

DO ATO MÉDICO PARA O ATO DE ENFERMAGEM: PRINCÍPIOS PARA UMA PRÁTICA AUTÔNOMA DE ENFERMAGEM^a

On the Medical Act to the Nurses's Act:
principles for an autonomous practice of nursing.

Del Acto Medico para el Acto de Enfermería:
principios para una práctica autónoma de enfermería

Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Gisella de Carvalho Queluci

Vilma de Carvalho
Rafaela de Oliveira Lopes da Silva

Resumo

Temática/Problemática – Trata-se neste estudo da busca de respostas para o Ato de Cuidar a partir da questão: “O que a enfermagem faz de específico em sua prática?” **Objetivos**: - Identificar *recortes substantivos* em outros recortes de 38 estudos sobre a prática, realizados no período de 1999-2001, que abrangem respostas de 614 sujeitos/enfermeiras(os) sobre atos de enfermagem; - destacar como são esses atos e em que princípios estão baseados. **Metodologia**: Análise de quantidade e qualidade das respostas com abordagem da metanálise. **Resultados**: Foram 81 os recortes substantivos/obtidos indicando que 59,0% das(os) enfermeiras(os) identificam no ato médico a derivação de sua prática, enquanto 41,0% sinalizam para os Atos de Cuidar, mas sem identificá-los como tais. A “fragilidade ou fortaleza” dos achados apontam para a necessidade de considerar o cuidar/ensinar como espaço característico para esses Atos, os quais exigem, também, a identificação de fenômenos e *interven(A)ções* específicas de enfermagem entendidas como autônomas e próprias dos atos de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem. Cuidado. Ação Profissional.

Abstract

The purposeful question: This study deals with the search of answers to what it is the act of caring in the question “what the nurse makes that is specific in her practice?” **The objectives**: - To identify the substantive clippings in other clippings of 38 studies carried through on the nursing practice in the period of 1999-2001, which ones contemplate 614 nurses answers; - to point out the nursing acts as the specific ones besides identifying the principles where they are based. **The Methodology**: The data treatment was quantitative and qualitative analyses of the answers plus an approach through meta-analysis. **The Results**: The obtained 81 data clippings indicate that 59,0 % of the nurses pointed out that the medical act gives the direction to the nurse's act, while 41,0% of them only signalizes to the Acts of Caring, but without a specific identification as such. The “strength and fragility” of the data findings are claiming to the necessity of an appropriate consideration about the caring/teaching space as the one that can characterize the proper nurse's act, besides what it also demands the phenomena identification and the specific nursing interventions properly understood in the peculiar style and autonomous nursing acts.

Keywords: Nursing. Caring. Professional action.

Resumen

La cuestión propuesta: Este estudio trata de la búsqueda de respuestas para el Acto de Cuidar a partir de la pregunta: ¿Lo que la enfermería hace de específico en su su práctica? **Los objetivos**: - Identificar recortes sustantivos en otros recortes de 38 estudios sobre la práctica; realizados en el periodo de 1999-2001, que abarcan respuestas de 614 sujetos/enfermeros sobre actos de enfermería; separar resaltar como son esos actos y en que principios ellos están basados. **La metodología**: análisis de cantidad y calidad de las respuestas con enfoque del matanálisis. **Los resultados**: Los 81 recortes quitados de los datos indican que los 59,0% de enfermeros identifican su práctica como una derivación del acto médico y el 41,0% de él apunta el señal para los Actos Para Tomar Cuidado, pero sin identificarlos en su propia categoría. La “fragilidad y la fuerza” de los resultados están en la necesidad a considerar para tomar cuidado/ensinar como el propio espacio para caracterizar estos Actos como apropiados/específicos que exijan, además, la identificación de fenómenos y de la intervención específica de la enfermería entendida como una práctica autónoma y peculiar del oficio donde la enfermera actúa.

Palabras clave: Enfermería. Cuidado. Acción profesional.

INTRODUÇÃO

Sobre a Pesquisa - problemática, relevância e justificativa

Iniciamos o estudo desta pesquisa, afirmando que “procedimento” e “rotina” não são atos de cuidar e, conseqüentemente, tal afirmativa, por si só, nos assusta pelo fato de acreditarmos que cuidar do outro é um ato [científico] de enfermagem, que requer diagnóstico, intervenção e avaliação. O conceito de **ato**, neste estudo, confere com a terminologia filosófica na linguagem de alguns autores que afirmam que “ato” se distingue de “ação”. Ou seja:

(...) ação designa um processo que pode comportar vários atos. Passar ao ato é fazer algo preciso. Passar à ação é empreender algo mais amplo. Por sua vez, ato e ação se opõem a pensamento ou palavra: pensar e falar não podem ter efeito sobre a matéria, ao passo que agir tem um efeito⁽¹⁾.

Na literatura filosófica, os autores referem que a **autonomia** implícita/implícada na “ação” é definida como:

(...) liberdade política de alguém ou de uma sociedade capaz de governar-se por si e de forma independente, quer dizer, com autodeterminação⁽¹⁾.

