

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTARÉM

O CUIDAR e o Prestador de Cuidados

Auditório da Casa do Brasil – 27 de Maio de 2004

0 - INTRODUÇÃO

A clarificação do cuidar e mais especificamente do cuidar em enfermagem tem sido um desafio constante em todo o meu percurso profissional.

Das ideias que partilho convosco, emergem 3 questões organizadas da seguinte forma:

- como contextualizar a temática a partir do conceito de cuidar?
- que reflexão importa fazer sobre a evolução do cuidar, numa perspectiva Histórica, Sócio – Antropológica?
- Quais as estratégias que promovem a aplicação dos resultados de investigação sobre o cuidar, ao processo de cuidados?

Em 1996, aquando da realização das primeiras Jornadas da Solidariedade, organizadas pela Santa Casa da Misericórdia, a ênfase era colocada na humanização do cuidar como serviço, sendo claro que actualmente enfatiza-se para além desta dimensão que importa continuar a aprofundar, uma outra área de eleição que se caracteriza pela necessidade de melhorar o desempenho de quem cuida, não só como acto mas também e essencialmente como processo, no sentido da valorização social do mesmo e dos actores que o desenvolvem.

À época mobilizei algumas ideias força que considero actuais, a propósito da humanização dos cuidados:

“ Cuidar e humanizar são dois conceitos interdependentes, pois ambos são inerentes Às pessoas e como tal devem constituir-se num movimento de reciprocidade...”

“Cuidar é um acto de vida, é uma actividade permanente e quotidiana que tem como finalidade permitir que a vida continue e se desenvolva”

“Cuidar é fundamental para a compreensão da natureza humana, (...) cuidar é a forma humana de ser.”

“Cuidar é uma acto individual que se presta a si mesmo quando se tem autonomia, mas é igualmente um «acto de reciprocidade» que se presta a toda a pessoa que temporária ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir a satisfação das suas necessidades básicas.”

“A subjectividade e os sentimentos das pessoas (beneficiários) são de valorizar se queremos estar e desenvolver uma atitude de cuidar.”

“Será que a intervenção de quem cuida tem em consideração a importância que cada um atribui à sua saúde, à sua independência e mesmo à sua individualidade?”

Mas como tem sido estudado e caracterizado o conceito de CUIDAR?

Dos diversos autores que estudam o conceito de cuidar, destaco Leininger pela perspectiva transcultural que defende e que julgo ser a que melhor se adequa ao contexto de acção da Santa Casa da Misericórdia.

O cuidar é definido como um domínio central e unificador para o conhecimento, crítico para o crescimento humano, desenvolvimento e sobrevivência, ajudando os seres humanos através da evolução cultural, sendo mesmo estudado actualmente como uma forma de pensar na acção, para a qual se torna necessário preparar quem cuida. E isto na medida em que «cuidar de outro» representa sempre uma condição temporária e circunstancial, implicando da parte de quem cuida um envolvimento no processo de cuidar. O que nem sempre é fácil e nem sempre é promotor de satisfação.

Cuidar não se caracteriza por uma atitude paternalista, mas sim por uma abordagem que ajude o outro a crescer, a aprender, a gerir os múltiplos factores do quotidiano e a promover o bem estar individual.

Nesta perspectiva, cuidar é uma atitude principal e a sua primazia é evidenciada na medida em que:

- cuidar, organiza o que é importante para uma pessoa;
- cuidar é sempre específico e relacional e coloca a pessoa na situação de tal forma que certos aspectos tornam-se relevantes;
- cuidar cria a possibilidade de dar ajuda e de receber ajuda, pois uma relação de cuidar cria as condições de confiança que permitem àquele que é cuidado apropriar-se da ajuda oferecida e sentir-se cuidado.

Uma questão que se coloca é a de saber se todos somos capazes de cuidar ou se a aprendizagem deste ocorre a partir de determinados requisitos?

1 – EVOLUÇÃO DO CUIDAR NUMA PERSPECTIVA SÓCIO-HISTÓRICO/ANTROPOLÓGICA

O conceito de género assume uma transversalidade nesta temática, adquirindo um estatuto essencial à compreensão do conceito de cuidar, na medida em que para o

compreender torna-se necessário centrar-se essa compreensão na mulher a quem ao longo dos tempos, tem sido associado o papel de cuidadora.

