desta desvalorização da mulher que importa analisar a influência das ideologias de género ou crenças sobre os papéis sexuais nas profissões, especialmente nas ligadas ao cuidar. A ideia de cuidar é, ela própria, vista como uma extensão do papel

feminino e, logo, de estatuto menos privilegiado. Este facto tem consequências que se revelam nas profissões a ele associadas, como é o caso da enfermagem (Evans, 1997; Sweet & Norman, 1995).

A enfermagem, como profissão maioritariamente feminina, tem sido associada, tradicionalmente, aos conteúdos simbólicos da feminilidade. Os valores vocacionais e simbólicos são um exemplo da concepção de um trabalho feminino baseado num sistema de qualidades ditas naturais (Lopes, 1996), e constituíram-se como operador ideológico marcante até cerca dos anos 50/60. O acentuar destes valores vocacionais inseriam-se num modelo de curar, onde a missão humanitária e a função técnica de auxiliar do médico foram os referentes principais, constituindo aquilo que Leininger (1994) designa por cultura tradicional em enfermagem. Da enfermeira esperavam-se, então, qualidades ou atributos como a dedicação, o sacrifício, a submissão (Leininger, 1994), o sentido do dever ou a subserviência (Reverby, 1987). A reelaboração simbólica que se operou a partir desta data, assentou em novos referentes – o holismo e o humanismo (Pearson & Vaughan, 1992) – redireccionando o cuidar para uma abordagem global, que releva a natureza da pessoa, caracterizando-se pela emergência duma nova cultura (Leininger, 1994), revelando as enfermeiras mais autonomia tanto no pensamento, como na prática. Hoje, espera-se que as enfermeiras se percebam a si próprias como profissionais e que prestem cuidados de enfermagem em relação com a sua preparação profissional, necessidades e situação de vida (Leininger, 1994). A enfermagem como escolha vocacional é hoje uma ideia em mudança.

Parece, deste modo, evidente a utilidade do conceito de papel sexual ou papel de género, na compreensão da evolução da figura da enfermeira e da enfermagem, como prática profissional; isto porque os próprios conceitos de masculinidade e feminilidade têm tido diferentes desenvolvimentos históricos e complexas interacções (Spence, 1985, 1993; Spence & Buckner, 1995, citados por Deaux & LaFrance, 1998), à semelhança do conceito de cuidar.

Como propõe Scott (s.d., citada por Lopes, 1996), uma descodificação dos elementos constitutivos do conceito de género, projecta na enfermagem “ *os símbolos culturais disponíveis em relação ao sexo – feminino, maternal, devotamento, dedicação, etc, os conceitos normativos repousando sobre essa base – que estruturam condutas de feminilidade, organizam e dividem, no caso, o trabalho, uma noção de político – definidora de uma hierarquização de práticas (...), e, finalmente, uma noção de identidade subjectiva do sujeito – ser enfermeira é feminino, as identidades subjectivas do «feminino» marcando o sujeito social e vice-versa”* (p. 80).

Pretende-se, assim, estudar a existência de uma relação entre uma crença nos papéis sexuais diferenciados e o conceito de cuidar, que possa contribuir para uma melhor compreensão da prática profissional de enfermagem, tradicionalmente feminina.

Do Conceito de Cuidar

O conceito de cuidar é reconhecido como o núcleo central da enfermagem e tem, actualmente, um lugar de relevo no discurso da disciplina de enfermagem. Como conceito, pode ser analisado sob várias perspectivas – antropológica, filosófica, psicossocial (Patistea, 1999) ou ideológica, que reflectem as principais linhas de análise a partir da segunda metade do século XX. Tem ainda, como conceito, variado não só ao longo do tempo, como, na mesma época, de grupo para grupo de enfermeiras, consoante os valores onde se ancora (Basto, 1998). Constitui-se, deste modo, como operador ideológico central agregador das práticas de enfermagem e da sua diferenciação, relativamente às práticas profissionais de outros grupos (Lopes, 2001). Neste sentido, a problematização das questões sobre a profissão de enfermagem passa, necessariamente, pela noção de cuidar.

Quer seja considerado como um fenómeno universal com manifestações culturais diferentes, na perspectiva antropológica (Leininger, 1994), quer seja visto como uma expressão da humanidade fundamental para a realização pessoal do ser humano, sob a

filosófica (Griffin, 1983; Roach, 1993, citada por Waldow, 1995; Watson, 2002), o cuidar é, além de tudo, visto como um fenómeno social e humano, pois como afirma Collière (1989) cuidar é “um acto de VIDA (...) que representa uma variedade infinita e actividades que visam manter, sustentar a VIDA e permitir-lhe continuar a reproduzir-se” (p. 235).

Na enfermagem, como prática de cuidados, desde sempre associada à mulher, parece necessário que a compreensão do conceito de cuidar, se faça em torno de dois eixos de análise. Um, que clarifique que elementos o constituem, entendidos enquanto atitudes, comportamentos, componentes (Lea, Watson & Deary, 1998) e um outro, que discuta o cuidar em função de quem cuida, o que parece que se torna significativo quando a maioria das cuidadoras são mulheres (Manninen, 1998; Thomas, 1993).

Dimensões do Cuidar

Como conceito global, o cuidar remete essencialmente para uma dimensão humana e de ajuda, onde sobressai uma valorização do cuidativo no feminino. Diversos autores têm, no entanto, procurado sistematizar as dimensões que o caracterizam. Pode considerar-se que de um modo geral, estes autores encontram subjacente ao conceito duas grandes áreas – a expressiva e a instrumental. É o caso de Clifford (1995, citado por Lea et al, 1998), quando refere que os elementos instrumentais significam a componente física do cuidar, o “fazer para”, enquanto os expressivos realçam o “dar cuidados”. Perspectiva similar é a de James (1992) quando divide as componentes do cuidar em “trabalho físico” e “trabalho emocional”, conjuntamente com a componente “organização”. Já, em 1979, Watson (citada por Kyle, 1995) havia proposto um modelo de cuidar baseado em actividades instrumentais e afectivas/expressivas.

Lea et al (1998), numa análise factorial dos 25 indicadores do Inventário das Dimensões do Cuidar (CDI) criado por Watson & Lea (1997) para colher as percepções dos enfermeiros sobre o que representa o cuidar na prática de enfermagem, encontraram uma estrutura de

quatro factores: os aspectos psicossociais – que se referem aos aspectos afectivos do cuidar, ou a uma descrição do cuidar em termos do “estar com”; os aspectos profissionais e técnicos – que descrevem, à semelhança de Clifford (1995, citado por Lea et al, 1998), a componente física do cuidar; uma disposição pessoal/altruísmo – que reflecte a maneira genuína como alguns se dão no cuidar, considerado como um aspecto apropriado à prática do cuidar – e um envolvimento com o paciente/dar-se a si próprio – que respeita à forma como alguns indivíduos trazem os seus problemas todos os dias para o trabalho, em detrimento daqueles que cuidam, visto como um aspecto menos apropriado. Esta estrutura foi replicada por Watson, Deary & Lea (1999) num estudo longitudinal com estudantes de enfermagem.

Ainda que não sobre o conceito de cuidar, mas sim com o propósito de compreender o desenvolvimento das percepções de enfermagem durante o processo de formação, Manninen (1998), num estudo longitudinal de natureza quantitativa com estudantes de enfermagem, encontrou na análise factorial uma estrutura de três factores: actividade técnica, actividade psicossocial e actividade profissional, muito similar à de Lea et al (1998), que, por analogia, se podem considerar dimensões do cuidar.

Também, num estudo português de Basto (1998), com a finalidade de conhecer o processo de mudança dos comportamentos profissionais das enfermeiras que prestam cuidados directos numa unidade de internamento hospitalar, é identificado no conceito de cuidados de enfermagem, na categoria “rotinas”, uma dimensão instrumental que corresponde a actividades pré-estabelecidas e consideradas prioritárias (tais como medição de sinais vitais, administração de terapêutica e técnicas) e uma dimensão expressiva que engloba actividades consideradas um extra, a ser feitas quando o tempo o permitir (colheita de dados na admissão, ensino ao doente e família e dar apoio ao doente).

Para além das duas grandes áreas – expressiva e instrumental – alguns estudos apontam para uma nova – os aspectos profissionais (Lea et al, 1998; Manninen, 1998), que pode

significar a reelaboração profissional que está a acontecer na enfermagem e, deste modo, confirmar o cuidar como núcleo central e operador ideológico da enfermagem. Contudo, nestes estudos, as dimensões expressivas/relacionais continuam a ser as mais valorizadas, pelo que se pode supor que o cuidar ancora-se, ainda, nas características associadas à mulher.

A Construção do Cuidar para o Estudante

Após a identificação das dimensões do cuidar, e dado que este estudo tem como sujeitos, enfermeiros e estudantes de enfermagem, torna-se necessário a referência a alguns estudos que têm analisado a construção do cuidar ao longo do processo formativo. Como profissão desde sempre associada à mulher, investigações que procuram identificar o motivo de escolha da enfermagem como profissão mostram que, para a maioria dos estudantes, está ainda relacionada com uma ideia de ajudar as pessoas, muito ligada a uma interpretação feminina do papel da enfermagem (Cohen, 1981, citado por Toit, 1995), ou seja, a uma visão de como a enfermagem é vista na sociedade.

Por outro lado, estudos que procuram avaliar esta evolução do cuidar comprovam que, no decurso da formação, o estudante de enfermagem aumenta a sua visão da enfermagem como actividade psicossocial e profissional e menos como actividade técnica (Manninen, 1998). Watson et al (1999) referem que as percepções de cuidar dos estudantes aumentam com o tempo, nomeadamente os mais velhos percebem mais o cuidar em termos profissionais e técnicos, contrariamente aos mais novos, confirmando a importância da formação na redefinição desta percepção. Igualmente, um estudo qualitativo de Wilkes & Wallis (1998) sobre a perspectiva de cuidar nos estudantes de enfermagem durante a formação revela que, no 1º ano de curso, são mais evidentes os sentimentos para com os outros, enquanto que as acções profissionais são mais incorporadas no último ano de curso.