Colocado o assunto a partir dessas proposições e para o tema de nosso estudo, pode-se considerar que as (os) enfermeiras (os), como profissionais e participantes da sociedade, podem exercer ações para fazer seu trabalho em plano de governo/controlar atos e operações para cuidar dos clientes - com liberdade de pensamento e autonomia, de vez que agem/atua como representantes de uma profissão que tem legitimidade e determinação legal reconhecida⁽²⁾.

Todavia, nas interfaces da prática assistencial, nas mais das vezes, encontra-se o discurso *de autonomia* de enfermeiras/os que não conseguem perceber porque seu trabalho - plano de atos e operações habituais do “que-fazer” - só atinge o significado de implementação de prescrições médicas. Com efeito, tal implementação pode dar margem a confusões ou distorções conceituais, pois refere-se à ministração/administração de medicamentos, de fazer curativos, de prestar cuidados de higiene/limpeza corporal, de conduzir os clientes para exames, de dar atenção/observar reações favoráveis ou adversas ao tratamento médico, ou quando não apenas de identificar sinais e sintomas apresentados, e informando a outros que

podem e devem agir em plano de terapêutica e diagnóstico como institucionalizados.

A questão que nos aflige está condicionada ao fato de saber se o que se faz, na prática assistencial, é entendido como decorrente de atos médicos (implementação de prescrições/ordens) e, neste caso, então, a prática da enfermagem ainda não foi, com efeito, amplamente pensada, discutida e pesquisada. Um dos maiores problemas, habitualmente apresentado pelos profissionais de enfermagem, condiz com o fato de que trabalham muito e não sabem o que significa este seu *fazer* como ciência e como prática substantiva que dê sustentação à autonomia/independência requerida pela profissão, fato esse que não corresponde às lídimas exigências nos tempos de hoje.

Um aspecto significativo da questão é que não sabemos como escapar da armadilha histórica que nos atrelou ao paradigma biomédico, onde tudo “o que se faz” é em nome de uma prática assistencial adjetivada como “enfermagem médico-cirúrgica, obstétrica/ginecológica, pediátrica, cardiológica”, e etc. Neste particular, vale destacar que (nós autoras) entendemos a importância do começo histórico de uma prática que já está dada nos termos da Enfermagem Moderna. Tangenciando a literatura de algumas autoras^(3,4,5), apesar das produções distintas, forma peculiar de expressão e com situações históricas especificadas no tempo de pensar sobre a enfermagem e sua prática, verificamos que elas consideram, em especial, os aspectos ambientais, psicológicos e sociais que envolvem o trabalho de enfermagem e “o que-fazer” das(os) enfermeiras(os).

Nesse sentido, o estudo nesta pesquisa tem relevância para o significado da enfermagem como **ciência** e **arte de cuidar** de clientes com necessidades de manter ou alcançar um nível ótimo de saúde. E justifica-se na medida em que é preciso reivindicar, para as (os) enfermeiras (os), os significados específicos do que realmente fazem, no âmbito de sua prática de cuidar, a qual envolve, além de tudo, o reconhecimento legal/lidimo de ação e de atos de enfermagem⁽²⁾. Pensamos que é possível contribuir para (re)colocar ou (re)definir princípios que nos conduzam à mudança do **sentido habitual** designado para o **ato médico** para o **sentido real do ato de enfermagem**. Isso, a partir do entendimento de que cuidar, em âmbito de enfermagem tem sentido de terapêutico, de intervenção, de apoio remedial, de manutenção de condições de melhoria, de equilíbrio favorável à saúde, mesmo em situações que não podemos mudar, mas que nos permitem poder confortar e amparar.

Assim, a problemática da qual emerge o estudo aponta a dificuldade que as (os) enfermeiras (os) têm em definir o que fazem, especificamente, como ato e ação de sua

profissão, uma vez que se ressentem de marcas/requisitos de “obedecer ordens médicas” em um crivo de operações entendidas por muitos como atos implementadores de orientações médicas que prescrevem - “o que se deve fazer”.

Objeto de estudo, questões norteadoras e objetivos

Nesse sentido, e à conta da temática/problemática, delimitamos o seguinte objeto de estudo:

Atos de Enfermagem como princípios básicos para a Ação de Cuidar a partir da autonomia profissional.

Levando-se em consideração o que se passa, no âmbito da prática da enfermagem, em relação a “o que se faz” em termos de atividades e operações de cuidar, a pergunta que se coloca é: *“O que a enfermagem faz com efeito e que é específico de sua competência?”*.

De nossa parte, outras perguntas podem ser colocadas: - “Em que situações permanece a pertinência da atuação da enfermeira? Tem ela uma função distinta? E se a tem, qual será?”. Perguntas que persistem em nosso tempo, que nos fazem pensar, e estamos tentando respondê-las neste estudo. Nossa intenção é explicar melhor “o-que-fazer” na prática assistencial, compreender as formalidades da atuação de enfermeiras (os), ou seja, nosso peculiar estilo de cuidar. Um estilo de cuidar ou de **atender** (pleno?) que é *específico* da enfermagem e que se justifica na abrangência de “atos” que envolvem não só a organização/gerência da terapêutica das pessoas e dos grupos humanos na área da saúde, mas, por inerência, a arte de cuidar aos indivíduos e aos grupos humanos na realidade assistencial da saúde e em enfermagem.

