

NILZA MARIA DE SOUZA CORBANI

HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM:
QUE É ISSO?

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo – Escola Paulista
de Medicina para obtenção do título de
Mestre em Ciências

São Paulo
2006

NILZA MARIA DE SOUZA CORBANI

HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM:
QUE É ISSO?

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo – Escola Paulista
de Medicina para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Orientadora: Ana Cristina Passarella Brêtas

São Paulo
2006

FICHA CATALOGRÁFICA

Corbani, Nilza Maria de Souza

Humanização do cuidado de enfermagem: Que é isso? / Nilza Maria de Souza Corbani — São Paulo, 2006.
ix, 105 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2006.

Título em inglês: Making nursery care more human – what is this?
1. Enfermagem. 2. Cuidado. 3. Relações interpessoais. 4. Humanismo. 5. Relações enfermeiro-paciente.

Ao Deus Todo Suficiente:

Por eu ser,

Por me conduzir com Sua mão amorosa e soberana num trabalho tão árduo.

Aos meus pais:

Por me proporcionarem a oportunidade de amá-los e

Por estarem comigo nesta jornada como fonte inspiradora deste trabalho.

Ao meu marido:

Por apoiar-me nesta trajetória.

À minha filha:

Por ter abdicado de parte do seu tempo a meu favor, acreditando e torcendo por mim

com tanta pureza e inocência. A vocês dois, o meu amor!

AGRADECIMENTOS

À minha família, que só pelo fato de existirem já me fazem feliz. Por torcerem por mim, animando-me nos momentos de angústia. Agora reparto com vocês minha alegria:

Aos meus amigos que me ajudaram a pensar no tema e no andamento dele.

À minha co-orientadora Maria Clara, por sua leitura detalhada que possibilitou observações e sugestões riquíssimas.

À CAPES, que me proporcionou instrumentos e segurança para a realização deste estudo, pela liberação da bolsa.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A quem, acreditando no que ainda não se via, investiu, sustentou até emergir e tornar o sonho realidade.

Refiro-me a alguém especial que, antes de orientadora, se me apresentou em sua humanidade, ensinando-me, sem nenhuma reserva. Ela fez o papel do técnico em campo e, na mesma intensidade, de torcedora, para que eu apreendesse o máximo.

Tudo o que dissesse não seria suficiente para agradecer a este ser humano tão especial. Não sou somente uma dissertação concluída, mas o resultado desta pessoa que acreditou que eu era e continua ser. Portanto, ela é testemunha deste trabalho e grande companheira nesta jornada — um modelo de expressão de humanidade.

Obrigada PROF^a DR^a ANA CRISTINA PASSARELLA BRÊTAS por tudo. Que Deus a proteja e à sua família com Ele próprio.

RESUMO

O estudo teve por objetivo intentar saber como os profissionais de enfermagem compreendem a expressão “cuidado humanizado”. A pesquisa é de natureza qualitativa, realizada pelo método da história oral temática, mediante as técnicas de entrevista com roteiro semi-estruturado. Para analisar os significados, pautamo-nos na hermenêutica. Foram sujeitos deste estudo sete profissionais de enfermagem de um hospital de grande porte em São Paulo. Pela análise e compreensão dos significados nos discursos foi possível identificar que a expressão “cuidado humanizado” tem sido uma tradução para desumanização, tanto do profissional da enfermagem para com o cliente, como da Instituição para com o profissional. Identificou-se também que esse termo tem sido usado sem a compreensão plena de seu significado, o que conferiu com o que pensávamos ao iniciar esta dissertação.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Cuidado. Relações interpessoais. Humanismo.

ABSTRACT

The study was conducted with the purpose of identifying how nursing professionals understand the expression 'humanized care'. This is a qualitative research, accomplished according to the historic oral thematic method, with semi-structured script interviewing techniques. Hermeneutics was used as reference in order to evaluate the results. Seven nurses of a major São Paulo hospital were chosen to partake on this study. According to the analysis and understanding of the meanings expressed on the different speeches it was possible to identify that the expression 'humanized care' has been used with the intension of expressing dehumanization, associated both with nursing professionals dehumanization, from the patient's perspective, and with dehumanization associated with the institution from the nursing professionals point of view. It was identified that this term has been used without the full understanding of its meaning, which corresponded with and confirmed the original thought of the researchers.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 REFERENCIAL TEÓRICO	6
2.1 Sou Humano?.....	6
2.1.1 Relação Dialógica — Eu-Tu.....	10
2.2 Estou Me Desumanizando, por isso Esqueço?.....	24
2.3 Teorizando o Cuidado.....	34
3 OBJETIVO	42
4 APRESENTAÇÃO DO MÉTODO	43
4.1 Percurso Metodológico.....	48
5 ANÁLISE DE DADOS	52
5.1 Ser, Ser Humano, Humano, Humanizar, Humanidade.....	52
5.1.1 Tratar como – tratar do.....	63
5.2 Humanização.....	67
5.2.1 Somos robôs?.....	70
5.2.2 Deixamos de ser humanos?.....	73
5.2.3 Esquecemos que somos humanos?.....	74
5.2.4 Precisamos ser lembrados de que somos humanos?.....	75
5.3 Desumanização.....	76
5.3.1 Não envolvimento.....	79

5.3.2 Esquecimento.....	84
5.3.3 A instituição leva-nos a esquecer que somos humanos?.....	89
5.3.4 Frieza de sentimentos — embrutecimento.....	90
5.3.5 Falta de comprometimento – dar-se ou emprestar-se?.....	94
5.4 Ser e Ter.....	100
5.4.1 Tecnologia.....	103
5.5 Cuidado.....	104
5.5.1 Por que “humanização do cuidado?”.....	108
5.5.2 Por que se fala tanto em “humanização”?.....	109
5.5.3 Acredita na “humanização”? Esse termo deve ser mantido?.....	110
5.5.4 Quem deve ser o primeiro a receber cuidado?.....	110
5.5.5 A enfermagem cuida?.....	112
5.5.6 - A enfermagem é cuidada?.....	112
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114
REFERÊNCIAS.....	116
ANEXO 1.....	119
ANEXO 2.....	122
ANEXO 3.....	123

1 INTRODUÇÃO

A monografia, de modo geral, é resultado de assuntos que emergem de princípios, crenças e valores que nos são inculcados.

Nesse sentido, cresci num lar essencialmente cristão, com um seio familiar envolvente, em que, se pudéssemos, viveríamos eternamente juntos, hoje. Logo, pensar na finitude é buscar preservar, ao máximo, cada um, e muito mais especialmente o nosso velho, em sua dignidade.

A partir dessa ótica, fui ficando incomodada à medida que via, em minha trajetória pela área da saúde, não poucos profissionais de enfermagem “assistindo” — se é que pode chamar de assistir — aos idosos com descaso, desprezo, desrespeito, abandono, autoritarismo e manipulação.

Ao mesmo tempo, percebi o uso freqüente da expressão “cuidado humanizado” ou “humanização do cuidado”, por esses profissionais e demais outros da saúde, num contexto voltado mais para a técnica, como estratégias para otimizar procedimentos, reduzir custos, aumentar lucros e até mesmo como tentativa de enxergar o outro.

Por um lado, calculei ser isso, em parte, positivo, uma vez que pode indicar preocupação com o descaso, o que implica tentar enxergar o outro; por outro, como exposto acima, pode ser uma maneira de conseguir mais qualidade com custos mais baixos, onde o ser

humano aparece como um bem de consumo — lucrativo, pois — no balcão de negócios do sistema capitalista.

Assim, eu seria cética se dissesse que não vi resultados oriundos desse termo “humanização”; entretanto, sinto que enganaria a mim mesma se dissesse que o contexto dessa “humanização” está no humano, especialmente nesta sociedade ocidental em que vivemos.

Portanto, a proposta inicial desta dissertação foi a de saber como o profissional de enfermagem cuida do cliente idoso nas unidades de internação de um hospital de grande porte, voltado ao ensino, na cidade de São Paulo. Mas vi que não conseguiria construir satisfatória e seguramente a proposta se não fosse às bases do cuidado ao ser humano — em função do exposto acima — independente de sua idade, para, então, buscar as características desse ser humano geronte, de modo a saber cuidá-lo.

E, se já havia a preocupação com a qualidade do cuidado prestado ao ser humano, que pensar depois de tomar conhecimento desse chavão “cuidado humanizado”? especialmente por entender que o ato de cuidar, essencialmente, é natural ao ser humano — como veremos mais a frente — (ABBAGNANO, 2003), e isso por si só o habilita a cuidar. Logo, por que está tendo de se “humanizar o cuidado”? Acaso o ser humano não é ou deixou de ser?

Em relação à enfermagem, especificamente, perguntei-me: se ela está “humanizando o cuidado”, em que base o faz, uma vez que traz no seu âmago cuidados ao ser humano em seus aspectos biopsicossocioespiritual até que este possa se autocuidar ou fechar o ciclo com uma passagem digna? Logo, pude inferir que “humanização do cuidado” vem a ser uma substituição para o termo desumanização? Por isso, todas as vezes que me referir ao “cuidado humanizado” ou similares colocarei a(s) expressão(ões) entre aspas, deixando

evidente que considero redundante o termo. Assim, a proposta inicial deste trabalho foi gradativamente alterada.

Além do que, cuidar subentende via de mão dupla, pressupondo ambos — tanto o que cuida como o que é cuidado — serem cuidados. E estes, em via de regra, fecharão o ciclo como gerontes. Aplicando esse princípio à enfermagem, vista como a arte e a ciência de cuidar, vi a necessidade de começar a falar do cuidado ao geronte a partir da experiência desses profissionais com seu próprio envelhecimento. Pois, como falar do cuidado ao cliente geronte sem tratar do cuidado e envelhecimento de nossa própria classe? Em outras palavras, como cuidar da casa do outro sem antes cuidar da nossa?

Concordo com Boff (1999) que a “essência humana não se encontra tanto na inteligência, na liberdade, ou na criatividade, mas basicamente no cuidado”. Onde: “o cuidado é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência” (p. 11).

E mais: “No cuidado se encontra o *ethos* fundamental do humano. Quer dizer, no cuidado identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem-viver e das ações um reto agir” (p. 11).

Como se vê, foram muitas as indagações e grande o emaranhado, e responder a elas não foi tarefa fácil. Exigiu que se imergisse na subjetividade humana, lendo com os olhos da razão do coração e, ao mesmo tempo, que se amparasse no significado dos termos aqui estudados. Assim, busquei desatar parte desses nós, trazendo um pouco de finitude a essa infinitude que é a complexidade bela do ser humano.

Isso fez com que o tema proposto fosse mais uma vez recortado, quando, por fim, limitei-me aos termos “humanização” e cuidado.

Portanto, esta pesquisa teve por finalidade intentar saber como os profissionais de enfermagem compreendem a expressão “cuidado humanizado” a partir do significado dos termos humanização e cuidado — sendo estas as colunas da dissertação — e suas palavras correlatas: ser, ser humano, humano, humanidade, humanizar, humanização, desumano, desumanização, e, por fim, cuidado.

Este trabalho foi escrito sob a ótica da enfermeira revisora de texto que, ao longo de treze anos aprendeu a buscar o sentido de vocábulos e expressões, bem como, motivada pelo trabalho docente, viu a necessidade de contribuir com o processo de formação/capacitação no que se refere aos valores ético-profissionais fundamentados na pessoa — como ser único — e não somente no papel instrumental do profissional, mas especialmente na valorização ética do cuidado ao ser humano.

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, amparada pelo método da história oral (THOMPSON, 2002), mediante as técnicas de entrevista com roteiro semi-estruturado (ANEXO-2), a fim de dar voz a cada entrevistada, como indivíduo único e particular, registrando, a partir daí, as experiências delas, as quais puderam revelar comportamentos, tradições, sentimentos, valores quer individuais, quer coletivos, como um espelho do grupo que pretendíamos conhecer (QUEIROZ, 1988).

Este trabalho foi organizado em capítulos. O primeiro trata-se desta introdução, propriamente. O segundo capítulo diz respeito ao referencial teórico, quando foi trabalhado o conceito de humano e de cuidado bem como as palavras correlatas. No terceiro, está o objetivo e no quarto, o percurso metodológico da pesquisa, de cunho qualitativo. No quinto capítulo, a discussão com as falas das entrevistadas, mediante análise e interpretação — hermenêutica —, bem como em vários momentos senti-me à vontade para levantar outras indagações, pertinentes para aquele momento, porém a ser solucionadas posteriormente. Por

fim, no sexto capítulo, estão as considerações finais. Vale lembrar que o segundo e quarto capítulos estão ordenados em títulos e subtítulos.

Este trabalho veio, pois, do anseio de dar uma resposta — primeiro para mim, depois convidar o leitor à reflexão do objeto de estudo que nos propusemos a pesquisar — da problemática descrita acima, e com isso produzir ciência acessível a todos, que traga à luz a virtude, a sabedoria de vida, diminuindo o distanciamento entre o saber dizer e saber fazer — teoria e prática — quando o que é ganha o espaço do que aparenta ser, senão para toda a sociedade, pelo menos para alguns interessados em diminuir o fosso crescente em nossa sociedade (SANTOS, 1998).

¹ Neste estudo, usarei tempos verbais diferentes, representando no singular opiniões de cunho pessoal, no plural, quando envolverem mais atores sociais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Sou Humano?

Entre os profissionais da saúde é cada vez mais freqüente o chavão “humanização” ou “cuidado humanizado”. Por que disso, se a definição de humano traz em seu bojo essa expressão? Será que estamos nos esquecendo que somos? Ou estamos deixando de ser? Se estamos deixando de ser, estamos nos tornando em quê? Robôs? Isso é possível? Será que estamos caminhando para o esquecimento da nossa humanidade? E não seria esse o motivo para o emprego do neologismo “humanização”? Se assim é, a melhor tradução para o que vem ocorrendo não seria a desumanização?

Pois, que se entende por humano? Para Ferreira (1986, p. 908), humano é “relativo ao homem: natureza humana; gênero humano, bondoso, humanitário”. Para esse autor, humano tem o mesmo sentido de humanidade, que incluiu também “benevolência, clemência, compaixão” (p. 908). Portanto, é próprio ao ser humano visar o bem-estar da humanidade, tanto individual como coletivamente.

Logo, humanizar é a prática do humano — do ser —, o que se pode conferir quando Ferreira (1986, p. 908) diz: “Tornar humano; dar condição humana a, humanar, tornar benévolo, afável, tratável, fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar; amansar, tornar-se

humano”. Ou seja, como humanos que somos é manifestado que o que realizamos é humano — e isso é, espontaneamente, humanizar.

Abbagnano (2003) também relaciona humano à humanidade quando diz que a palavra humanidade — “*Humanitas*, no latim — significa:

A forma acabada ou o ideal ou o espírito do homem; **2**) a substância ou a essência do homem (...) Nesse sentido, Santo Tomás dizia: H. significa os princípios essenciais da espécie, tanto formais quanto materiais, não levando em conta os princípios individuais. A H. é aquilo em virtude do que o homem é homem; e em homem é homem não porque tem os princípios individuais, mas porque tem os princípios essenciais da espécie (*Contra Gent.*, IV, 81); **3**) a *natureza racional* do homem, dotada de dignidade e, portanto, fim em si mesma. Este é o significado que essa palavra assume na segunda fórmula do imperativo categórico de Kant: Age de tal maneira que trates a H. (*Menschheit*), tanto na tua pessoa quanto na pessoa de qualquer outro, sempre também como fim, nunca somente como meio (*Grundlegung der Metaphysic der Sitten*, II). A H. na pessoa dos homens é objeto do *respeito* (v.) que, para Kant, é o único sentimento moral; **4**) disposição à compreensão dos outros ou à simpatia para com eles. Neste sentido, a melhor definição desse termo foi dada por Kant: ‘H. (*humanität*) significa, por um lado, o sentimento universal da simpatia e, por outro, a faculdade de poder comunicar pessoal e universalmente, essas são duas propriedades que, juntas, constituam a sociabilidade própria da H. (*Menschheit*) graças à qual ela se diferencia do isolamento animal (p. 518).

Depreendemos, pois, que o ser humano é — o que lhe confere os princípios essenciais da espécie —, portanto, digno em sua humanidade. Nela, estão as virtudes, identificadas, principalmente, pelo cuidado. Daí não ter como o ser humano tornar-se robô — essencialmente —, tampouco deixar de cuidar, pois isso seria ir contra sua própria natureza.

Partindo desse pressuposto, por que, então, do chavão “cuidado humanizado” ou “humanização do cuidado”? Se necessitamos dessa expressão para nos lembrar que somos, que fatores estão nos levando a esquecer isso?

Seria o caso de o *ter* estar subjungando o *ser*? No dicionário de Abbagnano (2003, p. 954) vemos que para Aristóteles ter refere-se à posse, à propriedade; para Hegel ter é a relação entre coisa e sua propriedade e para Marcel o ter domina na exterioridade das coisas

(riqueza, conhecimento, realizações, prestígio. Vailott (1975) cita que, para Marcel, o homem vive em sua função vital ou social — é o valor extrínseco da cada pessoa.

Desse modo, estaríamos nós num processo onde tanto a nossa humanidade como a do outro está sendo vencida, derrotada pelo *ter* opressor que domina a subjetividade do *ser*? Estaria o *ter* embaraçando nossa compreensão, o nosso discernimento, velando-nos a ponto de não enxergar a própria humanidade, comprometendo o *tornar-se humano*, da definição de Ferreira (1986, p. 908), ocorrendo, assim, o processo de desumanização?

Se há desumanização, então podemos afirmar que o indivíduo perde sua essência — humanidade? Como princípio não, porque *lhe* é intrínseco, mas como comportamento, sim. Pois, uma vez que a humanidade é um princípio inalienável, onde somente ao ser humano é dado a capacidade de promover a humanidade (em forma de cuidado) e se submeter a ela (mediante esse mesmo cuidado) — num contexto de transformação — (RIZZOTTO, 2002), o que pode ser alterado é unicamente a atitude (postura), que poderá ser contrária a essa constituição. É quando ofuscados pelo *ter* assumimos uma postura — e esta é tornada em ação — contrária a essa natureza (*ser*). Verdade é que Ferreira (1986, p. 578) cita desumano como “ferino, bestial, desnaturado, cruel”. Podemos chamar a esse processo de cauterização da consciência?

Quando o *ter* faz-nos perder de vista a expressão vital das virtudes humanas — o cuidado, no qual estão a atenção, precaução, aplicação do pensamento, reflexão, trato, consideração, prevenção, cuidado para com nós mesmos e com o outro na saúde, aparência ou apresentação — é que acontece a desumanização. Nele (cuidado), nós nos inquietamos no espírito, pensamos, acautelamo-nos, prevemos, calculamos, responsabilizamo-nos e diligenciamos para com a pessoa ou coisa, objetos de nosso desvelo. Assim como Boff

(1999), concordamos que sem o cuidado deixamos de ser humanos — no sentido comportamental —, podendo nós nos bestializar.

Por isso, no parágrafo anterior, chamamos a esse desequilíbrio entre *ser* e *ter* — implicando perda do cuidado — de cauterização da consciência. Na inversão total deles, o cuidado fenece e, por fim, morre, resultando no descuido, descaso e esquecimento total. Se morrer o cuidado, morre também o *ser*.

A esse respeito, achamos oportuno um trecho de Rattner (2003):

Se é óbvio que somos humanos, portanto, o que realizamos é humano. Para alguns, a metáfora que se contrapõe é a da animalização: perdemos nossas características humanas [...], respondendo com violência à violência que nos é infligida, não temos usado nossas consciências — atributo maior que nos diferencia dos animais — e portanto, a necessidade é humanizarmos para nos afastar desse padrão a que nos degradamos (p. 4).

Complementando a fala da autora, se perdemos, em parte, “nossas características humanas” (RATTNER, p. 4), então, de fato, degradamo-nos; e, se de modo pleno, já estamos mortos. E, no tocante à necessidade de nos “humanizar”, penso que o mais apropriado seja deixar fluir nossa humanidade, combatendo, desse modo, a desumanização.

Por isso, concordamos com Rizzotto (2002) que discutir “humanização” no universo da enfermagem é torná-la intrinsecamente ligada ao seu instrumento de trabalho: o cuidado. A autora fortalece essa idéia quando diz que “a discussão sobre a humanização, no âmbito da enfermagem, apresenta-se como intrínseca ao seu objeto de trabalho – o cuidado, uma vez que este se caracteriza como uma relação de ajuda, cuja essência constitui-se em uma atitude humanizada” (p. 197).

Em outras palavras, se a relação humano-cuidado estiver alicerçada no *ser*, garantir-se-á — de modo digno — o trabalho (desempenho) da enfermagem e da saúde de modo geral.

Abbagnano (2003, p. 518), ao citar Kant para conceituar humano/humanidade, remete-nos a esse princípio: “Age de tal maneira que trates a H. (*Menschheit*), tanto na tua pessoa quanto na pessoa de qualquer outro, sempre também como fim, nunca somente como meio”. O verbo principal dessa frase é agir, implicando atitude (postura, comportamento) de fazer algo (ato, ação). Seguido vem o verbo tratar (manusear, fazer por curar, cuidar de) que, complementado pela frase, expressa uma ação cuidadosa.

Por conseguinte, cuidar é usar da própria humanidade para assistir a do outro — como ser único, composto de corpo, mente, vontade e emoção, com um coração consciente, que com seu espírito intui e comunga. Falamos, portanto, de seres pensantes, dotados de dignidade, a ser cuidados em seus aspectos biopsicossocioespiritual. A recíproca é verdadeira, quando o outro em sua humanidade cuida da minha. Logo, o cuidado está apoiado numa relação inter-humana.

2. 1. 1 Relação Dialógica — Eu-Tu

A relação inter-humana é chamada por Buber (1974) de relação dialógica ou relação Eu-Tu, cujo pensamento está situado na filosofia do diálogo. Apoiamo-nos nessa

filosofia e autor, porque também nos sentimos comprometidos com a reflexão prática e temos fé no humano.

Na busca da solução para o problema existencial do ser humano, Buber ajudou-nos, apontando a relação interpessoal, e isso bem no momento em que a humanidade vem sendo deixada levar por um “esquecimento sistemático daquilo que é mais característico no homem: a sua humanidade” (VON ZUBEN, 2004). Daí ter sido ele autor se suma importância nesta pesquisa.

A relação dialógica pareceu-nos, por um lado, tão óbvia quanto respirar; mas, por outro, ela se nos apresentou tão profunda, tão íntima, numa intrinsecidade tal que concluímos ser essa relação compreendida somente a partir da razão do coração, da subjetividade. Ou seja, até para compreendê-la como teoria, o Eu-Tu teriam de estar sintonizados e harmonizados, implicando pesquisar a teoria não de fora para dentro, mas entendendo-a de dentro para fora.

Von Zuben (2004), falando de Buber, diz que seu lema era “viver mais profundamente a humanidade no homem”, onde a presença do ser (como Eu) deve ser autêntica, sem subterfúgios ou qualquer coisa semelhante de modo a que este possa se tornar presente ao outro, abrindo-se a ele, acolhendo-o integralmente, numa disponibilidade e despojamento tal que a partir do olhar já se faz sentir “rapidamente o calor e a gratuidade da resposta” (p. 15) — em reciprocidade: “Não se trata de receitas tradicionalmente conhecidas ou imperativos inadiáveis, mas um apelo aos homens para que vivessem sua humanidade mais profundamente, movido pela nostalgia do humano” (p. 16-17).

Zuben (2004), em um de seus artigos, faz um resumo da obra Eu-Tu, de Buber (1974), e neste momento passamos a citar parte dele. Ele diz que Buber tinha um postulado primeiro — “situação cotidiana” —, quando cada um de nós somente pelo fato de existir

defronta-se com o mundo, estabelecendo um vínculo de correlação que irá caracterizar nosso modo de ser. O homem, o Eu ou o Tu, é, pois, um ser de relações, e desta relação vem o fundamento de sua existência, sendo este fundamento manifestado em duas atitudes distintas: face ao mundo ou diante do ser (MATHEUS, 1992).

Essas duas atitudes distintas são traduzidas em duas palavras-princípio: Eu-Tu e Eu-Isso. Dependendo como o Eu se apresenta, será o Eu do Tu ou o Eu do Isso, caracterizando que “aquele que profere uma palavra-princípio penetra nela e aí permanece” (VON ZUBEN, 2004, p. 54). Desse modo, quando se diz Eu-Tu, a posição é dialógica, e quando se diz Eu-Isso, é um monólogo, ou seja, não há diálogo, quando então a pessoa fala de si para si.

Na atitude que envolve a palavra-princípio Eu-Tu há um encontro, único, singular, momentâneo ou atual, em que se presenteia o Tu com o Eu, e também o Eu é presenteado com o Tu, afirmando a reciprocidade da relação. É quando há confirmação do Eu e do Tu — o que Buber chama de “confirmar o outro” — onde o Eu do Eu-Tu somente será Eu à medida que Tu seja totalmente Tu. Essa é a valorização do humano.

Isso não significa que devo meu lugar a ele, mas que devo minha relação a ele, pois existo porque ele existe. Por conseguinte, a relação não é uma propriedade do homem, mas um evento que acontece entre o homem e o que lhe está em face.

O chamado mundo Eu-Isso traduz a atitude cognoscitiva, objetivante, e o termo usado para essa palavra-princípio já não é relação, mas relacionamento. Isso porque, de acordo com Ferreira (1986), relação implica vinculação, identidade, coexistência e correspondência (p. 1478) — caracterizando uma relação dialógica, Eu-Tu —, e a palavra relacionamento traz em si o sentido mais próximo de convivência, de comunicação —

caracterizando mais a palavra-princípio Eu-Isso, embora também denote relação. Essas duas atitudes sejam radicalmente distintas, o ser humano toma uma ou outra alternadamente.

A palavra-princípio Eu-Tu é, então, a relação ontológica, esteio para a existência dialógica do inter-humano, pois o diálogo existe somente quando há Eu e Tu, e em totalidade — o que deve ser percebido (atitudes) e visto (em suas ações). Eu-Isso, instaura o vínculo objetivamente, lugar e suporte da experimentação, do conhecimento, da utilização, "o reino dos verbos transitivos", como chama Buber. E, como dito acima, a base da diferença entre as duas atitudes está na noção de totalidade que caracteriza a relação ontológica Eu-Tu.

O Eu da palavra-princípio Eu-Tu denomina-se "pessoa", e o Eu da palavra-princípio Eu-Isso, é "egótico". Logo, se o pólo correlativo ao Eu-pessoa é um Tu, estamos na relação dialógica; mas se o pólo correlativo ao Eu-egótico é um Isso, o que corresponde a Ele ou Ela, perdemos essa relação, caindo no monólogo de si para si. É o risco da perda de valorização do humano, se não for visto em tempo.

Pela palavra-princípio, o Eu se projeta ao outro que lhe está defronte. A sua análise se restringe à linguagem como palavra proferida, como invocação do outro, aquela que gera resposta, que se apresenta como manifestação de uma situação atual entre dois ou mais homens relacionados entre si por peculiar relação de reciprocidade. A palavra que, pela intencionalidade que a anima, é um dos componentes da estrutura da relação, do diálogo, esteio e atualização concreta do encontro inter-humano.

Daí Buber nos mostrar que "atitude" vem do sentido de conhecimento procedente da intuição, denominada "contemplação", e desta vem o conhecimento objetivo. Ou seja, o conhecimento contemplativo é entendido como a relação de ser para ser, na qual acontece um efetivo conhecer de Eu e Tu e não de um sujeito que conhece um objeto. Este (objeto) é posterior à presença do ser que se oferece.

Ou seja, o conhecimento contemplativo — relação Eu-Tu — é uma relação ontológica e existencial que precede o relacionamento cognoscitivo, é, pois, intuitivo, usando a razão do coração, que vê além do que os olhos físicos podem ver e a mente pode captar. Poderia mesmo afirmar que antes de conhecer a vivência o homem a vive e a relação objetivamente é um empobrecimento da densidade vivencial originária. A contemplação no face a face não é uma intuição cognoscitiva, mas doação de um Tu a um Eu.

Em outras palavras, a relação envolve passividade e espontaneidade, quando “o Tu não é procurado, ele se oferece ao encontro e o Eu decide encontrá-lo”. É o escolher e ser escolhido.

A atitude Eu-Isso, de experimentação e de utilização vem do proferir a palavra-princípio Eu-Isso, que para Buber é o relacionamento que transforma os entes em coisas e objetos. "O homem transformado, diz Buber (2004), em EU que pronuncia o Eu-Isso coloca-se diante das coisas em vez de confrontar-se com elas no fluxo da ação recíproca" (VON ZUBEN, 1981). Na relação Eu-Tu, o Eu é determinado pela presença do outro que está em sua presença como Tu. Está aí a base da afirmação de que o homem é um ser social.

Buber distingue quatro aspectos essenciais e indispensáveis a qualquer relação Eu-Tu: a reciprocidade, a presença, a imediatez e a responsabilidade.

A reciprocidade indica, como o próprio termo exprime, a existência de uma dupla ação mútua entre os parceiros da relação. Ela se apresenta "em pessoa" diante de mim e tem algo a ver comigo, e eu, se bem que de modo diferente, tenho algo a ver com ela. Na relação dialógica, a palavra da invocação recebe a resposta. A reciprocidade vem do e no encontro face a face. É aí que o Eu e o Tu se presentificam.

O Tu não pode ser função do Eu, como se fora mera coisa determinável na trama da causalidade universal; o Tu antes é encontrado e confirmado como outro.

Além disso, nenhum meio se interpõe entre os parceiros do encontro — esquema conceitual, idéias prévias, imagem, fins ou antecipações. A relação é imediata, direta; portanto na presença e não na representação. Em outras palavras na atitude Eu-Tu dialógica não me relaciono com o outro mediante sua função social.