Também em Portugal se tem procurado analisar a orientação dos estudantes em relação às concepções dominantes em enfermagem e o impacto da formação na modificação dessa

orientação. É o caso de um estudo de Ribeiro (1994) que mostra que os estudantes têm uma orientação mista relativamente à enfermagem. Isto porque coexistem nas estudantes interesses e crenças que associam o ser enfermeira a actividades técnicas de cura e tratamento, com preocupações da área expressiva, tanto no 1º ano como no último ano, o que reforça a ideia de que o curso não promoveu o desenvolvimento de uma concepção clara de enfermagem. Por outro lado, os resultados de um estudo de Calado (1995) com professores de enfermagem, fazem referência à existência de um maior reconhecimento e valorização das aprendizagens do domínio cognitivo e afectivo por parte dos professores, em detrimento do domínio psico-motor.

Contudo, espera-se que os estudantes apresentem diferentes significações de cuidar ao longo do processo formativo, não só ao nível de uma posição ideológica de raiz cultural e social, como também recorram a diferentes especificidades (instrumentais, expressivas ou profissionais) para o caracterizar.

Estas supostas diferenças podem ser reflexo do processo de desenvolvimento e socialização profissional que os estudantes realizam durante a sua formação (Benner, 1982), onde os contextos de trabalho assumem um papel preponderante, que persiste pela vida profissional.

A Divisão Sexual do Cuidar

Os contextos onde se desenvolvem as práticas revelam-se, deste modo, fulcrais, na forma como se concretiza o cuidar, onde o poder simbólico coloca homens e mulheres em posições relativas (Amâncio, 2001) e leva, no caso da prática de enfermagem, a que o ser mulher – enfermeira e o ser homem – enfermeiro, se traduzam em diferentes concepções do cuidar. De igual forma, atendendo ao papel sexual enquanto referencial de feminilidade e masculinidade, diferentes significações de cuidar parecem evidentes.

Assim, nesta visão sexuada do cuidar, mas tendo como variável independente o sexo, um estudo de Greenhalgh, Vanhanen & Kyngäs (1998) com a escala CARE-Q mostra que as enfermeiras atribuem médias mais altas aos comportamentos relacionados com a sub-escala “conforto” contrariamente aos enfermeiros. Watson & Lea (1997; 1998) referem-se, também, à influência da idade e do sexo nas percepções de cuidar, sugerindo que as enfermeiras mais velhas percebem mais os aspectos técnicos do trabalho de enfermagem como sendo cuidar, conjuntamente com os aspectos psicossociais, e que os homens tendem a perceber o trabalho de enfermagem mais em termos psicossociais do que as mulheres. Este último resultado contrasta com o de estudos já feitos em que as enfermeiras tendem a ter uma visão do cuidar mais em termos psicossociais do que os homens (Blum, 1993, citado por Watson & Lea, 1997). James (1992) refere, no entanto, que a dimensão “trabalho emocional” é menos visível que a dimensão “trabalho físico”, dado que é ideologicamente associada à mulher, o que se enquadra na literatura quando é apontado que os papéis relacionais são muito mais significativos nas concepções de mulher, mas muito menos nas de homem (Crawford & Unger, 2000).

Este facto parece estar de acordo com estudos que analisam os limites contextuais dos papéis sexuais, ao demonstrarem uma clara assimetria entre eles; isto porque é feita uma diferenciação que se baseia na determinação ideológica, a qual estabelece uma assimetria entre os conteúdos e as orientações dos papéis sexuais, que se estende às actividades desempenhadas por homens e mulheres.

Deste modo, “as profissões mais «femininas» tendem a ser desvalorizadas numa escala de prestígio, o que parece indicar que o trabalho não tem o mesmo significado quando é desempenhado por homens ou por mulheres” (Amâncio, 1998, p.73). Refere Evans (1997) que esta desvalorização do estatuto da mulher e da mulher no trabalho no contexto da sociedade patriarcal, reflecte-se na enfermagem, enquanto profissão dominada pelas

mulheres, onde os traços tipicamente associados ao feminino contrastam fortemente com os traços masculinos. Acrescenta que o crescimento, ainda que pequeno, do número de homens na profissão de enfermagem não significa necessariamente uma progressiva integração dos papéis sexuais masculinos e femininos, pois, como sugere a literatura, os homens na enfermagem ocupam uma posição privilegiada em relação às mulheres, posição esta que é mantida pelas próprias instituições patriarcais e pelo uso de estratégias, pela parte dos enfermeiros homens, que separam a sua identidade de papel sexual da imagem feminina da enfermagem. Fernandes (1996), num estudo sobre a identidade profissional das enfermeiras, concluiu que as mulheres-enfermeiras salientam a dimensão afectivo-relacional, característica da identidade feminina no cuidar, enquanto os homens-enfermeiros relevam a visão humanizante dos cuidados, mas associando-a à enfermeira e distanciando-se dela, o que reproduz não só o significado feminino do cuidar, bem como uma visão estereotipada do mesmo. Espera-se, assim, no plano da assimetria simbólica, que as mulheres associem o cuidar à dimensão da feminilidade, enquanto os homens o distanciam da masculinidade e o associam à feminilidade.

Estes aspectos podem suportar-se noutros estudos, como o de Heikes (1991) que refere a influência dos factores socio-culturais na definição da masculinidade e da feminilidade e o modo como se reflectem em diferentes modelos de interacção na enfermagem, ou como o de Melosh (1989) que menciona a persistência duma ideologia do cuidar ligada a valores culturais tradicionais nas enfermeiras e a resistência à profissionalização. Apesar de existirem autores que relatam estudos sobre a relação dos papéis sexuais e a enfermagem, sobre o cuidar são escassos. Os autores têm-se debruçado sobre a relação da feminilidade e da masculinidade com a enfermagem, desde a avaliação do nível de depressão (Napholz, 1994), à influência da orientação de papel sexual no stress no trabalho em enfermeiros homens

(Krausz; Kedem; Tal & Amir, 1982) passando pela investigação da análise de conflito com o papel sexual nos enfermeiros homens (Egeland & Brown, 1988).

Ainda neste contexto de assimetria simbólica, a discriminação das mulheres no trabalho resulta não só de factores internos – as características e atributos de personalidade adquiridos no processo de socialização – mas também de factores sociais externos, como as crenças sobre os papéis sexuais, que se manifestam nos estereótipos e na avaliação do desempenho das mulheres (O’Leary, 1974, citado por Amâncio, 1998). Estas crenças, enquanto assumpções que as pessoas têm acerca dos outros, baseadas na inferência de traços ou atributos (Asch, 1952, citado por Amâncio & Soczka, 1988), que Bruner & Tagiuri (1954, citados por Amâncio & Soczka, 1988) denominaram por teorias implícitas, assumem uma função explicativa, tendo em conta a posição ideológica e a categoria de pertença sexual de cada sujeito (Amâncio, 1989).

Um estudo de Amâncio (1989) com uma escala de teorias implícitas de sua autoria concluiu que os homens explicam a discriminação da mulher no trabalho como consequência do papel tradicional da mulher na família, enquanto as mulheres consideram que ela resulta das características expressivas e relacionais do comportamento feminino inadequado ao mundo do trabalho.

Deste modo, e procurando associar estas crenças sobre a situação da mulher no trabalho, operacionalizadas nas teorias implícitas com a dimensão ideológica do cuidar, poder-se-á supor que as mulheres situem a discriminação nas dimensões do cuidar ligadas às suas características expressivas, enquanto os homens o fazem numa perspectiva do papel tradicional da mulher na família. Isto porque a diferenciação nos juízos sobre o desempenho de mulheres e homens nos contextos de trabalho tende a ser explicada pelos modelos de comportamento que os papéis sexuais determinam.

Nesta lógica, torna-se importante desconstruir não só o significado do cuidar na polaridade masculino (enfermeiro) / feminino (enfermeira), como também analisá-lo no contexto das práticas profissionais, sob o domínio masculino. Parece, pois, que uma abordagem da prática pela óptica dos papéis sexuais diferenciados, enquanto elementos constitutivos das relações sociais, é um caminho possível quando se pretende compreender a enfermeira como figura simbólica do feminino. É no âmbito desta problemática, que as crenças sobre os papéis sexuais assumem um papel que importa explicar no contexto da prática profissional das enfermeiras, o que permite abordar a prática, não em termos normativos ou lineares, mas em termos da definição de uma ideologia do cuidar, enquanto principal razão que justifica o desenvolvimento das actividades. Por outro lado, os papéis sexuais aceites como referenciais de masculinidade e feminilidade, podem ser ressignificados a partir da inserção em diferentes relações sociais, a partir das quais se desenvolverão práticas simbólicas, neste caso associadas à prestação de cuidados de enfermagem.

Objectivos e Hipóteses

Neste sentido, definiram-se os seguintes objectivos para este estudo: caracterizar o cuidar em enfermagem enquanto atitudes e comportamentos; analisar a influência do processo formativo na redefinição de uma ideologia do cuidar; verificar que a concepção de uma ideologia do cuidar está associada às crenças sobre os papéis sexuais diferenciados e à situação da mulher no trabalho.

E formularam-se as seguintes hipóteses gerais:

H₁ - Espera-se que no conjunto dos sujeitos o conceito de cuidar esteja relacionado com o estereótipo feminino;

H₂ - Espera-se que no 1º ano de curso seja mais evidente a dimensão expressiva do cuidar, enquanto as dimensões profissional e técnica tendem a ser mais valorizadas no final da formação;

H₃ - Espera-se que as mulheres associem o cuidar à dimensão da feminilidade, enquanto os homens o distanciam da masculinidade e o associam à feminilidade;

H₄ - Espera-se que uma posição mais tradicional sobre a mulher no trabalho esteja ligada a uma visão de cuidar mais tradicional, que acentue nomeadamente a dimensão relacional/afectiva.