Para a compreensão dos diferentes modos de cuidar, proponho que se considerem três períodos históricos – Pré-Nightingale; de Nightingale aos anos 60 e dos anos 60 à actualidade, distintos mas interdependentes e complementares que se constituem como espaços de análise e compreensão da evolução, aqui associado à enfermagem, pois é com a construção desta disciplina como área do saber, que o estudo do cuidar assume uma maior relevância.

Período Pré-Nightingale

É caracterizado 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 – é a manutenção e promoção da vida, garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis À VIDA.

- a mulher consagrada, que tem início quando a prática de cuidados se dissocia de um conhecimento vivido do corpo, através de uma progressiva penetração do pensamento cristão na sociedade ocidental, em que é valorizada a mulher que não gera no seu corpo, mas renunciando ao mundo, dá à luz espiritualmente.

Este é um período caracterizado pelo ascetismo, ou seja a dedicação individual da própria vida a cuidar dos outros, negando por vezes as suas próprias necessidades.

De Nightingale aos anos sessenta

A prática dos cuidados continua a ser identificada com a mulher, mas o desenvolvimento da tecnologia e consequentemente da medicina, faz com que a (mulher) enfermeira seja vista como auxiliar do médico.

Prevalece o valor do romanticismo, caracterizada pela subserviência para com os médicos que ditam o que, o como e o porquê do que deve ser feito em cada situação.

Depois da II grande guerra mundial, o romanticismo dá lugar ao pragmatismo que se torna o valor dominante, sendo que os diferentes técnicos começam a caracterizar-se efectivamente pela capacidade em intervir no espaço complexo em que se constituem o campo social, o campo da saúde e o campo da educação.

Na década de 50 constrói-se o principal paradoxo que emerge do estatuto de cuidar ser estudado como importante para uma sociedade que valoriza cada vez mais o paradigma

da cura, traduzindo-se no quotidiano por uma desvalorização social do cuidar, porque é desenvolvido na periferia do saber socialmente reconhecido na área da saúde.

Na década de 60 pode falar-se da (re)invenção do cuidar, pela valorização do cuidar humanístico, técnico e relacional, através do desenvolvimento de uma perspectiva holística da abordagem das pessoas como indivíduos que respondem sempre como um todo singular e individual, relevando a natureza da pessoa como essencial.

A concepção de cuidar é transformada por uma redescoberta permanente dos aspectos fundamentais da vida e de tudo o que se liga com esta, pois cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo um acto de VIDA, na medida em que representa uma variedade infinita de actividades que a visam manter e sustentar e que lhe permitem continuar a reproduzir-se.

Dos anos sessenta à actualidade

Dos anos 60 à actualidade a ênfase passou a estar na investigação sobre a prática de cuidados e não na pessoa (profissional) em que o cuidar passou a ser o objecto de estudo.

Esta mudança operou-se internacionalmente mais cedo (décadas de 70 e 80) e em Portugal essencialmente a partir da década de 90.

Para além de todas as sistematizações teóricas que têm ocorrido, valorizo a que é proposta por Hélia Dias (2003) a partir de um estudo de investigação onde assume a existência de quatro categorias teóricas:

- **Antropológica** – que valoriza a natureza transcultural, essencialmente a partir de Leininger.

Onde são relevadas as atitudes e os 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 no que designa por: cuidar genérico – aquele que é baseado num conhecimento de raiz tradicional e será complementado pela aprendizagem em contexto profissional ou profissionalizante – o cuidar profissional.

É nesta linha de pensamento que há pouco falava da existência de determinados requisitos para a formação da pessoa que cuida, na lógica da aquisição de qualificações para o desenvolvimento de competências integradas em saberes provenientes de diferentes fontes e com uso diversificado, e que passo agora a explicitar:

- comportamento humano e respostas humanas relacionadas com a saúde

- necessidades individuais e como responder para a satisfação das mesmas
- o significado da situação para a própria pessoa
- desenvolvimento de acções que ajudem as pessoas a resolver problemas, a crescer e a ultrapassar o aqui e o agora.

- **Filosófica** – a partir de uma abordagem existencialista e espiritual, suportada essencialmente em Jean Watson.

Jean Watson suporta esta perspectiva no modelo de cuidar curar, na medida em que vê o cuidar na prática de enfermagem como um processo terapêutico interpessoal, defendendo que este pode ser demonstrado e praticado efectivamente, somente através da relação interpessoal.

O objectivo do cuidar é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana; envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e está relacionado com respostas humanas.