Por tratar-se de uma ação recíproca entre os presentes no diálogo, esta relação é também de responsabilidade, e a verdadeira responsabilidade se encontra onde há possibilidade de resposta. A responsabilidade se torna, então, o nome ético da reciprocidade, uma vez que a resposta autêntica se realiza em encontros inter-humanos no domínio da existência em comum. Respondemos na linguagem da ação, entrando na situação e entregando-se a ela.

Experiência e o uso. A experiência estabelece um contato na estrutura do relacionamento, de certo modo unidirecional entre um Eu, ser egótico, e um objeto manipulável — sobre o que tratamos parágrafos acima. Este relacionamento se caracteriza pela coerência no espaço e no tempo; ele é coordenável e submetido à ordem temporal. Ao tomar a atitude Eu-Isso, o Eu não se volta para o outro, mas encerra em si toda a iniciativa da ação. "Eu considero uma árvore", diz Buber (2004). Ela é meu objeto, um Isso, delimitado por outros objetos, uma soma de características externas. O Eu da experiência e da utilização não participa do mundo; a experiência se realiza "nele" e não entre ele e o mundo — é o de si para si.

O mundo do Isso, ordenado e coerente, é indispensável para a existência humana; ele é o lugar-comum onde nós nos entendemos com os outros. Buber (2004) o chama de reino dos verbos transitivos, pois sempre são ações que requerem o objeto da frase proferida.

Embora essencial para a existência humana, não pode ser considerado o sustentáculo ontológico do inter-humano.

Para Buber (2004) o Eu-Isso é uma das atitudes do homem em face do mundo graças à qual podemos compreender todas as aquisições científicas e técnicas da humanidade. Em si o Eu-Isso não é um mal, mas se torna fonte dele na medida em que o ser humano se deixa subjugar pela atitude Eu-Isso, movido pelo interesse de pautar todos os valores de sua existência unicamente pelos valores inerentes a essa atitude, deixando enfim fenecer o poder de decisão, de responsabilidade, de disponibilidade para o encontro com o outro. Desse modo, Von Zuben (2004) cita uma a seguinte frase de Buber: "Se o homem não pode viver sem o Isso, não se pode esquecer que aquele que vive só com o Isso não é homem".

Em Buber (2004), a existência humana é tecida pela alternância dessas duas atitudes. Uma, mais duradoura e mais estável, dando ao homem sensação de segurança, e a outra —Eu-Tu — mais fugaz e mais rara e difícil. Não há duas espécies de homens, mas duas possibilidades permanentes de ser homem. Homem algum é puramente pessoa e homem algum é puramente egótico. Há homens, afirma Buber (2004), cuja dimensão de pessoa é tão preponderante que se podem chamar de pessoas, e outros cuja dimensão de egotismo é tão preponderante que se lhes pode atribuir o nome de egóticos. Entre aqueles e estes se desenrola a verdadeira história.

O fenômeno da relação foi descrito como emprego de vários termos: a relação essencial, diálogo, encontro, inter-humano. Tais conceitos não são simples sinônimos. Encontro e relação não designam uma mesma experiência. O encontro é atual; a relação engloba o encontro; ela possibilita um encontro sempre renovado. A relação é possibilidade de atualização do encontro.

O diálogo é para Buber (2004) a forma explicativa do fenômeno do inter-humano. O inter-humano é a realização concreta da vida dialógica, uma vez que, nesta situação, uma pessoa se confronta realmente com outra, cada uma confirmando a outra reciprocamente. No inter-humano não há lugar para as aparências, para o simples "estar-ao-lado-do-outro", para a imposição, a falsidade. O dialógico se realiza no inter-humano como um voltar-se para o outro, bem determinado e concreto, e ao voltar-se alicerça o estabelecimento de um "nós" que resguarda a individualidade, a responsabilidade e a liberdade de cada um. O "nós" congrega todos pela força de um centro comum; ele é o esteio da comunidade.

Aplicando esse princípio à nossa profissão de enfermeiros, enxergar o outro como Tu é estar numa relação de reciprocidade com ele onde nós colocamos em nossa totalidade, sem ocultar nada, de modo a ver o outro face a face pelo encontro, num instante único, presente. Desse modo, ele deixa de ser uma soma de qualidades ou tendências ou nosso meio de sobrevivência e passamos a compreendê-lo e a confirmá-lo como o outro em sua totalidade. Daí é só dar forma a, descobrir, conduzir, surgindo então o verdadeiro cuidado. Tal modo de ser protege-nos de tomar o outro como coisa:

“A relação com o Tu é imediata. Entre o Eu e o Tu não se interpõe nenhum jogo de conceitos, nenhum esquema, nenhuma fantasia [...]entre Eu e Tu não há fim algum, nenhuma avidez ou antecipação [...] todo meio é obstáculo. Somente na medida em que todos os meios são abolidos, acontece o encontro” (VON ZUBEN, 2004, p. 59)

Logo, cuidar, será o resultado (exterior) da atitude (interior) favorável ao *ser*. Daí Kant¹ (1986, apud ABBAGNANO, 2003, p. 518) dizer “tanto na tua pessoa quanto na pessoa de qualquer outro”.

Concordamos com Boff (1999) que o cuidado se nos torna uma realidade — ação —, quando ele é “visto” pela nossa consciência, expresso em nossa experiência e moldado em

nossa prática. Enfim, o cuidado se nos torna uma realidade quando o enxergamos em sua dimensão ontológica — portanto, inalienável — e, daí, praticamo-lo.

Para esse autor, não é questão de falar sobre cuidado como alguma coisa apartada de nós, “mas de pensar e falar a partir do cuidado como é vivido e se estrutura em nós mesmos. Pois, não temos cuidado. Somos cuidado” (BOFF, 1999, p. 89). E mais: “A essência humana não se encontra tanto na inteligência, na liberdade ou na criatividade, mas basicamente no cuidado” (BOFF, 1999, p. 11). Não somente ter, mas principalmente ser cuidado é o que mantém o respeito à humanidade de um pelo outro, na reciprocidade e responsabilidade, que nos difere dos robôs — afinal, esses não têm humanidade.

Dada a importância do cuidado para o ser humano, valemo-nos da fábula-mito do cuidado essencial ou também chamada fábula 220 de Higino citada por Boff (1999, p. 45-46). Nessa história, Higino personifica o Cuidado como alguém que encontrou um pouco de barro e lhe deu forma. A essa criação deveria ser dado um nome, para isso houve uma discussão acalorada do Cuidado com dois outros reivindicadores. A decisão final, coube, por fim, a um juiz que, além de dar nome à obra criada — homem (ser humano) — também delegou ao Cuidado responsabilizar-se por ela enquanto vivesse, como um reconhecimento por ele a ter criado.

Interessante notar que o Cuidado deveria responsabilizar-se por sua feitura — que a partir de agora se chamaria homem (ser humano) — enquanto ela vivesse. Viver subentende um tempo completo, sem intervalos, independentemente do quanto se viva. De acordo com Featherstone (1994, p. 51), a vida é um processo, onde o tempo vivido de cada indivíduo se organiza de acordo com o meio e cultura a que pertence, e partindo disso, deve-se dar “ao tempo de vida um sentido de processo total e não apenas isolando as partes dele”. Assim, a

¹ KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Lisboa: Edições 70, 1986.

feitura — que em nosso trabalho é o ser humano — deveria ser cuidada de modo completo, e não apenas isolando as partes, em seu todo tempo finito de vida:

Que nós sabemos sobre a vida humana? Num nível simples nós somos seres corpóreos — vivemos num tempo e espaço. Nosso movimento através da vida depende das vicissitudes do corpo. Este é um processo que tem uma finitude inevitável. Nós nascemos, vivemos e morremos — como HEIDEGGER (1889-1976) afirmou, ‘nós nascemos morrendo’ (FEARTHERSTONE, 1994, p. 53).

É nesse período— do nascimento à morte do *ser* — que o Cuidado transita e atua; por isso Boff (1999, p. 83) diz que “o cuidado acompanha o ser humano enquanto peregrinar pelo tempo”.

Em nossa “finitude inevitável”, cada um tem grande valor! e até onde se conhece, no universo, somos os únicos racionais, tripartidos, todavia, dependentes, o que o nos faz ser cuidado por um lado e cuidar por outro. Daí a necessidade de nos apropriarmos da nossa humanidade, trazendo à memória o cuidado. Como diz Boff (1999, p. 90) “se não nos basearmos no cuidado, não lograremos compreender o ser humano”. Dessa maneira, julgamos que o *ser* exercerá supremacia sobre o *ter*. Daí a grande tarefa a ser enfrentada pelo profissional de enfermagem de se responsabilizar pelo ser humano! Esta deve ser a visão de cada um deles frente a si próprios e aos seus clientes!

Em Abbagnano (2003, p. 518), mais uma vez citando Kant² (1986), vemos também palavra cuidado: “disposição à compreensão dos outros ou à simpatia para com eles (...) significa, por um lado, o sentimento universal da simpatia e, por outro, a faculdade de poder comunicar pessoal e universalmente, essas são duas propriedades que, juntas, constituam a sociabilidade própria da H. (*Menscheit*) graças à qual ela se diferencia do

² KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Lisboa: Edições 70, 1986.

isolamento animal” (p. 518). Pois, compreensão, simpatia para com, ou ainda o sentimento universal da simpatia, faculdade de poder comunicar pessoal e universalmente, sociabilidade própria da humanidade, são sentimentos elevados, constituintes da nossa alma (*psique*), que nos diferencia do isolamento animal e nos tornam dignos — e isso é cuidar, de fato!

Não fosse de grande valia a intuição, que dá a percepção clara de que na palavra humanidade está, subjetivamente, o cuidar, recorreremos, então, à origem da palavra cuidado, dissipando, assim, qualquer dúvida.

Cuidado vem do latim *cura*, que se escrevia *coera*, a qual designava relação de amor e amizade. Também pode derivar de *cogitare-cogitatus*, tendo o mesmo sentido de cura. Logo, cuidar implica pensar em alguém, inquietar-se no espírito para com esse alguém de modo que nossa atenção e preocupação se volta para ele, tomando-o como fim.

Assim, podemos dizer que a cura não se dá unicamente pelo processo curativo-técnico, mas principalmente pelo sentimento universal de simpatia, da amizade ou do amor, expressos no cuidado. Daí o desvelo e diligência, o assumir a responsabilidade por ele e para com ele, enquanto ele necessitar. Como Horácio (65-8 a.C) e Boff (1999) concordamos que o cuidado é o permanente companheiro do ser humano.

Para reforçar a idéia acima citamos Buber (2004, p. 62):

Os sentimentos, nós os possuímos, o amor acontece. Os sentimentos residem no homem, mas o homem habita em seu amor. Isto não é simples metáfora, mas a realidade. O amor não está ligado ao Eu de tal modo que o Tu fosse considerado um conteúdo, um objeto: ele se realiza, entre o Eu e o Tu. Aquele que desconhece isso, e o desconhece na totalidade de seu ser, não conhece o amor, mesmo que atribua ao amor os sentimentos que vivencia, experimenta, percebe, exprime. O amor é uma força cósmica. Àquele que habita e contempla no amor, os homens se desligam de seu emaranhado confuso próprio das coisas; bons e maus, sábios e tolos, belos e feios, uns após outros, tornam-se para ele atuais, tornam-se Tu, isto é, seres desprendidos, livres, únicos, ele os encontra cada um face a face. A exclusividade ressurgue sempre de modo maravilhoso; e então ele pode agir, ajudar, curar, educar,

elevar, salvar. Amor é de responsabilidade de um Eu para com um Tu: nisto consiste a igualdade daqueles que amam”.

Diante do exposto, que nos desperta para o sentimento do belo, sentimo-nos persuadidos a entrar no campo da bioética, cujos princípios são conservar à humanidade o que lhe é por direito, por meio de cuidados tanto em sua totalidade — biopsicossocioespiritual — como em cada parte, individualmente. Portanto, é correto dizer que somos o resultado do cuidado a essas partes: *bios* (vida física), *psique* (vida da alma), social (meio ambiente e cultura), espiritual (crenças).

Na história da saúde no Brasil esse quadro não é tão belo. O modelo assistencial vigente centrou-se no “biologicismo”, que relevou a doença em detrimento da promoção do ser humano em sua totalidade. Podemos dizer que essa visão biologicista mais o uso inadequado da tecnologia fizeram com que profissionais da saúde — e aqui falando mais especificamente do enfermeiro — e o usuário do sistema de saúde fossem se afastando, caminhando para a desumanização.

O *ter* foi subjugando impiedosamente o *ser*, levando a uma relação de domínio, quando o profissional assumiu o papel de onipotente, e o usuário do sistema de saúde, de subjugado. Aquele que se presume ser onipotente, diz: “Eu sei — no sentido de conhecimento científico [como se isso fosse tudo] — e você, usuário, nada ou pouco sabe. Se o sabe, provém de credence popular, que não o poderá ajudar. Logo, eu sei e determino o que é melhor para você”. Isso é típico da atitude Eu-Isso ou Eu-Ele, quando o Eu encerra em si toda a iniciativa da ação, sem se voltar para o outro, e toma uma dimensão de egotismo tão preponderante que lhe é possível atribuir o nome de egótico (VON ZUBEN, 1981).

Para isso Ramos (2003, p. 164) diz:

O profissional é tido como um semideus, detentor de ‘poder e entendimento’ suficientes para a tomada de decisões que dizem respeito ao paciente. Nessa lógica, que infelizmente também impregna significativo segmento da população leiga, o ‘doutor é que sabe’ o que é o bem e o que é o mal para o paciente.

Segue ainda um trecho de Rizzoto (2002, p. 197) para fortalecer o ponto acima, quando diz ela que na Reforma Sanitária:

questionava-se o modelo assistencial vigente, centrado na figura do profissional médico, no biologicismo e nas práticas curativas. Esse modelo, segundo as críticas, era muito especializado e caro, enfatizava a doença em detrimento da promoção e da prevenção à saúde e, configurava-se como desumano na forma de assistir, tanto pelo uso exagerado de tecnologias como pelo relacionamento que se estabelecia entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema. Questionava-se a pretensa onipotência desses profissionais, traduzida, com frequência, numa arrogância intelectual do ‘eu sei – você não’ ou do ‘eu digo – você faz’”, modelo este ainda prevalecente em nosso país.

No modelo biologicista, o usuário, em via de regra, obedece, quiçá por constrangimento — quem sabe intimidado pela exteriorização da onipotência e arrogância do profissional —, ou por ter sido cegado pela ‘sabedoria’ desse ‘onipotente’ ou pela esperança na melhora que esse profissional possa lhe trazer: “Afinal, ele, sim, entende do assunto, tem as respostas e a cura. Que dizer do meu saber, que perto dele deve ser nada, e menos ainda? — ele é um semideus”.

O resultado desse tipo de assistência — que anula o saber e práticas populares, que não respeita o sujeito e verga sua propriedade de escolha consciente — foi a dependência intimidada e cega do usuário à esses profissionais, levando à perda de sua autonomia no ato de se autocuidar (RIZZOTO, 2002). É uma aberração humana que configura o aspecto desumano.

Concordamos com essa autora, que o modelo centrado no biologicismo desconsiderou “que o adoecer humano não resulta unicamente de aspectos biológicos, mas é consequência das condições concretas de existência das pessoas, e nisso se inclui questões emocionais, psicológicas e de relacionamento humano” (RIZZOTO, 2002, p. 197).

Como poderia uma relação sujeito-sujeito, ou Eu-Tu, sobreviver a esse modelo? Nesse caso, que faria o Cuidado? Traduzindo, como fluir humanidade na assistência num sistema que subjuga e desrespeita?

Por que da onipotência se cada um de nós detém uma parcela do saber? Para alguns o seu saber é popular; para outros, é saber científico; ainda outros, a mescla de ambos. Se em lugar de “dividirem as águas” houvesse um ajuntamento delas, compartilhando experiências, partindo do pressuposto que em cada um desses saberes e mesmo antes deles há uma pessoa, em seus aspectos biopsicossocioespirituais, o cuidar uns dos outros seria espontâneo, respeitoso, verdadeiro. Romanticamente falando, seríamos um e isso resolveria o problema da humanidade na humanidade. Esse romance é verdadeiro, visto na relação Eu-Tu.

No entanto, o Brasil necessitou de Movimentos como o da Reforma Sanitária (70-80, século XX) para se fazer ouvir o resultado caótico do “biologicismo”. Surgiu, então, o SUS, expresso na Constituição Federal de 1988 — Art. 196, que traz em sua proposta o acesso universal à saúde, gratuito e integral a todos os brasileiros. Nele há ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação, o que nos leva a ver que é um modelo que trata o ser como único, de modo digno, em sua totalidade (BRASIL, 1999).

A bioética tem essa visão de humanidade. Para ela, o indivíduo deve ser tratado como único, tendo a aceitação da dignidade humana como valor fundamental, quando o indivíduo deixa de ser somente um meio (princípio Kantiano) para a satisfação de interesses de terceiros — profissionais da saúde de modo geral, instituições de saúde, ciência, cientistas,

indústrias e comércio —, sendo visto em sua totalidade. É a vida (*ser*) colocada acima dos interesses de obtenção de lucros (*ter*) (FORTES, 2003).

Nesse sentido podemos dizer que o aspecto técnico científico, que tanto tem confundido o profissional no processo curativo, tem a função única de suprir (*ter*) o *ser*; ou seja, é a maneira prática pela qual os sentimentos humanos são explicitados mediante o cuidar. Reside aí a razão pela qual a humanidade é o alvo, e nunca, jamais, somente o meio.

2. 2 Estou Me Desumanizando, Por Isso Me Esqueço?

No entanto, parte dos profissionais da saúde não tem conseguido unir os valores ético profissionais, tampouco, e principalmente, discernir que o cuidado neles e a partir deles é um aspecto essencial. Em vez disso, vê-se que eles se esquecem de conversar, de ouvir e até mesmo se esquecem de tocar o ser humano que está à sua frente (VILA; ROSSI, 2002), vivenciando uma experiência de doença e dependência.

Para Ferreira (1986, p. 710) esquecer pode ser:

deixar sair da memória, perder da lembrança, pôr de lado, desprezar [...] perder o amor, a estima, deixar por inadvertência, pôr de lado temporariamente, distrair-se de, largar, descuidar, descurar (não curar, desleixar, não fazer caso de, abandonar, não tratar) [...] passar desapercibido [...] ficar no esquecimento, ser esquecido, não ser mencionado, ser omitido, perder a sensibilidade, ficar tolhido, distrair-se de coisas desagradáveis [...] perder a habilidade adquirida.

Que fatores estariam cooperando com esse esquecimento, também chamado de descuido, descuro, descaso? Por que estariam alguns profissionais de enfermagem abandonando o doente? Que véu os tem coberto para não discernirem? Afinal, essencialmente eles são; portanto a inquietação e o cuidado para com o outro está neles. Logo, algo os está impedindo de expressar sua natureza, trabalhando para que percam essas virtudes e a sensibilidade, e não consigam unir os valores éticos ao técnico-científico no *bios*.

Seriam as rotinas (*ter*), muitas vezes complexas, juntamente com a atenção voltada unicamente ao aspecto técnico científico (*ter*), que lhes estariam extorquindo o tempo, distraíndo-os e os desviando de seu principal papel que é o de cuidar do *ser* humano como um todo?

Cooperaria com isso a falta de humanidade para com esses profissionais que se desgastam sobremaneira nas sobrecargas de trabalho, comprometendo, assim, a sua qualidade? Se, porventura, adotássemos o termo “humanização do cuidado”, não seriam esses profissionais os primeiros a serem “humanizados”? Afinal, como cuidar quando não se recebe cuidado? Pois, não é gente cuidando de gente que caracteriza a “humanização”?

Transcrevo aqui uma denúncia de Rizzoto (2002, p. 198):

Soa irônico falar de humanização da assistência em saúde para os profissionais da área, quando sistematicamente tem sido retirado e impedido a humanidade desses trabalhadores, com uma sobrecarga de atividades e funções, baixos salários e precárias condições de trabalho, impondo desgaste físico, psicológico e emocional aos trabalhadores, que acabam por consumir suas vidas, muito mais rápido do que deveria e muito antes do que cada um gostaria.

Colaboraria também com essa possível insensibilidade, traduzida por esquecimento, a resistência de alguns profissionais a novos paradigmas, visando trazê-los para sua essência? Ou, não seria o caso de o profissional denominar esquecimento ao que de fato não sabe ou não aprendeu ou que não lhe seja intrínseco? Se não lhe é intrínseco, é ele humano?

Os princípios de humanidade devem valer para todos. Devem ir do profissional enfermeiro — também único — ao cliente e família. Por isso, reiteramos: caracterizaríamos humanidade o serem sobrecarregados em suas atividades e funções, juntamente com salários baixos, e por isso maior número de empregos mais as precárias condições de trabalho, levando ao desgaste biopsicossocioespiritual, apontado pela autora acima?

Se o trabalhador é digno da recompensa por seu trabalho, e não “se ata a boca do boi que debulha”, que recompensa têm esses que se consomem muito antes do esperado, como escreve Rizzoto (2002)? Se assim é, podemos esperar que tenham a visão do *ser* quando eles próprios são tratados com se não fossem?

Como escutar se não são ouvidos? Como atender ao que sofrem se eles mesmos estão angustiados? Como cuidar, se são e estão desgastados e abandonados? Como carregar fardos de seus dependentes se não conseguem carregar os seus próprios? Nesse caso, ‘melhor descartá-los, uma vez que não servem mais para a produção em massa’?

Por outro lado, se a interação profissional-cliente está respaldada no fato de que para uma relação profissional ser eficaz basta os conhecimentos e habilidades técnicas próprias da profissão, esquecendo-se do humano, quando este deve ser tomado como um fim e não como um meio, o profissional da saúde estará desempenhando somente o papel instrumental em detrimento da pessoa, o que delinearía “uma relação profissional mecanizada e despersonalizada” (MENDES, 1994, p. 1).

Se esse é o caso, como diz essa autora: cabe sugerir aos profissionais:

que examinem a maneira como estão encarando os seres humanos sob seu cuidado: como objetos a serem manipulados e tratados, ou como pessoas a serem cuidadas e compreendidas. E que a partir deste exame e de uma reflexão, tomem uma posição com relação à prática de sua profissão e à coordenação da assistência de enfermagem (MENDES, 1994, p. 2).

Por isso, pensar e falar humanidade neste trabalho é para quem está comprometido com o tema, para os que têm a visão do humano — sejam esses profissionais de enfermagem, clientes ou famílias — com os que buscam diminuir a dor e sofrimento do outro. É para esses que acreditam na capacidade e na transformação do indivíduo, de modo a produzir um mundo voltado ao *ser*, sendo o *ter* como meio.

Citamos Rizzotto (2002, p. 198), mais uma vez:

Falar de humanização da assistência nesse contexto (falando das políticas públicas) é 'só por Deus'. De fato, discutir, cobrar e/ou propor a humanização da assistência nessa conjuntura não pode ser para qualquer um, só pode ser para homens e mulheres que estão comprometidos 'até a alma' com projetos distintos dos que estão em curso, projetos que rechacem o individualismo exacerbado desse final e início de século, que coloquem o homem e não o lucro como centro das atividades políticas, econômicas e sociais. Homens e mulheres que acreditem na capacidade humana de construir a história e de produzir um mundo melhor, humano, na plenitude da palavra, solidário e justo.

Também o é para os que não sabem sobre, porque não aprenderam, mas se percebem no princípio intrínseco de *ser*. Daí a crescente preocupação, especialmente com e no meio acadêmico, de despertar o *ser* de cada um de seus formandos, sendo o *ter* (aspecto técnico científico) apenas a maneira de alcançar esse objetivo.

É dever da academia ensinar ao estudante o equilíbrio entre competência técnico-científica e competência ética, privilegiando a última. Para isso, a academia tem de sair do modelo do certo e errado, em que: “Pode, não pode; é permitido, não é permitido” e centrar-se, no caso da enfermagem, num modelo que dê clareza do objetivo, que é “basicamente um processo de interação humana (...) assistência baseada em uma filosofia de compromisso, na humanização das ações e a relação pessoa-pessoa” (SOUZA, 1994; PESSINI, 2003).

Se o modelo assistencial conseguir mostrar o cuidado como via de mão dupla, quando o profissional de enfermagem cuida e compreende e também é cuidado e compreendido, o que deixa de privilegiar somente o corpo e trata os sujeitos em seu todo, a enfermagem terá alcançado seu principal objetivo.

Acreditamos que a possibilidade de promover atendimentos verdadeiramente humanizados requer, necessariamente, a formação e educação permanente dos profissionais da saúde dentro dos princípios da humanização e o desenvolvimento de ações visando o cuidado e a atenção às situações de sofrimento e estresse decorrentes do próprio trabalho e ambiente em que se dão as práticas de saúde (RIOS, 2003, p. 6).

Dentre essas ações ela cita espaços de discussão para fala e escuta a fim de resgatar a história e subjetividade do profissional angustiado, sofrido, desgastado e em meio a impasses. Cita também organização de trabalho envolvendo gestores e recursos humanos, a formação de equipes multidisciplinares efetivas para aproveitamento da inteligência coletiva.

Vale, pois, vigiar para que a ciência e a tecnologia contribuam para esse modelo e não o contrário; ou seja, que não promovam a “desumanização e o despojamento do homem de sua identidade” (SOUZA, 1994). Para isso, são necessários formadores que vivenciem tais modelos e não unicamente discursarem:

O processo ensino-aprendizagem baseia-se no olhar para a experiência. O aluno olha para o professor e assimila a sua conduta [...] é no olhar para o outro, no caso para o professor, que efetivamente aprendemos. Assim, todo o corpo docente de uma instituição de ensino tem sua parcela de responsabilidade nesse aprendizado, e não somente o professor de bioética — a quem cabe apresentar aos alunos as bases teóricas, e neles suscitar o gosto pela reflexão desses temas, prevalecendo o paradigma humanístico sobre os demais. (RAMOS, 2003, p. 167).

Vale citar aqui um trecho de Schoenberg (2001, p. 72):

Uma das tarefas mais nobres do ensino é despertar no aluno a compreensão para o passado e, ao mesmo tempo, abrir-lhe perspectivas para o futuro. Assim, o ensino pode ter um valor histórico, estabelecendo os nexos entre o que foi, o que é e o que presumivelmente será. O historiador pode ser realmente produtivo quando, em vez de limitar-se a fornecer dados cronológicos, oferece uma concepção histórica; quando não se restringe a enumerar, mas se esforça em ler, no passado, o futuro.

No tocante ao equilíbrio entre a competência técnico-científica e a competência ética, Siqueira (2003, p. 133) abre seu artigo “Bioética, Tecnociência e Impacto nos Serviços de Saúde” com a seguinte epígrafe:

Talvez, com o tempo, descubrais tudo aquilo que se pode descobrir, e, contudo, o vosso progresso não será mais do que uma progressão, deixando a humanidade sempre cada vez mais para trás. A distância entre vós e ela pode, um dia, tornar-se tão profunda que o vosso grito de triunfo diante de alguma nova conquista poderia receber como resposta um grito universal de pavor (Bertolt Brecht).

O *ter* é para o *ser*, as partes é para o todo, a quantidade é para a qualidade e a causalidade é para a finalidade — que é o ser existente. Perdendo-se isso de vista, perde-se a arte de cuidar. Daí a academia reconsiderar que não se divide o indivisível. Quem ou que sobreviveria a isso?

Como um grito de denúncia, Siqueira (2003, p. 133) cita um pedido de Brecht: “Oxalá um grito universal de pavor faça-nos emergir para poder contemplar o ser humano em toda a sua complexidade biopsicossocioespiritual”.

No campo acadêmico da enfermagem esse grito pode ser ouvido em Mendes (1994), quando denuncia a excessiva profissionalização da comunicação enfermeira (o)-cliente. Ela diz que embora haja saudações, repasse de informações sobre o estado do cliente ao próprio cliente como à sua família e recomendações, em via de regra, são procedimentos preestabelecidos, normatizados, protocolados, rotineiros, ou seja, sem mudanças. As reações bem como as respostas são mecânicas e distanciadas para evitar envolvimento emocional. É uma relação profissional mecanizada e despersonalizada.

Será que nos tornamos tão dependentes das técnicas (*ter*) que anulamos a liberdade? Fomos ou estamos sendo entorpecidos, perdendo a capacidade crítica, desviados da nossa principal responsabilidade que é cuidar? Profissionais intensivistas, especialmente, testificam essa frieza. Dizem que lhes é difícil tirar os olhos dos monitores e desviá-los para o doente, uma vez que os monitores fornecem parâmetros vitais precisos, e o cliente nem sempre tem essa habilidade. Ao mesmo tempo, nem sempre têm de se voltar para o cliente e interagir com ele, o que implica não se comprometer inteiramente.

Eles atestam que não é raro olhar para o cliente sem, contudo, vê-lo; ouvi-lo, sem escutá-lo. Desses testemunhos e do que temos tratado até aqui, pode-se abstrair que escutar sem ouvir é subestimar a subjetividade do ser. Vale dizer que, se assim praticamos, estamos, na verdade, subestimando a nós mesmos, quiçá esquecendo que também somos gente e merecedores de também ser vistos e ouvidos.

Vila (2002, p. 138) foi feliz ao reforçar o sentimento de humanidade nas UTIs:

Apesar do grande esforço que os enfermeiros realizam no sentido de humanizar o cuidado em UTI, esta é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante. A própria dinâmica de uma UTI não possibilita momentos de reflexão para que seu pessoal possa se orientar melhor [...] a humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana. Esta, sim, irá conduzir o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil para as pessoas que diariamente vivenciam a UTI.

A seguir temos Rattner (2003, p. 4).

Assistência à saúde é uma atividade exercida por seres humanos para seres humanos. Em minha opinião, esta é a base de nossa resposta a esse movimento social que pretende reduzir seres humanos a valores econômicos, ou a matéria-prima da produção de serviços.