Método

Participantes

Participaram neste estudo 488 sujeitos, 406 (83.2 %) pertencentes ao sexo feminino, 76 (15.6 %) ao sexo masculino e 6 (1.2 %) não especificaram o sexo. As idades estavam compreendidas entre os 18 e os 59 anos, com uma média de 25.05 anos ($d.p.=7.77$), e foram recrutados em quatro Escolas Superiores de Enfermagem. Dos 488 sujeitos, 169 (34.6 %) frequentam o 1º ano do curso de licenciatura em enfermagem e 168 (34.4 %) o 4º ano (ano complementar de formação em enfermagem, no grau de licenciatura). Cento e cinquenta e um (30.9%) são profissionais de enfermagem que se encontravam a frequentar o curso de complemento de formação em enfermagem (CCFE) no grau de licenciatura. Dos enfermeiros, em termos de categoria profissional, 20 (13.2 %) são enfermeiros, 130 (86.1 %) são enfermeiros graduados e 1 (0.7 %) tem outra categoria, que não especifica. Relativamente aos anos de exercício profissional, a amplitude varia entre os dois e os 33 anos, com uma média de 11.94 anos ($d.p.=5.50$). Ainda, quanto ao local de trabalho, 24 enfermeiros (15.9 %) trabalham no centro de saúde e 127 (84.1 %) no hospital.

A distribuição por sexo é semelhante nos três grupos de sujeitos ($\chi^2=.94$; $g.l.=2$; $p=.625$), mas apresenta diferenças significativas em relação à idade, como seria de esperar ($F(2, 481)=785.57$; $p=.000$): a média das idades dos participantes do 1º ano ($M=19.0$; $d.p.=1.48$) e do 4º ano ($M=22.25$; $d.p.=1.54$) é significativamente mais baixa que a dos profissionais de

enfermagem ($M=35.06$; $d.p.=6.41$), de acordo com o teste post-hoc de Scheffe ($p=.000$) (Tabela 1).

INSERIR A TABELA 1 APROXIMADAMENTE AQUI

Instrumentos

Foi elaborado um questionário constituído por quatro partes. A primeira parte correspondia à caracterização pessoal do sujeito com recurso a uma medida de papéis sexuais, a segunda organizou-se em torno de três escalas para avaliar as concepções sobre a enfermagem, enquanto na terceira, se caracterizavam as atitudes face ao trabalho feminino. Por último, solicitavam-se dados relativos à caracterização sócio-demográfica dos sujeitos.

Papéis Sexuais

Para avaliação dos papéis sexuais foi utilizado o Questionário de Atributos Pessoais (PAQ) de Spence, Helmreich & Stapp (1974) e traduzido por Faria & Baptista (1999, citados por Faria, 2000). É um questionário de auto-avaliação composto por 24 itens, que mede os papéis sexuais a partir de adjectivos tipicamente masculinos ou femininos, considerados desejáveis para ambos os sexos.

É composto por três sub-escalas – masculinidade ou instrumentalidade (ex: “Independente”); feminilidade ou expressividade (ex: “Emotivo”) e masculinidade-feminilidade (ex: “Submisso”) – cada uma com oito itens (Spence & Helmreich, 1974, citados por Lenney, 1991). Cada item é avaliado numa escala de likert de cinco pontos, de A=1 – nada a E=5 – muito. Os respondentes devem assinalar a letra que melhor representa a sua posição. O resultado de cada sub-escala é dado pela soma dos itens, que pode variar entre oito e 40.

Tem excelentes credenciais psicométricas, respectivamente .85 e .82 para as sub-escalas de masculinidade e feminilidade e .78 para a masculinidade-feminilidade (Spence & Helmreich, 1978, citados por Lenney, 1991). No presente estudo a consistência interna foi de .51 para a sub-escala de masculinidade, .76 para a sub-escala de feminilidade e .44 para a masculinidade-feminilidade. Dado que o valor de alpha de cronbach das sub-escalas de masculinidade e masculinidade-feminilidade era inaceitável, foi retirado em cada uma, um item (16 e 11, respectivamente), de modo a melhorar a sua consistência interna, que passou a ser .73 (sub-escala masculinidade) e .54 (sub-escala masculinidade-feminilidade) (Tabela 2).

Teorias Implícitas sobre a Mulher no Trabalho

As teorias implícitas são estruturadas por Amâncio (1989) na Escala de Teorias Implícitas constituída por cinco sub-escalas: a teoria implícita psicológica positiva (TIPP); a teoria implícita psicológica negativa; a teoria implícita tradicional (TIT); a teoria implícita individualista e a teoria implícita progressista, que exprimem crenças, explicações e avaliações sobre a discriminação da mulher no trabalho.

Utilizam-se neste estudo a TIPP e a TIT. A TIPP é composta por um conjunto de seis afirmações que apresentam as características expressivas e a orientação relacional do comportamento feminino de forma positiva e adequada ao mundo do trabalho (Amâncio, 1989). A TIT é constituída por quatro afirmações que situam a discriminação como consequência do papel tradicional da mulher na família, situando-a numa vocação natural da categoria feminina e acentuando a sua funcionalidade social (Amâncio, 1989).

São afirmações avaliadas numa escala de likert de cinco pontos – de 1=discordo em absoluto a 5=concordo em absoluto – como, por exemplo, “As mulheres contribuem em muito para a humanização do mundo do trabalho” (sub-escala TIPP) ou “A mulher encontra a sua realização na maternidade” (sub-escala TIT). O resultado de cada sub-escala é calculado

transformando as respostas individuais em scores, com um intervalo de 0-100: $TIPP = (100 \times (\text{item 2} + \text{item 3} + \text{item 4} + \text{item 5} + \text{item 8} + \text{item 10} - 6)) / 24$

e $TIT = (100 \times (\text{item 1} + \text{item 6} + \text{item 7} + \text{item 9} - 4)) / 16$.

No estudo de Amâncio (1989) foi confirmada a validade interna das sub-escalas, quer pelas correlações item-teste, quer pela determinação do coeficiente alpha de cronbach, que relativamente à sub-escala TIPP foi de .68 e à sub-escala TIT foi de .58. Neste estudo o alpha de cronbach para estas sub-escalas foi respectivamente, .79 para a TIPP e .62 para a TIT (Tabela 2).

Atitudes Cuidativas em Geral

Para avaliar as atitudes cuidativas em geral foi utilizada a Escala de Atitudes Cuidativas (EAC) de Mendes (1994) que mede as atitudes cuidativas com base em quatro categorias: ajuda (6 itens); comunicação (5 itens); respeito (6 itens) e carinho (7 itens), num total de 24 itens. Foi construída e validada pela autora acima referida, com o objectivo de criar um instrumento que permitisse identificar a predominância de atitudes cuidativas nos candidatos à profissão de enfermagem, presumindo-se que, quanto mais elevada for a sua predominância, maior será a sua projecção na intervenção de enfermagem.

São afirmações avaliadas numa escala de likert de cinco posições, de 1=discordo totalmente a 5=concordo totalmente. A EAC é composta de frases como “As pessoas que melhor se conhecem a si próprias, têm mais capacidade de ajudar os outros (categoria – ajuda); “As pessoas que escutam os outros, demonstram interesse pelas suas vivências” (categoria – comunicação); “As pessoas deveriam aceitar que outras pensem de maneira diferente da sua” (categoria – respeito) e “É natural o carinho estar presente na relação humana” (categoria – carinho). O resultado em cada categoria corresponde à média dos itens.

A consistência interna para cada uma das categorias na validação da escala foi a seguinte: .53 (Ajuda); .37 (Comunicação); .52 (Respeito) e .62 (Carinho). Neste estudo obtiveram-se

valores de α tendencialmente mais aceitáveis, mas foram retirados quatro itens (6, 9, 16 e 21), um em cada categoria, que correspondem aos itens valorizados como não cuidativos na validação da escala (Mendes, 1994). Assim, a consistência interna para cada uma das categorias foi a seguinte: .62 (Ajuda); .60 (Comunicação); .65 (Respeito) e .73 (Carinho) (Tabela 2).

Cuidar em Enfermagem

O Inventário das Dimensões do Cuidar (CDI) de Watson & Lea (1997) foi o instrumento utilizado para colher as percepções dos estudantes de enfermagem e dos enfermeiros sobre o que representa o cuidar na prática de enfermagem. São 25 afirmações que especificam ações/comportamentos de enfermagem de natureza psicossocial, profissional e técnica, avaliados numa escala de likert de cinco pontos, de 1=discordo totalmente a 5=concordo totalmente. É composto por afirmações como “Procurar conhecer o doente como uma pessoa” ou “Avaliar os sinais vitais do doente”.

A Análise Factorial em Componentes Principais (AFCP) revelou uma estrutura de quatro factores (Lea et al, 1998), já referenciada. Nesta investigação, numa primeira AFCP (KMO=.863), retiveram-se 6 factores, com uma variância explicada de 52.21%. Após uma rotação ortogonal (varimax) que convergiu em 13 interacções, na estrutura encontrada, verificaram-se variáveis com peso factorial em mais do que um factor (itens 1, 2, 4, 7, 8, 12 e 17), pelo que se retiraram e procedeu-se a nova AFCP (KMO=.855). Encontrou-se uma estrutura de 4 factores (Tabela 3) que explicam 50.30% da variância dos dados, que convergiram em 6 interacções. O primeiro factor (25.97%) refere-se aos aspectos psicossociais do cuidar, onde a natureza relacional emerge, sustentada numa relação interpessoal enfermeiro/doente, em que ambos exercem um papel fundamental. Não se considera só a forma como o enfermeiro deve estar com o doente, mas também a forma como procura promover o auto-cuidado do doente, pelo seu envolvimento no processo de cuidar. O

segundo (10.62%) remete para os aspectos técnicos, consubstanciando-se na dimensão instrumental, ou seja, no âmbito das funções interdependentes do enfermeiro, que derivam duma prescrição doutro técnico. O terceiro (7.56%) relaciona-se com os aspectos profissionais, evidenciando-se uma relação inter e intra-profissional do enfermeiro, que pode ilustrar um nível de autonomia profissional. O quarto factor (6.15%) aponta para o envolvimento com o paciente, com dois aspectos subjacentes – o dar-se a si próprio e uma disposição pessoal. Esta estrutura é a que mais se assemelha à estrutura original dos autores (Lea et al, 1998). Os dois primeiros factores apresentaram uma consistência interna de .80 e .74, respectivamente, enquanto para o terceiro e quarto factores os valores obtidos foram mais baixos, .58 e .39, respectivamente. Foram criadas três novas variáveis com a média aritmética dos indicadores que constituem os três primeiros factores.