A capacidade de cuidar está de facto enraizada na natureza humana, no entanto, a educação exerce um papel fundamental na qualidade do cuidar, pois é possível ocorrer a profissionalização da capacidade humana de cuidar através da aquisição e aplicação de conhecimentos, atitudes e habilidades apropriadas à função social da enfermagem, necessitando ser cada mais desenvolvida a partir da centralidade da pessoa cuidada como sujeito activo no processo de cuidados.

Tal como para Leininger, embora não numa perspectiva antropológica, o cuidar pode ser ensinado, particularmente no contexto profissional, o que implica necessariamente reflectir e problematizar os contextos da prática, por forma a torná-los espaços de excelência para cuidar.

- **Psicossocial** – onde emerge a orientação social e humana que reflectem as orientações tradicionais e actuais sobre o conceito.

Em que o cuidar é concebido como um fenómeno relacional e humanístico, em que o foco de análise é a interacção e interdependência entre duas pessoas, isto é contempla não só o comportamento de uma pessoa (que cuida), mas também das respostas do outro (que é cuidado).

É a esta interacção com características terapêuticas que designo por processo de cuidados, podendo o mesmo assumir uma dimensão uni, pluri e mesmo transdisciplinar, defendendo a última na medida em que a complexidade dos problemas Sociais, de

Saúde e Educacionais de entre outros, tornam cada vez mais impossível a existência de um só profissional capaz de responder e encaminhar isoladamente qualquer situação.

Clarke e Wheeler (1992, citados em Hélia Dias) agruparam em quatro categorias o que consideraram ser o essencial na estrutura do cuidar, valorizando os aspectos interpessoais em detrimento da dimensão «fazer».

As quatro categorias são: ser suporte / ajuda (abrange o falar, o dar informação, ouvir e estar presente); compreensão e capacidade / talento para cuidar. (É a questão de como se forma para, ou de como se desenvolvem competências neste sentido)

Uma quarta dimensão de extrema importância para a compreensão do conceito, que mobilizo mais profundamente:

- **Ideológica** – pelo contributo para a clarificação dos papéis de quem cuida e é cuidado e dos contextos onde o cuidado ocorre.

O cuidar assume 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.

Thomas (1993, citado em Hélia Dias) propõe sete dimensões para a definição do cuidar.

1. Identidade social de quem cuida – refere-se às características sociais de quem cuida – pode ser entendido em termos de papéis familiares (“esposos”, “mães”, “filhos”...) ou em relação a papéis ocupacionais, profissionais ou sectoriais (“damas-de companhia”, “enfermeiras”, “trabalhadores voluntários”). O mais significativo é o carácter de género destes papéis, pelo facto de a maioria dos cuidadores serem mulheres.
2. Identidade social dos beneficiários do cuidado – diz respeito às características sociais ds beneficiários do cuidado relacionadas com o ciclo vital – crianças, adultos, idosos ou outros grupos sociais, tal como a família. A chave social que identifica esta dimensão é o «estatuto de dependência», que no contexto sobre o qual reflectimos apresenta enorme diversidade.
3. A relação interpessoal entre quem cuida e quem recebe cuidados é definida em termos de laços ou dever moral, que significam diferentes condições de familiaridade pessoal. Penso ser de grande importância a interpessoalidade e a interprofissionalidade, na medida em que o trabalho profissional integra por vezes o «trabalho da pessoa cuidada», mas não o reconhece como trabalho

válido no processo de cuidados, conseqüentemente não promovendo a participação da pessoa nas decisões que lhe dizem respeito.

4. A natureza do cuidado, pode estar relacionada com o cuidar de alguém ou o cuidar para alguém. A diferença ocorre essencialmente a partir da integração da pessoa como parceiro, em que se pode fazer o mesmo, obtendo-se resultados diferentes.
5. O domínio social no qual a relação de cuidar está inserida, espelhando as questões relacionadas com a divisão entre o público e o privado (doméstico) e dependendo do local onde se estabelece a relação de cuidar, os conceitos são necessariamente diferentes. Este é um dos aspectos que reforça muitas vezes a desvalorização social do cuidar e conseqüentemente os profissionais e os outros elementos das equipas de trabalho.
6. O carácter económico da relação do cuidar, gira sobre o estatuto económico ou não económico do cuidar.
7. A última dimensão – a instituição onde se prestam os cuidados, refere-se ao local físico onde se desenvolve o cuidado, quer seja o contexto familiar ou o contexto institucional ou organizacional.