O conhecimento das partes e a competência técnico-científica deverão retornar à posição de súditos — complemento — deixando o reinado para o ser humano como um todo. Desse modo, teremos uma intervenção benéfica, onde o nosso bom dia não mais será ao equipamento, e, sim ao cliente. Quando, então, “auscultaremos-lhe o coração”, ficando fisicamente e afetivamente próximos deles. Nós os olharemos como quem de fato os vêem, ouviremos escutando, tocaremos respeitando.

Os avanços técnico-científicos fornecem meios para avaliar procedimentos e técnicas; auxiliam nos testes a novos equipamentos; aumentam a autonomia da enfermagem pelo ganho de conhecimento, levando-os a serem mais exatos e eficientes, influenciando políticas mediante resultados. No entanto, sem a visão do todo, esses avanços podem trazer riscos, como o anular da percepção, levando ao entorpecimento.

Nas UTIs, por exemplo, há equipamentos cada vez mais precisos, sofisticados, que quantificam e até “qualificam” as funções vitais. Se esse *ter* deformar a relação enfermeiro-cliente, quando o primeiro passa, então, a ouvir e não escutar, a tocar sem respeitar, perdendo a sensibilidade, caracteriza-se, então, o processo de desumanidade.

Pois, que é tecnologia? “Conjunto de conhecimentos, especialmente princípios científicos, que se aplicam a um determinado ramo de atividade” (FERREIRA, 1986, p. 1656), que Meyer (2002, p. 191) define como “conhecimentos e instrumentos que, interligados, fundamentam e delimitam modos sistematizados de fazer e de cuidar”.

O técnico é o perito na arte. Assim, pensar tecnologia na enfermagem é ser perito em se apropriar de materiais e equipamentos, mediante princípios científicos, para melhorar a arte do cuidar. A eficiência desta será o cliente como centro, autônomo e livre. Logo, o saber técnico-científico é um dos meio, o que implica que sem ele eu também posso cuidar. Pois o que prevalece são as duas peças-chaves (dois sujeitos) — enfermeiro, cliente — e não os materiais e equipamentos.

Concordo com Siqueira (2003, p. 134) que o saber técnico-científico é cumulativo, “mas a construção de valores éticos não”. O primeiro é complementar, o segundo, porém, é indispensável ao ser e entornos.

Esse autor diz:

Não infreqüentemente, somos dominados pelo fascínio da tecnociência e temos a ilusão de que o acúmulo de conhecimentos é suficiente para nos fazer felizes e dominarmos os segredos da vida. Precisamos estar atentos para a dura sentença de NIETZSCHE (1983) sobre o cientificismo: “Vós sois seres frios, que vos sentis encouraçados contra a paixão e a quimera. Bem que gostaríeis que a vossa ciência se transformasse em adorno e objeto de orgulho! Afixais em vós mesmos a etiqueta de realistas e dais a entender que o mundo é verdadeiramente feito tal qual vos parece (Siqueira, 2003, p. 134).

À essa frase vale acrescentar a de Potter³: “O saber é limitado, mas o combinarei com os conhecimentos e opiniões de outros homens inteligentes, inspirados no sentido ético, e provenientes de várias disciplinas, para ordenar minhas convicções e ações” (1970 apud SIQUEIRA, 2003, p. 135).

É premente, pois, entender que a tecnociência é importante, desde que permaneça no papel de súdito. Corrigida essa inversão, devolveremos o essencial a quem de direito: ao ser único, dependente do nosso trabalho — do nosso cuidado. Então, devolveremos ao sujeito o direito ao seu próprio corpo, explicaremos-lhe o que intenciona saber, as máquinas não nos distanciarão deles; pelo contrário, elas ajudarão com dados precisos de modo a reabilitá-lo com mais rapidez e eficiência. Desse modo, o conhecimento e a habilidade técnico-científicas não cooperarão para a desumanização, “traduzidas” por esquecimento, distanciamento, desprezo, desrespeito e abandono.

³ POTTER, Van Rensselaer. Bioethics: the science of survival. **Perspectives in Biology and Medicine**, Baltimore, v. 14, n. 1, p. 127-153, 1970.

2. 3 Teorizando o Cuidado

A arte do cuidar pode ser vista nas palavras de Boff (1999, p. 92): “O cuidado é mais que um ato singular ou uma virtude ao lado de outras. É um modo de ser, isto é, a forma como a pessoa se estrutura e se realiza no mundo com os outros”. Dependendo de como esse cuidado é vivido e aplicado, o ser humano é construído, ganhando sua identidade e autoconsciência nesta passagem de mão única pela vida.

O trabalho é a aplicação do cuidado. Quanto mais harmonioso, flexível e variável, for o trabalho, mais efetivo será o cuidado. No entanto, para que isso ocorra, profissionais e clientes têm de se conhecer — interação — e, dependendo de como se dá esse processo será a intervenção com a efetividade ou não do cuidado.

Se o Eu não reconhece o Tu do outro — quando o profissional subjuga o cliente, tirando-o da posição de sujeito, tornando-o objeto ou coisa — Isso — para o Eu — aí se dá o desequilíbrio. Boff (1999,) vê isso quando diz que o sujeito não é objeto em si, antes é feito objeto. Por quem? Para ele é “pela razão, quando ela os isola de seu meio, os separa de outros companheiros de existência e os usa para seus interesses” (p. 94).

Sujeitar é dominar, constringendo a um domínio moral, tornando obediente e dependente. É, pois, não conhecer o outro, e tampouco reconhecer-lhe a autonomia, que, por sua vez, é sujeito de sua própria história, pertencente à determinada comunidade e com direitos. Orientá-lo com clareza é uma das maneiras de reconhecê-lo como ser autônomo e torná-lo participante das ações a serem realizadas para ele próprio. A partir disso — segundo

sua cultura, valores, expectativas, necessidades e crenças —, permitir-lhe refletir junto conosco sobre as alternativas. Não seguir esse princípio é coagir — e isso é desumano.

Siqueira (2003, p. 139), falando da medicina biologicista, dá um exemplo do exposto acima, quando a identifica como surda “porque o paciente, não sendo acolhido como sujeito, é impedido de manifestar-se como pessoa” (p. 139). Ele também a identifica como cega porque se limita “a compreender a doença apenas como pobres variáveis biológicas, não enxergando o ser humano como ele verdadeiramente o é”.

Concordamos com esse autor, pois pensamos que o profissional da saúde deve interagir de sujeito para sujeito, abandonando a idéia de ser “semideus”, “dono da verdade única”, o que detém o “poder e entendimento”, suficiente para decidir pelo outro sob seus cuidados. O outro não é “seu” (sentido de posse), antes, é um cliente sob seus cuidados e responsabilidade, temporariamente ou permanentemente, ou seja, até que dure o cuidado.

Nessa ótica humana, o enfermeiro intuirá quando e como intervir, facilitará a tomada de decisão prudente do outro, que acatará ou não as sugestões, dentro do seu grau de dependência.

Daí não sermos enredados absolutamente pela razão analítica que anula ou se dissocia do coração. Acreditamos que a razão instrumental-analítica é necessária, mas não é essencial. Se virmos somente pelo ângulo da primeira correremos o risco de olhar como quem não vê, de ouvir como quem não escuta, de tocar o sujeito como se fosse um objeto. Essa razão poderá mergulhar-nos na objetividade de modo a afastar-nos da realidade do cliente a ponto de poder torná-lo nosso refém, negando-lhe no todo ou em parte sua autonomia.

Porém, quando o cuidado ao *ser* vem pela manifestação de nossas virtudes, a objetividade é sobrepujada e instrumentalizada pelas virtudes para a subjetividade humana.

Desse modo, o nosso trabalho preservará a dignidade do outro sem perdermos a nossa, e como diz Boff (1999, p. 94), ela nos guardará de cair no “afã objetivista e coisificador”. Por isso, reafirmamos que o *ter* é para cuidar do *ser*:

O grande desafio para o ser humano é combinar trabalho com cuidado. Eles não se opõem, mas se compõem. Limitam-se mutuamente e ao mesmo tempo se complementam. Juntos constituem a integralidade da experiência humana, por um lado, ligada à materialidade e, por outro, à espiritualidade. O equívoco consiste em opor uma dimensão à outra e não vê-las como modos-de-ser do único e mesmo humano (BOFF, 1999, p. 97).

Para isso, reforçamos: o aspecto técnico-científico é necessário para complementar o ser, porém não é a base. Ele deve estar combinado com a competência ética — materialidade-subjetividade (espiritualidade) — o que nos leva a sair, com emergência, da ditadura que faz refém, da objetividade pura e despersonalizada (MENDES, 1994). Quando virmos esse cuidado subjetivo, experimentaremos o inverso dos significados de esquecimento, que é: a intimidade, o acolhimento, o respeito, o dar sossego e repouso ao sujeito, afinar-se com ele, responsabilizar-nos por ele, ouvindo como quem escuta, “ouvindo-lhe o coração”:

há algo nos seres humanos que não se encontra nas máquinas [...] o sentimento, a capacidade de emocionar-se, de envolver-se, de afetar e de sentir-se afetado [...] de chorar sobre as desgraças dos outros e de rejubilar-se com a alegria do amigo. Um computador não tem coração [...] Esse modo de ser no mundo, na forma de cuidado, permite ao ser humano viver a experiência fundamental do valor, daquilo que tem importância e definitivamente conta. Não do valor utilitarista, somente para seu uso, mas do valor intrínseco às coisas. A partir desse valor substantivo emerge a dimensão de alteridade, respeito, sacralidade, reciprocidade e de complementaridade. Todos nos sentimos ligados e re-ligados uns aos outros, formando um todo orgânico único, diverso e sempre incluyente. Esse todo remete a um derradeiro Elo que tudo re-liga, sustenta e dinamiza. Irrompe como Valor supremo que em tudo se vela e se re-vela. Esse Valor supremo tem o caráter de Mistério, no sentido de sempre se anunciar e ao mesmo tempo se recolher. Esse Mistério não mete medo, fascina e atrai como Sol. Deixa-se experimentar como um grande Útero acolhedor que nos realiza supremamente. É chamado também Deus (BOFF, 1999, p. 96).

O cuidado impede-nos, pois, de nos tornar desumanos, no sentido comportamental, como visto no início deste trabalho. Assim, devemos resgatar essa visão, abrindo-nos aos sentimentos que nos unem e nos envolvem com o próximo. Será esse momento quando tiraremos nosso cliente do esquecimento, do abandono, fazendo caso dele.

Na fábula de Higino, aquele barro tornado em criatura era algo/alguém por quem o Cuidado se preocupava. Pode-se dizer que ambos se tornaram cúmplices, amarrados pela razão do coração. Porque concordamos com Saint-Exupéry (1964) que é com o coração que se vê corretamente; o essencial é invisível aos olhos. Por conseguinte, “ouvir o coração” — mente, vontade e emoção, mais a consciência — não é pieguice, é ver também com o coração. Se virmos isso não nos manteremos absolutamente envolvidos, cegos, bestificados e anestesiados pelo aspecto técnico-científico.

Mesmo antes de grandes autores como Freud, Platão, Santo Agostinho, Heidegger virem o valor extraordinário do cuidado segundo a razão do coração (BOFF, 1999), já vemos, no Livro dos Livros, na gênese de todas as coisas, esse princípio. Ali diz que o SENHOR Deus formou o homem e lhe soprou nas narinas o fôlego de vida, e o homem passou a ser alma vivente. E plantou um jardim e pôs nele o homem que havia formado. Do solo fez brotar toda sorte de árvores agradáveis à vista e boas para alimento (BÍBLIA, 1980, p. 4).

No trecho acima vê-se claramente esse tipo de cuidado, a partir do amor do Criador por Sua criação. E esse princípio foi transmitido à raça humana quando, embora em forma de figuras, é dado ao homem a incumbência de cultivar e guardar o jardim, indicando que assim como estava sendo cuidado pelo Criador — em amor — do mesmo modo o ser humano deveria cuidar. Portanto, acreditamos que o amor, sob a forma de cuidado é a prática da razão do coração.

Seguramente, quando a mente, vontade e emoção, mais a consciência se unem à intuição (parte do espírito do homem), há a reflexão, e a aplicação da técnica (que é imprescindível) torna-se, por conseguinte, uma decorrência dessa reflexão e do cuidar. Assim, o cuidado é o que sustenta o ser humano por toda a vida.

A sociedade, hoje, parece estar confusa em relação a esse princípio. Quem sabe pela pressão racionalista técnica que vem sofrendo. Ela vem perdendo de vista o humano, abandonando-o. Todavia, parece-nos que se esse quadro não mudar, a sociedade experimentará o amargo de sua própria escolha, porque a natureza “grita” implacavelmente por sua intrinsecidade. Ela terá, pois, de retornar e se dobrar, humildemente, ao simples e verdadeiro cuidado. Desse modo ela resistirá ao cinismo que paira em nosso tempo.

É emergente dar-mo-nos conta disso, de que não é crime ter sentimentos, envolver-se — em seu verdadeiro sentido — mediante o trabalho cuidadoso. Será a cura para o descuido, o descaso, o abandono e desprezo, denunciado nesta pesquisa por tantos.

De modo geral, as instituições se preocupam cada vez menos com o ser humano — como único — e se ocupam cada vez mais com a economia e afins. Muitas delas se utilizam do chavão “cuidado humanizado” para privilegiar classes — atendimento preferencial ou personalizado — à custa da dignidade e da compaixão necessárias à carência da grande maioria, perpetuando, assim, a exclusão. Se assim não fosse, não teríamos de provar o óbvio neste trabalho, que é a questão da “humanização”.

O cuidado somente existirá como resultado de comunhão. Logo, a expressão “cuidado humanizado” — se fosse lógica — fica somente no chavão, como um grito sem eco quando esse princípio não é conservado. Ela se torna uma forma delicada, porém não de todo inocente, de se chamar “desculpa” para se obter maiores rendimentos com menores gastos e

também uma maneira de velar aquilo que nos incomoda, aquilo que percebido ou não desprezamos.

No entanto, quando espontaneamente amamos, no encontro numa relação Eu-Tu, o cuidado vem, tanto para um como para o outro, independente da classe social, idade, cultura, crença ou “cheiro”. Assim, podemos dizer que o amor é a Fonte, e as virtudes — compaixão, misericórdia, apreço, preocupação, atenção e vigilância — são os canais pelos quais esse amor é expresso. Disso provêm o cuidado verdadeiro — expressão verdadeira da nossa humanidade, que alguns vêm, de maneira equivocada, dão o nome de “humanização”.

Na comunhão há troca, onde um sujeito é mergulhado no outro, resultando numa “única cor”, porém mantendo cada um a sua individualidade. Logo, o cuidado é uma economia desenvolvida a partir do amor pela comunhão. Acredito que esse processo não é novo, antes ele foi planejado quando o tempo ainda não era, como parte do propósito eterno do Criador — Deus — cuja natureza é amor.

No reconhecimento e acolhimento do Tu, a competição é substituída pela cooperação e construção de realidades. Quando, então, passamos a ver que não somos auto-suficientes, e, portanto, necessitamos uns dos outros, saindo do individualismo para o coletivo — como um corpo, que embora tenha seus muitos membros, é um só —, resultando numa edificação.

Mediante tal visão nos manteremos seguros, protegidos, supridos, e isso de modo corporativo. Seremos uma sociedade inclusiva, humana, e sem medo de dizer, felizes. Portanto, na falta do amor, não há construção, tampouco edificação — e isso, no coletivo, destrói o social.

Pelo amor somos seres sociais, e nesse amor régio somos levado a reconhecer o realismo das coisas, a aceitar os limites das coisas e do outro. Nele trabalhamos encabeçados pelo coração, no respeito, juntos e solidários uns com os outros, numa mesma caminhada pela vida, cuja mão é única. Mais uma vez: essa é a verdadeira humanização! Neste caso, tiramos o termos das aspas.

Esse é o caminho para nós profissionais praticarmos o verdadeiro cuidado. É também o caminho do futuro, daí a necessidade do processo coletivo de educação, onde o saber será uma mescla das trocas de experiência, de histórias de vida, mais a prática do coração e do técnico-científico. Assim, o conhecimento será a soma das experiências do antes e do hoje preservando um ambiente harmoniosamente dinâmico. Tomando esse caminho, nós nos permitiremos tentar coisas novas, desconstruindo para reconstruir.

Por conseguinte, o cuidado é individualizado, uma vez que cada um de nós tem sua própria dinâmica. Portanto, para saber como cuidar temos de escutar, observar e identificar as mudanças. O texto de Peplau (1952) diz que a profissão enfermagem é a interação entre dois ou mais indivíduos com uma meta comum, o que incentiva o processo terapêutico, no qual o profissional e seu cliente se respeitam como seres individuais, a partir do que aprendem, crescem e amadurecem. Nessa colaboração mútua, compartilham metas comuns até a resolução do agravo.

Trabalhar dessa forma é cuidar, livre de dominação. Concordo com a cultura asteca quando diz que o ser humano é dono de um rosto e de um coração, portanto perfeitamente identificável e distinto um do outro, o que lhe confere a capacidade de se expressar em seus sentimentos de acolhimento, ternura, confiança, medo, e principalmente caráter.

Na corrida ao desenvolvimento tecnológico surge uma sociedade sem alma, cujos sentimentos e criatividade vão sendo ofuscados pelo *ter* capitalista, tornando o ser humano uma simples força de trabalho muscular ou intelectual. É a desumanização da e na sociedade industrial, quando o ser humano vai deixando de ser dono de um rosto e de um coração.

Se nós, profissionais de enfermagem, apercebermo-nos disso, sendo cada um despertado para voltar à subjetividade, espiritualidade e para as relações de cooperação — não aceitando a relação sujeito-objeto, respeitando direitos e autonomia, dignificando a humanidade do outro e principalmente a nossa, como convém ao ser humano — talvez consigamos influenciar as instituições.

No canto há a consoante, com a função de articulante, e a vogal, com o papel principal de soar. Em figura, o aspecto técnico-científico (desenvolvimento tecnológico) é a “consoante” — articulante; portanto, indispensável, porque “dá pernas à atitude”. Mas não é dele o papel principal, antes esse é dado à relação Eu-Tu, sujeito-sujeito — a nossa “vogal”. Ambos, conjuntamente, produzem um “som” harmonioso.

Nesse cuidado dinâmico, o descuido, descaso, desprezo — desumanização — é um obstáculo e um desafio a esse processo. Daí o alerta, primeiro para nós mesmos, depois para o leitor, que não sejamos entorpecidos e embrutecidos pelo processo de desumanização, quando então tudo é possível, até o impossível, que para Ferreira (1986) é a bestialização. Como diz Rios (2003, p. 7):

Esse é o grande desafio: criar uma nova cultura de funcionamento institucional e de relacionamentos entre as pessoas envolvidas na produção da saúde, que tenha como horizonte não apenas a cura ou o alívio da dor, mas o olhar que revela da vida a sua beleza humana.

3 OBJETIVO

Em nossa pesquisa buscamos compreender o significado das palavras humano e cuidar, bem como o significado dos termos correlatos: ser, ser humano, humano, humanidade, humanizar, humanização, desumano, desumanização, e, por fim, cuidado. A partir disso, tentar identificar as implicações dessas palavras na relação Eu-Tu no trabalho do enfermeiro(a).

4 APRESENTAÇÃO DO MÉTODO¹

Como dito na introdução deste trabalho, a monografia, de modo geral, é resultado de preocupações que emergem a partir de princípios, crenças e valores que nos são inculcados.

Em nossa pesquisa, a preocupação emergiu de observações quanto ao uso freqüente da expressão “cuidado humanizado” por parte dos profissionais de enfermagem, sem, contudo, parecer vivê-la, dentro do que lhes parecia ser essa expressão. O que se viu foi descuido, descaso — desumanização para com o cliente. Assim, buscamos saber se compreendiam o significado das palavras humano e cuidar, bem como o significado dos termos correlatos: ser, ser humano, humano, humanidade, humanizar, humanização, desumano, desumanização, e, por fim, cuidado, tentando identificar as implicações dessas palavras com a relação Eu-Tu no trabalho da enfermeira(o).

Para melhor apreensão do tema, formulamos perguntas simples — aparentemente óbvias — compreensíveis ou perceptíveis pela intuição — porque, assim como Santos (1998, p. 6) concordamos que “é necessário voltar às coisas simples, à capacidade de formular perguntas simples, perguntas que [...] só uma criança pode fazer mas que, depois de feitas, são capazes de trazer uma nova luz à nossa perplexidade”.

Preocupamo-nos também quanto ao valor deste trabalho para a sociedade. Santos (1998), citando Rousseau, diz que a este foi perguntado se o progresso das ciências e das artes

¹ O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP da UNIFESP/HSP em 9 de janeiro de 2004, recebendo o número CEP: 1600/03.

poderia contribuir para purificar ou corromper os costumes. Santos (1998, p. 7) descreve do seguinte modo:

“Trata-se de uma pergunta elementar, ao mesmo tempo profunda e fácil de entender [...] Rousseau fez as seguintes perguntas não menos elementares: há alguma relação entre a ciência e a virtude? Há alguma razão de peso para substituímos o conhecimento vulgar que temos da natureza e da vida e que partilhamos com os homens e mulheres da nossa sociedade pelo conhecimento científico [...] contribuirá a ciência para diminuir o fosso crescente na nossa sociedade entre o que se é e o que se aparenta ser, o saber dizer e o saber fazer, entre a teoria e a prática?”.

Essa é a nossa preocupação! Queremos que o produzido neste trabalho dê sentido às nossas práticas, enriqueça-nos de modo que cada um tenha a visão de si próprio como valor único e assim retornemos a um serviço em mutualidade, tornando-nos felizes. Nesse cunho de responsabilidade, iniciamos nossa pesquisa.

O percurso metodológico baseou-se na pesquisa qualitativa, pelo método da história oral — historiografia — , mediante as técnicas de entrevista com roteiro semi-estruturado (ANEXO-2). Para analisar os significados, visando compreendê-los no campo da linguagem, optamos pela interpretação de um texto escrito (fala das entrevistadas), utilizando, assim, a hermenêutica.

Optamos pela pesquisa qualitativa, porque, assim como Minayo (1994), a acreditamos ser ela de natureza estritamente subjetiva, sendo, pois, “o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade” (p. 22), capazes “de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes *aos atos, às relações, e às estruturas sociais*, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (p.10). Nessa ótica, conseguimos vislumbrar o estudo da expressão “humanização do cuidado”, uma vez que é impossível sintetizar esta em dados estatísticos.

Para o método da história oral tomamos Thompson (2002, p. 20) como referencial, porque concordamos que “toda história [transmitida de uma geração a outra pela tradição oral ou pela escrita] depende, basicamente, de sua finalidade social”. Esse autor diz que a história social pode ser, por vezes, obscura, ora sendo palco de conhecer por conhecer, sem se envolver, ora utilizada para “justificar a guerra e a dominação, a conquista territorial, a revolução [...] domínio de uma classe ou raça por outra” (p. 20).

Deixando os extremos, é notório que a história conta história, e a partir dela a pessoa tem a oportunidade de conhecer, compreender e reformular, quem sabe até, a própria vida. Por isso Thompson (2002, p. 22) diz

que a história oral não é necessariamente um instrumento de mudança; isso depende do espírito com que seja utilizada. No entanto, a história oral pode certamente ser um meio de transformar tanto o conteúdo quanto a finalidade da história. Pode ser utilizada para alterar o enfoque da própria história e revelar novos campos de investigação; pode derrubar barreiras que existam entre professores e alunos, entre gerações, entre instituições educacionais e o mundo exterior, e na produção da história — seja em livros, museus, rádio ou cinema — pode devolver às pessoas que fizeram e vivenciaram a história um lugar fundamental, mediante suas próprias palavras.

É a história oral que nos dá a noção mais próxima da realidade complexa e multifacetada, quando, então, Thompson (2002, p. 26) diz

que as testemunhas podem, agora, ser convocadas também de entre as classes subalternas, os desprivilegiados e os derrotados. Isso proporciona uma reconstrução mais realista e mais imparcial do passado, uma contestação ao relato tido como verdadeiro. Ao fazê-lo, a história oral tem um compromisso radical em favor da mensagem social da história como um todo”.

Logo, a história oral poderá ser a abertura para transformações. A eficácia desse método está, geralmente, no historiador, que deve conter um conjunto de habilidades, dentre as quais alguma compreensão das relações humanas, e a pesquisa de campo coopera com ele nesse processo, uma vez que lhe dá a vantagem de compartilhar experiências em nível humano (THOMPSON, 2002, p. 33).

A natureza da entrevista implica ruptura da fronteira entre a instituição educacional e o mundo, e entre o profissional e o público comum. Pois o historiador vem para a entrevista para aprender: sentar-se ao pé de outros que, por provirem de uma classe social diferente, ou por serem menos instruídos, ou mais velhos, sabem mais a respeito de alguma coisa. A reconstrução da história torna-se, ela mesma, um processo de colaboração muito mais amplo, em que não-profissionais devem desempenhar papel crucial. Ao atribuir um lugar central, em seus textos e apresentações, há pessoas de toda espécie, a história se beneficia enormemente. E também se beneficiam, de maneira especial, as pessoas idosas [...] muitas vezes ignoradas, e fragilizadas economicamente, podem adquirir dignidade e sentido de finalidade ao rememorarem a própria vida e fornecerem informações valiosas a uma geração mais jovem.

Por fim, Thompson (2002) diz que o uso da expressão “história oral” é tão novo quanto o gravador, porém a história oral é tão antiga quanto a própria história e “pode devolver às pessoas que fizeram e vivenciaram a história um lugar fundamental, mediante suas próprias palavras”. Assim como ele, concordamos que “toda fonte histórica derivada da percepção humana é subjetiva, mas apenas a fonte oral permite-nos desafiar essa subjetividade: descolar as camadas de memória, cavar fundo em suas sombras, na expectativa de atingir a verdade oculta” (p. 197). Também que, a história oral como o método dá voz à memória de sujeitos, anônimos ou não, e pela singularidade de seus depoimentos constroem e preservam a memória coletiva (BRÊTAS, 1999).

Thompson (2002):

“O uso da voz humana, viva, pessoal, peculiar, faz o passado surgir no presente [...] elas insuflam vida na história [...] uma das contribuições sociais essenciais que pode ser dada pelo historiador oral, quer em projetos, quer introduzindo citações diretas na história escrita, é ajudar a fazer com que as pessoas comuns confiem em sua própria fala” (p. 41-42)

“A história não deve apenas confortar, deve apresentar um desafio, e uma compreensão que ajude no sentido da mudança [...] mudar o mundo” (p. 43)

Por fim, para Meihy (2002, p. 13), a história oral, prática nova, “consiste em gravações premeditadas de narrativas pessoais, feitas diretamente de pessoa a pessoa, em fitas ou vídeo. Tudo prescrito pela existência de um projeto”. Concordamos com ele quando diz que a história oral “é sempre uma história do tempo presente e também reconhecida como história viva”.

Para a hermenêutica:

linguagem e significado estão relacionados simbioticamente. Dependemos da linguagem para significar nossos atos, dar sentido à nossa existência; é a linguagem que estabelece o domínio da interpretação. O significado resulta de um ato interpretativo, em busca da compreensão desde que se considere que o próprio processo de busca cria e recria algo novo pelo intérprete (MACEDO, 2000).

E:

Como seres humanos, estamos sempre envolvidos em gerar um sentido para nossa vida, e fazemos isso interpretando a nós mesmos e ao mundo a nossa volta, dentro do nosso sistema de linguagem e dos campos de sentido em que vivemos. Daí a importância da linguagem, uma vez que sentido, compreensão e entendimento só podem se dar no campo definido por ela (GRANDESSO, 2000).

Desse modo, os seres humanos são geradores de significados e seu mundo é construído no intercâmbio entre as pessoas por meio da linguagem e, dessa forma, os significados podem ser compreendidos como um discurso decorrente do diálogo. Significado e linguagem estão numa relação simbiótica. Logo, o significado não pode ser atribuído nem ao intérprete tampouco ao interpretado, mas ao resultado dessa intervenção.

Outrossim, cremos que a hermenêutica atendeu às nossas convicções teórico-conceituais e expectativas, uma vez que nos permitiu considerar científica uma investigação que não pode ser traduzida em números e variáveis, tampouco ser sintetizada em dados

estatísticos, abraçando, assim, os aspectos subjetivos que podem cooperar para construções humanas significativas (MINAYO, 1994).

Para tanto, segue abaixo alguns trechos de Minayo (1994) que reforçam o pensamento acima:

somente na medida em que descobre as razões que fazem aparecer tal como é um depoimento de determinado locutor, o analista pode apreender o que o sujeito quis dizer, isto é, a significação da fala (MINAYO, 1994, p.223).

Essa autora cita Habermas (1987, 94), que diz: “Compreender uma manifestação simbólica significa saber sob que condições sua pretensão de validade poderia ser aceita”, quando “uma pretensão da validade contém a afirmação de que algo é digno de ser reconhecido” (MINAYO, 1994, p.223).

A hermenêutica busca, pois, compreender:

o texto nele mesmo “entender-se na coisa”. Ela se distingue do saber técnico que quer fazer da compreensão um conjunto de regras disciplinadoras do discurso. Ela se apoia na reflexão histórica que concebe o intérprete e seu objeto como momentos do mesmo contexto. Esse contexto objetivo se apresenta como tradição, entendida o que como uma linguagem transmitida na qual vivemos (MINAYO, 1994, p.223).

Para analisar os dados nos ancoramos teoricamente na hermenêutica, palavra vinda do verbo ‘hermenêuein’ (interpretar), sendo, pois, a ciência ou metodologia da interpretação, especialmente de um texto escrito.

4. 1 Percurso Metodológico

O estudo foi realizado em um hospital de grande porte de São Paulo, destinado ao ensino na área da saúde.

Para desvelar o estudo, optamos por entrevistar enfermeiros e auxiliares de enfermagem, trabalhadores desse hospital há pelo menos 7 meses. Assim, fizeram parte do estudo 7 (sete) pessoas: 4 enfermeiros e 3 auxiliares de enfermagem, que concordaram livremente em participar deste estudo, após terem conhecido os objetivos, método e forma de divulgação deste trabalho. Elas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO-1), atendendo aos preceitos éticos inerentes à estudos dessa natureza.