Tem excelentes credenciais psicométricas, .91, no estudo de validação da escala (Watson & Lea, 1997). O alpha de cronbach, para o presente estudo, para a escala total foi de .83 (Tabela 2).

INSERIR AS TABELAS 2 E 3 APROXIMADAMENTE AQUI

Procedimento

A aplicação do questionário decorreu no período de 16/04/2002 a 15/05/2002 e fez-se colectivamente em sala de aula, em tempo lectivo cedido pelas diferentes escolas envolvidas, na presença da autora e em protocolo individual. Em algumas situações pontuais, e em virtude de alguns estudantes se encontrarem em estágio, os questionários foram devolvidos a posteriori. Os critérios de aplicação foram, no entanto, respeitados, nomeadamente as instruções sobre a forma de preenchimento e a garantia de confidencialidade das respostas. O tempo médio de preenchimento oscilou entre 15 a 35 minutos.

Resultados

Conceitos de Cuidar

Primeiramente, e a fim de caracterizar o cuidar enquanto conceito global, foram determinados os valores das médias e desvio padrão das escalas de cuidar, que estão representados na Tabela 4. Verifica-se que na escala EAC, a categoria Ajuda tem o valor mais elevado ($\underline{M}=4.35$; $\underline{d.p.}=0.46$), seguida do Carinho ($\underline{M}=3.91$; $\underline{d.p.}=0.53$), do Respeito ($\underline{M}=3.81$; $\underline{d.p.}=0.42$) e por último, a Comunicação ($\underline{M}=3.46$; $\underline{d.p.}=0.46$). A diferença de médias entre Ajuda e Carinho é significativa ($\underline{t}=17.24$; $\underline{g.l.}=472$; $\underline{p}=0.000$), o que mostra que relativamente às atitudes cuidativas, a Ajuda é relevada no conjunto dos sujeitos como o atributo comportamental fundamental ao desenvolvimento do cuidar. Relativamente à escala CDI, os valores médios dos factores revelam a sua inclusão no cuidar em enfermagem, dado que as médias se situaram entre 4.59 ($\underline{d.p.}=0.39$) para os Aspectos Psicossociais e 3.86 ($\underline{d.p.}=0.55$) para os Aspectos Profissionais, com um valor intermédio de 4.13 ($\underline{d.p.}=0.60$) nos Aspectos Técnicos. Verificou-se, ainda, que existem diferenças significativas em relação aos dois primeiros factores ($\underline{t}=17.44$; $\underline{g.l.}=484$; $\underline{p}=0.000$), o que significa que no que concerne às dimensões de cuidar, a psicossocial é a mais saliente. Deste modo, emergem como sustentação do conceito de cuidar a Ajuda, como atributo comportamental, e os Aspectos Psicossociais, como dimensão alicerçada numa relação interpessoal enfermeiro/doente. Tais resultados mostram um conceito de cuidar característico da enfermagem tradicional, onde os atributos relacionados com a identidade feminina são os referentes principais, embora se saliente no processo de cuidar uma nova centralidade do doente, que aponta para uma prática em mudança.

Com o objectivo de verificar se existem diferenças de médias em função do sexo e ano de curso nas dimensões de cuidar, foram realizadas One-way ANOVA. Assim, registaram-se diferenças significativas em função do sexo na Ajuda ($\underline{F}(1, 477)=13.75$; $\underline{p}=0.000$); no Respeito

($F(1, 475)=21,55$; $p=.000$); no Carinho ($F(1, 471)=22.64$; $p=.000$) e nos Aspectos Psicossociais ($F(1, 481)=7.89$; $p=.000$): as mulheres apresentam médias mais elevadas comparativamente aos homens (Tabela 5), o que pode significar que as mulheres relevam comportamentos atribuídos à mulher, que ressignificam no cuidar, dando assim, uma visão estereotipada do cuidar no feminino.

Relativamente ao ano de curso, verificaram-se diferenças significativas nas seguintes escalas: no Carinho ($F(2, 476)=7.71$; $p=.001$) e nos Aspectos Técnicos ($F(2, 486)=14.49$; $p=.000$): os estudantes do 1º ano apresentam médias significativamente mais elevadas do que os estudantes do 4º ano e os enfermeiros, de acordo com o teste post-hoc de scheffe ($p<.05$) (Tabela 6). Tais diferenças parecem apontar para dois aspectos distintos: por um lado, os estudantes do 1º ano têm uma visão do cuidar baseada numa dimensão humanista e numa outra, de cariz instrumental, que reflecte, de certa forma, as duas grandes áreas que identificam a enfermagem, ao nível da sociedade. Noutro sentido, os estudantes do 4º ano, já no terminus da sua formação, identificam-se com os enfermeiros, o que pode querer significar a influência dos contextos institucionais e profissionais na sua formação profissional e, neste sentido, geradores de redefinições do cuidar. Foram também testadas diferenças de médias nos enfermeiros, em função do local de trabalho (centro de saúde ou hospital) não se registando diferenças significativas.

No sentido de saber as associações entre as atitudes cuidativas e as dimensões do cuidar em estudo, foram efectuadas correlações (Tabela 7). Assim, no que se refere às categorias da EAC, o Carinho ($r(473)=.41$) e o Respeito ($r(479)=.24$) correlacionaram-se significativamente ($p<.01$) com a Ajuda. Observaram-se, também, correlações directas e significativas ($p<.01$) do Respeito com a Comunicação ($r(479)=.25$) e do Carinho com o Respeito ($r(471)=.23$). De igual forma, também os factores do CDI se correlacionaram directa e significativamente ($p<.01$) entre si. Há uma associação moderada entre os Aspectos

Técnicos e os Aspectos Profissionais ($r(481)=.50$) e baixa entre os Aspectos Psicossociais e os Aspectos Técnicos ($r(485)=.36$) e os Aspectos Psicossociais e os Aspectos Profissionais ($r(481)=.36$). A Ajuda correlaciona-se ao nível de .01 com os três factores do CDI, à semelhança do Carinho. De notar que a associação das atitudes cuidativas, Ajuda e Carinho, com as três dimensões do cuidar consideradas posicionam, mais uma vez, os atributos comportamentais com influência no processo de cuidar. Regista-se, também, uma relação entre as dimensões psicossocial/relacional e a instrumental; ou seja, o cuidar expressivo está directamente ligado ao cuidar instrumental, enquanto elementos de um conceito de cuidar global, mas onde os aspectos profissionais e, logo, uma certa autonomia, exercem também influência.

INSERIR AS TABELAS 4 A 7 APROXIMADAMENTE AQUI

Cuidar e os Papéis Sexuais

De seguida verificou-se se, subjacente ao conceito de cuidar, estão associadas as crenças sobre os papéis sexuais diferenciados, ou seja, se é feita uma diferenciação entre os conteúdos e as orientações dos mesmos, à prática do cuidar predominantemente feminina. Assim, as correlações das escalas de cuidar com os conceitos de Masculinidade e Feminilidade no conjunto da amostra (Tabela 8) revelam que é à Feminilidade que estão associadas directamente todas as dimensões do cuidar. Regista-se, assim, uma associação significativa ($p<.01$) e moderada com o Respeito ($r(476)=.61$) e a Comunicação ($r(476)=.48$) e muito baixa com os Aspectos Profissionais ($r(471)=.13$) e os Aspectos Técnicos ($r(476)=.11$; $p<.05$). À Masculinidade associam-se ao nível de .01 somente a Comunicação ($r(479)=.42$), o Respeito ($r(479)=.18$) e os Aspectos Psicossociais ($r(480)=.14$). Assim, para além da associação do cuidar expressivo com o cuidar instrumental, comprova-se, de igual modo, que

as diferentes dimensões do cuidar relacionam-se mais com a Feminilidade do que com a Masculinidade, com valores mais elevados nas dimensões relacionais. Tal facto, acentua o carácter de género ligado à profissão de enfermagem, maioritariamente feminina e, logo, a transposição das características ligadas à Feminilidade para o seu exercício.