Torna-se essencial introduzir nesta problemática o conceito de transição (Meleis, 1991), na medida em que permite reflectir sobre a realidade que caracteriza a dimensão relacional do cuidar de pessoas que experienciam transições, antecipam transições ou completam o acto de transição, no que concerne a mudanças no estado de saúde, nas interrelações, nas expectativas ou nas capacidades individuais.

É neste sentido que preconizo o aprofundamento do conceito de cuidado e não de cuidados, na medida em que o primeiro sugere a individualização, a singularidade e o carácter único das relações entre os diferentes intervenientes. No plural, o sentido pode ser atribuído ao conjunto de acções / tarefas previamente definidas / standardizadas, limitando a genuinidade da relação e a capacidade de construir a relação a partir do centro do processo de cuidar que é a pessoa, sujeito do cuidado.

2 – ESTRATÉGIAS PARA A APRENDIZAGEM DO CUIDAR

A questão que se pode colocar, é se as estratégias para desenvolver competências para o cuidar genérico são ou não sobreponíveis às preconizadas para o desenvolvimento de

competências para o cuidar profissional. O que pode existir de comum? O que as pode distinguir?

Em minha opinião o que as torna comuns é o facto de considerarmos a pessoa cuidada como centro do processo, tornando-se essencial estabelecer e desenvolver o elo social tendo em vista a qualidade e a excelência do cuidado desenvolvido em parceria.

O elo social caracteriza-se pela existência de envolvimento e de interacção, identificando-se como dimensões do primeiro: estar presente; respeitar; sentir para e com a pessoa cuidada; e proximidade e, do segundo: o toque e o suporte; ser firme, promovendo a capacidade pelo conhecimento na pessoa.

Ao reflectir sobre o que pode afectar o cuidado, inventariam-se algumas categorias que assumem grande importância para a reflexão sobre o problema que os responsáveis pelo cuidado aos cuidadores da Santa Casa, estão em processo de construção / definição: o cuidador (ele próprio); a pessoa (o beneficiário); as frustrações; o coping e o suporte.

Em relação ao cuidador ele próprio, emergem as experiências pessoais; as crenças; auto-avaliação; o confronto do desacordo com a pessoa cuidada, sentir-se bem com o trabalho e aprender o cuidado. Os elementos relacionados com a pessoa (o beneficiário) que afectam o cuidado são: a penosidade do cuidar e o que a pessoa espera da acção de cuidar.

As frustrações incluem: falta de tempo; o ambiente físico; os parceiros de cuidados; o stress pessoal e os dilemas. No que concerne ao coping, são identificados os elementos: focalização na tarefa imediata; a necessidade de falar sobre os próprios problemas e dificuldades. Conforto e suporte incluindo grupos empáticos, equipas de trabalho e responsáveis pela formação e pela gestão dos processos de cuidar.

A questão final que quero deixar para discussão é a de saber como mobilizar para o cuidado às pessoas que cuidam os princípios do cuidar aqui enunciados?

Sugiro tão somente que a palavra CUIDAR se escreva através dos conceitos:

*C*onhecimento

*h*umanismo

*s*ingularidade

*responsabili***D**ade

*pe*ssoa**A**

*amo***R**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amendoeira, José (2000). O Cuidado de enfermagem. Que sentido(s)? In: Costa, M.A.M. da e outros. Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de formação. Balanço de um Projecto. Lisboa. Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde
- Amendoeira, José (2001). O cuidado de enfermagem. Intenção ou acção. O que pensam os estudantes de enfermagem? Nursing. Edição Portuguesa, Jul /Ago, p.8-14
- Amendoeira, José (2004). De la necessite de protection à la confiance dans les professionnels de santé. Quelle signification sociale? Perspectives Soignantes (No prelo)
- Dias, Hélia Maria (2003). Cuidar em enfermagem na perspectiva do género. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Mimeografia (não publicado)
- Leininger, Madeleine (1998). Enfermagem transcultural. Imperativo da Enfermagem Mundial. Enfermagem, nº 10 (2ª Série), Abr / Jun, p.32-36
- Meleis, Afaf I. (coord.) (1991). Theoretical nursing: Development and progress, 2nd ed. London. J. B. Lippincott Company
- Watson, Jean (2002). Enfermagem pós-moderna e futura. Um novo paradigma de enfermagem. Loures. Lusociência