A escolha do número de sujeitos ancorou-se em Thiollent (1980) quando menciona que essa definição não é amostral (estatística), e, sim, pautada na especificidade e qualidade da narrativa, que somente é avaliada após a ausculta atenta do narrador.

O número de entrevistas foi definido durante o processo de coleta de dados, pela técnica da “bola de neve”, na qual definimos o primeiro sujeito que indicou o segundo e este o terceiro e assim sucessivamente. Dessa forma, o universo exclusivamente feminino foi coincidência.

Aos(às) depoentes foi conferido(a) a posição de narrador(a), pois o que nos interessava era deixar fluir o pensamento e, com isso, a sua experiência, auxiliando na construção do tema.

Para operacionalizar a coleta de dados por meio das entrevistas, respaldamo-nos em Thiollent (1980) e Queiroz (1988). Em Thiollent (1980, p. 32):

os questionários e entrevistas são considerados como técnicas de observação direta pelo fato de estabelecerem um contato efetivo com as pessoas implicadas no problema investigado [...] trata-se de um questionamento que consiste em submeter grupos de indivíduos a séries de questões para obter respostas formuladas numa

situação de comunicação artificial que é criada pela presença de investigadores [com] intervenção ativa por parte das pessoas investigadas {...} as perguntas que compõem a intervenção de questionamento são indicações de seleção das mensagens julgadas relevantes em função dos objetivos da pesquisa”.

As perguntas têm de estar o mais fiel ao tema para evitar distorções, porém não necessariamente devem seguir a ordem do questionário, daí ser uma entrevista com roteiro semi-estruturado (perguntas abertas).

No tocante à entrevista, como instrumento dessa coleta, ela é uma conversa entre informante e pesquisador(a), sendo o tema escolhido por este(a), de acordo com seu trabalho. Pela entrevista, o pesquisador intenta alcançar o objetivo de sua pesquisa; o narrador, por sua vez, visa falar, buscando, assim, valorizar seus sentimentos, mesmo que isso fira a necessidade do pesquisador. Todavia, cabe ao pesquisador impor a direção da conversa, ficando, pois, de bom tamanho se ele sabiamente conduzir o narrador à linha de pesquisa de seu trabalho (QUEIROZ, 1988). Pela entrevista nos pode ser revelado princípios, valores e crenças bem como as representações de determinados grupos.

Esse instrumento levou-nos a alcançar, satisfatoriamente, os(as) entrevistados(as), praticamente sem causar constrangimento neles frente ao gravador ligado. Também foram poucas as evasivas ao tema, aproveitando-se, assim, a maior parte do conteúdo das falas.

Para tanto, preparamos um roteiro de perguntas semi-estruturado, em parte no papel em parte na memória, buscando garimpar o de mais precioso para o trabalho. Todas as entrevistas — cada uma a seu tempo — esgotaram-se num só momento pelo fato de o(a) pesquisador(a) se dar por satisfeito com uma única, alcançando nela o tema anelado (QUEIROZ, 1988).

Pós gravação das entrevistas, elas foram transcritas e mantidas o mais próximo ao registro, buscando evitar, desse modo, a intervenção da pesquisadora e a ocorrência de cortes

que prejudicariam o conhecimento integral do dado escolhido. Porém, ocorreram cortes em função do recorte no tema (QUEIROZ, 1988).

Após leitura exaustiva e flutuante do material empírico obtido nas entrevistas, iniciamos a análise dos dados.

Emergiram cinco grandes temas, a saber: ser humano, humanização, desumanização, ser e ter, cuidado.

Na perspectiva de hermenêutica, esses temas foram trabalhados pela pesquisadora que buscou no diálogo entre o material empírico e o teórico compreender o significado da realidade vivida e (re)contada pelos sujeitos do estudo, permitindo a compreensão simbólica da temática em pauta.

5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados será apresentada em forma de subtítulos, expressões dos significados da ação comunicativa na fala dos sujeitos. São eles:

5. 1 Ser, Ser Humano, Humano, Humanizar, Humanidade

Para compreender o significado do humano e do cuidado e da expressão “cuidado humanizado”, identificando as implicações desses termos na relação inter-humana do profissional de enfermagem com seu cliente, começamos as entrevistas pelo significado de ser humano, humano, humanizar e humanidade. Obtivemos respostas que, em sua maioria, confirmaram as indagações levantadas nesta dissertação:

D.: Eu acho que é um privilégio (virtude humana), porque não são todas as pessoas, não é? O homem é um ser humano (pessoa-bio), mas saber se realmente ele é humano (virtude), entendeu? Então eu acho assim: acho que ser humano são pessoas que nasceram para ter raciocínio, para ter amor, para dar amor uns para os outros, para entender, para cuidar. Para mim, isso é ser humano. É diferente do animal. É racional, é só isso.

Percebe-se aqui uma inferência aos termos humanidade e humano — como virtudes — “privilégio, porque não são todas as pessoas” e “mas saber se realmente ele é humano”. Também no final da fala, quando a entrevistada cita características ou virtudes humanas, também chamadas de humanidade “Então eu acho assim: acho que ser humano são pessoas que nasceram para ter raciocínio, para ter amor, para dar amor uns para os outros,

para entender, para cuidar. Para mim, isso é ser humano. É diferente do animal. É racional, é só isso”. Ela também infere o ser humano como pessoa “O homem é um ser humano” e “ser humano são pessoas”. Notamos, então, que para a entrevistada esses termos se mesclam, dando a entender que falando de um se está falando de outro.

Isso pode ser comprovado nas definições de Ferreira (1986) e Abbagnano (2003), apontadas na introdução deste trabalho. Para Ferreira (1986, p. 908), humano é “relativo ao homem: natureza humana; gênero humano, bondoso, humanitário”, que tem o mesmo sentido de humanidade, que incluiu: “benevolência, clemência, compaixão”. Abbagnano (2003) relaciona humano à humanidade como discutido até então.

De acordo com Ferreira (1986, p. 197), **ser** significa constituir-se em, ligar o atributo (atributo: aquilo que é próprio de um ser) ao sujeito, ter por dono, ser próprio, indicando que somente pelo fato de existir, nós somos constituídos (donos) seres humanos. Ou seja, a essência humana é ou existe.

Abbagnano (2003), distingue os dois usos fundamentais do termo ser: o predicativo, que na doutrina da inerência — com o qual concordamos — significa pertencer ou inerir. Assim, quando digo: “Fulano é homem”, significa que Fulano inere (pertence) à essência homem; e o uso existencial — exemplo: “a menina é (existe)”. Logo, “a essência e a existência constituem uma substância, um existente” (VAILOTT, 1975, p. 296).

Essa não distinção, percebida na narrativa acima é, portanto, compreensível, porque os termos: ser, humano, e a expressão ser humano se co-inerem; ou seja, eles se pertencem, um habitando no outro, não havendo, pois, como dissociá-los. E a humanidade — virtudes — é a expressão desse ser.

Desse modo, na frase: “Para ter amor, para dar amor uns para os outros, para entender, para cuidar. Para mim, isso é ser humano” está implícito a humanidade do ser — e

esta traz consigo os sentimentos, expressos aqui pelo amor, cujo resultado é a compreensão (entender) e o cuidado (cuidar).

Logo, quando amamos, entendemos, e quando entendemos sabemos cuidar. Em outras palavras, se entendemos o cuidado é porque compreendemos o ser humano. Daí, mais uma vez: por que da expressão “cuidado humanizado” ou “humanização”? Será que não estamos nos compreendendo mutuamente? Se é o caso, que tem levado a isso? Digo “tem levado”, porque é e está deixando de ser, quiçá.

Fica evidente também que a expressão prática da humanidade se dá na relação Eu-Tu, onde um ser não é uma coisa ou objeto para o outro; antes, tanto um como o outro são o centro, e os meios são para eles. Concordo com Buber (2004) que ao afastar-nos dessa relação encaramo-nos como coisa, distanciando-se um Tu do outro.

Quando Abbagnano (2003) cita Kant⁴ (1986), ele diz este vê a mutualidade quando diz para tratarmos a humanidade (*Menschheit*) tanto em nossa pessoa “quanto na pessoa de qualquer outro, sempre também como fim, nunca somente como meio” (p. 518). Logo, o alvo é o ser humano.

Buber (2004) diz que a relação Eu-Tu é o berço da vida e toda vida atual é encontro. Está aqui o segredo para o respeito e para uma postura intensamente humana!

Nesta narrativa “L.: é isto: dar ajuda a alguém” temos a imbricagem entre humanidade e humano. Nas falas abaixo temos a distinção dos termos humano e ser humano:

I.: Ser humano eu entendo como sendo as pessoas, a pessoa, né. Agora, quando a gente fala humano, uma coisa mais humana sempre tem a ver um pouquinho mais com sentimento também. Assim que eu vejo: uma coisa mais humana tem de dar mais atenção para o sentimento. Agora, para mim, o termo ser humano se refere a uma pessoa, física.

R.: É um projeto maravilhoso que Deus fez. Ele é um projetista maravilhoso. Porque eu acredito que fomos criados por um Deus. Então, a máquina humana é maravilhosa. No caso da entrevista, você não está entrevistando a máquina, mas a força que aquela máquina tem interiormente. É aí que eu digo que a gente é frágil.

⁴ KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Lisboa: Edições 70, 1986.

Na frase “D.: São as pessoas em geral, um conjunto de seres humanos” encontramos para a palavra humanidade o significado de conjunto de seres humanos — “espécie humana como entidade biológica” (ABBAGNANO, 2003, p. 518).

A seguir, há a mescla dos termos ser humano e humanidade, quando a entrevistada diz: “B.: Ser humano é, além de você se enxergar como pessoa, enxergar o outro como pessoa também. Muitas vezes, você tem de abrir mão de suas coisas pelos outros...”. Aqui a entrevistada consegue enxergar a si mesma como ao outro ser humano, apercebendo-se da sua humanidade. Ela também denuncia o desumano, quando diz: “E muitas vezes a gente não faz. Na enfermagem a gente vê muito pouco isso”.

Na narrativa seguinte vemos, mais uma vez, a mescla de humano com humanidade. Aqui preferi denominar cada uma das frases para evidenciar os termos:

R: Ele é uma criatura [ser-sujeito], tão frágil [...] É algo, um homem [sujeito], uma humanidade no homem [mostrando o ser humano mesclado às suas virtudes], não importa quem seja essa pessoa [sujeito], posição social, idade. Evidente que as pessoas (sujeito) têm caráter (características próprias), personalidade diferentes, mas no fundo [...] somos (sujeito) todos iguais [...] Então acho que ser humano (sujeito) veio do pó, em pó se transformará (sujeito). Então entre essa fase veio e será ele tem de viver o melhor possível [...] me vejo como uma profissional (sujeito), [...] quem vai atender o paciente [exercício da humanidade para com o outro — mutualidade].

A seguir: “D.: Seria assim, o lado humano? Eu acho que seria lado de amar, respeitar, ter consideração, de cuidar bem das pessoas. Eu acho que isso é humano — poder entender, compreender” e “L.: Que eles dêem mais atenção, que tenham mais cuidado com o que fazem”, trata-se das virtudes [humanidade] do ser humano: amar, respeitar considerar, cuidar bem, entender, compreender, atender.

Ser humano é requisito suficiente para expressão da humanidade. O problema decorre da saída desse curso natural. Vemos isso na entrevista abaixo que, para falar desse curso natural da humanidade, a narradora expõe a desumanidade:

C.: É o que sempre falo: “Você tem de tratar ele como você gostaria de ser tratado. Fique na posição do paciente. Você não gostaria de receber um banho de água fria”. Então, se você não desperta isso no funcionário, ele vai fazer de qualquer jeito. Quando não, se age assim, a paciente diz: “Como ele é atencioso”. Então a gente diz para o funcionário: “Você ganhou uma fã, fulano, porque é a única pessoa que ela elogiou nessa unidade, porque o resto” [seria o caso de a maioria estar assim, daí o termo o resto?] O funcionário ficou até sem graça: “Estou te dizendo isso (para o funcionário) como um elogio, não como crítica”. O paciente percebe a diferença [...] dizem que há diferença entre os turnos, um cuidando com indiferença, outros, com cuidado.

O início desse discurso deixa evidente que para buscar despertar a consciência do profissional da enfermagem quanto à desumanização há a necessidade de despertá-lo; daí a frase: “É o que sempre falo”. Num processo natural, onde prevalece a relação Eu-Tu, não há obrigação ou imposição, tampouco a necessidade de sermos avisados ou despertados: “Você tem de tratar ele como você gostaria de ser tratado. Fique na posição do paciente”; afinal, tratar a humanidade do outro como trato a minha é a expressão natural da humanidade do ser (KANT⁵, 1986 apud ABBAGNANO, 2003). Donde, se não atuo como humano, estou sendo desumano, e preciso ser trazido de volta ao que sou, essencialmente. Penso que esteja aí a confusão na enfermagem. Temos de perceber e ter a coragem de admitir que humanizar nada mais é que voltar à palavra-princípio Eu-Tu.

O ser humano caminha para o esquecimento daquilo que lhe é mais característico: a sua humanidade, indo para outro termo: a desumanidade, tornando-se paulatinamente “ferino, bestial, desnaturado, cruel” (FERREIRA, 1986, p. 578).

Por exemplo, quando a entrevistada diz: “Você não gostaria de receber um banho de água fria” ou “ele vai fazer de qualquer jeito”, podemos dizer que o funcionário “está entorpecido” para o princípio da humanidade, proferindo a palavra-princípio Eu-Isso, ficando, portanto, vulnerável ao processo de desumanização, e a entrevistada busca despertá-lo.

A seguir apresentamos alguns trechos sobre humanizar, buscando discutir com as falas:

⁵ KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Lisboa: Edições 70, 1986.

D.: Humanizar as pessoas, no caso? Seria tratar as pessoas como seres humanos? Humanizar seria formar um...não encontro palavras, mas seria mudar os conceitos das pessoas, esclarecer para as pessoas o que é tratar o ser humano com humanização. Para mim humanizar seria isso. Tratar as pessoas como seres humanos. Será que é, ou não?

Encontramos aqui uma fala rica e vasta. Quando diz: “Humanizar as pessoas, no caso? Seria tratar as pessoas como seres humanos?” percebe-se dúvida quanto ao termo. Completando isso temos: “Humanizar seria formar um...não encontro palavras”. Se o curso natural nos dita que somos seres humanos, que em nós há uma natureza expressa em nossa humanidade, por que, então, da dúvida? Inferimos, pois, que humanizar é algo tão óbvio, tão intrínseco ao ser humano e imbricada em seus termos correlatos que, ter de definir essa palavra faz com que nos percamos na resposta, levando-nos a pensar que a resposta deva ser mais complexa do que realmente é, e especialmente sentimos. Não nos perdemos na resposta quando damos ouvidos à voz do coração, deixando-nos levar pela intuição. Daí, cremos nós, a confusão e meias verdades em torno desse termo.

Que é humanizar, senão a prática do humano — do ser? o que se pode conferir quando Ferreira (1986, p. 908) diz: “Tornar humano; dar condição humana a, humanar, tornar benévolo, afável, tratável, fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar; amansar, tornar-se humano”. Em outras palavras, quando ouvimos a intuição, como humanos que somos, é manifestado que o que realizamos é humano — isso é, espontaneamente, humanizar.

Desse modo, “seria mudar o conceitos das pessoas, esclarecer para as pessoas o que é tratar o ser humano com humanização” poderia ser evitado, porque essa frase sugere que as bases, hoje, não são as humanas, daí ter de esclarecer, conduzindo as pessoas de volta ao princípio de ser. É o que estamos tentando fazer nesta dissertação.

Também, no final desta frase percebemos insegurança quanto à intrinsecidade da natureza humana, mais uma vez: “Para mim humanizar seria isso. Tratar as pessoas como

seres humanos. Será que é, ou não?” Mas voltamos ao início dela, quando a entrevistada espontaneamente diz: “Para mim”, seguindo “humanizar seria isso” notamos segurança, Por conseguinte, inferimos que a espontaneidade leva-nos a ser o que somos e nos complicamos quando paramos para pensar ou achar sem antes intuir. Nesse caso, saímos do curso natural.

Na entrevista abaixo lemos:

R.: Humanizar é, por exemplo [...] uma vez tratei bem o paciente [não que eu não trate bem o paciente], fui conversar com ele, que estava com dor e saber realmente que ele tinha, que dor que era, intensidade; enfim, investigar a dor dele [aqui há um exemplo de espontaneidade que traz consigo a expressão da humanidade]. Aí, certa pessoa me viu conversando com esse paciente [...] essa pessoa me disse: “Você não tem de fazer assim com o paciente, pegar no colo. Que é isso?” A pessoa quis dizer que eu estava mimando o paciente. Eu pensei, falei: “Poxa, não estou mimando o paciente. Estou conversando com ele. Tenho de conversar com o paciente. Tenho de saber o que ele tem. Isso para mim é humanizar. É conversar. O paciente, às vezes, se sente só, solitário. Que acontece? Se você chegar para conversar com ele, aquele que é muito velho de casa critica você com o olhar. Porque você tem de tratar: “Aqui é o auxiliar, aqui é o paciente” [nesse momento mostrando distância].

Mais uma vez escrevemos: humanizar é a prática do humano — do ser —, quando dá condição humana a, é benévolo, afável, tratável, tem hábitos sociais polidos, é civilizado. Desse modo, conversar a fim de investigar o que o cliente tem é devido

Questionamos também: qual é o problema em mimar, uma vez que um dos significados desse verbo “amimar” é tratar com carinho, cativar com amabilidades, fazer festa? (FERREIRA, 1986, p. 106). E carinho também significa fazer feliz.

Conversar, amimar, fazer feliz, são necessidades pertinentes à nossa natureza, em reciprocidade. Necessitamos dar carinho (tornar o outro feliz) bem como receber carinho (ser feliz). Logo, isso deve ser também parte da relação profissional enfermagem-cliente.

A não clareza dos termos: humano, ser humano, humanizar leva, por um lado, a alguns a se confundirem ou serem confundidos quanto às atitudes e procedimentos; por outro, há quem se utilize disso para camuflar suas atitudes, e assim ter desculpas para a desumanização.

Na entrevista abaixo percebe-se a naturalidade dos termos. Preferimos analisar as frases e ao final do trecho fazer um resumo.

I.: Eu entendo que é você fazer as coisas, não só por fazer, mas saber o que está fazendo, respeitar [princípio da dignidade humana] a quem você está fazendo coisas. Então tem sempre um lado de sentimento (expressão da humanidade), mais além, ir além. Tem de ver [...] tudo [...] o nosso paciente. Se eu vou falar de humanizar a assistência que eu vou prestar para o meu paciente então vou falar que tenho de ver meu paciente de forma holística, [sugere-nos ir além da técnica ou do *bio* e vê-lo biopsicossocioespiritual] pensar nele, na família, nos sentimentos dele, no que ele espera (confirmando que na relação Eu-Tu somos vistos em nossa totalidade biopsicossocioespiritual, e isso é o que a entrevistada chama de humanizar a assistência, sugerindo-nos, que isso não ocorre em via de regra), tenho de incluí-lo no cuidado [neste caso, ela nos faz duvidar dos cuidados prestados pelos profissionais aqui apontados] que humanizar é falar de gente, como ser humano [outra vez, que esse tipo de cuidado, próprio do ser não é comum] vale para ele como para a família. Tem mais gente atrás dele. Na humanização da assistência você tem de incluir paciente e família.

Na relação Eu-Tu, quando somos vistos em nossa totalidade, não fazemos por fazer ou sem saber; antes, respeitamos, tanto a nós como ao que também está recebendo cuidados. Por isso, pensamos que “ir além” da narradora implica esse processo, onde o cuidado técnico se torna o meio para alcançar o fim: o ser humano. É isso que nos sugere o “humanizar a assistência” da entrevistada, que, por sua vez, expressa a não prática do humano quando diz: “Se eu vou falar de humanizar a assistência” ou que humanizar a assistência é incluí-lo no cuidado.

A seguir, temos um trecho com muita riqueza de detalhes oriundos da mescla de termos, o que nos fez tomar a liberdade de dedicar mais linhas a ele. Nós perguntamos à entrevistada: “Para você, que é um cuidado gerontológico humanizado?”

F.: Acredito que um trabalho humanizado é...[buscando a expressão na memória]...vou dar aquela velha definição “cuidar do paciente biopsicossocial” [...] e não só, o paciente tem outras necessidades além dessas. Muitas vezes é importante para ele que se converse com ele, que você fale o nome dele. Quando você chega na enfermaria que você pegue na mão dele. Às vezes, ele precisa disso. Tá incluso no biopsicossocial? [perguntando a si própria em voz alta] eu acredito que sim, eu acho que isso é humanizar [respondendo em voz alta à própria pergunta]. Eu cuido do, esse aperto de mão que eu digo afeta tanto no *bio* como no *psico*, no *social* nem tanto. Os pacientes se sentem confortados. Sabem que tem alguém do lado deles,

que não é só: “Oi, boa tarde, eu sou F. Estou aqui como enfermeira responsável do período da tarde. Qualquer problema me chame”, e vira as costas e vai embora. Bom, eu acredito que esse é o trabalho humanizado. Você perceber determinadas necessidades do indivíduo para além desse biopsicossocial que a OMS preconiza. Os pacientes têm muitas necessidades além dessas.

Essa entrevista foi realizada com uma profissional especializada em gerontologia, quando o alvo da dissertação ainda era o cuidado ao cliente idoso. Fizemos questão de apontar esse dado, porque quando lhe perguntamos sobre o que seria um cuidado humanizado gerontológico, especificamente, ela nos respondeu de modo genérico, transparecendo-nos ser a necessidade dela definir o cuidado de modo geral: “Bom, o que eu acredito que seja um trabalho humanizado é... [buscando a expressão na memória] vou dar aquela velha definição: “cuidar do paciente biopsicossocial”.

Notamos que a narradora teve de buscar a expressão na memória — percebido pela careta de interrogação. Chamou-nos também a atenção o fato de ela ter chamado a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) de velha e de ter usado essa definição: “cuidar do paciente biopsicossocial”, quando logo de início disse: “Eu acredito”.

Essas observações nos sugeriram a necessidade de ela falar em cuidado humanizado de modo geral, como dito acima, possivelmente porque sente e sabe que o cuidado, quer gerontológico, quer em outra faixa etária é um só, variando unicamente na característica do grupo a ser assistido. Desse modo, em todos os momentos da vida, o ser humano assiste e é assistido.

A busca na memória sugeriu-nos, pelo menos, duas hipóteses: primeira, a não necessidade da definição a ponto de esta não estar próxima da narradora — em função de ser ela própria do ser humano — daí ter sido sua primeira fala: “Eu acredito”. Segunda, um distanciamento entre teoria e prática, o que pode ser inferido pela palavra “velha”.

Pois, que é velho? Para Ferreira (1986) é algo “que tem muito tempo de existência, gasto pelo uso, usadíssimo” —, podendo indicar um período não curto de oportunidades para

essa definição da OMS ser constituída nos profissionais. Todavia, se esse fosse o caso, tal assunto não nos incomodaria tanto, a ponto de pesquisá-lo, e desse modo esta dissertação não teria sentido. Inferimos, pois, que essa não é a mais pura realidade entre os profissionais de enfermagem.

Velho também pressupõe algo em desuso, obsoleto. Seria essa a condição e o destino dessa definição?

Usar a definição da OMS: “cuidar do paciente biopsicossocial”, quando logo de início disse: “Eu acredito” remete-nos novamente à questão da inerência, parecendo que a narradora estava insegura quanto às suas características, necessitando que um órgão oficial gritasse por ela. Isso fica óbvio quando ela continua: “E não só, o paciente tem outras necessidades além dessas”. Vê-se aqui que o órgão oficial não grita de maneira clara, mas a humanidade intrínseca a ela grita, pois vai a entrevistada vai além da definição. Por isso diz: “Você perceber determinadas necessidades do indivíduo para além desse biopsicossocial que a OMS preconiza”

Logo, vale questionar essa definição: se o ser humano é definido como biopsicossocial [e a isso acrescentamos, espiritual], de quais outras necessidades fala a narradora quando diz “além dessas”? Se qualquer outra, a definição da OMS está incompleta, mas se completa, falta clareza e convicção àquela que fala. Essa certeza é obtida quando ouvimos a intuição ou a voz do coração, que nos faz enxergar o profundo dessa definição, onde cada um é tratado como único, com necessidades específicas, portanto.

Tanto é que a narradora põe dúvida: “Ele muitas vezes, é importante para ele que se converse com ele, que você fale o nome dele. Quando chega na enfermaria, que você pegue na mão dele. Às vezes, ele precisa disso” — dando a entender que essas são as “outras necessidades além dessas”.

Ela fecha com a dúvida:

Tá incluso no biopsicossocial? (perguntando a si própria em voz alta) eu acredito que sim, eu acho que isso é humanizar (respondendo em voz alta à própria pergunta). Eu cuido do, esse aperto de mão que eu digo afeta tanto no bio como no psico, no social nem tanto.

Transparece-nos pela entrevista que temos a necessidade de objetivar o subjetivo, daí vem a dificuldade; quando, então, objetivar o ser humano fica até inumano; afinal, o ser humano, como natureza humana, é uma questão subjetiva e a “régua” desta não é compatível com a “régua da objetividade”. Eis por que ela ter de lutar para definir o “cuidado humanizado”. Fica também exposto a dificuldade de um ser humano trabalhar com o outro em sua totalidade, muito possivelmente por essas tentativas de objetivar o subjetivo, sem que se busque a verdadeira razão para essa dificuldade. Traduzindo: tentar “humanizar” o que já é humano, ofuscando a verdade por trás disso, que é a desumanização.

A confusão continua quando diz: “No social nem tanto” Será que o aperto de mão não afeta também no social, uma vez que somos social e culturalmente construídos? (FEATHERSTONE, 1994). Se o social não foi incluído na visão humanística da enfermagem, não teríamos de rever essa definição? Por que da dúvida da profissional? É dela própria [quicá pela dificuldade de ouvir a si própria]? e/ou porque não foi orientada sobre isso?

A frase abaixo constata o que inferimos quanto à definição da OMS e a segurança que se obtém quando ouvimos a intuição, que nos leva a crer e a perceber: “Bom, eu acredito que esse é o trabalho humanizado: você perceber determinadas necessidades do indivíduo para além desse biopsicossocial que a OMS preconiza. Os pacientes têm muitas necessidades além dessas”.

Quanto ao humanizar temos aqui mais uma riqueza: “Sabe que eu acho que eu não conseguiria definir, porque isso é uma coisa que faço tão naturalmente” [ficando aqui mais uma vez evidente a humanidade como a essência do ser humano].

5. 1. 1 Tratar como — tratar do

Na análise do subtítulo anterior: ser, ser humano, humano, humanizar, humanidade, chamou-nos a atenção a expressão **tratar como** e **tratar do**, predominando “**tratar como**”: “D.: Cuidar de qualquer pessoa como ser humano [...] você tem de tratar o paciente como ser humano. Não é assim? Para mim valorização é isso.

R.: Tratar o paciente não como robô ou que você também fosse um robô e automaticamente agisse como tal, né. É tratar o paciente como ser humano [...]. É tratar bem o paciente [...] é você tratar a pessoa humanamente [...] tratar o ser humano com humanização.

Tratar do ser humano (o que confere com o princípio).

Tratar como sugeriu-nos uma maneira e **tratar o** ou **do** pareceu-nos falar diretamente de alguém, para alguém e com alguém. Recorremos, então, à gramática da língua portuguesa para a regência desses termos, se havia, realmente, alguma diferença de significados entre eles.

Tratar é um verbo transitivo — que exige depois de si um termo que lhe complete o sentido. Ele pode ser direto e indireto. Como transitivo direto são verbos cuja ação passa diretamente para a pessoa ou coisa sobre que recai. Exemplo: “João machucou o pé”. (Ex: ver, derrubar, pagar, segurar, deixar, abrir, tratar). Tal pessoa ou coisa sobre que recai, diretamente, a ação verbal, chama-se objeto direto.

O transitivo indireto exige o emprego da preposição de (indicando que o verbo depende do objeto. Exemplo: “Pedro depende d-o pai, ou Pedro trata d-o pai”. O verbo **tratar**

também tem a acepção de lidar com; ocupar-se, cuidar de (Exemplo: sabemos aqui trata muito bem os livros antigos, este cão não morde a quem trata com ele).

Desse modo “tratar o paciente e tratar do ser humano” conferem com o emprego do verbo. Porém, não encontramos bases que justificassem a frase “tratar o paciente como ser humano”, uma vez que tratar como implica comparação, semelhança, conformação e paralelismo.

Pois, **como**, além de ser um advérbio que indica **modo** tem também uma função conjuntiva (liga orações) subordinativa, nas quais ele aparece dentre as conformativas — que ligam indicando semelhança, paralelismo, conformidade de idéia (Exemplo: como, conforme, consoante, segundo, da mesma maneira que) — e nas comparativas.

A expressão **como se** é uma oração conformativa e condicional, porque o **como** abre a conformativa (pois posso colocar: do mesmo modo que, da mesma forma que) e o **se** (conjunção condicional) abre a condicional. Então temos aqui orações que encerram funções conformativas, comparativas e condicionais.

Embora nos deparemos com a dificuldade da gramática da língua portuguesa em função de sua riqueza e complexidade, há que ver que por essa mesma ela dá a devida clareza aos termos e expressões, o que nos faz ver ou o equívoco no uso do verbo ou a deliberalidade em seu uso, a fim de não dizer o que de fato pensamos e sentimos.

Na definição de Ferreira (1986, p. 438) para tratar como, vemos exatamente a gramática “porque [...] uma vez que [...] da mesma forma que” o que confirma o proposto acima, ou seja, posso lidar com o ser humano de duas maneiras. Na primeira, trato o ou do porque é ser humano ou uma vez que é ser humano — e isso é legítimo; ou trato “da mesma forma que” ou “do mesmo jeito que” — conformativa — indicando outra maneira de tratar, que posso inferir não ser a humana. Nesse caso, se não é a maneira humana, é a desumana.