Foi ainda verificado o perfil de correlação por sexo (Tabela 9). Deste modo, no sexo masculino verifica-se uma associação positiva e significativa, somente ao nível das Atitudes Cuidativas; assim, a Comunicação e o Respeito estão associadas à Masculinidade e à Feminilidade, ainda que em posições inversas, já que para a Masculinidade, a Comunicação ($r(72)=.56$; $p<.01$) é a atitude mais relacionada e, para a Feminilidade, é o Respeito ($r(72)=.53$; $p<.01$). Os homens associam também à Feminilidade, a Ajuda ($r(70)=.37$; $p<.01$) e o Carinho ($r(71)=.28$; $p<.01$), atitudes que dissociam da Masculinidade. Em contrapartida, as mulheres relacionam à Feminilidade todas as Atitudes Cuidativas e as dimensões do cuidar, assumindo nesta configuração de associação o Respeito ($r(398)=.60$; $p<.01$) e a Comunicação ($r(399)=.49$; $p<.01$) os valores mais elevados, enquanto os Aspectos Profissionais ($r(393)=.15$; $p<.01$) e os Aspectos Técnicos ($r(398)=.11$; $p<.05$) apresentam correlações muito fracas. À Masculinidade, as mulheres associam, à semelhança dos homens, a Comunicação ($r(402)=.39$; $p<.01$) e o Respeito ($r(401)=.18$; $p<.01$) e, também, os Aspectos Psicossociais ($r(401)=.14$; $p<.01$) e a Ajuda ($r(402)=.11$; $p<.01$). Estas diferenças de configurações parecem comprovar que homens e mulheres associam o cuidar à Feminilidade, distanciando, no entanto, os homens o cuidar e as atitudes cuidativas mais ligadas às características expressivas do papel da mulher da Masculinidade. As mulheres acentuam a dimensão afectiva/relacional do cuidar, não só associando-a à Feminilidade, como também atribuindo à Masculinidade, a Ajuda, como atributo comportamental e os Aspectos Psicossociais, que envolvem essencialmente uma nova relação enfermeiro/doente. A associação do Respeito e da Comunicação à Masculinidade e à Feminilidade com maior

saliência nos dois sexos, pode levar a supor que são consideradas por ambos, como atitudes conotadas com o ser humano em geral, e não com uma determinada pertença sexual. Desta forma, estes resultados mostram que ambos os sexos contribuem, embora de maneira diferente, para uma reprodução das crenças associadas aos papéis sexuais ao cuidar, conjugado no feminino.

INSERIR AS TABELAS 8 E 9 APROXIMADAMENTE AQUI

Cuidar e a Discriminação da Mulher no Trabalho

A constatação de que as crenças nos papéis sexuais diferenciados reproduzem não só o significado feminino do cuidar, como também uma visão estereotipada do mesmo, sugere que se explore a sua extensão ao desempenho profissional, procurando, assim, relacionar estas crenças com o cuidar em enfermagem, recorrendo às teorias implícitas e à sua função explicativa.

A determinação dos scores médios relativos às teorias implícitas, no conjunto dos sujeitos, mostra que existem diferenças significativas em relação às duas teorias ($t=10.67$; $g.l.=480$; $p=.000$): os sujeitos têm uma visão da discriminação da mulher no trabalho mais positiva ($M=61.33$, $d.p.=17.73$) do que tradicional ($M=51.65$; $d.p.=19.92$). Igualmente, verificam-se também diferenças significativas em função do sexo ($t=-7.77$; $g.l.=476$; $p=.000$) na TIPP, pois a média das mulheres ($M=64.27$; $d.p.=15.86$) é mais elevada do que a dos homens ($M=46.16$; $d.p.=19.11$); diferenças que não se observam na TIT ($t=.66$; $g.l.=479$; $p=.51$), dado que mulheres e homens apresentam médias semelhantes, o que pode sugerir, para estes sujeitos, que a discriminação no trabalho se situa mais em redor das características expressivas e relacionais da mulher e, em particular, no grupo das mulheres, ainda que haja adesão à visão tradicional.

Ainda, para a totalidade dos sujeitos, foram efectuadas correlações entre as teorias implícitas e as escalas de cuidar (Tabela 10), verificando-se que existem associações positivas e significativas ($p < .01$) entre a TIPP, que enquadra a discriminação da mulher no trabalho com base nas características expressivas e na orientação relacional feminina, com todas as dimensões do cuidar, à excepção da Comunicação e dos Aspectos Psicossociais. O Carinho é a atitude cuidativa mais relacionada com a TIPP, embora com uma baixa associação ($r(473) = .38$), enquanto as outras associações registam valores de correlação muito baixos, que oscilam de .15, para a Ajuda, a .12 para o Respeito. Com a TIT, que situa a discriminação da mulher como consequência do seu papel tradicional na família e na sua funcionalidade social, correlacionam-se, ao nível de .01, apenas o Carinho ($r(475) = .25$) e os Aspectos Técnicos ($r(485) = .19$). O que pode significar que a discriminação da mulher no trabalho, e neste, em particular da enfermeira, continua a estar ligada à expressividade, característica da mulher, e também à sua transposição para o exercício.

Por outro lado, a matriz de correlações segundo o sexo (Tabelas 11) mostra que os homens situam esta discriminação da mulher no trabalho associando à TIPP, o Carinho ($r(75) = .42$; $p < .01$) e à TIT, os Aspectos Técnicos ($r(75) = .24$; $p < .05$). Já as mulheres correlacionam significativamente ($p < .01$) às duas teorias implícitas o Carinho, ainda que num nível baixo – respectivamente .31 para a TIPP e .27 para a TIT – e também os Aspectos Técnicos, estes numa relação muito fraca – .17 para a TIT e .16 para a TIPP. Associam à TIPP, igualmente, os Aspectos Profissionais ($r(396) = .15$; $p < .01$) e a Ajuda ($r(401) = .10$; $p < .05$). Estes perfis mostram que as mulheres, quer numa visão positiva das características femininas no trabalho, quer numa visão tradicional, associam as dimensões expressiva e instrumental, como mais relevantes, significando que, quanto mais são evidentes, mais são discriminadas. Já os homens, numa perspectiva positiva, salientam o Carinho, e numa tradicional, a dimensão “fazer”.

INSERIR AS TABELAS 10 E 11 APROXIMADAMENTE AQUI

Discussão

Centrando-se o problema de investigação no âmbito do estudo da existência de uma relação entre uma crença nos papéis sexuais diferenciados e o cuidar em enfermagem, os objectivos deste estudo situaram-se na caracterização do conceito de cuidar, na análise da influência da formação na redefinição do mesmo e na verificação de que a sua concepção está relacionada com os conceitos de masculinidade e feminilidade e com a discriminação da mulher no trabalho.

Como profissão maioritariamente feminina, esperava-se um conceito de cuidar que encontrasse os principais referentes no feminino. De facto, o conceito de cuidar enquadra-se numa perspectiva humanista da vida (Griffin, 1983; Leininger, 1994), já que se define com base na ajuda, como atitude cuidativa e numa dimensão psicossocial, áreas que culturalmente, se identificam mais com a identidade feminina e, logo, com uma visão tradicional da enfermagem (Leininger, 1994). Todavia, parecendo estar presente um conceito tradicional do cuidar, uma análise mais cuidada salienta uma nova centralidade do doente, que pode significar uma demarcação da enfermagem tradicional, que se desenvolvia à volta da figura da mulher/enfermeira. Esta nova perspectiva realça o papel activo que o doente deve ter neste processo de cuidar (Calado, 1995; Magão, 1992) e centra a dimensão relacional para além de uma mera tarefa a executar, afirmando, neste sentido, a visão humana do cuidar numa relação interpessoal enfermeiro/doente, que diversos autores consideram a “essência” do cuidar em enfermagem (Morse et al, 1990; Watson, 2002), reconhecendo o doente (Griffin, 1983) como sujeito e não como objecto (Hesbeen, 2000). Nesta interacção, ambos, enfermeira e doente, experimentam e definem o cuidar.

As associações entre as atitudes cuidativas e as dimensões do cuidar, resultantes da análise factorial, mostram que as atitudes – Ajuda e Carinho, relevadas na definição do conceito, são também as duas únicas que se correlacionam com todas as dimensões do cuidar, o que confirma a importância das características atribuídas à identidade feminina e o cuidar, e situa a enfermagem no feminino e como profissão dominada pela expressividade. Esta visão convoca como necessário para o exercício do cuidar, atribuições que se enquadram na ordem das qualidades percebidas como naturais nas mulheres, ou seja, intrínsecas à sua natureza feminina, o que pode levar a supor que tornar-se enfermeira implica, antes, tornar-se mulher, sendo que a adequação entre o ser mulher e o ser enfermeira, parece constituir-se numa questão de indiscutível importância (Fonseca, 1996).

A relação que se encontrou entre as três dimensões do cuidar, revela um conceito alicerçado em expressividade, instrumentalidade e profissionalidade. As duas primeiras dimensões reflectem as áreas que diversos autores encontram subjacentes ao conceito (Clifford, 1995, citado por Lea et al, 1998; James, 1992), enquanto os aspectos profissionais reflectem uma nova concepção do cuidar, onde se reconhece um nível de autonomia profissional da enfermeira, que se caracteriza por uma relação inter e intra-profissionalidade, o que se enquadra num dos princípios inerentes ao cuidar definidos por Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major (1994): “o enfermeiro reconhece as suas competências e as dos seus colegas, com o objectivo de otimizar o valor do cuidado a prestar” (p. 67).

Neste contexto, parece estar-se perante um conceito de cuidar que recupera atributos expressivos da enfermeira, que haviam decrescido com a adopção do modelo bio-médico, mas agora integrados num processo em que as enfermeiras revelam autonomia na prática e no pensamento (Leininger, 1994) a diferentes níveis. O significado do cuidar ancora-se, deste modo, numa concepção de feminilidade, mas poderá questionar-se se não se estará a tentar

redefinir este significado, pela dissociação dos atributos pessoais de quem cuida e as suas competências profissionais e a procurar recuperar a ideologia do cuidar na prática.

Quanto ao nível de formação, verificou-se que os estudantes do 1º ano têm uma visão do cuidar fundamentada numa dimensão expressiva e humanista e numa dimensão técnica/instrumental, que, tal como afirma Calado (1995), poderá corresponder à representação social que o estudante tem do que é ser enfermeiro. Prevalece, ainda, no 1º ano, uma visão do cuidar tradicional que se sustenta no valor humano da profissão e nos aspectos técnicos (“saber-fazer”), significado que vai de encontro às conclusões de Ribeiro (1994) com estudantes portugueses. A coexistência de dois vectores no conceito pode, no que se relaciona com a dimensão humana, estar relacionada com o motivo pelo qual os estudantes escolhem a enfermagem, que diversos estudos relatam centrar-se em ajudar as pessoas (Cohen, 1981, citado por Toit, 1995; Kersten, 1991, Kiger, 1993; Murray et al, 1990, citados por Manninen, 1998; Roach, 1993, citada por Waldow, 1995), ao passo que a justificação para a dimensão técnica pode, como refere Pihlajamaa (1989, citado por Manninen, 1998), dever-se a uma concepção de cuidar como uma actividade orientada para a doença que os estudantes têm no início da formação; contudo, esta visão não é consensual noutros estudos revistos por Manninen (1998), mas, como afirma James (1992), é a dimensão mais facilmente identificada na enfermagem. Esta concepção de cuidar vem confirmar, em parte, a hipótese colocada uma vez que é evidente uma valorização da dimensão psicossocial do cuidar no 1º ano. Este resultado vai de encontro às conclusões de Wilkes & Wallis (1998), não se confirmando a valorização das dimensões técnica e profissional no final da formação. Nos estudos de Manninen (1998) encontram-se já resultados semelhantes a estes na dimensão técnica.