Logo, “Tratar o paciente não como robô” é legítimo, porque ele afinal é um ser humano e deve ser tratado segundo sua natureza. Resumindo, os seres humanos não somente não devem, mas não podem ser **tratados como**, antes devem ser **tratados com**, que deve ser seguido de dignidade e respeito — com humanidade.

Do mesmo modo, quando a entrevistada diz “ou que você também fosse um robô e automaticamente agisse como tal, né”, sugere que o que assiste também não é um robô, antes é ser humano, com sentimentos próprios do humano, portanto com expressões oriundas do **com** e jamais do **como**. Isso “é você tratar a pessoa humanamente”, que a entrevistada pensou possivelmente não ter usado a expressão exata julgando, quem sabe, ser correto o chavão do momento, por isso completou com “tratar o ser humano com humanização”.

“Tratar do ser humano”, confere com o princípio, e como sugere a narradora é enxergar o ser humano em sua humanidade, e desse modo cuidar dele.

Tratar como pode indicar, pois, que alguns vêm esquecendo de sua principal característica: a sua humanidade, de tal maneira que cuidar do ser humano tornou-se um modo de fazer e não a expressão prática da nossa humanidade, o que justificaria o termo “humanização do cuidado” para eles, que todavia para nós significa desumanização.

Vê-se também nesse trecho a seguinte frase “Para mim valorização é isso”. Valorizar é reconhecer a humanidade um do outro e permitir que ela se expresse de cada um. Dessa maneira, o **como** passa a ser um modo de fazer proveniente da atitude de tratar (d)o. É o que lemos neste trecho da entrevista: “B.: você enxergar o seu indivíduo como um todo, primeiro, né. E a partir disso conseguir traçar metas para ele que você consiga melhorar alguma coisa [...] enxergar aquele ser humano como uma pessoa e tratar bem dela” [no processo natural, enxergar o ser humano é espontâneo, mas neste caso a entrevistada aponta como uma solução, dando a entender que há alterações no processo, ficando implícito a possibilidade da desumanização].

Quando lhe perguntei se anotava diferença entre **tratar como** e **tratar o**, a resposta abaixo conferiu com minhas indagações:

R.: Tratar o, uma coisa mais pessoal, mais individual? [...] É tratar o humano como humano [ou seja, é tratar o humano como humano que é] É tratar bem, dentro daquele quadro de trabalho. É tratar bem a Maria: “Oi Maria, tudo bem, como passou a noite?”, mas é além disso. Posso fazer uma medicação de qualquer jeito. Ela não está vendo, ninguém está vendo, somente eu estou vendo.

O texto abaixo, extraído da introdução teórica, dá a entender essa mesma questão quando diz que a medicina biologicista é identificada como surda “porque o paciente, não sendo acolhido como sujeito, é impedido de manifestar-se como pessoa. Ela é cega porque se limita a compreender a doença apenas como pobres variáveis biológicas, não enxergando o ser humano como ele verdadeiramente é” (SIQUEIRA, 2003, p. 139).

5. 2 Humanização

Por definição, humanização é o mesmo que humanizar (FERREIRA, 1986). Portanto, é “tornar humano”. Quando não tornamos humano, estamos, então, no caminho inverso, esquecendo-nos que somos, passando a agir como desumanos, porque essencialmente não somos desumanos.

Isso pode ser visto nas respostas de algumas entrevistadas, que ao definirem humanização trouxeram-nos à baila sentimentos e ações pertinentes à desumanização, como: falta de amor, sobrecarga de trabalho, pressões sociais e econômicas, dificuldade de relacionamento.

L.: É o que eu pensava quando comecei na profissão [humanização]. Todo profissional de enfermagem tinha amor pelo que fazia, tinha amor pelo doente [amor — virtude humana]. Não é bem assim, não é bem assim [como é, então? se não é amor, como vínculo inter-humano, é desumanização?]. Fiquei muito decepcionada, porque para mim todo mundo da enfermagem era muito bom [...] Aí comecei a ver que alguns profissionais não trabalham por amor de jeito nenhum [posso inferir que o resultado disso é desumanização?], porque na enfermagem dá para você trabalhar aqui, ali e lá. Estão trabalhando em um monte de lugares, como você vai fazer bem feito [percebe-se a partir aqui causas para a desumanização: mais de um emprego, sobrecarga de trabalho, pressões sociais e econômicas, dificuldade de relacionamento entre profissionais). Mau humor? Muito. Não há cabeça que agüente [...] É você trabalhar num grupo onde todo mundo procura se entender para dar um andamento do serviço melhor.

C.: “Não é o paciente do leito c-60, leito 10-61, 10-62. Não, é o João. Ele tem uma característica [ser único], uma doença, uma família por trás disso”.

R.: “Mas o que acontece, humanização é isso, o bem-estar da pessoa: está prejudicando uma pessoa, não vou fazer isso, mesmo ninguém estando vendo e fazer toda aquela linha de cuidado com o paciente”.

Repetimos aqui uma das falas dada a sua importância:

B.: Humanização do cuidado é, na verdade, você enxergar o seu indivíduo como um todo, primeiro, né. E a partir disso conseguir traçar metas para ele que você consiga melhorar alguma coisa mesmo, entendeu — o cuidado integral ao seu doente — de humanizar, desde os pequenos detalhes que você pode ajudar na assistência, um cuidado básico, por exemplo, de passar um hidratante, que muitas pessoas não passam. Querendo ou não, você ajuda muito. Humanização é você enxergar aquele ser humano como uma pessoa, e tratar dela bem. Dar todos os cuidados necessários para ele [...] Não a via de administração de medicamento, é enxergar e observar realmente as necessidades dele. Tanto que estávamos conversando com os funcionários que parece uma coisa mecânica: um mutirão faz a medicação, outro vê a diurese e cadê o cuidado integral com o seu paciente, entendeu? De você olhar e ver se ele está corado ou não, observar. Gente, são sentidos: você observar, escutar um paciente e isso não está acontecendo. Você tem de ir primeiro [...] no básico, para depois tentar dar um cuidado melhor para ele — enxergar o paciente. Porque todo mundo está preocupado em dar banho, preciso fazer aquilo, às vezes nem olhando para o rosto do paciente. E, às vezes, só de olhar, você consegue ver se ele está sentindo dor, se ele está querendo alguma coisa. Você consegue visualizar isso só prestando atenção nele

F.: acho que eu não conseguiria definir, porque isso é uma coisa que faço tão naturalmente. Humanizar é tratar a pessoa como ser humano, com necessidades, não só necessidade de medicamentos, da fisioterapia. É um ser humano que está ali, não é uma máquina, é um ser humano. Você belisca, ele faz ai. É difícil estar na enfermaria. A família, é uma ansiedade muito grande para a família. Para os pacientes então...eu tenho um paciente que nunca foram internados, com 94 anos. Tem muitos casos desses. É difícil estar internado, não é a casa deles. Então você tenta propiciar um ambiente minimamente agradável para eles, porque não é fácil estar lá dentro. E às vezes eu acho que é isso que se perde. Porque é o meu trabalho, minha rotina, eu estou lá, só que para a pessoa que chega, esse serviço é muito difícil aceitar aquelas regras: “Ó, você só pode tomar banho das 5 da manhã às 14 horas, por que não tem menina para limpar. O horário de refeição é esse. Você quer suco, não tem suco. Desculpa. Toma chá, hummm... vou ver se tem chá”. É difícil estar num ambiente que não é o seu, cheio de gente estranha, cheio de procedimentos que você nunca passou: “Olha ficar de jejum para uma tomografia, tá”. Tomografia que será isso? Então, o ambiente hostil é muito hostil. Eu acho que humanizar é isso: é tentar deixar o ambiente minimamente...[...] isso seria empatia. Costumo confundir muito humanizar com empatia. É saber se colocar no lugar do outro e saber que aquele ambiente que eu estou acostumada ele não está. Que ele está num momento delicado da vida dele. E compreender a dinâmica da família dele. Isso não quer dizer que é simples. Eu fico de cabelo branco. Hoje mesmo eu estou de cabelo em pé, por causa de famílias lá dentro. É complicado, às vezes eu me meto em cada pepino, me meto, mas você percebe que o paciente se sente melhor, a família se sente melhor, eu também me sinto melhor, porque sei que de forma ou de outra fiz a diferença.

Vê-se que as entrevistadas têm a percepção da ênfase da enfermagem para o técnico e enxerga a lacuna na visão do cuidado ontológico e filogenético. Com simplicidade, a primeira aponta o óbvio e principal: olhar (enxergar), observar, escutar — pontos fundamentais no atendimento ao ser humano para depois o técnico (administrar

medicamentos, verificar diurese, banho). — “para depois tentar dar um cuidado melhor para ele — enxergar o paciente”

Na entrevista abaixo temos a impressão de uma “humanização” técnica, que explica o procedimento para o cliente a fim de ele entender, não ter ansiedade, todavia não visando ele próprio, mas a colaboração com o andamento do serviço da enfermagem:

I.: Humanização do cuidado porque você explica o procedimento para o paciente entender, não ter ansiedade e colaborar até, para saber o que estão fazendo com ele, para ele confiar, ter segurança. Ele está doente, está lá. Mesmo o grave e entubado, tenta falar com ele, porque ele está ouvindo.[...] ele tem de participar, precisa acalmar a ansiedade, e para isso temos de explicar.

Isso, se visto do lado positivo — quando o cliente colabora porque sente que está sendo cuidado em sua totalidade — é louvável, mas se for somente como meio e não como fim, é indigno.

5. 2. 1 Somos robôs?

No agrupamento de dados concernente à humanização, observamos algumas vezes a palavra robô, com variadas implicações. Exemplo: “R.: Humanização, no meu entender, é você tratar o paciente não como robô ou que você também fosse um robô e automaticamente agisse como tal, né.”

Para melhor compreensão desse termo, achamos por bem transcrever, no início do capítulo, o seu significado. Robô vem “do fr. robot < tcheco robota, ‘trabalho forçado’ [...] mecanismo automático, em geral com aspecto semelhante ao de um homem, e que realiza trabalhos e movimentos humanos [...] pessoa que se comporta como um robô e que executa ordens sem pensar” (FERREIRA, 1986, p. 1514). E, pensar, vem do latim *pensare*, “formar ou combinar no espírito pensamento ou idéias [...] fazer reflexões” (p. 1303).

Logo, entendemos que humanização é tratar não como se trata um robô. Antes, é tratar o ser humano tal como ele é — ser humano.

Por outro lado, quando diz: “ou que você também fosse um robô e automaticamente agisse como tal, né”, entendemos como uma denúncia, quando o cuidador — profissional de enfermagem — passa a agir como, utilizando-se de mecanismos automáticos em semelhança de robô que, por sua vez, assemelha-se ao aspecto de homem, com trabalhos e movimentos humanos. Transparece-nos, pois, que o profissional se esquece de sua natureza, comportando-se como robô, que executa, em forma de ordens, sem pensar.

Pois pensar implica refletir, e refletir remete-nos à intuição que nos tira do mecanismo automático, de ser semelhante a, levando-nos a de fato ser. Desse modo, ele se vê como e age como tal. Assim, o “trabalho forçado” dará espaço para a espontaneidade da humanidade, que apontará o momento e a necessidade distinta do ser único.

A seguir, motivada pela nova idéia apresentada, perguntei para outras entrevistadas se o ser humano poderia vir a se tornar ou se ele se tornou robô?: “D.: Acho que não. Eu acho que é manipulado, feito pelo homem, com um “chip”. Para o ser humano chegar a ser um robô pode até ser, mas, será meu Deus? Aí nós estaremos perdidos.”

Vê-se na fala acima que a entrevistada se recusa a acreditar na idéia, dando a entender que o robô é manipulado, mas o ser humano é livre para externar-se [atitudes e ações], e o só pensar — refletir — na possibilidade de vir a perder essa liberdade, ela se angustia dizendo: “Mas, será meu Deus? Aí nós estaremos perdidos”.

A resposta abaixo afirma que pode:

R: A pessoa pode, o ser humano pode sim. Por exemplo [...] Eu acho que quando o profissional não está contente com o que está fazendo, esse profissional reclama de tudo o que faz, até o que faz para os pacientes, ele reclama, acha ruim. Se o paciente pede alguma coisa para ele, ele não reclama para o paciente, mas entre a gente: “Ah! Ele me pede isso e aquilo”. Então a pessoa faz as coisas para o paciente, só que essa pessoa, para mim, está fazendo o trabalho dela não por amor, mas no automático, porque tem de trabalhar.

Robô para essa narradora é resultado de uma insatisfação motivada “porque tem de trabalhar” e não porque tem prazer em fazer, o que aponta a sobrevivência, possivelmente com trabalhos muitas vezes desumanos, podendo levar à automatização.

A narração seguinte reforça a idéia acima e o que foi dito na introdução deste capítulo:

L.: Alguns. Tanto é que você conversa com pessoas e percebe que ele nem dá conta muitas vezes do que está fazendo. Ele está virando um robô?! [...] Robô, porque não tem tempo para pensar. Ele vem no Hospital, sai para o outro, faz um curativo fora e assim vai. Ele não pára para pensar no que está fazendo. Trabalha como um robô.

Quando perguntei à essa narradora que seria não parar para pensar, ela me disse “Ele é uma pessoa que não está sendo humano nem com ele mesmo, quanto mais com quem ele lida, está sendo um robô”. Como vimos, a natureza humana subsiste numa relação Eu-Tu;

quando uma das partes não é cuidada, essa poderá comprometer o cuidado com a outra. O que deve ser cuidado e não é poderá sentir-se abandonado, angustiado — também sentimentos humanos —, correndo o risco de ter atitudes frias que levem à ações frias. Daí a fala: “Ele é uma pessoa que não está sendo humano nem com ele mesmo, quanto mais com quem ele lida”. E, desse modo, “ele nem dá conta muitas vezes do que está fazendo”. Vê-se aqui Eu-Isso, relacionamento onde um toma o outro como objeto manipulável, quando não há um face a face que traz um encontro único, singular, em reciprocidade. Como sobreviver a isso?

C.: Acho que sim [...] Acho que isso é uma prática diária. Todos os dias você tem de lembrar que você vem para o hospital, que o paciente não é ele aqui [...] tem pai, filho, tio ou cuida de alguém e está aqui [...] e o profissional pode se tornar um robô porque esquece desse detalhe. Eu só cuido dele: tiro a medicação, faço controle, faço exames e o paciente vai embora.

I.: Acho que a gente pode se tornar um robô sim [...] muito ruim, porque você não tem tempo para dar atenção à família, apenas para os críticos [aqueles que começam a chorar, que passam mal] “Ah, você tem de conversar com os familiares, na hora da visita” Não dá para conversar com eles para explicar o que está acontecendo com o paciente. E outra, tem dias que não dá nem para ver todos os pacientes, como que eu vou chegar para um familiar de um paciente que eu nem vi? Vai ficar pior ainda, né! A impressão que vai passar para os familiares é que ninguém está cuidando do meu paciente. Entre passar insegurança para a pessoa você se afasta. Sei que precisa, mas a gente não consegue. Não consigo fazer tudo isso.

Mais uma vez, vemos a confirmação da fala acima:

B: Acho que muitas vezes não se torna um robô literalmente, mas acaba trabalhando de forma robotizada [...] você esquece disso [“humanização” – de expressar a humanidade]. Você tem aquelas tarefas e vai fazer aquilo, aquilo, aquilo. Não procura fazer mais nem menos. Faz simplesmente o que foi pedido.

Vê-se nas narrações acima idéias de que seja robô e de pensar, associando à automatização, que se liga ao pouco tempo para lidar diretamente com o cliente e suas necessidades integrais [o que inclui as famílias] e à rotina de mais de um emprego ou de mais de um turno [desgaste físico, psicológico e social da enfermagem], especialmente pelas frases: “Você não tem tempo para” “Não consigo fazer tudo isso”.

5. 2. 2 Deixamos de ser humanos?

Então perguntei às entrevistadas se deixamos de ser humanos? Nessa pergunta, a intenção era o ser humano como sujeito, mas a narrativa abaixo apontou a humanidade:

I.: Deixa, deixa. Acho, acredito que sim. As pessoas precisam voltar [referindo-se a voltar a ser humanas, no sentido de humanidade]. O cuidado da gente às vezes é muito técnico [cuidado técnico]. Ou você fica muito no físico [corpo], não dá atenção às necessidades biológicas [indicando as outras necessidades do ser. Só pensa na doença, nos aparelhos, vamos nos especializar. Você não pode esquecer que está cuidando de um ser humano, que o paciente está lá. Então tem de ver tudo, as necessidades, se está carente, a necessidade religiosa, a família que vem, a necessidade que ele tem de ficar perto da família. Se ele está grave a necessidade da família que quer que o religioso venha. A importância da família ao lado do paciente. Você tem de conversar com ele, vê-lo de modo holístico, o social, o psicológico também.

D.: Não diria de modo geral. Têm pessoas que não foram educadas para usufruir o seu lado humano. Eu diria isso, não foram educadas para isso. Porque hoje dá para conviver com tudo o que acontecendo no mundo inteiro sem deixar de ser humano, sem tratar o próximo sem humanização.

A segunda fala dá a entender que “usufruir o seu lado humano” é espontâneo, e como ela mesma relata: “dá para conviver com tudo o que acontecendo no mundo inteiro sem deixar de ser humano”. Porém “têm pessoas que não foram educadas para usufruir o seu lado humano”. Em outras palavras, que possivelmente não tiveram quem os direcionasse de modo a verem e viverem a sua humanidade.

Quando nos damos conta de que a humanidade é nossa e deve ser vivida plenamente, não corremos o risco de nos desviar desse curso natural. Para isso, a narradora sugere-nos que além da herança necessitamos de modelos e de mestres que nos ensinem e nos lembrem que temos uma natureza à qual é amável, afável, benévola. Tudo dependerá desse

conduzir pela escola da vida e pelo que nos permitimos aprender e fazer. Eis por que temos a possibilidade de reaver o que talvez tenhamos perdido.

F.: Sabe que eu acho que é uma excelente pergunta que você me faz. Eu faço exatamente a mesma pergunta. Eu encontro às vezes com pessoas e falo: “Gente, pelo amor de Deus, nós somos seres humanos. Não tem sentido isso. Não tem sentido eu dar mais importância para o papel do que para o paciente. Não tem sentido eu não entrar no quarto do paciente”. Eu, tem dias que a enfermagem está pegando fogo, peço desculpas quando não entro no quarto: “Desculpa, que só agora estou entrando. Você está bem?” Eu não entendo isso, por que se transformou tão... [não completou], a tecnologia conseguiu dominar. E não só a tecnologia, mas esse contexto que, essas rotinas que o pessoal estabeleceu para a enfermagem. Eu não entendo, por que não... Eu vejo profissionais, enfermeiros que vivem aquela rotina, aquela papelada, se escondem ali. Eu falo: “Gente, eu não consigo fazer isso. É uma coisa, assim, eu tenho a papelada também que tem de preencher, preciso, preencho, mas, assim, meu foco principal é o paciente [assunto discutido na introdução quando citamos as rotinas diárias e complexas como um dos causadores do esquecimento e abandono].

5. 2. 3 “Esquecemos que somos humanos?”

I.: Não é esquecer, mas ficar em segundo plano, porque a gente tem uma série de coisas [...] se eu conseguir fazer isso, se der tempo eu faço o resto”, entendeu? [...] é muita coisa [...] não dá tempo para tudo. Não é que você esquece, você não tem para atender. Claro, você até lembra e até quer. Segundo, você não sabe lidar direito com algumas coisas. Geralmente nos históricos de enfermagem a parte mais difícil é a parte psicossocial. Você não entende e não tem tempo: “Ah, vou perguntar isso...” aí você fica meio.....Se ele fala que não está bem, que eu vou fazer em cima disso? Que eu faço, onde posso ajudar? Então o psico é deixado um pouco de lado.

Interessante que para a narradora o ser humano sabe que é, entretanto há situações que o levam a “ficar em segundo plano”, o que é descrito pela entrevistada como: “porque a gente tem uma série de coisas [...] Se eu conseguir fazer isso, se der tempo eu faço o resto”, entendeu?” Isso vem a confirmar o que questionamos na introdução desta análise quanto ao ter “coisas” subjugando o ser, quando a relação se transforma em Eu-Iso. Ao mesmo tempo,

esse trecho reforça a falta de tempo e ainda acrescenta o despreparo por não ter a compreensão teórica de alguns pontos

5. 2. 4 “Precisamos ser lembrados que somos humanos?”

Repetimos, aqui, o trecho de uma entrevista acima: “C.: Acho que sim [...] Acho que isso é uma prática diária. Todos os dias você tem de lembrar [...] porque esquece desse detalhe.”

“Todos os dias você tem de lembrar”. Concordamos, uma vez que temos sido arrastados, velozmente, pelo mundo da informação, tecnologia e do consumo. Nessa rodaviva, lembrar é uma maneira de sempre nos voltar a nós mesmos, perceber-nos como valor, dando-nos conta de que somos. Somos o quê? Seres humanos, únicos. Quando enxergamos isso, espontaneamente valorizamos o outro, porque somos Eu-Tu, numa interdependência. O meu bem-estar será o dele o dele será o meu. Lembrar desse detalhe fará a diferença, cooperando para que não venhamos a agir como se fôssemos robôs.

5.3 Desumanização

Pelo que vimos até agora, a humanidade, que traz consigo o cuidado, tem sido paulatinamente esquecida, levando o ser humano a desumanizar a si próprio e ao outro. Por isso o termo “humanização” vem sendo utilizado tão amplamente, tentando resgatá-la.

Falar em desumanização é reportar-se a um processo que, pelo observado nas entrevistas, pode ser traduzido por não envolvimento, esquecimento, frieza de sentimentos e embrutecimento e pela falta de compromisso. Segue abaixo o significado, inicialmente, de desumano para as entrevistadas. Logo depois, trabalharemos cada um desses itens:

B.: Desumano é o que não enxerga o outro, está voltado para seus próprios interesses [...] é o que trata o outro com descaso. Eu não suporto isso, entendeu? Eu acho que é a pessoa necessitando de uma coisa e você deixar de fazer por interesse próprio.

D.: Desumano para mim é o ser humano que não tem pudor em tratar as pessoas de maneira inadequada. É você destratar, ignorar, não valorizar o que é a pessoa, o que ela faz, entendeu? [...] o profissional cuidar mal da pessoa humana que ele...sei lá ele se preparou para aquilo, independente da profissão que dele.

R.: Desumanização ou seria acabar com os seres humanos ou seria acabar com o lado humano das pessoas. Desumanizar o lado humano [...] é o que a gente mais vê, mais ouve. No geral, houve um aumento de tantas coisas ruins, criminalidade, falta de amor, respeito, consideração com as pessoas [...] Não estou falando somente da moral, estou falando do humano mesmo [...] falta de respeito, de cultura, de educação, de um pouco de instrução, a índole. A índole das pessoas está muito decaída. Eu acho que está tão decaída que acaba influenciando em todos os setores, inclusive no hospital.

L.: Desumano é uma coisa que maltrata, uma coisa agressiva, que prejudica o ser humano.[...] Desumano para mim, por exemplo, é um velhinho que não pode se alimentar e você passa o olho em cima e vai para lá [se distanciando do cliente]. Não diz: “Seu fulano, quer ajuda, dá para o senhor comer sozinho, quer que eu levante a cama, vamos tentar comer?” Ah! mas eu não estou fome!” “Mas tente comer um pouquinho. Se não conseguir, então o senhor não come, mas vamos tentar.

C.: Desumano é você chegar e tratar o paciente só como se fosse paciente. É tecnicamente: “Bom dia, com licença que preciso fazer sinais vitais e só.....e,

depois, vamos lá pesar.....voltou, você já comeu, já evacuou, já fez isso, tá bom....e vai embora.” Então acho que isso é desumano. Não, é você tratar mal: vou lá judio dele, punciono a veia várias vezes. Me dá trauma isso: “Olha, Seu João, preciso puncionar sua veia. Sei que já foi picado várias vezes, mas preciso tentar porque o médico quer passar intracath. Posso tentar uma vez? Posso tentar duas vezes?” Mas três vezes acho que não estou sendo humana com ele: “Por favor, eu vou procurar alguém que seja melhor que eu para puncionar essa veia”. Tem gente que vai lá tenta várias vezes, mas naquele dia não estava bem para puncionar. Então chama o seu colega: “Olha, tentei uma vez não consegui, será que você pode puncionar?” Não sei, tem de ser um pouco crítico com você mesmo, profissional. Se você não é, você se torna desumano com o paciente: “Não vou tentar, já tentei várias vezes, estou judiando do paciente”. Isso é ser desumano. Mas também tem uma coisa, você se esquece que também é humano. Tem dias que você não está no seu dia, então às vezes a gente esquece que também é e o paciente diz: “Hoje você está de mau humor”. Ser humano é ver tudo isso. Não é só tecnicamente ser bom, porque técnica eu acho que a gente aprende com o tempo. Tá. É mostrar interesse, que você quer aprender e também ser crítico: “Não vou fazer isso porque não sei fazer. Se eu fizer vou acabar judiando do paciente, por conta disso.

Então perguntei se as pessoas não sofrem influência a tal ponto de não serem o que não querem ser.

R.: Eu acho que as pessoas, às vezes, sofrem influência sim [...] as pessoas todas têm uma essência ruim, mas elas sofrem influência, que podem ser positivas ou negativas, que vêm pelo aprendizado da vida [...] Um pouco é sim, a outra parte é você querer ser o que você é, o que você quer ser. Por exemplo, você não tem de se embrutecer se você não quiser, entendeu? É como mãe e filho, ele fez uma arte, merece umas palmadas, mas você não quer fazer isso, embora ele mereça. Você faz só o que quer. Por isso que eu acredito que as pessoas, por causa dessa essência, depois que virou adulto, fechou a personalidade, depois disso é acessório, então elas não mudam. Eu não acredito que as pessoas mudam. Eu acredito que elas melhoram, mas não mudam por causa da essência que têm dentro de si [...] Aconselhamentos, ter uma boa influência, religião. Ele pode melhorar. Uma pessoa violenta, é um impulso que tem dentro de si.

B.: Acho que depende muito do interesse das pessoas, mas o dinheiro que leva pessoas a passar por cima, por riqueza, glamour. Acho que cada pessoa tem dentro dela um fator que passa a não ser mais humano, entendeu? Vai do interesse de cada um, não sei. Ele passa a ser desumano.

Desumanizar é o mesmo que desumanar ou agir com falta de humanidade. É ser anti-humano (FERREIRA, 1986). Portanto, são predicados contrários à humanidade, que aqui apareceram como: não enxerga o outro, voltado para seus próprios interesses, destratar, ignorar, não valorizar, cuidar mal, acabar com os seres humanos, acabar com o lado humano das pessoas, tantas coisas ruins, falta de amor, de respeito, de consideração, falta de cultura e

de educação, a índole das pessoas está muito decaída, maltrata, uma coisa agressiva que prejudica, tratar [...] tecnicamente, tratar mal, “judiar” dele, você se esquece que também é humano, descaso.

Repetimos o trecho abaixo devido à força da fala da entrevistada:

R.: Desumanização ou seria acabar com os seres humanos ou seria acabar com o lado humano das pessoas. Desumanizar o lado humano [...] é o que a gente mais vê, mais ouve. No geral, houve um aumento de tantas coisas ruins, criminalidade, falta de amor, respeito, consideração com as pessoas [...] Não estou falando somente da moral, estou falando do humano mesmo [...] falta de respeito, de cultura, de educação, de um pouco de instrução, a índole. A índole das pessoas está muito decaída. Eu acho que está tão decaída que acaba influenciando em todos os setores, inclusive no hospital.

Na entrevista seguinte, encontramos expressões de desumanidade e motivos para ela:

R.: Oh! Cansaço, até quem tem um emprego sente [...] Eu acho que não justifica [...] é um pouco da personalidade da pessoa, do caráter. Eu digo se tivesse dois empregos vou ficar cansada, é claro. Irritada, eu vou, mas não tenho porque deixar de prestar o meu serviço para aquele paciente, porque ele não tem culpa que eu tenho dois empregos. Seria você ter de largar de fazer o que está fazendo, importante, para fazer outra coisa. Alias, uma medicação você nem larga, porque nessa de vai-vem, você pode contaminar a medicação. E aquela campainha pá, pá, pá, tocando, tocando, tocando, você tem de deixar tocar e você fica, assim, meio irritado, tem horas. Aí você prepara rapidinho [...] não quero generalizar essa sobrecarga, porque existem dias que tem sobrecarga, e horas — está tranquilo, de repente parece que passou um furacão, e aí o furacão vai embora e acalma. Então, acontece muito isso na enfermagem, porque é tudo muito. De repente uma parada, de repente o paciente passa mal e então naquele momento sobrecarga não só aquele profissional que está com aquele paciente, por exemplo, numa parada, vai todo mundo, ali, ajudar. E as campainhas de repente começam a tocar, tocar, entendeu. Então acho que até compreendo um pouco essas pessoas que estão há dez anos aí e de casa, vinte ou mais, mas eu não quero ficar “estressada”. Não quero ficar como essas pessoas.

C.: “Falta de compromisso, responsabilidade dentro da enfermagem no cuidado com o paciente. Vem aqui, bate o cartão, cumpro as 6 horas e vou embora [...] acho que a enfermagem está perdendo.”

B.: Não sei. Sinceramente, a falta de comprometimento, talvez, o medo da cobrança de as coisas não estarem prontas. Não sei o que passa [...] é você fazer bem feito no que foi proposto para você. Eu acho assim, na maioria das vezes, eles deixam de fazer bem feito porque pecam nessas coisas; Às vezes, na visita de enfermagem, detalhes, como a paciente hoje se queixando que não evacuava, não evacuava (isso é detalhe?). Eu acredito que eles não tenham nem conversado com ela, porque ela falou para mim e eles não passaram nada para mim. Ainda acho que é falta disso mesmo: de eles conversarem, de eles tentarem puxar as informações dos pacientes [...] eu acredito: comprometer-se realmente com o paciente, dar o cuidado integral, suprimindo as necessidades que aquele paciente precisa, entendeu? [...] além da técnica: é enxergar seu paciente. [Concordamos com essa afirmação e cremos não ser isso um detalhe].

Daqui depreendemos situações para a desumanização: cansaço, caráter, sobrecarga de trabalho, falta de compromisso, falta de responsabilidade para com o paciente, cobrança e medo da cobrança.

5.3.1 Não envolvimento

Fica evidente até aqui, pelas entrevistas, que a humanização implica envolvimento, e o inverso disso, quando não envolvimento, indica um processo de desumanização. Esse termo “envolvimento” vem gerando discussões na enfermagem, porque, para alguns, ele sugere o não limite entre profissional-cliente, e isso poderia trazer prejuízo ao processo de cuidar, uma vez que para se obter “eficácia” no procedimento, deve ser mantido distância entre ambos. Com esse distanciamento, dizem eles, poderá o profissional examinar com atenção e minúcia e dar uma seqüência coerente, regular e necessária aos acontecimentos. Logo,, pensam eles, deve-se usar menos a emoção — o coração — e mais a razão.

Acreditamos ser legítima essa preocupação, porém a exceção não pode virar regra. Pois, como dito na introdução, a eficácia do procedimento não se encontra tão-só na razão

analítica, mas principalmente quando externamos nossos sentimentos em reciprocidade. Isso trará o verdadeiro cuidado.

A saber, como aplicar o SAE de modo eficaz se não conseguirmos enxergar aquele a ser cuidado em momento e com necessidades distintas? Como obter essas informações se não soubermos ler em seus olhos o que seus lábios, muitas vezes, não conseguem balbuciar? Assim, não se trata de não se envolver, mas de entender o significado dessa palavra e praticá-la. Afinal, que é envolver-se? É “trazer em si, conter, importar, cativar, encantar, cobrir, tornar parte, mesclar-se” (FERREIRA, 1986, p. 669). Para Abbagnano (2003, p. 339) é implicar, conter. Vê-se, por meio desses significados, que envolvimento implica conhecer-nos e conhecer o outro — interando-nos de tal forma que nossa humanidade alcance a humanidade do outro, e a partir daí executemos o devido trabalho.

Cada um de nós tem o próprio limite e este deverá ser respeitado. Se o perdermos haverá um desequilíbrio, desviaremos do foco, que é o cuidado mútuo, quando, então, o EU ou o TU sofrerão prejuízo. Por isso, é fundamental exercitar a intuição, que nos dirá onde e quando ir ou recuar. É o que Boff (1999) chama de “a razão do coração”. Nesse equilíbrio, a conotação negativa de envolver-se perde sua força.

A narrativa abaixo encerra os significados de envolvimento: trazer em si, conter, importar, cativar, encantar, cobrir, tornar parte, mesclar-se, implicar, acima descritos, bem como um ser humano, que no envolvimento com cliente se dá conta de sua própria humanidade, quando, sem medo, expõe suas limitações e despreparo:

C.: tiro a medicação, faço controle, faço exames “E a psicóloga, nós que somos da enfermagem, que temos muito mais contato que ela [...] vem pergunta para a gente: “Qual é o paciente que você acha que a gente precisa conversar?” Então [...] falamos: “... aquele paciente que chegou hoje tem o diagnóstico de neoplasia e quer morrer” Como eu vou lidar com isso? A gente, eu acho, que não está preparado para enfrentar certas coisas: Que eu vou falar? Então, isso dá uma angústia na gente. Às vezes a gente se afasta para não ter também de sofrer. “Então, que eu vou falar para ela? Puxa, acabou de ser diagnosticado uma neoplasia, vai morrer, não consegue transplantar, porque não tem fígado para ela. Então, talvez, essa característica te impede: Ah, não quero me envolver com a vida dela

Percebe-se nesta última frase o desejo inverso ao que é declarado. Vê-se também alguém não somente preocupado com um cuidar unicamente técnico, mas principalmente com o cuidado que alcança a dignidade do outro, cuidado esse para o qual a enfermagem, muitas vezes, não está preparada. Como diz a entrevistada: “Como eu vou lidar com isso? A gente, eu acho, acho que não está preparado para enfrentar certas coisas”

Vemos também esse despreparo em outras falas reproduzidas aqui: “Você não sabe lidar direito com algumas coisas. Geralmente nos históricos de enfermagem, a parte mais difícil é a parte psicossocial. Você não entende e não tem tempo.

Nesta, alguém mais preparado, porém em nenhum momento diz que foi preparada pela academia, antes o que tem provém dela própria. De modo geral, a academia ensina que os profissionais de enfermagem não podem ou não devem externar sentimentos, não podem se envolver — como se isso fosse possível:

L.: dependo do tempo que ele fica na enfermaria, ele vai contando a vida dele para você. Eu sempre procurei dar força, entendeu. Às vezes, a pessoa não quer banho e você vai com jeitinho, conversando, até que você consegue. O mesmo para ele comer, levantar para a gente arrumar a cama, para levantar porque é melhor para ele, faz mal para o pulmão. Que acontece? Ele vai contando a vida dele para você e você vai ajudando com palavras amigas, para levantar o estímulo, porque senão têm uns que afundam.

No trecho seguinte, o envolvimento aparece como: Gostar, acolher, carinho, sofrimento, abatimento: I: “Gostar do que faz. É acolher o paciente como nosso paciente. Tem um carinho por ele. Me envolvo, mesmo com aqueles que têm tempo curto, com as famílias, porque o sofrimento delas nos abate.”

Sentimentos como abatimento e angústia também são parte da nossa humanidade. Partindo desse pressuposto, eu perguntei, a fim de se buscar saber mais sobre o envolvimento, se a enfermeira pode chorar? “I.: Olha, a gente chora né” [como se não pudesse e fosse, por

vezes, impossível controlar-se, dando a entender, portanto, que essa não seria a conduta ideal]. Então insisti na confirmação de sua convicção: Pode ou não? E ela disse: “I.: Pode, né, mas assim... a gente tem de controlar”.

Por quê? Perguntei. Nesse momento ela começou a chorar: “I.: Ah! porque não fica bem. né, chorar, chorar... não fica bem, ainda mais num ambiente triste... você vai chorar o dia inteiro. Então não pode”. Perguntei: por que não fica bem? E a resposta não ficou clara.

F.: Paciente do tórax [...] eu chorei, e aí as pessoas achavam que eu estava chorando porque “nossa, ela fez alguma coisa de errado com o paciente no dia anterior” [...]. Então as pessoas me escondiam. Foi tão engraçado, me pegaram rapidinho, me colocaram na copa e “aconteceu alguma intercorrência, você fez alguma coisa ontem?” e eu fiquei com aquela pergunta...eu quase falei para a enfermeira “Tenha dó, eu tô chorando porque ele é meu paciente pô.” Trabalho com todos, mas tem alguns pacientes que te marcam e não é vergonha nenhuma chorar. Sabe, eu acho que eu sou ser humano. Antes de ser a enfermeira F., eu sou a F. Então, a F. chora [...] Não dá para separar isso. Não dá. Não é vergonha nenhuma chorar. É lógico, naquele mesmo dia tiveram várias pessoas que queriam morrer porque eu estava chorando: “Meu Deus, chorando, que ela vai passar para o paciente?” Oras bolas, que eu sou ser humano também, que eu entendo o que está passando, o que acontece. Eu me emociono também, eu choro. Qual é o problema?

A entrevistada abaixo, ao falar de envolvimento, usou a palavra humanização no lugar, indicando que falar de uma é falar de outra. Percebe-se que para essa entrevistada não existe nenhuma outra maneira de enxergar o ser humano que não seja como humano:

B.: Dar o melhor da gente. Para mim isso é humanização: é enxergar aquela pessoa como ser humano. E por falta de conhecimento eu deixo de fazer certas coisas [que conhecimento é esse?]. Mas acho que tudo o que posso e penso que dá para fazer, a gente acaba colocando em prática para melhorar [...] eu me envolvo demais, souro com eles. Se têm uma melhora já fico contente, de saber que os cuidados estão sendo realmente efetivos. Você cria uma ligação com a família. Tem uma paciente que está melhorando que a família dá a maior atenção para ela, que mais olham para ela e a gente repara isso, como também como as outras famílias tratam os seus doentes, entendeu? O filho vai, faz massagem nos pés. A filha chega e conversa com ela, mesmo sabendo que ela está sedada. Eu quero acreditar que isso vale muito para a melhoria dela também.

Há quem não se envolva?

B.: Percebo demais [...] quando eles fazem mutirão, descaso, ninguém está preocupado, olhando realmente pelo doente. Estão realmente preocupados em fazer

as coisas e só [confirmando que o cuidado técnico sem envolvimento também leva à desumanização] Alguns têm envolvimento, mas a grande maioria não tem, dificilmente [...] muito do que eu reparo [...] se estão num quarto dando banho, aquele som no último volume com o rádio. Gente, o paciente não é obrigado a escutar aquilo. Às vezes, um bate boca com o outro. Quantas vezes eu já falei: “Vocês querem discutir, vão discutir fora do quarto”. Acho que isso é um sinal de maior falta de respeito par com o doente, entendeu? Os doentes não precisam disso. Se estão lá é para serem cuidados e não escutar isso. Falo para eles que isso dá hipertensão, acaba esgotando mais o doente e o doente não é obrigado a presenciar isso [...] o funcionário ouve [...] fica um pouco de cara feia para mim, mas eu falo que sou chata mesmo, então.... pelo menos sabem que eu não gosto disso.

(achar quem falou) [...] Acho que se envolver vem desde casa, né! O trabalho, quando você gosta, você Eu sei lá. Acho que é devido a problema em casa, ele não sabe separar, traz para o trabalho acaba se dedicando que até esquece que não é sua família e trata como se fosse sua família

F.: os profissionais que não têm um trabalho humanizado sentem que falta alguma coisa, mas não querem se envolver. E aqueles profissionais que têm um trabalho mais humanizado, eles se envolvem e percebem que cada vez que é isso que o realiza como profissional. É engraçado, no começo eu tinha medo de me relacionar com os pacientes nesse serviço humanizado, mas cheguei num grau de satisfação tal que hoje não consigo fazer sem humanizar. É impossível. É impossível. Eu não consigo entrar na enfermaria e não conversar, é impossível eu não fazer esse serviço. E até recomendo, as pessoas têm medo: “Não, porque eu vou humanizar. Não porque eu tenho de preencher o papel. Olha eu preencho papel, de monte aliás e ainda converso com a galera. E tem sido um trabalho, eu acredito, satisfatório para mim, muito satisfatório, porque me sinto realmente enfermeira nesse período, quando o paciente, eu sinto realmente, precisa de mim, enfermeira [...] tive uma colega que [...] um dia, eu brinquei com ela: Ah! Por que você não canta uma música para o paciente de vez em quando [porque a gente faz isso de vez em quando] E eu falei para ela na inocência. E ela: “Imagine que eu vou fazer isso”. E assim, comecei a perceber como sou, como me sinto realizada ao fazer isso, parece bobo. Mas como eu me realizo fazendo isso. E eu dei a dica para essa minha amiga: “Olha, começa a conversar com seu paciente que você vai se sentir.... [não completou a frase]. Ela só falava mal da enfermagem, que tinha muito papel para preencher [...] e eu disse: “ vai conversar com o paciente que você vai se sentir o quanto você é necessária” [...] Então a gente precisa ter essa sensibilidade [...] Eu Canto? Canto [...] cada paciente tem a sua necessidade. A gente precisa perceber isso [...] eu converso muito com a família e muito com o paciente, porque têm de estar ciente do que está acontecendo com ele.

A gente aprende a se envolver? “B.: Tem quem se envolve naturalmente, mas há outros que à medida que vão se dedicando àquilo você consegue que ela tem um envolvimento melhor, entendeu?”

Pode ser o inverso? “B.: Também [...] de alguma coisa que aconteceu que leva ela a não mais querer se envolver”.

5.3.2 Esquecimento

Esquecimento foi outro termo apontado nas entrevistas para indicar a desumanização. A narrativa abaixo, embora estivesse tratando da questão se deixar de ser humano, apresentou-nos motivos pelos quais podemos “nos esquecer” ou desumanizar, pois, se “as pessoas já não se enxergam como pessoa”, em que se tornaram, então, e, por quê?

B.: Eu acredito que sim [referindo-se ao fato de deixar de ser humano]. As pessoas já não se enxergam como pessoa. Mesmo dentro como fora do hospital, eu acho que está todo mundo preocupado com ele mesmo, deixando, por exemplo, passando por cima das outras pessoas, de coisas que precisam ser feitas, só pelo fato de ele não estarem preocupados com isso. [...] Acho que deixa de ser humano, porque ele acaba esquecendo de fazer coisas para outras pessoas, pensando em seu próprio objetivo, interesse [...] Está todo mundo preocupado com a sua vida. Como eu estava falando de um procedimento que deixou de ser feito. Fui ler a justificativa: “Porque não deu tempo”. O funcionário tinha ido embora. Gente, mais um minuto e não dá para você fazer uma coisa para o seu paciente que vai demorar 2 minutos no máximo? Acho que começa daí, sabe, a falta de humanização das pessoas”

Da narrativa acima extraímos “já não se enxergam como pessoa” [como se vêem, então? Elas se esqueceram que são?], “preocupado com ele mesmo; Está todo mundo preocupado com a sua vida” [Nesse caso, esqueceram o outro?], “deixando [...] passando por cima das outras pessoas, de coisas que precisam ser feitas, só pelo fato de ele não estar preocupado com isso”. Que leva o ser humano a passar por cima de outros, de coisas que precisam ser feitas, se não a frieza de sentimentos, o descaso, descuido e o abandono, expressões da desumanização?

“Ele acaba esquecendo de fazer coisas para outras pessoas, pensando em seu próprio objetivo, interesse. “Acabar esquecendo” já é o resultado dos adjetivos negativos da

frase, quando deixamos de fazer por ele e para ele, abandonando-o. Não que pensar no próprio interesse e estar preocupado com sua vida não seja legítimo, mas pensar unicamente em si em detrimento do outro não é humano, isso é abandono.

“Fui ler a justificativa: ‘Porque não deu tempo’. O funcionário tinha ido embora. Gente, mais um minuto e não dá para você fazer uma coisa para o seu paciente que vai demorar 2 minutos no máximo?” Que é o tempo? Não seria questão da visão de prioridade? Tanto é o testemunho acima e o complemento da fala: “Acho que começa daí, sabe, a falta de humanização das pessoas”

Segue abaixo outros trechos para o esquecimento: “R.: Ele está se esquecendo que é ser humano (...) pelas coisas que a gente vê acontecer no mundo. A gente fala do mundo como se tivesse tão longe, mas você não pode andar na rua a qualquer hora, a falta como as pessoas lidam umas com as outras”.

D.: Não sei, pode ser que ele tenha esquecido.

L.: A maioria se esquece sim. Mas acho que é essa vida agitada, esse corre-corre, sociedade que cobra. Esquecimento, neste caso, é provocado pela “vida agitada”, pela “sociedade que cobra”.

O esfriamento do amor, a não consideração são sentimentos (atitudes) típicas do ser humano quando apartado de si próprio, levando ao esquecimento, embrutecimento, que é a desumanização máxima. É isso que vemos abaixo, quando a entrevistada não aponta a causa, mas os sinais do esquecimento que evidencia a desumanização:

R: Ele está se esquecendo que é ser humano [...] Não sei [por que se esquece que é humano?]. A amor das pessoas está se esfriando. Não estou generalizando, mas está esfriando, não existe consideração [...] porque não existe dentro de uma profissão, no caso a nossa, um fator, um vírus dentro da enfermagem que contamine as pessoas para elas serem um robô ou frias ou sei lá o quê [...] Esse vírus (simbólico) é interior

mesmo. Se ela é ela é, ela é aquilo. É claro que ela vai aprender alguns aspectos dentro da profissão dela [...] mas a essência dela não muda.

O fato de a narradora dizer: “mas a essência dela não muda” indica que as pessoas, mesmo endurecidas pelas situações, ainda têm em si o apelo, a centelha do cuidar, indicando que pode haver uma reversão no quadro da desumanização. Isso nos levou a querer saber por quê e que era de fato esquecer.

Logo na introdução apontamos que profissionais da enfermagem se esquecem de conversar, de ouvir e até mesmo de tocar o ser humano que está à sua frente (ROSSI, 2002), que naquele momento vive uma experiência de doença e dependência.

Ferreira (1986, p. 710), descreve esquecer como:

deixar sair da memória, perder da lembrança, pôr de lado, desprezar [...] perder o amor, a estima, deixar por inadvertência, pôr de lado temporariamente, distrair-se de, largar, descuidar, descurar (não curar, desleixar, não fazer caso de, abandonar, não tratar) [...] passar desapercibido [...] ficar no esquecimento, ser esquecido, não ser mencionado, ser omitido, perder a sensibilidade, ficar tolhido, distrair-se de coisas desagradáveis [...] perder a habilidade adquirida.

A definição acima encerra o pensamento anterior, confirmado pelas entrevistas, que esquecimento é praticamente sinônimo de desumanização. Assim, quando falamos que temos de “humanizar” estamos, na verdade, atestando que os itens acima estão presentes na atitude da enfermagem, hoje. Mas se dar conta dessa gravidade pode se tornar vago, se não buscarmos o por quê desse esquecimento, também chamado de descuido, descuro, descaso.

Que leva profissionais de enfermagem a abandonarem seu cliente? Afinal, essencialmente esses profissionais são; portanto o amor, como uma virtude, está neles. Mas algo os está impedindo de expressar sua natureza, trabalhando para que percam a sensibilidade e não consigam unir os valores éticos aos técnicos.

De acordo com as entrevistas podem ser as rotinas, muitas vezes complexas, juntamente com a atenção voltada unicamente ao aspecto técnico científico, mais a

duplicidade de empregos e a pressão sócioeconômica que os desgastam sobremaneira, comprometendo, assim, a sua qualidade, extorquindo-lhes o tempo, distraíndo-os e os desviando de seu principal papel que é o de cuidar do outro como um todo sem se esquecerem de si mesmos.

Podemos inferir, pois, que essa situação, possivelmente se inverta se, porventura, a “humanização do cuidado” primeiro for para eles. Afinal, não é gente cuidando de gente?

Repetimos aqui a frase de Rizzoto (2002, p. 198), vista na introdução:

Soa irônico falar de humanização da assistência em saúde para os profissionais da área, quando sistematicamente tem sido retirado e impedido a humanidade desses trabalhadores, com uma sobrecarga de atividades e funções, baixos salários e precárias condições de trabalho, impondo desgaste físico, psicológico e emocional aos trabalhadores, que acabam por consumir suas vidas, muito mais rápido do que deveria e muito antes do que cada um gostaria.

Os princípios de humanidade devem valer para todos: enfermeiro, cliente e família. Se o trabalhador é digno do seu trabalho, que recompensa — lucro — têm esses que se consomem muito antes do esperado, como diz Rizzoto (2002)? Que visão podemos esperar desses quando eles próprios são não vistos e tratados com se não fossem?

Como escutarão se não são ouvidos? Como atenderão aos que sofrem se eles mesmos estão angustiados e não tem quem os atenda ou console? Como cuidarão, se são e estão desgastados? Como carregar fardos de seus dependentes se não conseguem carregar os seus próprios? Neste caso, melhor “descartá-los”, uma vez que não servem mais para o sistema de produção.

Citamos Rizzotto (2002, p. 198), novamente:

Falar de humanização da assistência nesse contexto [falando das políticas públicas] é ‘só por Deus’. De fato, discutir, cobrar e/ou propor a humanização da assistência nessa conjuntura não pode ser para qualquer um, só pode ser para homens e mulheres que estão comprometidos ‘até a alma’ com projetos distintos dos que estão em curso, projetos que rechacem o individualismo exacerbado desse final e início de século, que coloquem o homem e não o lucro como centro das atividades políticas,

econômicas e sociais. Homens e mulheres que acreditem na capacidade humana de construir a história e de produzir um mundo melhor, humano, na plenitude da palavra, solidário e justo.

Algumas entrevistadas, além de confirmar o que foi dito acima, disseram também que a diferença entre se esquecer que é humano e um robô é pouca: “se esquecendo de ser um pouquinho ser humano”, que neste caso dá a entender tanto o sujeito quanto sua humanidade. Também colocam que o ser humano, desde que dê vazão à sua humanidade, sempre externará sentimentos de mutualidade:

L.: Quase iguais. Robô, por estar trabalhando muito (automatização, possivelmente por sobrecarga [física, quantidade de horas, salário baixo que tenha de ter mais de um emprego] e se esquecendo de ser um pouquinho ser humano [o ponto anterior pode levar a isso; portanto o esquecimento aqui ganha um dos significados do que foi colocado na introdução], entendeu? Porque não é questão de tratar o doente, porque você já nasce com isso e cresce com isso [inerência]. Quando um paciente morria, eu chorava (envolvimento, sentimentos humanos) e me diziam: “É por agora, porque depois você vai ficar tão fria, tão fria [indicação de que esses profissionais a quem a entrevistada se referiu estão vivendo o momento da desumanização] que tudo para você vai ser normal [a palavra correta aqui é não normal, mas comum, porque não é normal ou natural — no verdadeiro sentido de natural—, mas se tem tornado cada vez mais comum hoje]. Não. Pior. Você não muda. Se você é, você é e acabou [inerência]. Não tem nada que mudar [então, por que mudou? O que foi visto acima]. Pelo contrário, quando a gente vê coisas muito ruins em nossa profissão, a gente fica muito triste (coisas muito ruins: atitudes tornadas em ação — ter em lugar do ser — que comprometem a relação Eu-Tu?). Quando vê uma pessoa que é um verdadeiro robô, você fica triste] não mostram sentimentos. Se parasse para pensar um pouquinho não faria. Não seria um robô.

5.3.3 A Instituição leva-nos a esquecer que somos humanos?

Percebemos também uma queixa geral que confirmou o processo de desumanização, e dentre essas as que mais se evidenciaram foram a falta de tempo, dois empregos, sobrecarga de trabalho, pressão sócioeconômica.

Quando indagados quanto à instituição levar-nos a esquecer que somos humanos, julgaram tanto a instituição como ao ser humano, individualmente, culpados. Entretanto, se nos lembrarmos que a instituição é governada por seres humanos, verificaremos que ambos estão no processo da desumanização.

Nesta mesma narrativa vê-se um desabafo como também a consciência que ela tem de que a enfermagem não está preparada para assuntos além do cuidado técnico. Ela parece querer fazer, mas não se sente suprida de meios pela instituição, apontando a desumanização na e da instituição:

C.: Não só instituição, mas fatores externos também. Estamos num hospital acadêmico com residentes médicos, alunos de enfermagem. Nós, que somos formados, temos de mudar isso também, não é? Se o médico está passando um catéter, tentando várias vezes, você pode sugerir a ele para chamar outro para ajudar. Tem quem não aceite isso. Então você vê que ele tentou muitas vezes e não conseguiu, isso é ser desumano, então eu falo: “Dá para você ajudar. Ele não quer sua ajuda, mas você precisa ajudar porque isso está me causando agonia” (...) Você também diz para os alunos: “Não precisava falar assim com o paciente”. É claro que alguns pacientes merecem uns puxões de orelha. Algumas vezes a gente tem de apartar algumas coisas na unidade e acho que para isso o enfermeiro que não está preparado na unidade, porque ele é um elo, uma vez que ele sempre está lá. Se vem a nutricionista, às vezes ela não conversa com o paciente e a gente diz: “Mas você não conversou com o nutricionista?” Então você vai conversar com ela: “O paciente está dizendo que a comida está assim e assim. Será que você não pode pedir para que venha para ele comida de casa, porque a do hospital ele não quer. Se o enfermeiro não estiver centralizado no cuidado do paciente a gente não consegue ir para frente, centralizado no paciente, no cuidado geral, não só no técnico. Se você tem um enfermeiro que é só técnico.

É. Você deixa de atender a outras necessidades do paciente. Eu sei que não sei conversar, não estou preparada para esse tipo de assunto em termos de psicologia. Então chamo uma psicóloga que consegue conversar com o paciente, porque não sei se a paciente sabe o que tem [...] O pessoal lá [...] tem mania de mandar os pacientes [...] para dialisar e eles não sabem se vão continuar a ser dialisados para sempre. E que vamos falar se não sabemos como ele foi informado lá. Então digo: “Não posso te responder, porque não sei se você fez ultra-som, se é crônico ou não. Então é melhor você conversar com o médico ou enfermeiro do setor para ele te informar. Por enquanto, o que posso te informar é que você vai ser dialisado 3 vezes por semana, mas o acompanhamento você tem de conversar lá. Aí um aluno de enfermagem [...] disse: “Você vai fazer, você vai fazer sempre diálise”. “Isso é jeito de falar com o paciente. Você não sabe se ele é crônico, não pode falar. Se você leu o prontuário, não é assim que se dá notícia ao paciente. Você tem de tomar cuidado no que fala”. Às vezes falamos rispidamente com as pessoas, mas não nos tocamos com o que falamos, mas quem ouve diz: Como é que você pode falar assim?” Eu nunca falo porque eu nunca tenho certeza, porque ele não é meu paciente e eu não estou acompanhando ele”

Nas narrativas seguintes, algumas entrevistadas não culpam a instituição, antes acreditam que cada um deve saber (intuitivamente e/ou por ensinamentos) o que fazer. Se esse é o caso, e com isso concordamos, por que da desumanização nas instituições? Mais uma vez podemos alegar que o problema não está na instituição, como órgão, mas naqueles que atuam nelas e nas situações que as regem. Outras dizem que sim:

D.: Continuo achando que é a educação. Você já tem de crescer sabendo o que quer fazer, ser educado para isso ou se educar sozinho, entendeu. A educação é a base de tudo.

I.: Porque realmente o que cobram a gente é só das outras coisas, né (referindo-se ao administrativo).

5.3.4 Frieza de sentimentos – embrutecimento

A frieza dos sentimentos e o embrutecimento foram dois outros termos para designar a desumanização. Praticamente falando, trabalhar um termo é trabalhar o outro. Assim, associaremos ambos num mesmo subtítulo.

Perguntamos às voluntárias se faz parte da natureza do ser humano ser frio ou embrutecer. Na resposta abaixo ficou exposto o que vimos na teoria: o ser humano não é frio ou bruto por natureza, mas vem a se tornar — possivelmente pelas circunstâncias externas — se não exercitar a sua humanidade.

B.: Depende de cada pessoa. Não sei o que ela já vivenciou, o que já passou. Acho que eu não sou assim, quero acreditar que todas as pessoas também não são. Algum motivo levou elas a ser assim. Eu me lembro de um auxiliar que trabalhava a noite, que tratava com tanto descaso os pacientes, e eu perguntei a ele por que tratava eles assim. Aí, sem querer, no meio da conversa, ele contou que a filhinha dele tinha morrido. Dava para perceber que ele descontava as coisas nos pacientes. Só que naquela época eu era aluna de terceiro ano e não conseguia intervir. Mas cada vez que eu o via tratando os paciente dava uma agonia.

O esfriamento ou embrutecimento também tem a ver com a educação; ou seja, as entrevistadas alegaram que o nosso caráter é em parte herdado e em parte, formado. Dependendo de como se dá esse processo será o proceder. Também transparece-nos que mesmo que esteja instalada a desumanização, se o indivíduo quiser pode voltar às bases, à sua humanidade, revertendo o quadro

D.: Educar é a base de tudo, é a base do ser humano. É você ensinar tudo o que é de bom e ruim para o seu filho, para a sociedade, para ele saber conviver com todas as pessoas, saber identificar o que é bom, o que é ruim para ele e para os outros. É ter consideração e respeito para com as pessoas. É educação moral e cívica etc [...] Outras, você aprende em sua casa, no ambiente que você cresce, na influência que você tem de pai e mãe, de tio, tia, avó, avô e o seu também, porque você tem o seu gênio, aquilo que você carrega, né [...] Eu acho que alguns hábitos que a gente tem, a gente muda com o aprendizado, porque não lembro na escola [...] que o professor tenha me dito que aquela atitude que eu tenho de mudar é errada. Eu acho que sempre agi corretamente. Não sei, acho que a gente já cresce com aquilo, acho que, por exemplo, um ladrão não nasce ladrão. Ele cresce e transforma num ladrão, mas se ele quiser mudar a atitude dele ele não pode mudar, porque essas cadeias cheias???conferir... A pessoa sai de lá e pode mudar, se ele quiser. Mas acho que a gente nasce com aquilo. Procurar ter boas amizades, boas influências. É o que sempre procurei na minha vida.

R.: Não dá para manter um distanciamento, principalmente para um daqueles que fica um mês numa enfermaria: “Bom dia, boa tarde”, não, não há, nem frieza. É natural, não é algo que se estuda: : Ah! Eu vou chegar lá no quarto, vou falar assim... as coisas saem, fluem.

Quanto ao embrutecimento tivemos:

I.: Porque é assim, você tem de separar. Porque se você se deixar tomar pelo sentimento [aqui, preferimos trabalhar o problema dentro da própria entrevista: de qual sentimento a narradora fala? Para isso precisamos entender que é embrutecer. De acordo com FERREIRA (1986) embrutecer-se é tornar-se estúpido ou bruto. Sentimento tem a ver com a capacidade de sentir voltadas mais ao aspecto positivo como: faculdade de conhecer, perceber, apreciar, noção, senso, e uma parte que é a de pesar, desgosto, tristeza, mágoa. Desse modo, inferimos que a narradora está falando de envolvimento, não de embrutecimento. Quando os sentimentos negativos são levados a cabo, então podemos ter o embrutecimento. Dessa modo, levanta em nós a preocupação com a confusão desses termos na enfermagem, porque em momento algum o embrutecimento é benéfico ao ser humano, e ele não pode ser sinônimo de se deixar tomar pelo sentimento].