Ainda no conceito de cuidar, comprova-se a influência do processo formativo na sua redefinição, pois os estudantes do 4º ano, constituindo um sub-grupo com os profissionais de

enfermagem (teste post-hoc de scheffe), apresentam uma visão do cuidar que se identifica com a dos enfermeiros. Estas diferenças entre os estudantes sugerem a importância do processo de socialização profissional a que foram sujeitos e revelam a mudança que se operou, de um conceito socialmente reconhecido, para um, profissionalmente exigido. Este perfil de resultados está de acordo com Benner (1982), Leininger (1994) e Roach (1993, citada por Waldow, 1995) quando referem que esta mudança deve ser visível durante a formação em enfermagem, e pode corresponder ao processo a que Toit (1995) chamou o processo de noviço a profissional, visto como um processo de aculturação, durante o qual os valores, normas e símbolos da enfermagem são internalizados. Quer isto significar, que os estudantes mudaram o seu conceito a partir de um de natureza social, e tradicionalmente atribuído à enfermeira, durante um processo formativo que valoriza o holismo e em escolas dominadas pelas mulheres, até um, em que os referentes parecem ser os profissionais de enfermagem, ou seja, uma prática profissional sob o domínio masculino (Dahlberg, 1994). Tal aponta para a importância das observações e experiências em contexto de ensino clínico, nesta redefinição do cuidar, e permite a interrogação “Que mudança se deve operar no paradigma educacional, para que os estudantes sejam capazes de reflectir sobre as práticas de cuidados, e enquadrá-las nas novas perspectivas da profissão?”. Calado (1995), no seu estudo com professores de enfermagem, verificou que nenhuma experiência de ensinar/aprender a cuidar foi descrita no ensino teórico e lançava a ideia de que a formação em enfermagem, ao nível do ensino superior, seria o modo de uma nova apropriação de saberes e saberes-fazer profissionais, conducentes ao desenvolvimento das capacidades críticas e criativas do estudante. As mudanças recentes como o estabelecimento do grau de licenciatura a nível da formação inicial, será mais um passo importante, que permitirá aos estudantes saírem de um espaço unidimensional e libertarem-se da lógica reprodutiva dos modelos sociais (Collière, 1989). Entre outras vantagens, os estudantes serão melhor preparados para atingir o nível e a

qualidade de competências que os cuidados de saúde actualmente requerem e melhor se adaptarem a uma carreira (Amendoeira, 1999). Dado que este estudo teve como sujeitos estudantes do nível de licenciatura de raiz (1º ano), estudantes do ano complementar de formação em enfermagem – grau de licenciatura (4º ano) e enfermeiros a frequentarem o curso complementar de formação em enfermagem (grau de licenciatura), que reflectem diferentes processos de formação e supostamente diferentes processos de formação da feminilidade e masculinidade, já que a diferença de idades é significativa entre estudantes e profissionais. Tal, pode apontar para uma nova linha de investigação que se centre no estudo da concepção de cuidar em associação com a evolução dos planos de estudos subjacentes à formação de enfermeiros, conjuntamente com uma medida de papéis sexuais.

Relativamente à divisão sexual do cuidar, as mulheres revelaram uma clara valorização das dimensões do cuidar culturalmente associadas à identidade feminina, o que por um lado poderá ser devido ao predomínio de mulheres na profissão e a uma ideia pré-concebida de que a enfermagem é ideologicamente associada à mulher – ser enfermeira é ser mulher. Corrobora, também, estudos já desenvolvidos (Blum, 1993, citado por Watson & Lea, 1997; Greenhalgh et al, 1998), em que as mulheres enfermeiras atribuem ao cuidar, um significado mais em termos psicossociais.

A procura de associações entre o cuidar e as crenças sobre os papéis sexuais diferenciados sugere haver um consenso quanto à associação do cuidar à feminilidade e, deste modo, reconhecendo-se uma diferenciação entre os conteúdos e as orientações dos papéis sexuais, que marca a atribuição de competências ligadas ao feminino à enfermagem e, desta forma, para a existência de uma ideologia do cuidar no feminino, provavelmente suportada na crença de que a enfermagem é uma extensão do papel doméstico da mulher, que parece não contemplar uma integração dos papéis sexuais masculinos, conforme Evans (1997) já havia descrito. Este facto pode ainda justificar o pequeno número de homens na enfermagem e

também as posições privilegiadas que ocupam na profissão, comparativamente às mulheres (Evans, 1997). Neste sentido, as crenças sobre os papéis sexuais aprendidas no processo de socialização, têm um alcance que ultrapassa não só como devem ser homens e mulheres, ao nível de atributos físicos, traços de personalidade ou habilidades, como prescrevem os papéis e comportamentos apropriados para o homem e a mulher, ou seja, o que devem ser (Crawford & Unger, 2000; Deaux & LaFrance, 1998; Spence, Deaux & Helmreich, 1985).

A configuração desta associação por sexo, confirma a hipótese colocada, pois as mulheres associaram à feminilidade o cuidar, com maior expressão na dimensão afectivo/relacional, ao passo que os homens salientaram a visão humana e relacional do cuidar associando-a à feminilidade e distanciando-a da masculinidade, à semelhança do que em 1996 Fernandes havia concluído no seu estudo com profissionais de enfermagem em Portugal. Estes resultados, interpretados à luz dos estudos de Amâncio (1989), sobre os estereótipos sexuais e as atribuições de competências em contexto de trabalho, mostram que as mulheres atribuem não só o cuidar à feminilidade como, de certa forma, parecem querer retirar-lhe esse significado categorial, uma vez que associam também ao sexo masculino traços femininos que estão ligados ao cuidar, nomeadamente os Aspectos Psicossociais e a Ajuda. Tal, pode significar que o cuidar, visto como uma extensão do papel feminino e logo de estatuto menos privilegiado, pode, ao nível da prática de enfermagem, adquirir outra legitimidade se for assumido pelos homens, ou seja, se adquirir também um significado masculino, o que neste sentido comprova uma assimetria dos conteúdos dos papéis sexuais na atribuição do cuidar em enfermagem. Por outro lado, os homens mostram que, ao nível da atribuição do cuidar, o seu comportamento é orientado pelas normas e valores dominantes no contexto de trabalho, os masculinos, uma vez que distanciam da masculinidade o cuidar e associam-no à feminilidade, evidenciando, desta forma, a saliência da categorização sexual na atribuição do cuidar.

Ambos os sexos conjugam não só o cuidar no feminino, como uma visão estereotipada do mesmo, sobretudo no que se relaciona com a identidade social de quem cuida (Thomas, 1993), pois se, para os homens, esta visão serve para acentuar a diferenciação em relação às mulheres, para as mulheres serve para salientar uma adequação do cuidar ao feminino, o que torna significativo o carácter de género na enfermagem. Neste sentido, estes resultados confirmam como as crenças sobre os papéis sexuais diferenciados se podem reflectir em diferentes concepções de cuidar (Heikes, 1991) e, por outro lado, questionam o estatuto de género na enfermagem (Sweet & Norman, 1995).

Relativamente à estruturação das teorias implícitas sobre a discriminação da mulher no trabalho e à sua função explicativa, os resultados mostram que, para estes sujeitos, há tendência para uma afirmação das características expressivas e da orientação relacional do comportamento feminino de forma positiva (TIPP), ou seja, a afirmação da positividade do feminino (Amâncio, 1989), em particular no grupo das mulheres, o que pode ser devido à interiorização, por parte das mulheres, do modo de ser feminino como uma natureza, que no confronto com os valores dominantes do mundo do trabalho, as leva a procurar minimizar a discriminação de que são objecto, pela preservação da sua essência feminina (Amâncio, 1998). Este facto parece ir de encontro aos autores que defendem a aplicação dos comportamentos femininos à esfera pública (mundo do trabalho), decorrentes da “maior capacidade das mulheres para criar empatia, expressar a sua vulnerabilidade, delegar e compreender/corresponder às necessidades dos outros” (Pina e Cunha, Cunha & Leal, 2001, p. 31), considerações que se inscrevem neste trabalho, visto que se estuda a enfermagem através da identificação do conceito de cuidar que encontra os seus referentes na identidade feminina.

No entanto, quando se correlacionaram as teorias implícitas com as escalas de cuidar constatou-se que, no conjunto dos sujeitos, existe uma relação directa das características

expressivas da mulher (TIPP), associadas ao cuidar, com a discriminação da mulher no trabalho, à exceção dos Aspectos Psicossociais, enquanto à discriminação da mulher com base no seu papel tradicional na família e na sua funcionalidade social (TIT) associam-se, somente, o Carinho e os Aspectos Técnicos. O perfil de correlação por sexo é sobreponível no sexo feminino, mas difere no sexo masculino, dado que os homens associam numa perspectiva positiva o Carinho, como mais discriminatório, e numa tradicional os Aspectos Técnicos, que se consubstanciam na instrumentalidade.

Assim, e no que se refere às mulheres, estes resultados têm um duplo significado: por um lado, as mulheres procuram preservar a identidade feminina, mas, por outro, situam a discriminação na transposição dessa mesma identidade à prática do cuidar. Esta constatação, como refere Amâncio (1989), pode colocar as mulheres numa posição de escolha forçada entre uma imagem adulta que corresponde à perda da feminilidade, ou à manutenção de uma identidade feminina a que corresponde a perda de competências no contexto de trabalho. Alguns estudos desenvolvidos com enfermeiras e estudantes de enfermagem referenciados por Cohen (1988, citado por Fernandes, 1996) sugerem a ocorrência da primeira parte da assumpção de Amâncio, uma vez que, nestes estudos, as mulheres com atitudes mais masculinas são as que melhor se adaptam ao papel profissional de enfermeiras. Porém, se o cuidar se define com base na identidade feminina e, na sua prática, parece ser mais adequado o recurso a características masculinas, tal leva a supor que deve existir a combinação de atributos femininos e masculinos que permitam à enfermeira ser, ora compassiva, ora assertiva, ser expressiva e instrumental dependendo das circunstâncias, e neste sentido, caminhar para uma identidade profissional reconhecida e não discriminada. Um estudo de Kirchmeyer & Bullin (1997), com enfermeiras canadianas de quatro áreas de especialidade, refere a este propósito, que só a androginia prediz inovação, mudança, enfoque no paciente, eficiência e trabalho de equipa. Neste quadro, só uma progressiva demarcação da

enfermagem no feminino permitirá à enfermeira alcançar esta identidade, o que parece emergir deste estudo, visto que há uma aparente dissociação dos atributos pessoais do cuidar, particularmente visível numa nova dimensão relacional/afectiva com o doente, pela visibilidade dos aspectos profissionais que tendem para novas relações intra e inter-profissionais e, muito em concreto, pela atribuição da dimensão expressiva do cuidar à masculinidade pelas mulheres, retirando, de certa forma, o significado categorial do cuidar no feminino.

No que se refere ao sexo masculino, a ideia que prevalece é uma discriminação do cuidar baseada num modo de ser masculino, isto porque há, no plano positivo da adequação da identidade feminina à prática do cuidar, uma discriminação associada ao Carinho, enquanto na visão tradicional da mulher, existe uma discriminação ligada à dimensão instrumental do cuidar, o que reflecte uma visão suportada numa crença sobre os papéis sexuais diferenciados e a sua extensão à prática do cuidar, que se repercute nos juízos sobre a enfermeira e justifica a sua discriminação no trabalho. Contrariamente às mulheres, os homens tendem a considerar estas duas dimensões como independentes (Spence, Deaux & Helmreich, 1985) e a contribuir para a persistência de juízos limitativos do comportamento das mulheres em contexto de trabalho (Amâncio, 1989). Estes juízos discriminatórios parecem basear-se, como referem Nieva & Gutek (1982, citados por Amâncio, 1989), em inferências “erradas” do papel da mulher na família para o contexto de trabalho. Salienta-se, assim, que a questão não se coloca, provavelmente, ao nível da utilidade da profissão de enfermagem, mas ao nível do significado social que lhe é atribuído e da posição social da enfermeira no sistema social que decorre desse significado.

Referências

- Amâncio, L. B. Q. (1989). Factores psicossociológicos da discriminação da mulher no trabalho. Dissertação de Doutoramento em Sociologia, não publicada, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Amâncio, L. (1998). Masculino e feminino: A construção social da diferença (2ª ed.). Porto: Edições Afrontamento. (Obra original publicada em 1994).
- Amâncio, L. (2001). O género na psicologia: Uma história de desencontros e rupturas. Psicologia, XV (1), 9-26.
- Amâncio, L., & Soczka, L. (1988). Social identity and implicit theories about sex discrimination at work. In D. Canter, J. C. Jesuíno, L. Soczka, & G. M. Stephenson (Eds.), Environmental social psychology (pp. 259-271). Dordrecht: Kluwer Academy Publishers.
- Amendoeira, J. (1999). Do meu doente aos doentes do serviço: Aprender o cuidado de enfermagem na interdisciplinaridade. Dissertação apresentada a concurso para Professor Coordenador, não publicada, Escola Superior de Enfermagem de Santarém, Santarém.
- Basto, M. L. (1998). Da intenção de mudar à mudança: Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras. Lisboa: Editora Rei dos Livros.
- Benner, P. (1982). From novice to expert. American Journal of Nursing, 82, 402-407.
- Calado, M. G. C. (1995). Ensinar/aprender a cuidar: Elementos reconhecidos e valorizados pelos professores de enfermagem na sua prática. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, não publicada, Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Collière, M. F. (1989). Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem (M. L. B. Abecassis, Trad.). Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. (Obra original publicada em s. d.).

Crawford, M., & Unger, R. (2000). Women and gender: A feminist psychology (3rd ed.). Boston: McGraw-Hill.

Dahlberg, K. (1994). The collision between caring theory and caring practice as a collision between feminine and masculine cognitive style. Journal of Holistic Nursing, 12 (4), 391-401. Retirado em 23 de Janeiro de 2002 da World Wide Web: <http://search.epnet.com/userlogin.asp>.

Deaux, K., & LaFrance, M. (1998). Gender. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), The handbook of social psychology (4th ed.) (pp. 788-827). Boston: McGraw-Hill.

Egeland, J. W., & Brown, J. S. (1988). Sex role stereotyping and role strain of male registered nurses. Research in Nursing and Health, 11 (4), 257-267. APA/PsycINFO. Retirado em 19 de Dezembro de 2001 da World Wide Web: <http://emoniz.ulusofona.pt:8590>.

Evans, J. (1997). Men in nursing: Issues of gender segregation and hidden advantage. Journal of Advanced Nursing, 26, 226-231.

Faria, M. (2000). Análise dos componentes do conflito com o papel de género. Dissertação de Mestrado em Sexologia, não publicada, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.

Fernandes, M. T. R. (1996). Dimensões e contextos da identidade profissional das enfermeiras. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Organizacional, não publicada, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.

Fonseca, T. M. G. (1996). De mulher a enfermeira: Conjugando trabalho e género. In M. J. M. Lopes, D. E. Meyer, & V. R. Waldow (Coords.), Gênero & saúde (pp. 63-75). Porto Alegre: Artes Médicas.

Greenhalgh, J., Vanhanen, L., & Kyngäs, H. (1998). Nurse caring behaviours. Journal Advanced of Nursing, 27, 927-932.

Griffin, A. P. (1983). A philosophical analysis of caring in nursing. Journal of Advanced Nursing, 8, 289-295.

Heikes, E. J. (1991). When men are the minority: The case of men in nursing. Sociological Quartely, 32 (3), 389-401. APA/PsycINFO. Retirado em 19 de Dezembro de 2001 da World Wide Web: <http://emoniz.ulusofona.pt:8590>.

Hesbeen, W. (2000). Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar (M. I. B. Ferreira, Trad.). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 1997).

James, N. (1992). Care = organisation + physical labour + emotional labour. Sociology of Health and Illness, 14 (4), 488-509.

K rouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). La pens e infirmi re: Conceptions et strat gies. Qu bec: Editions Maloine.

Kirchmeyer, C., & Bullin, C. (1997). Gender roles in a traditionally female occupation: A study of emergency, operating, intensive care, and psychiatric nurses. Journal of Vocational Behavior, 50 (1), 78-95. APA/PsycINFO. Retirado em 19 de Dezembro de 2001 da World Wide Web: <http://emoniz.ulusofona.pt:8590>.

Krausz, M., Kedem, P., Tal, Z., & Amir, Y. (1992). Sex role orientation and work adaptation of male nurses. Research in Nursing and Health, 15 (5), 391-398. APA/PsycINFO. Retirado em 19 de Dezembro de 2001 da World Wide Web: <http://emoniz.ulusofona.pt:8590>.

Kyle, T. V. (1995). The concept of caring: A review of the literature. Journal of Advanced Nursing, 21, 506-514.

Lea, A., Watson, R., & Deary, I. (1998). Caring in nursing: A multivariate analysis. Journal of Advanced Nursing, 28 (3), 662-671.

Leininger, M. M. (1994). Nursing and anthropology: Two worlds to blend. Ohio: Greyden Press.

Lenney, E. (1991). Sex roles: The measures of masculinity, femininity, and androgyny. In J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman (Coords.), Measures of personality and social psychology attitudes (Vol. 1) (pp. 573-660). London: Academic Press Limited.

Lopes, M. J. M. (1996). O sexo do hospital. In M. J. M. Lopes, D. E. Meyer, & V. R. Waldow (Coords.), Gênero & saúde (pp. 76-105). Porto Alegre: Artes Médicas.

Lopes, N. M. (2001). Recomposição profissional da enfermagem: Estudo sociológico em contexto hospitalar. Coimbra: Quarteto Editora.

Magão, M. T. G. (1992). Cuidar: Significado e expressão na formação em enfermagem. Dissertação apresentada no Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem, não publicada, Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende, Lisboa.

Manninen, E. (1998). Changes in nursing students' perceptions of nursing as they progress through their education. Journal of Advanced Nursing, 27, 390-398.

Marques, J., & Paéz, D. (2000). Processos cognitivos e estereótipos sexuais. In J. Vala, & M. B. Monteiro (Coords.), Psicologia social (4ª ed.) (pp. 333-386). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Melosh, B. (1989). Not merely a profession: Nurses and resistance to professionalization. American Behavioral Scientist, 32 (6), 668-679. APA/PsycINFO. Retirado em 19 de Dezembro de 2001 da World Wide Web: <http://emoniz.ulusofona.pt:8590>.

Mendes, M. G. A. (1994). Construção e validação de um instrumento de medida (Escala de atitudes cuidativas). Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, não publicada, Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Morse, J. M., Solberg, S. M., Neander, W. L., Bottorff, J. L., & Jonhson, J. L. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. Advances in Nursing Science, 13 (1), 1-14.

Napholz, L. (1994). Depression as a function of expressiveness/instrumentality among nurses. Perspectives in Psychiatric Care, 30 (1), 29-34. APA/PsycINFO. Retirado em 19 de Dezembro de 2001 da World Wide Web: <http://emoniz.ulusofona.pt:8590>.