Continuando o trecho da entrevista:

você não consegue pensar para fazer as coisas [por que, se o pensar é refletir e refletir está no sentir?]. Você tem de trabalhar, tem de estar lá, então... se você está numa parada, e aí [...] Sei lá, se você se deixar tomar por sentimentos em algumas horas você não consegue nem ajuda [mais uma vez aqui a confusão com relação aos princípios do envolvimento ou embrutecimento].

I: Não é embrutecer, é controlar, é saber o que você está fazendo, né. Se você for consolar a família do paciente que morreu e começar a chorar, você não vai consolar ninguém. (neste caso, o controle emocional sugere embrutecer, o que vimos anteriormente não ser verdade).

Então perguntamos se um profissional da saúde pode começar com um ideal e embrutecer depois:

D.: Não. Se você começar feliz na enfermagem, você não vai embrutecer nunca, porque você tem de estar fazendo o que gosta. Cuidar do ser humano sem gostar, é você não o tratar como ser humano mesmo. Chega uma hora que vai embrutecer. Trabalho há 10 anos. Faço com prazer. Eu me sinto meio inútil quando a enfermaria está tranqüila...

Quando diz: “Chega uma hora que vai embrutecer” mostra que o envolvimento pode ser influenciado pelo meio. Quanto a “eu me sinto meio inútil quando a enfermagem está tranqüila” subentende-se que a proposta de cuidar que leva ao autocuidado ou a um moribundo partir com dignidade não realiza a enfermagem, o que nos traz a idéia de tarefeiros. Afinal, que visão temos da enfermagem? Formiguinhas, fazendo o tempo todo, unicamente?

R.: Eu acho que o que leva o ser humano a embrutecer um pouco é a vida, a experiência da vida, as experiências ruins [...] as pessoas que se tornam ladrões, ele não nasce ladrão, mas ficou. Assim ele acaba influenciando a vida de todo mundo. Você sabe que tem um ladrão que mora ao lado da sua casa isso afeta sua vida, fica preocupada desconfiada, né. Então a pessoa que se embrutece no trabalho não é devido ao setor que está trabalhando, mas às experiências amargas da vida, traumas, relacionamentos; enfim o que ele colheu nos anos de vida, então ele vai ter um resultado do que ele é hoje.

L.: Embrutecer, acho que é devido aos problemas particulares. Tem muita gente que não sabe separar e já chega de mau humor no hospital. Então, quando o paciente chama ele já xinga, já acha ruim: “Aquele velho está enchendo o saco”. É assim que a gente ouve. (Vê-se claramente que embrutecimento é o oposto do envolvimento saudável).

F.: Olha, eu tinha uma tendência a responder [...] eu acho que ainda é [...] as rotinas acabam embrutecendo muito. Determinados serviços [...] aqui eu estou num serviço até que eu tenho, mais uma vez, sorte, eu cuido de 16 leitos, não tenho pacientes graves nem de semi-intensiva. Não sei como é a distribuição dos enfermeiros, mas eu vejo alguns locais, por exemplo, uma enfermeira de UTI, 14 leitos. Então dá para humanizar assim? E se eu tivesse 40 leitos, daria para humanizar? Tem serviços que são assim. Uma enfermeira para 40 leitos. Daria para humanizar? Duvido. Eu ia ficar só apagando incêndio. Então mais uma vez eu tenho sorte de ter uma enfermagem pequena, uma equipe muito boa por trás, falando da equipe de enfermagem. A equipe médica, a equipe multiprofissional é importante? É, mas eles mudam cada mês. Não é uma equipe fixa, que eu posso contar e a equipe com que eu trabalho muito é a equipe de enfermagem. É a permanente, que fica comigo. Então tenho a chance de ter uma equipe muito boa, número de leitos bom, né, 16 pacientes, consigo vê-los todos, resolver pepino, preencher papel e outras coisas mais que a gente acaba fazendo. Serviço de “boy” às vezes e por aí vai. De vez em quando a gente faz, tem de fazer, não é vergonha nenhuma fazer ou fazer serviço de auxiliar também. É o meu serviço.

Também perguntamos se o hospital coopera para o embrutecimento do seu profissional e se a essência do ser humano pode ser embrutecida?

L.: Demissões do hospital... Quem é do hospital está muito irritado, ficando em depressão, sem paciência, porque não está seguro no trabalho. Entendeu? Apesar de que o paciente não tem nada com isso. Têm pessoas que não sabem separar. Por mais que esteja triste, chateado, você está de “saco cheio”, o seu trabalho tem culpa? Agora, diante dessa situação, o que a gente está percebendo é isso. Apesar que a enfermeira sempre fala: “Olha gente, não é bem por aí. Vamos com calma

B.: Tem pessoas que já são assim (embrutecer). É característico dele, não sei se por defesa, não sei o quê. Tem alguns que colocam culpa em falta de material, condições de assistência, e fazer aquelas coisas mesmo. Não sei o que leva uma pessoa a agir dessa forma e gostaria de saber. Se você está na área da saúde é porque tem de gostar. Sabe que vai lidar com pessoas. Tem de estar aberta para lidar com essas pessoas. Você não pode tratar com descaso [...] Acho que não. Ele é moldado conforme as coisas vão acontecendo, conforme a vida daquela pessoa. Tem umas que são mais maleáveis, outras não dá nem para conversar. Tem funcionário que tem de ter mil dedos para se conversar com ele. Não é possível. Se você está na área da saúde, quero acreditar que gosta de lidar com pessoas. Acredito que algum motivo leve a isso.

5.3.5 - Falta de comprometimento – dar-se ou emprestar-se?

Além do não envolvimento, esquecimento, frieza de sentimentos e embrutecimento, algumas entrevistas apontaram explicitamente a falta de compromisso:

C.: Falta de compromisso, responsabilidade dentro da enfermagem no cuidado com o paciente. Vem aqui, bate o cartão, cumpro as 6 horas e vou embora [...] acho que a enfermagem está perdendo [...] assim, o que falta é o compromisso quando você vem aqui. Não é vir trabalhar para ganhar o salário, ou fazer o serviço bem feito, como a unidade limpa, paciente trocado, confortável, e sete horas está lá no ponto. Não é só o material. Cinco minutos a mais...conversar com a nutricionista para antecipar a comida para dar tempo de todos comerem. Se não tem enfermeiro para ver isso, vai passar gente sem comer.

B.: Não sei. Sinceramente, a falta de comprometimento [...] Ainda acho que é falta disso_mesmo: de eles conversarem, de eles tentarem puxar as informações dos pacientes [...] eu acredito: comprometer-se realmente com o paciente, dar o cuidado integral, suprindo as necessidades que aquele paciente precisa, entendeu? além da técnica: é enxergar seu paciente [...] Deixar o interesse próprio, de fazer algumas coisas em função de outras pessoas. Sendo que você não está fazendo nenhum mal para ela, prejudicando. Mas por interesse você deixa de fazer certas coisas. A enfermagem é muito mais simples que as pessoas colocam — vários termos

(humanização), não sei o quê”. O seu paciente, o que ele quer dizer para você. Ele quer falar alguma coisa quase todo o tempo, tá ali na nossa cara e a gente não percebe.... e a partir daí você vai conseguir melhorar uma conduta médica, orientar os médicos, mas ainda, o cuidado e a evolução do paciente. Isso é um comprometimento.

Na fala delas esta palavra apareceu carregada de um sentido de dever, todavia com pouca prática, dando a entender a desumanização na enfermagem. Por isso perguntamos às voluntárias se elas compreendiam o sentido de compromisso, com a seguinte questão: a enfermagem se dá ou se empresta? De maneira geral, pelas respostas, inferiu-se ser o compromisso algo inerente ao ser humano.

Na entrevista abaixo, em nenhum momento percebemos respostas “prontas”, como se a voluntária conhecesse teorias sobre o compromisso e a partir delas falasse. Pelo contrário, nós a percebemos “desarmada”, espontânea. O resultado foi o trecho abaixo, começando por “eu acredito” — que podemos traduzir para “eu penso ou eu reflito que”:

B.: Ela se dá, eu acredito [...] acho que se dar é estar ali de corpo e alma, desenvolvendo sua função por amor. Emprestar-se é estar ali, naquele momento, mas você sai dali e já não se preocupa mais com aquela coisa. E não é: a gente tem de valorizar aquilo que a gente está cuidando. Atentar para ver se uma intervenção que você fez, em cinco minutos ir lá para ver se realmente melhorou. Acho que é trabalhar mesmo, de corpo e alma, com o seu paciente [...] eu acredito que é assim: ele sempre tem aquela cobrança de 13 horas estar tudo pronto. Então, não sei sabe, tem a falta de compromisso deles com o paciente, sabe. Quantas vezes eu digo para eles que não queria estar nas mãos deles. Se eu estiver: “Por favor, olhe para o meu rosto”, porque passa batido. Eles não atentam para isso. É uma coisa básica, entendeu? É um ser humano que está lá. Quero que eles vejam em mim o que quero passar, algo que quero passar. Porque eu odeio uma pessoa cuidando de mim e não me olhando. Na hora do banho você conversar com seu paciente. Por mais que ele esteja sedado, eu acredito, meu Deus, que eles escutam as coisas, que realmente sentem o cuidado que estamos dando para eles. Tem uns que você acha que não está respondendo, mas se você chega, eles abrem os olhos. A maioria das pessoas não sabem nem que o paciente tem abertura ocular. Por falta de atenção deles, entendeu?

Em função da abundância de riqueza de dados na narrativa acima, julgamos ser este o momento de trabalhar a questão. Para tanto, nós nos valem de um artigo de Vailott (1975) “Existencialismo – uma filosofia de compromisso” e da tese de Anjos (1996). Destas e, mais especialmente, da última, poderíamos apenas citar o conteúdo de seus trabalhos, mas

diante da riqueza da escrita de cada uma, preferimos correr o risco de fazer o que não é comum a uma dissertação, transcrevendo textos longos, acima do preconizado. Isso porque, por mais que tentássemos passar o sentimento que ganhamos em seus escritos, não alcançaríamos a grandiosidade de riqueza da fala delas. Assim, embora não seja padrão, pedimos a permissão ao leitor para proceder desse modo.

Vailott (1975, p. 294) diz que compromisso — COMMITMENT — pode significar:

promessa de permanência, senso de dedicação, indesejável lealdade a um ponto de vista, bem como aponta que compromisso — no existencialismo — é “a disposição de viver plenamente a própria vida, de dar-lhe sentido, aceitando, em vez de rejeitar, tudo o que ela possa conter, tanto de alegria quanto de dor.

Assim, para ela, uma enfermeira será verdadeiramente comprometida quando se sentir parte da e na relação Eu-Tu, enriquecendo a si mesma, ao Tu e à sua profissão. Nesse caso, ela iniciará o processo de interação, controlando e dirigindo seguramente, para a promoção à saúde de seu cliente.

No entanto, quando esse processo deixa de ser na relação Eu-Tu, constituindo-se uma técnica — embora mais complexa e mais valiosa do que, por exemplo, a habilidade de administrar oxigênio — ela está se emprestando e não se dando, quando, então, ela permanece distante e à parte do cliente, tornando-o objeto de seu trabalho em todo o tratamento.

Assim, quando ele “melhora, isso representa um sucesso para ela, uma recompensa. Ela pode considerar a dificuldade da tarefa um desafio e continuar melhorando os seus métodos, adquirindo, assim, uma sempre crescente capacidade profissional, bem como fruindo de tal situação refinados prazeres estéticos e intelectuais”.

A autora acrescenta que com esse não envolvimento, mas apenas daquilo que ela possui — técnicas — “ela não corre o risco de ser traumatizada no processo, mas, também,

não tem muitas oportunidades para um crescimento pessoal, humano” (VAILOT, 1975, p. 294-295).

Todavia, a que se envolve e se dá, embora sofra, obterá crescimento e amadurecimento em suas atividades, quer profissionais ou não. Essa de fato estará comprometida, e a que se utiliza do “eu” como técnica, essa somente se emprestará. A autora completa: “As enfermeiras podem recusar o compromisso e evitar a entrada do ser, pelo alheamento, pela ausência de sensibilidade e pelo cinismo” (VAILOT, 1975, p. 299). Pensamos que a fala dessa autora atesta a entrevista acima.

Anjos (1996), em sua tese, apresenta-nos um caso muito interessante para apontar a questão de dar-se e emprestar-se. Ela nos conta sobre um homem, pastor de ovelhas, que sofreu hemorragia da artéria femural. Pela emergência, o grupo de atendimento agia rapidamente ao redor dele, falando apenas o necessário, enquanto ele agarrava a mão de uma enfermeira que acabara o turno. Ele a olhava intensamente e gemia. Na descrição da autora lemos: “Nas profundezas do olhar havia um medo de lobos, uma solidão de trevas, um grito de eco sumido nas montanhas” (p. 93). Ele sabia que estava morrendo e ela também.

Naquele momento, ela entendeu a necessidade emergente dele, e lhe disse: “eu fico”. Ela o consolou dizendo que cuidariam dele, que ele sentiria sono mesmo, mas não tivesse medo, pois ela estaria ali o tempo que fosse preciso. Que adormecesse, porque ela não o deixaria, que aquilo iria passar. De fato, ele foi se acalmando, olhando-a continuamente, com a mão presa à dela; olha-a até que sua mão perdeu a força, ainda agarrada à mão dela, quando, então, adormeceu.

Concordamos com Anjos (1996) que viver situações assim é ser tocado pela realidade do Outro, despertando em nós sentimentos que não damos conta, mas que nos fazem agir no sentido de descobrir como o outro quer que atuemos. No caso dessa enfermeira, ela se utilizou do “eu” terapêutico, não como técnica, mas como um dar-se de fato, que resultou

num diálogo quieto, de olhares, num sofrimento compartilhado, em que ambos se angustiaram à espera do alívio. Como diz a autora, foi “visceralmente, vivido a dois” (p. 94).

A enfermeira leu nos olhos daquele o que seus lábios dele não puderam balbuciar, e, desse modo, interveio, mesmo correndo o risco de ter errado na leitura. De acordo com a que leu, ele tinha “medo de partir sem saber para onde; de partir sem ninguém” (ANJOS, 1996, p. 94). Então ela viu que “era preciso afugentar o medo, transformá-lo em paz; era preciso eliminar a solidão, pela garantia de companhia. Nem que para isso se tivesse de chamar “sono” à morte e fosse necessário transpor a barreira de mãos dadas” (p. 94). Ele adormeceu de mãos dadas.

Aqui transcrevemos, novamente, parte da nossa entrevista:

B.: Ela [a enfermagem] se dá, eu acredito [...] acho que se dar é estar ali de corpo e alma, desenvolvendo sua função por amor. Emprestar-se é estar ali, naquele momento, mas você sai dali e já não se preocupa mais com aquela coisa. E não é: a gente tem de valorizar aquilo que a gente está cuidando [...] Quantas vezes eu digo para eles que não queria estar nas mãos deles. Se eu estiver: “Por favor, olhe para o meu rosto”, porque passa batido. Eles não atentam para isso. É uma coisa básica, entendeu? É um ser humano que está lá. Quero que eles vejam em mim o que quero passar, algo que quero passar. Porque eu odeio uma pessoa cuidando de mim e não me olhando. Na hora do banho você conversar com seu paciente. Por mais que ele esteja sedado, eu acredito, meu Deus, que eles escutam as coisas, que realmente sentem o cuidado que estamos dando para eles. Tem uns que você acha que não está respondendo, mas se você chega, eles abrem os olhos.

Como foi dito na introdução, a ação (exterior) é resultado da atitude interior. Daí, gera-se o cuidado. Anjos (1996) diz o mesmo com outras palavras:

O cuidado de cada uma (referindo-se às enfermeiras que atenderam aquele homem) prende-se com a atitude interior que determinou o seu comportamento específico face à necessidade que o Outro lhe comunicou, no contexto da situação e da relação existente pessoa-a-pessoa

Ela também diz:

Ainda que realizando as mesmas ações, é o envolvimento que ambas as partes imprimem à sua realização que transforma essas ações em cuidados. Por isso, mesmo que todas as enfermeiras de uma equipa tenham elevada capacidade para cuidar e as atividades a realizar estejam prescritas, os cuidados acontecem sempre de maneira diferente, porque cuidar pressupõe intimidade e a relação íntima entre duas pessoas é sempre única (1996, 2002, p. 95).

Quando cuidamos não é somente no sentido de curar — no sentido biologicista — mas de fato cuidar. Mais uma vez citando Anjos (1996, p. 96), ainda se referindo àquele homem: “Não é a situação da pessoa cuidada que determina a diferença entre cuidar e curar [...] a diferença reside na atitude subjacente à intervenção. Se a intenção fosse cura, não valeria a pena pôr o sangue em curso, porque era sangue perdido. Mas o valor inestimável da vida daquele pastor impedia que se cruzasse os braços. O respeito por ele obrigava a que se lhe mostrasse que estava a ser socorrido na sua aflição, para que não se sentisse abandonado. Ajudá-lo a “adormecer” [...] permitia transformar a angústia do último trecho de vida em repouso pacífico”.

No trecho da nossa entrevista vemos algo disso: “Atentar para ver se uma intervenção que você fez, em cinco minutos ir lá para ver se realmente melhorou. Acho que é trabalhar mesmo, de corpo e alma, com o seu paciente [...] eu acredito que é assim”.

A realidade é filtrada pelos olhos de quem cuida: o que a pessoa cuidada eventualmente sente, revela-se nas palavras da enfermeira — ela sente como se as emoções e os sentimentos circulassem entre ambos como em vasos comunicantes. A leitura do apelo do Outro faz-se pelo “mergulho” na profundidade do seu olhar, onde ela vê muito mais do que a expressão física do medo [...] ela vê os lobos, que ele sempre temeu [...] nesse olhar, ela vê não só o homem, naquele momento, mas em toda a sua vida, indissociável dela (ANJOS, 1996, p. 97).

Ela vai ao encontro dele em seu todo, dá a ele a mão “como reconhecimento da sua dignidade e, com ela, oferece segurança; “diz-lhe” que fica, dando-lhe garantia de que tem valor para alguém, de que não está sozinho. Mas só sabe que “leu bem” quando o outro se acalma, continuando a manter a ponte do contato visual, mesmo após a passagem” (ANJOS, 1996, p. 97).

É exatamente por ser muito complexo que o encontro entre dois seres humanos se pode tornar, para ambos, significativo e, portanto, inesquecível. Ainda que o mundo real, onde a vida de todos os dias decorre, possa ser semelhante (ou até o mesmo) para várias pessoas, cada uma delas move-se no seu mundo interno, privado, que só revela se puder e quiser, povoado de experiências únicas, alegres e dolorosas, recentes ou passadas, cujo eco afetivo se faz de novo ouvir quando menos se espera (ANJOS, 1996, p. 97-98).

A humanidade expressa pelo cuidado — que para alguns é “humanização” — parece ser algo ilusório, como se somente existisse na inocência dos desavisados de que a prática é bem diferente, ficando no “ar” que pesquisar e trabalhar a prática da humanidade é lutar “contra a maré”. Mas assim como essas autoras, nós também nos colocamos nessa luta, acreditando. Acreditamos que inocência é uma questão de ponto de vista ou dos óculos que vestimos.

É bem sabido que somos resultado de como nos gastamos. Logo, a natureza, cedo ou tarde, vingar-se-á de tudo quanto lhe é infringida. Portanto, preferimos sonhar, vendo onde ainda não existe, enxergar com os olhos do coração, ser os que acreditam no ser humano único com uma individualidade que não tem preço, e desse modo cuidar!

5.4. Ser e Ter

Logo na introdução deste trabalho levantamos algumas preocupações concernentes às circunstâncias exteriores que tentam abafar o ser. Naquele momento perguntamos: Se estamos nos esquecendo que somos, que está levando a isso? “É o caso de o *ter* estar subjugando o *ser*? Estaríamos nós num processo onde tanto a nossa humanidade como a do outro está sendo vencida, derrotada pelo *ter* opressor? Estaria o *ter* embaraçando

nossa compreensão, o nosso discernimento, velando-nos a ponto de não enxergar a própria humanidade, comprometendo o tornar-se humano, da definição de Ferreira (1986, p. 908), ocorrendo, assim, o processo de desumanização?”

Se há desumanização, perdemos, então, nossa essência — humanidade? Como princípio não, mas como atitude (comportamento), sim. Se paulatinamente formos enredados por essas circunstâncias, nós poderemos nos esquecermos da nossa humanidade, vindo a tornar-nos ferinos, bestiais, desnaturados e cruéis, perdendo de vista a atenção, precaução, cautela, diligência, desvelo, zelo, encargo e responsabilidade.

Pois, para Ferreira (1986, p. 197), **ser** significa constituir-se em, ligar o atributo (atributo: aquilo que é próprio de um ser) ao sujeito, ter por dono, ser próprio, indicando que somente pelo fato de existirmos, nós somos constituídos (donos) seres humanos. Ou seja, a essência é ou existe.

Abbagnano (2003), distingue os dois usos fundamentais do termo ser: o predicativo, que na doutrina da inerência — com o qual concordamos — significa pertencer ou inerir. Assim, quando digo: “Fulano é homem”, significa que Fulano inere (pertence) à essência homem; e o uso existencial — exemplo: “a menina é (existe)”. Logo, “a essência e a existência constituem uma substância, um existente” (VAILOTT, 1975, p. 296).

Assim, somos um existente, um ser em formação, que em todo o processo é livre — livre arbítrio — para ser autêntico, para ser donos de si mesmos. Como tais, podemos escolher tanto a responsabilidade da humanidade como o deixar-se ser subjugado pelo *ter*. Na fala de Vailott (1975) o homem é responsável pela formação de seu verdadeiro ser, da pessoa que, com o tempo, ele virá a ser. E isso se dá mediante o seu grau de comprometimento com o que se propôs a fazer.

Essa teoria acima pode ser atestada pelas entrevistas abaixo, quando as voluntárias apresentaram as diferenças entre ser e ter:

B.: Ser é a maneira como eu ajo, a maneira como sou. Ter é o que eu consigo. Realmente têm pessoas que quanto mais têm mais pisam nos outros, mais fazem questão de se mostrar, de se esquecer dos outros [...] Acredito que sim [o ter pode levar o ser humano a se esquecer], mas não todas as pessoas. Tem quem tem muito e consegue enxergar o ser humano na sua frente. São pessoas que não fazem diferença: “Eu sou assim e com você eu não falo, não faço isso”.

C.: Ser e ter? Ter não é só objeto. Eu tenho um material, mas o que tenho como pessoa. Ser é o que tivemos de vivência: “Eu sou assim porque tive uma vivência disso”. Tenho a capacidade disso porque aprendi a ter [...] Acho que sim, com o tempo a gente acaba sofrendo essa vida stressante”, e muitas vezes a gente diz: “Não quero mais ter esse sentimento. Então não vou ser isso”. [Referindo-se ao fato de o ter embrutecer o ser].

I.: Acho que, talvez, ela se torna, né?! Você é aquilo que quer ser. Se quer mudar, insiste naquilo e consegue mudar. O ambiente também nos torna de um jeito [...] tem, tem relação [tem alguma relação do ter com o ser?] Para começar, você só vai poder ser um pouco daquilo que você teve. Se teve amor ou tem, paciência, amor, compreensão, paz, então você também vai conseguir ser assim e transmitir isso. Você também vai se preocupar com isso. Quando você não encontra isso na pessoa você se preocupa [...] porque a gente tem de transmitir. Tem de entender o que o outro está sentindo [...] Sentir [definindo ser] [...] É difícil. É receber [definindo ter]? [...] É estar aqui, é ser, sentir, é o que somos. Ter é possuir, receber. Se você recebeu coisas negativas, você vai ser, no primeiro momento, um pouco daquilo que você recebeu. Acho assim [vai ser ou vai se tornar?]. Uma criança criada num meio ruim vai crescer tendendo a isso [...] ela vai se tornar uma pessoa assim. Então vai parar para pensar se vai continuar sendo ou se vai se transformar, mudar [...] É difícil. Têm situações que você não tem como escolher. Se está no meio que é difícil sair, sem perceber você repete o que está vendo, até que tenha condições de refletir sobre o que não é bom e não reproduzir o negativo [...] o ter influi [...] Não tem qualquer condição de assumir o outro plantão, eu acho. Está cansado [...] Isso influi totalmente no relacionamento humano [...] Se com um emprego só, sai de casa de um jeito e volta.....[no sentido negativo].

F.: “A tecnologia conseguiu dominar”

A seguir, ela aponta outro motivo: “E não só a tecnologia, mas esse contexto que, essas rotinas que o pessoal estabeleceu para a enfermagem. Eu não entendo, por que não... Eu vejo profissionais, enfermeiros que vivem aquela rotina, aquela papelada, se escondem ali. Eu falo: “Gente, eu não consigo fazer isso. É uma coisa, assim, eu tenho a papelada também que tem de preencher, preciso, preencho, mas, assim, meu foco principal é o paciente”. Ao citar as rotinas, como um outro motivo, ela diz que, dentre essas, os profissionais enfermeiros se

escondem por trás da papelada. Na introdução desta dissertação vimos que se esconder está associado ao esquecimento que significa.....Estamos “neste pé”? Não fica caracterizado aqui o desumano, que é a palavra que falta ser trabalhada na cartilha da enfermagem? Por que o profissional se esconde? Teria sido ele subjugado pelo ter?

5.4.1 Tecnologia

A tecnologia, de modo geral, vem sendo apontada como um ganho para a saúde. No entanto, conforme visto na introdução, ela pode trazer transtornos se tomada somente como um ganho-*ter*, sem levar em conta o alvo do ganho: o ser humano. Assim, perguntamos às voluntárias se elas consideravam a tecnologia um ganho:

B.: É um ganho [...] ao mesmo tempo que ela vem para melhorar, evoluir a medicina, como a cirurgia de robô, que nem o médico opera mais. Achei estranho isso. Você nem toca no paciente de mais. Acho que isso acaba tirando o contato entre pessoas, deixando o ser humano um pouco de lado, se máquinas podem desenvolver isso. Acaba interferindo na relação entre as pessoas mesmo. Acredito que depende das pessoas. Se ela tem as coisas e se deixa influenciar por isso e acaba interferindo nessa relação... e tem pessoas também que não, que conseguem separar isso, entendeu? Ao mesmo tempo que tem as coisas conseguem lidar com as pessoas.

L: Eu trabalho com um pessoal [tomografia] muito bom, mesmo. Eles ficam chateados com o sofrimento [...] é o que digo: Na tomo, a gente lida com o doente do lado de fora e do lado de dentro. [indicando que não necessariamente a tecnologia leva a enfermagem a se embrutecer].

I: Depende de como a pessoa já é, não é? Se ela é uma pessoa [...] não são compreensivas, reclamam [...] são pessoas grossas assim, que não são muito amigáveis. Então não sei se ela vai saber diferenciar ou se ela vai se preocupar com isso. Acho que vai da natureza da pessoa. Tem umas que você sabe que ela não tem jeito para a coisa.

5.5 Cuidado

Começamos agora a trabalhar o cuidado e seus termos correlatos, que, junto com a primeira parte deste trabalho, apresenta-nos e comprova a não necessidade do chavão “cuidado humanizado”.

Vimos que a humanidade traz consigo virtudes, sendo o amor a principal delas e esse, identificado principalmente pelo cuidado. Logo, se o ser humano é constituído de sentimentos — amor — não há como ele se tornar robô — essencialmente —, tampouco deixar de cuidar, pois isso seria ir contra sua própria natureza.

Vimos também que cuidado é precaver pelo outro, aplicar o pensamento em algo ou alguém, refletir, tratar, considerar, atender a nós e ao outro na saúde, na aparência ou apresentação. Portanto, é inquietar-se por algo ou alguém, objeto de nosso apreço. Daí, pensar nele, acautelar-se por ele, calcular por, enfim, responsabilizar-me por ele. Essa diligência evita que, no sentido comportamental, nós nos bestializemos, prevenindo, assim, o descuido, descaso e esquecimento total. Afinal, se morrer o cuidado, morre também o *ser*.

Por conseguinte, cuidar não é somente um procedimento técnico de enfermagem, onde triunfa o aspecto técnico científico — embora este tenha um papel indispensável —, mas é principalmente usar da minha humanidade para assistir a do outro — como ser único, em sua dignidade. Logo, cuidar está apoiado na relação Eu-Tu, quando, então, o Tu é “visto” pela nossa consciência, expresso em nossa experiência e moldado em nossa prática. Isso é cuidar com quem cuida de fato, o que nos torna diferente dos robôs — afinal, esses não têm humanidade.

Podemos dizer, então, que cuidar é dar voz (reconhecimento) ao outro e a partir dela priorizar as necessidades, com ele, por meio dele e para ele. Desse modo, e repetindo, o cuidado como *cura* não encerra somente o aspecto técnico curativo, antes, é expressão e complemento do amor, da compreensão, carinho e amizade, que traduzem a dignidade humana. Visto dessa forma, seja qual for o prognóstico, a vitória do ser humano já estará garantida.

As entrevistas que se seguem apontam o referido acima, bem como atestam que, de fato, sem cuidado, caímos no processo de desumanidade. Neste primeiro trecho, temos o cuidado técnico: “I.: Cuidado é o que eu faço com os meus pacientes: assistência de enfermagem. Por exemplo, pôr tala para evitar pé equino, curativos, higiene oral, banho no leito, exame físico”.

Nos trechos abaixo vê-se que o cuidado é prestado a partir do olhar do outro, que traz para nós sua necessidade; que se deve fazer pelo outro até onde, quando ou quanto não possa fazer por si mesmo; que cuidado é ir além da técnica aprendida na faculdade. E no fechamento da fala há a confirmação de que esse processo é regado pelo carinho e o amor, pela sentimento de proteção, atenção — expressões das virtudes humanas. Portanto, confere com a introdução teórica deste trabalho:

D.: Cuidar para mim, é cuidar bem. É ver a carência da pessoa e fazer pelo outro o que ele não pode fazer sozinho. E o que você não está conseguindo fazer, estimular você a fazer, com carinho, com amor.” “R.: Cuidar é você tratar bem, é você manter, proteger.

Continuando os trechos sobre o cuidado: L.: “Cuidar na área da saúde, em nossa profissão, é você se sentir no lugar do doente, fazer de conta que está ali e como queria ser tratado. Entendeu?” [fazer de conta é imaginar-se no lugar do outro].

C.: É fazer as coisas pensando no melhor do paciente [...] o melhor para o paciente não só tecnicamente, mas tudo [biopsicossocioespiritual]. Não é só ver se o funcionário está fazendo [ação ou atividade] a medicação certa, mas ver a postura [atitude] dele frente ao paciente. Se a funcionária está brigando com o paciente você não pode deixar assim. Você diz: “Não é assim que se trata o paciente. Ele é idoso. Por exemplo, você tem de liberar a família para entrar, para cuidar dele”. Mas se o enfermeiro não libera porque a família vai atrapalhar, isso não é cuidado integral. É você ver de todos os lados, a parte de enfermagem, médico, nutrição, psicologia [...] essa visão global, acho que isso se aprende com o tempo, pelo treino. Você não sai da faculdade com essa visão [dando a entender que a academia não tem visão do todo]. Eu recebo uma enfermeira recém formada. Ela só consegue ver o cuidado técnico do paciente, esquece de outras coisas: “Você já conversou com a nutricionista, por conta da comida que ele não está aceitando?” Às vezes o paciente não come: “Por que você não comeu, a comida está ruim?” — “Não, é porque eu queria sopa, será que pode?” Se a enfermeira não está lá para ver isso, quem então vai olhar? O auxiliar, às vezes, tanto faz: “Comeu, comeu. Se não comeu, melhor ainda porque não vai...”. Se você não oferecer para o paciente quem vai fazer? Tem de ser a enfermagem. Tinha um médico que via a enfermagem socorrendo intercorrências bem enquanto das refeições e ele próprio oferecia o alimento na boca do paciente. Qual a diferença desse médico para outro? Ele vê que a enfermagem está ocupada e oferece o alimento. Isso é humano. E aí é o seguinte: você ensinou ele a ser assim? A instituição acadêmica te ensina? Não. Você, com sua vivência, é que vai ver isso. Então, não é quem acabou de chegar. Tem uma coisa atrás: o que você viu ou não na faculdade ou conviveu. Tudo isso faz a diferença. Então não critico se deu ou não, é de cada um.

B.: Cuidar é ir além da técnica que a gente aprende na faculdade, do que os medicamentos que a gente faz. Acredito que o cuidar é você dar atenção para o seu paciente, é você conseguir dar os cuidados básicos. Há muita reclamação de que não tem material não dá para fazer isso, não tem placa de duoderme [...] gente, mas vira o paciente. São cuidados básicos que todo mundo esquece. Cuidar começa daí, entendeu? Das coisas que a gente pode fazer e não necessita de nada.

Especialmente deste último bloco, pensamos valer a pena extrair mais algumas riquezas. Inicialmente a entrevistada dá a entender que a academia ensina somente o aspecto técnico, como a dispensação dos medicamentos. A seguir ela diz: “Eu acredito”, mostrando que desse momento para frente vai mostrar o que de fato pensa, e sua opinião está firmada no fato de que cuidar é atender, e isso é cuidado básico, não as técnicas (técnicas básicas).

Nessa ótica, se lhe falta recursos, isso pode ser um limitador, mas não uma impossibilidade, porque o creme é um recurso, não o princípio; esse está em querer tratar o cliente em sua dignidade, e somente o fato de ele ser mudado de decúbito possibilita para que esse alvo seja atingido.

Portanto, não é unicamente uma questão de técnica, mas de entender que o cuidado básico, como o próprio nome diz, começa na atitude de querer fazer — “Cuidar começa daí, entendeu!? [...] gente, mas vira o paciente. São cuidados básicos que todo mundo esquece. Cuidar começa daí, entendeu? Das coisas que a gente pode fazer e não necessita de nada”. Desse modo, o cliente não é esquecido, o que significa dizer que ele não é abandonado.

Quando a entrevistada citou a palavra esquece, eu perguntei: “Será que esquece?” B: “não é que esquece, é por descaso, porque todo mundo sabe que tem de fazer”. Muito interessante aqui, porque ela relaciona o nem sempre saber que tem de fazer ao esquecimento, ao descaso, palavras estas que no capítulo sobre o esquecimento e na introdução teórica deste trabalho foram vistas como sinônimos de desumanização.

No cuidado há uma atitude favorável à nossa natureza, que nos impede de nos tornar desumanos, no sentido comportamental, como visto no início deste trabalho. Logo, se queremos resgatar o cuidado temos de nos abrir aos sentimentos, que nos unem e nos envolvem com o próximo. Será esse o caminho para tirarmos o cliente do esquecimento, voltando a fazer caso dele. Assim, a atividade de enfermagem passará a ser verdadeiramente cuidado.

Partindo desse princípio, busquei saber das voluntárias se o ser humano sobrevive sem ser cuidado — vale lembrar aqui que o cuidado acompanha o ser humano enquanto esse vive —. Observando as respostas vimos que isso não é fato, porque mesmo as que responderam que sobrevivem sem cuidado, ou precisaram e não o tiveram, o que as levou a “se virarem” sozinhas ou são respostas associadas ao fato de estarem saudáveis que as fazem seguras de estar sós. Ou seja, se vierem a sofrer um desequilíbrio que as levem à dependência, possivelmente não terão a mesma segurança. Assim, inferimos que ninguém sobrevive sem cuidado, com a qualidade e dignidade devida a eles.

D.: Se você estiver incapaz de se cuidar, acho que não. Porque tem muitas coisas para a gente que é essencial. De repente, uma coisa essencial que seja incapaz para você, as outras não vão suprir [...] eu já precisei de cuidados, só que aí eu vi que não recebi eu me esforcei e fiz o que precisava fazer, por mim. Aliás, eu já fiz muita coisa sozinha, por mim. É por isso que acho que enquanto tiver saúde eu consigo fazer. [Dando a entender que se pudesse receber cuidado seria o desejável, mas na falta dele e numa situação de capacidade você até consegue sobreviver].

D.: “Sim, porque eu já precisei de cuidados, só que aí eu vi que não recebe, eu me esforcei e fiz o que precisava fazer, por mim. Aliás, eu já fiz muita coisa sozinha, por mim. É por isso que acho que enquanto tiver saúde eu consigo fazer”.

As duas entrevistadas abaixo atestam que não, e claramente relacionam o cuidado ao carinho e atenção:

L.: acho que não. Não. A gente precisa. Todo mundo precisa de cuidado, de carinho, de atenção. A gente vê isso porque você vê um paciente em que a família dá toda a atenção. É diferente. Em nosso enfermaria tem muito velhinho (o valor da família no cuidado). Quando a família cuida são bem diferentes, calminhos, tranquilos, e quando a família despreza, você liga: “Olha, dona fulana está de alta” — “Hoje não dá para buscar, amanhã não sei se vai ter gente e carro para pegar, então vai ter de segurar aí mais um pouco” — “Mas precisamos do leito” — “Mas vocês vão ter de dar um jeito” — “Mas ela está boa para ir embora, vocês venham conversar com o médico e ele acertará com a senhora”. É diferente.

I.: Não. Todo mundo precisa de cuidado.

B.: O ser humano não sobrevive sem cuidado. Mesmo no hospital, em casa, todo mundo precisa de alguém olhando pela gente, cuidando da gente. Não tem nossa mãe: “Leva o guarda-chuva porque vai chover”. Sempre você precisa de alguém dando atenção para você e aqui no hospital não é diferente.

5.5.1 Por que “humanização do cuidado”?

Uma vez trabalhado as palavras humanização e cuidado e os termos correlatos, onde confirmamos que são e estão na natureza humana, nós perguntamos: por que, então, da expressão “humanização do cuidado”?

Nessa primeira resposta vê-se que a idéia de humanização do cuidado é de procedimento. Nesse cuidado técnico, transpareceu-nos que a primeira motivação é a de colaboração com os serviços da enfermagem, para depois tornar esclarecer ao outro sobre o que será feito com ele, a fim de promover nele segurança e confiança:

I.: Porque você explica o procedimento para o paciente [...] para ele entender, não ter ansiedade e colaborar até, para saber o que estão fazendo com ele, para ele confiar, ter segurança. Ele está doente, está lá, mesmo o grave e entubado tem de falar com ele porque ele está ouvindo. O da reta crônica, por exemplo, está consciente, orientado, tem de saber o que vai ser feito com ele, tem de participar, precisa acalmar a ansiedade, e para isso temos de explicar.

E, quando perguntei se havia sentido na frase humanização do cuidado, obtive:

B.: Eu acho que não. São coisas tão básicas que a gente tem de fazer, e isso para mim já é uma grande humanização — dar atenção para ele, ver o que ele quer. Eu não sei se atenção abrange outras coisas, entendeu, mas o que entendo é que você está ali, atento ao que está acontecendo. Eu enxergo assim. [indicando que, na prática, quando o ser humano dá passagem à expressão de sua natureza, a expressão “humanização do cuidado” é desnecessário].

5.5.2 Por que se fala tanto em humanização do cuidado?

D.: Por que as pessoas estão se esquecendo (abandonando) de tratar uns ao outros com seu lado humano. Você vai num ambiente e vê sempre alguém mal humorado, “estressado”. Você vai num hospital, que é o caso nosso, onde as pessoas estão “estressadas” ou porque estão trabalhando no lugar errado ou não estão sendo bem pagas por aquilo, elas te tratam mal. (Percebe-se neste trecho uma definição empírica e intuitiva da humanização do cuidado e motivos para ter de usar o termo desumanização).

L.: Não sei porque eles têm falado sobre isso, porque aqui dentro (hospital) a enfermagem mudou muito, para melhor. Do tempo que a gente veio, tá mudando para melhor (vê-se que esteve em tempos menos favoráveis que o atual). Então eu acho que eles querem que as pessoas tenham mais consciência do que faz. Para mim é isso, não sei se estou errada. Para mim é isso [...] eu acho que o ser humano está ficando muito materialista.

5.5.3 Acredita na humanização do cuidado? Esse termo deve ser mantido?

B.: Acredito que isso é tão antigo, do começo da enfermagem. Esse termo veio só para melhorar a situação que, às vezes, está piorando, do cuidado, do descaso, não sei. Mas quero acreditar que ela sempre existiu. Sempre o cuidado com o paciente, com as pessoas em si, da humanização. A humanização sempre houve, mas talvez tenha vindo para tentar melhorar isso. [Vê-se aqui uma descrição, definição empírica, resumo e principalmente uma comprovação desta dissertação. Seria o caso de colocar isso em epígrafe, a fim de evidenciar o óbvio?

Então perguntei: para tentar melhorar ou denunciar o descaso?

B.: Olha. Acho que para os dois, tanto para melhorar pessoas que talvez não saibam o que é isso. Você falando acaba despertando a pessoa para ter vontade de se doar para o paciente, como realmente de mostrar que certas coisas não estão sendo feitas. Que está sendo feita por fazer, na verdade. [novamente vemos que nossa humanidade necessita ser “despertada”, possivelmente do imposto “sono” pelo *ter*].

L.: Sim. Eu acredito e eu torço muito para que esses muitos novos que estão chegando que melhorem, que aprendam a gostar do que fazem, a serem humanos [implica que temos perdido o que somos e temos de ganhar de volta por aprender], porque você ouve deles: Enfermagem é para mais de um emprego. Com 30 anos estou com minha vida feita. Porque vai dar para trabalhar, ganhar dinheiro, montar meu apartamento, meu carro. (sujeição do ser, a prova da desumanização pelo *ter*) O que espero e procuro ensinar (esse pessoal tem uma cabecinha muito pequena, né?) é que fiquem um pouco mais humano com as pessoas.

D.: Com certeza [você gosta daquilo e faz?]. Até porque, a enfermagem não é o único lugar que você tem para tratar as pessoas com humanização. Em todos os lugares... Quero dizer que essa coisa de humanização, tratando-se da saúde, não existe. Você tem de nascer para cuidar. Para mim é isso: ou você tem amor ao cuidar paciente ou esse negócio de humanização eu duvido e vou continuar duvidando de que um dia vamos por na cabeça das pessoas que tem de cuidar porque é ser humano. Tenho experiência de vida. Já vi muita coisa, já vi gente que não nasceu para cuidar de doente. Está na profissão errada.

5.5.4 Quem dever ser o primeiro a receber cuidado?

B.: O enfermeiro. Pensando no meio hospitalar, para mim, são os pacientes [...] acho que tanta gente tem de ser cuidada, acho que começando da gente. Precisamos estar muito bem cuidados para cuidar dos outros [...] eu tenho de estar muito bem para cuidar dos outros. Quando fala de funcionário que não cuida, que é descaso, às vezes eles não estão bem para cuidar dos outros.

Vê-se claramente na entrevista que a prioridade é para o Eu, que por sua vez, no encontro, cuidará do Tu. Isso também pode ser confirmado na maior parte das entrevistas a seguir:

I.: “Eu cuido primeiro do meu filho, mas todo mundo precisa de cuidado. Eu preciso de cuidado [...] ele, e eu depois”. Em princípio é: todo mundo precisa de cuidado, começando por mim EU, depois o Tu.

Então perguntei para a I.: Você acha que se não for cuidada, conseguirá cuidar? Nesse momento a entrevistada chorou e disse: “Você faz sacrifícios, você tem de cuidar dele”, subentendo que não era seu desejo deixar de ser a primeira, mas o fez por necessidade: “No princípio você consegue cuidar se é cuidado”, “A humanização do cuidado é para com o outro [...] para com nós mesmos”, agora, sim, transparecendo-nos sua verdadeira intenção: “é aquela cosia, você tem de cuidar mesmo sem ter tido cuidado. Eu tenho de cuidar. Tenho de responder por isso”, soando-nos como desabafo e carência.

D.: Eu acho que quem deve receber a prioridade é para mim, não é. São realmente os que estão cuidando, os que têm de cuidar. É o profissional que está cuidando. Eu acho que isso é isso. De repente eu mudo meus conceitos.

L.: “Acho que todos nós, né [...] Para mim são as pessoas de idade”, fortalecendo a idéia do outro, possivelmente a idéia pregada pela enfermagem. Num momento seguinte ela disse: “entre o idoso e eu, seria eu. Porque se eu não receber cuidado, como vou cuidar dos outros? Não é?”

Para a entrevistada abaixo perguntei: quem você acha que deve ser a primeira pessoa a ser cuidada?

C.: Como profissional? Como ser? A gente próprio. Se a gente não está bem, a gente não vai cuidar bem de ninguém. Você não vai ver o paciente direito. Você não vai ter a capacidade de perceber, tá. O pessoal não percebe as coisas. Vem aqui para trabalhar, mas não percebe que o paciente está com uma cara....”Que aconteceu?”. Mas o paciente não quer falar, então a gente deixa, quando ele tiver vontade de falar, ele vai falar. Eu sempre falo: “Dá uma conversada com ele, ele está triste”, mas nem sempre conseguimos fazer ele falar [...] se não tiver esse questionamento, se não começar por você mesma, você não vai chegar a nenhum lugar.

5.5.5 - A enfermagem cuida?

R: A enfermagem cuida sim. Quando o profissional tem boa vontade, começando pelo alto escalão, quando existe o interesse, sim.

5.5.6 - A enfermagem é cuidada?

R: Não. Dizendo isso em relação ao meu setor, ela não é. O nosso setor é abandonado. Estamos sem chefe, sem enfermeiras, sem escriturário, sem nada. A gente está se virando e olha, fico admirada de trabalhar num setor daquele que como

são bons profissionais. É claro, existe aquele ponto lá que te falei. Você sabe que se você comprar uma dúzia de laranja vai ter uma podre ali. Isso não significa que as 11 vão ficar também. Essa podre ajuda e muito. A gente não precisa nem de chefe. Somos uma equipe, a gente trabalha, uma coopera com a outro. É uma coisa maravilhosa. Quando ficamos sem chefe até pensei: “que vai ser agora?” Como diz o ditado: “Quando o gato não está, o rato faz a festa”. Falo isso devido à experiências passadas, de outros empregos. Aqui não. As pessoas são responsáveis, e muito. É muito bacana como um procura ajudar o outro. Estou adquirindo experiência. O sangue tem de ser colhido até determinado horário e não dá tempo. Quando vejo uma já está colhendo. Isso é trabalhar em equipe mesmo.

O trecho abaixo aponta um exemplo de desumanidade:

L.: Vou te contar um fato que aconteceu comigo. Talvez eu até no começo eu não entendia muito, não quis entender: trabalhei muito tempo no pronto atendimento e nunca tirei licença para nada aqui dentro. De repente eu quebrei o pé (ali no pronto socorro é barra pesada, hoje não, tem bastante funcionário) e tomava, muitas vezes, conta sozinha daquilo ali a noite, que não é fácil: otorrino, ortopedia, clínica médica, e eu quebrei o pé. Quando voltei da licença, o meu nome estava no centro de estudos. Já não me queriam mais ali. E eu trabalhei com essa chefia de pronto socorro muitos anos, quer dizer, ela me conhecia a fundo. Isso foi para mim uma barra. Conversei com a professora e achei que isso foi desumano comigo. Inclusive, eu fiquei doente com isso [...] alegaram que o pessoal que tivesse muito tempo de licença médica estavam sendo substituídos. Só que eu no dia 29 e a menina que foi me substituir foi no dia 2 [...] acho que ficaram com medo de eu ficar tirando licença. E assim, voltei deprimida, nunca tinha tirado uma licença em minha vida. Voltei tão para baixo, tão para baixo não queria sair do pronto socorro. Conhecia todo mundo ali, não sabia como ia ser recebida nas enfermarias.

Que situações de fora estariam levando, forçando a pessoa a se tornar desumana na área da saúde?

D.: Eu acho que muitas vezes você não tem os recursos para dar um cuidado melhor. Você vai fazendo o que pode, quer fazer mais e não consegue. E você acaba perdendo a postura de ser humano porque você, por exemplo, a psique da gente é muito importante. Eu sinceramente quando não tenho material para cuidar dos pacientes eu fico estressada porque eu gosto do cuidado certo, entendeu. Exemplo, você não tem antibiótico, um dispositivo venoso, em lugar de um de tamanho tem de introduzir um grandão. O recurso faz a pessoa desumanizar um pouco. Também a falta de ambiente — harmonia no ambiente — sem conflito na equipe, porque se tem você perde um pouco seu lado humano mesmo.

Fechamos aqui a análise, seguros de que todas as falas conferem com o nosso questionamento quanto à questão da “humanização”, “cuidado humanizado” ou “humanização do cuidado”

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer desta dissertação, nós questionamos o “tratar como”, a fim de buscar compreender o “cuidado humanizado”. Vimos que “tratar como” pode dar a entender um modo de fazer.

Logo, tratar o ser humano como humano implicaria não ser ele humano, precisando, então, ser trazido à posição de humano, a fim de ser cuidado. Porém, a teoria apresentada neste estudo mostra que o ser humano é; portanto, ele tem uma natureza humana, que lhe é inalienável. Logo, humanizar o cuidado sugere-nos que ele não é humano.

Acreditamos na intrinsecidade desta natureza, porém ela pode ser — e tem sido — subjugada ferozmente pelo ter, vindo o ser humano a agir de forma desumana. Entendemos que o ter opressor, competitivista, pode aquecer e alimentar essa desumanização, fazendo com que o ser humano deixe de ser o alvo do cuidado e venha a ser a matéria-prima para fortalecer o “como personificado”.

Assim, pensamos ser mais transparente admitir o termo desumanização em lugar de “cuidado humanizado”, uma vez que estamos nos tornando em algo diferente da posição original — como se tivéssemos mudando de natureza. Nesse caso, o como é pertinente e dá a visão do que podemos vir a nos tornar — desumanos.

A humanização é o ato de humanizar e humanizar é a prática do humano. Então, falar em praticar o humano é evidenciar que o momento em que vivemos é de profunda desumanização, a ponto de ter de tomar o substantivo “humanização” como verbo.

Para isso, o Eu-Tu, numa relação de encontro deve reaparecer, fortalecendo o desejo do humano no conjunto social, momento em que, embora sejamos governados pelo intelecto,

manteremos como suporte a consciência, a emoção e a vontade, fortalecendo-nos como sujeitos autônomos, capazes de transformar a realidade que nos cerca. Será a unidade na diversidade, vencendo a intolerância e a indiferença de um para com o outro — isso é ser cativado e guiado pela razão do coração.

Como, diante da obviedade desses fatos, concordar com a expressão “cuidado humanizado” ou “humanização do cuidado”? Se nossa humanidade alcança a do outro, há necessidade dessa expressão? Reconhecido o engano, que tal sua abolição, substituindo-a pelo verdadeiro termo — desumanização.

E, se esse processo de desumanização continuar, que natureza humana subsistirá? Julgamos ser esse um bom momento para reflexão.

Consideramos romântica esta dissertação, porque acreditamos que romancear é sonhar, e sonhar com o ser humano ser resgatado totalmente em sua humanidade é algo que nos faz feliz. Se não é assim, cremos que ainda será.

Para isso temos de voltar à nossa humanidade e à do outro, de modo que elas se expressem espontaneamente. Essa é a verdadeira humanização.

Sentimo-nos entusiasmados em pensar que os resultados deste trabalho possa contribuir na formação/capacitação do enfermeiro (a) no tocante à valores ético profissionais fundamentados na pessoa — como ser único — e na valorização ética do cuidado a ele.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. 2. Ed. São Paulo: Mestre Jou, 2003.

ALEKSANDROWIZ, Ana Maria; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Humanismo, liberdade e necessidade**: compreensão dos hiatos cognitivos entre ciências da natureza e ética. *Ciência e saúde coletiva*, n. 3, Julho/setembro, p. 513-524, 2005.

ALMEIDA, Napoleão Mendes de. **Dicionário de questões vernáculas**. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, 1981.

ANJOS, Lila Alberta Fontes Pereira. **Cuidar é amar**. 1996. 215 f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem). Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 1996.

AULETE, Caldas. **Dicionário contemporâneo da língua portuguesa**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Delta, 1986. v. 2.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Hermenêutica e humanização das práticas de saúde**. *Ciência e saúde coletiva*, n. 3, julho/setembro, p. 549-539, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001. 60 p.

BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. **Envelhecimento, saúde e trabalho**: um estudo com aposentados e aposentadas. 1999. 194 f.. Tese (Doutorado em Enfermagem) — Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 1999.

BRÊTAS, Ana Cristina Passarella; OLIVEIRA, Eleonora Menicucci. **Interseções entre as áreas de conhecimento da gerontologia, da saúde e do trabalho**: questões para reflexão. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, n. (8) 2, p. 59-82, 1999.

BRUNNER, Lilian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith. **Tratado de enfermagem**: médico-cirúrgica. 4 Ed. Rio De Janeiro. Interamericana, 1982, p. 1-2.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar - ética do humano: compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999. 200 p.

BUBER, Martin. **EU e tu**: introdução e tradução Newton Aquiles Von Zuben. 9 ed. São Paulo: Centauro, 2004. 152 p.

FEATHERSTONE, Mike. O curso da vida: corpo, cultura e o imaginário no processo de envelhecimento. In: DEBERT, G.G. (org). **Antropologia e velhice – textos didáticos**. Campinas: IFCH/UNICAMP, n° 13, março de 1994, p. 49-71.

FEFFERMAN, Marisa. **No limiar entre o homem e o inseto**. BIS - Boletim do Instituto de Saúde. São Paulo, n. 30, p. 16-17, Agosto, 2003.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FORTES, Paulo; ZOBOLI, Elma. Bioética e saúde pública: entre o individual e o coletivo. In: ————. **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Loyola, 2003. p. 10-24.

GRANDESSO MA. **Sobre a reconstrução do significado**: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.

GONÇALVES, Hortência de Abreu. **Manual de monografia, dissertação e tese**. São Paulo: Avercamp, 2004. 124 p.

LEE, Witness. **A economia de Deus**. São Paulo: Árvore da Vida, 1989. 239 p.

MACEDO, RMS. Prefácio. In: Grandesso MA. **Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Manual de história oral**. 4 ed. São Paulo: Loyola, 2002. 246 p.

MENDES, Isabel Amélia Costa. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem**. São Paulo: Savier, 1994. 94 p.

MEYER, Dagmar Estermann. Como conciliar humanização e tecnologia na formação de enfermeiras/os? **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília. v. 55, n. 2, p. 189-195, março-abril, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994. 269 p.

PESSINI, Leo. Apresentação. In: FORTES, Paulo; ZOBOLI, Elma (orgs). **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Loyola, 2003. p. 7-8.

QUEIROZ, Maria Izaura Pereira. **Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”**. In: VON SIMON, Olga de Moraes (org). Experimentos com histórias de vida (Itália-Brasil). São Paulo: Vértice, 1988.p.14-43.

RAMOS, Dalton Luiz de Paula. Perspectivas bioéticas na atenção da saúde bucal. In: FORTES, Paulo; ZOBOLI, Elma (orgs). **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Loyola, 2003. p. 161-167.

RATTNER, Daphne. Por que humanização? **BIS - Boletim do Instituto de Saúde**. São Paulo, n. 30, p. 4-5, Agosto, 2003.

RIOS, Izabel Cristina. Humanização na área da saúde. **BIS - Boletim do Instituto de Saúde**. São Paulo, n. 30, p. 6-7, Agosto, 2003.

RIZZOTO, Maria Lúcia Frizon. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 55, n. 2, p. 196-199, março-abril, 2002.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Um discurso sobre as ciências**. 10 ed. Porto: Afrontamento, 1998. p. 5-58.

SCHOENGERG, Arnold. **Harmonia**. São Paulo: UNESP, 2001, 72 p.

SIQUEIRA, José Eduardo de. Bioética, tecnociência e impacto nos serviços de saúde. In: FORTES, Paulo; ZOBOLI, Elma (orgs). **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Loyola, 2003. p. 133-147.

SOUZA, Mariana Fernandes de. Prefácio. In: MENDES, Isabel Amélia Costa. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem**. São Paulo: Sarvier, 1994. 94 p.

Teorias de enfermagem. Disponível em: <http://www.enfsaude.com.br/aulas/teoriasenf.htm>. 4/8/2005.

THOMPSON, Paul. **A voz do passado: história oral**. 3 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

VAILLOT, Sister Madeleine Clemence. **Existencialismo - uma filosofia de compromisso**. São Paulo: Novas Diureus, n.1(5), p 294-301, 1975.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho; ROSSI, Lúcia Aparecida. **O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido"**. Rev Latino-am Enfermagem. São Paulo, n.10 (2), p.137-44, março-abril, 2002.

(*) Apresentado no Encontro Internacional de Filosofia da Linguagem realizado na UNICAMP Agosto 1981.

© Newton Aquiles von Zuben
Doutor em Filosofia - Université de Louvain
Professor Titular - Faculdade de Educação da UNICAMP
E-mail: navzuben@obelix.unicamp.br

THIOLLENT, Michel J. M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. Com textos metodológicos de Pierre Bourdieu, Liliane Kandel, Guy Michelat, Jacques Maître, Raniero Panzieri e Dario Lanzardo. São Paulo: Polis, 1980. p.31-39.

<http://maltez.info>

ANEXO 1 — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM — QUE É ISSO?

As informações abaixo visam sua participação voluntária neste estudo, de natureza qualitativa, cujo objetivo é contribuir com o processo de formação/capacitação do profissional de enfermagem no que diz respeito à valorização ética da humanização do cuidado. Para isso buscaremos conhecer o significado do cuidado para esses profissionais que atuam em Unidades de Internação hospitalar.

Os dados serão coletados mediante entrevista, com roteiro semi-estruturado. Serão gravadas e transcritas pela pesquisadora. O material será devolvido ao senhor(a) para que reconsidere, ficando livre para ceder ou não o conteúdo em seu todo ou em partes.

As informações serão analisadas em conjunto com as dos demais entrevistados(as), não sendo divulgada a identificação de nenhum depoente. O sigilo será

assegurado em todo o processo da pesquisa bem como no momento da divulgação dos dados por meio de publicação em periódicos e/ou apresentação em eventos científicos.

A pesquisadora chama-se Nilza Maria de Souza Corbani, que pode ser encontrada no endereço R. Napoleão de Barros, 754 — Vila Clementino — São Paulo, telefone 55764421. Se o(a) senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo — R. Botucatu, 572 – 1º andar- cj 14, 55711062, FAX 55397162- E-mail: cepunifesp@epm.br.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Humanização do cuidado de enfermagem: que é isso?”. Eu discuti com a pesquisadora Nilza Maria de Souza Corbani sobre a minha decisão em participar neste estudo.

Ficaram esclarecidos para mim quais são os propósitos do estudo e os procedimentos a serem realizados. Esclarecido também que minha participação é isenta de despesas e que tenho a garantia do sigilo nominal e de minhas informações.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

CIENTE

Data: ____/____/____

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste(a) narrador(a) para a participação neste estudo.

Data: _____

Pesquisadora

ANEXO 2 — ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM
FUNCIONÁRIOS LOTADOS NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO
DO HOSPITAL SÃO PAULO, PARA O ESTUDO
“HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM: QUE É
ISSO?”

IDENTIFICAÇÃO:

Iniciais do nome:

Data de nascimento:

Onde mora?

Com quem mora?

Naturalidade:

Estado marital:

Profissão/ocupação:

Número de empregos:

Quanto tempo exerce a profissão?

Gosta do que faz?

ANEXO 3 QUESTÕES GERADORAS TEMÁTICAS PARA A ENTREVISTA

Para você, que é cuidado?

Que é “humanização”?

Que é “humanização do cuidado?”

Que é ser humano?

Que é cuidar/cuidado?

Há necessidade de humanizar o cuidado?