Patistea, E. (1999). Nurses' perceptions of caring as documented in theory and research. Journal of Clinical Nursing, 8, 487-495. Retirado em 26 de Fevereiro de 2002 da World Wide Web: <http://search.epnet.com/userlogin.asp>.

Pearson, A., & Vaughan, B. (1992). Modelo para o exercício de enfermagem (M. J. Simeão, Trad.). Lisboa: ACEPS. (Obra original publicada em 1986).

Pina e Cunha, M., Cunha, J. V., & Leal, I. P. (2001). Género e teoria organizacional. Psicologia, XV, (1), 27-41.

Reverby, S. (1987). A caring dilemma: Womanhood and nursing in historical perspective. Nursing Research, 36, (1), 5-11.

Ribeiro, L. F. (1995). Cuidar e tratar: Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral. Lisboa: Educa e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Spence, J. T., Deaux, K., Helmreich, R. L. (1985). Sex roles in contemporary American society. In G. Lindzey, & E. Aronson (Eds.), Handbook of social psychology (Vol. 2, 3rd ed.) (pp. 149-178). Nova Iorque: Random House.

Spence, J.T., Helmreich, R., & Stapp, J. (1974). The Personal Attributes Questionnaire: A measure of sex role stereotypes and masculinity-femininity. Catalog of Selected Documents in Psychology, 4, 43-44.

Sweet, S. J., & Norman, I. J. (1995). The nurse-doctor relationship: A selective literature review. Journal of Advanced Nursing, 22, 165-170.

Thomas, C. (1993). De-constructing concepts of care. Sociology, 27 (4), 549-669.

Toit, D. (1995). A sociological analysis of the extent and influence of professional socialization on the development of a nursing identity among nursing students at two universities in Brisbane, Australia. Journal of Advanced Nursing, 21, 164-171.

Waldow, V. R. (1995). Cuidar/cuidado: O domínio unificador de enfermagem. In V. R. Waldow, M. J. M. Lopes, & D. E. Meyer (Coords.), Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: A enfermagem entre a escola e a prática profissional (pp. 7-30). Porto Alegre: Artes Médicas.

Watson, J. (2002). Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem (J. Enes, Trad.). Camarate: Lusociência. (Obra original publicada em 1999).

Watson, R., Deary, I. J., & Lea, A. (1999). A longitudinal study into the perceptions of caring among student nurses using multivariate analysis of the Caring Dimensions Inventory. Journal of Advanced Nursing, 30 (5), 1080-1089.

Watson, R., & Lea, A. (1997). The caring dimensions inventory (CDI): Content validity, reability and scaling. Journal of Advanced Nursing, 25, 87-94.

Watson, R., & Lea, A. (1998). Perceptions of caring among nurses: The influence of age and sex. Journal of Clinical Nursing, 7 (1), 97. Retirado em 28 de Janeiro de 2002 da World Wide Web: <http://search.epnet.com/userlogin.asp>.

Wilkes, L. M., & Wallis, M. C. (1998). A model of professional nurse caring: Nursing students' experience. Journal of Advanced Nursing, 27, 582-589.

Tabela 1 – Média e desvio padrão da idade nos três anos de curso

Ano de curso	Média	Desvio padrão
1º ano	19,00a	1,48
4º ano	22,25a	1,54
CCFE	35,06b	6,41

a b – médias com letras desiguais são significativamente diferentes para $p=.000$, de acordo com o teste post-hoc de Scheffè

Tabela 2 – Valores dos coeficientes alpha das escalas totais e sub-escalas

Escala	Nº de	α	Item-teste	Item-teste	Item retirado
	Itens		mínimo	máximo	
Masculinidade	7	.73	0.29	0.58	16
Feminilidade	8	.76	0.23	0.55	-
Ajuda	5	.62	0.27	0.49	6
Comunicação	4	.60	0.31	0.42	9
Respeito	5	.65	0.27	0.54	16
Carinho	6	.73	0.38	0.56	21
Inventário das Dimensões do Cuidar	25	.83	0.07	0.51	-
Aspectos Psicossociais	6	.80	0.44	0.66	-
Aspectos Técnicos	4	.74	0.47	0.60	-
Aspectos Profissionais	4	.58	0.33	0.43	-
Teoria Implícita Psicológica Positiva	6	.79	0.30	0.65	-
Teoria Implícita Tradicional	4	.62	0.30	0.51	-

Tabela 3 – Resultados da análise factorial em componentes principais à escala CDI: Pesos factoriais na matriz rodada e variância explicada por cada factor

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Promover privacidade do doente	.756	.280	.037	.012
Envolver o doente no seu cuidado	.728	.020	.223	-.195
Escutar o doente	.713	.075	-.002	.190
Ensinar o doente para o seu auto-cuidado	.695	.184	.162	-.256
Tranquilizar o doente acerca de um procedimento clínico	.627	.161	.293	.025
Ser honesto para com o doente	.625	-.009	.075	.166
Observar os efeitos da medicação no doente	.141	.793	.136	.032
Avaliar os sinais vitais do doente	.066	.678	.289	-.036
Ser tecnicamente competente nos procedimentos clínicos	.120	.662	.304	-.023
Estar vestido de forma limpa quando trabalha com um doente	.127	.645	.164	.099
Transmitir as condições do doente a um enfermeiro mais experiente	.011	.133	.632	.149
Acompanhar o doente durante um procedimento clínico	.207	.169	.629	.094
Discutir sobre o doente com o médico	.166	.202	.609	.027
Explicar um procedimento clínico	.110	.182	.592	.062
Partilhar os seus problemas pessoais com o doente	-.108	-.138	.154	.643
Sentir compaixão de um doente	-.034	.006	.176	.637
Ser alegre com o doente	.241	.428	-.091	.597
Priorizar as necessidades do doente em relação às suas	.257	.195	.095	.306
Variância Explicada	25.97%	10.62%	7.56%	6.15%

Tabela 4 - Médias e desvio padrão das escalas de cuidar

Escala	Média	Desvio Padrão
Ajuda	4.35	.46
Comunicação	3.46	.46
Respeito	3.81	.42
Carinho	3.91	.53
Aspectos Psicossociais	4.59	.39
Aspectos Técnicos	4.13	.60
Aspectos Profissionais	3.86	.55

Tabela 5 – Média e desvio padrão na Ajuda, Respeito, Carinho e Aspectos Psicossociais por sexo

Sexo	Ajuda		Respeito		Carinho		Aspectos Psicossociais	
	M	D.P.	M	D.P.	M	D.P.	M	D.P.
Feminino	4.38	.42	3.85	.42	3.96	.51	4.61	.38
Masculino	4.17	.60	3.61	.37	3.65	.58	4.48	.41

Tabela 6 - Médias e desvio padrão no Carinho e Aspectos Técnicos nos três anos de curso

Ano de curso	Carinho		Aspectos Técnicos	
	M	D.P.	M	D.P.
1º ano	4.04a	.49	4.32a	.58
4º ano	3.82b	.53	4.04b	.56
CCFE	3.87b	.56	4.02b	.60

ab – médias com letras desiguais são significativamente diferentes para $p < .05$, de acordo com

o teste post-hoc de scheffe

Tabela 7 – Correlações entre as escalas de cuidar

	2	3	4	5	6	7
1 – Ajuda	.06	.24**	.41**	.34**	.18**	.24**
2 – Comunicação		.25**	.09	.01*	.01*	.06
3 – Respeito			.23**	.18**	.07	.11*
4 – Carinho				.23**	.26**	.21**
5 – Aspectos Psicossociais					.36**	.36**
6 – Aspectos Técnicos						.50**

** $p < .01$

* $p < .05$

Nota: 7 – Aspectos Profissionais

Tabela 8 – Correlações das Escalas de Cuidar com a Masculinidade e a Feminilidade para a totalidade dos sujeitos

	Masculinidade	Feminilidade
Ajuda	.09	.31**
Comunicação	.42**	.48**
Respeito	.18**	.61**
Carinho	.02	.25**
Aspectos Psicossociais	.14**	.20**
Aspectos Técnicos	.07	.11*
Aspectos Profissionais	.03	.13**

** $p < .01$

* $p < .05$

Tabela 9 – Correlações das Escalas de Cuidar com a Masculinidade e a Feminilidade por sexo

	Masculinidade		Feminilidade	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Ajuda	.03	.11*	.37**	.27**
Comunicação	.56**	.39**	.47**	.49**
Respeito	.23*	.18**	.53**	.60**
Carinho	.06	.03	.28**	.22**
Aspectos Psicossociais	.18	.14**	.02	.21**
Aspectos Técnicos	.00	.09	-.03	.11*
Aspectos Profissionais	.02	.03	-.01	.15**

** $p < .01$

* $p < .05$

Tabela 10 - Correlações das Escalas de cuidar com a TIPP e a TIT para a totalidade dos sujeitos

	Teoria Implícita Psicológica	Teoria Implícita Tradicional
	Positiva	
Ajuda	.15**	.06
Comunicação	.07	.00
Respeito	.12**	.03
Carinho	.38**	.25**
Aspectos Psicossociais	.09	-.02
Aspectos Técnicos	.14**	.19**
Aspectos Profissionais	.14**	.06

** $p < .01$

Tabela 11 – Correlações das Escalas de Cuidar com a TIPP e a TIT por sexo

	Teoria Implícita Psicológica		Teoria Implícita Tradicional	
	Positiva			
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Ajuda	.08	.10*	.03	.06
Comunicação	.01	.10	-.04	.01
Respeito	.08	.04	.02	.03
Carinho	.42**	.31**	.18	.27**
Aspectos Psicossociais	-.17	.09	-.17	.00
Aspectos Técnicos	.09	.16**	.24*	.17**
Aspectos Profissionais	.02	.15**	.20	.03

** $p < .01$

* $p < .05$