Nesse sentido, convém assumir que “(...) é natural que cada indivíduo [profissional] queira ter uma especificação no setor onde possa iniciar sua ação”⁽⁴⁾. O que não nos parece compreensível/aceitável é que **o cuidado de enfermagem** possa ser marcado como conseqüente do ato médico, quando, na prática, sabemos que ele é a essência de uma profissão que tem entre seus símbolos e emblemas a **imagem do Triângulo da Enfermagem**⁽⁶⁾ lateralizado pelas palavras: - **Arte, Ciência, Ideal**, as quais delimitam uma filosofia de ação e, possivelmente, um campo epistemológico.

Em vista das colocações e das perguntas, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Identificar em recortes de 38 estudos (já realizados) **como** as (os) enfermeiras (os) entendem seus **atos de cuidar**.

- Destacar, a partir dos recortes, o significado de tais atos no que concerne aos princípios básicos da arte de enfermagem.

METODOLOGIA

Sobre o método em geral

A metodologia culmina com a metanálise como “fenômeno que consiste em decompor mentalmente um vocábulo, ou uma locução de maneiras diversas do que determina sua origem etimológica com ênfase para a análise de resultados de estudos não conclusivos, às vezes conflitantes ou mal definidos”, e com o tratamento de caráter quantitativo e qualitativo dos dados. E tem apoio em autores/metodólogos referindo que “os dados são desmembrados para análise de qualidade e análise [de quantidade] estatística, envolvendo a metanálise como abordagem escolhida”⁽⁶⁾.

Essa opção metodológica favorece o enriquecimento da experiência de pesquisar sobre “cuidado” como essência e grande categoria teórico-prática da enfermagem. Sob diferentes ângulos e aspectos objetivos e subjetivos, entendemos que os achados produzidos como resultados devem ser concentrados em torno da idéia “do que se trata”. Vale dizer que, de várias pesquisas já realizadas, quase sempre, sobram muitos recortes de informações de conteúdos (doações dos participantes), ainda não bem interpretados/analísados e que ficam armazenados, aguardando um novo momento de serem estudados/manipulados no interesse da pesquisa e do conhecer em enfermagem.

Sobre os procedimentos metodológicos e achados

Os dados destacados para esta pesquisa foram obtidos dos recortes de 38 estudos anteriores, portanto são, de fato, de pesquisas já realizadas e já analisadas por Comissões de Ética e, assim, já autorizados - termos de aquiescência e/ou livre consentimento - pelos sujeitos participantes (clientes/estudantes/profissionais). Entendemos, por conseguinte, que a questão ética de agora, no presente estudo, está resolvida.

Preliminarmente selecionamos, em 104 estudos realizados anteriormente, os 38 trabalhos (estudos realiza-

dos de 1999 a 2001) que continham as “falas” de 614 sujeitos/enfermeiras (os) indicativas de percepção/compreensão/entendimentos de atos de cuidar. Entendemos que essas “falas” correspondem a “respostas” dos participantes sobre a pergunta “o que a enfermeira faz”. Em verdade, são dados que se encontram em trabalhos listados/classificados em linhas de pesquisa que tratam da temática/problemática do cuidado de enfermagem ^(7,8).

A seguir, selecionamos, nos 38 trabalhos um total de 81 recortes (48 – atos consequentes de ordem médica e 33 – atos de cuidar como tarefas de enfermagem). A Tabela 01, a seguir, trata desses atos de cuidar como classificados nesta pesquisa.

Tabela 01:
Categorização de atos realizados na assistência de Enfermagem

Ordem	Especificações - qualidade das respostas	Fi	%
1	Atos consequentes de ordem médica	48	59,0
2	Atos de cuidar como tarefas de enfermagem	33	41,0
TOTAL		81	100

E, depois, os dados foram decodificados segundo suas especificações em “atos derivados” e “atos de enfermagem” que, de acordo com os princípios básicos, pressupostos como sublinhando a percepção/entendimento acerca de atos de cuidar, ou como contidos nas “falas” de enfermeiras(os) acerca das ações e tarefas de enfermagem, sendo então ordenados como nos Quadros I e II.

Quadro 01:
Categorização dos cuidados consequentes de ordem médica

ORDEM	Especificações dos conteúdos das falas - aspectos quantitativos	Fi
1	Administrar medicamentos	18
2	Fazer curativos	3
3	Preparar para cirurgia	2
4	Verificar sinais vitais	23
5	Colocar oxigênio	2
TOTAL		48

Quadro 02:
Categorização dos cuidados da autonomia de enfermagem

ORDEM	Especificações dos conteúdos das falas - aspectos quantitativos	Fi
1	Banhar/Cuidar do corpo	19
2	Acompanhar a exames	3
3	Cuidar de materiais	2
4	Conversar - cliente e família	3
5	Orientar - tratamento/cuidado	3
6	Cuidar do ambiente	2
TOTAL		33

Nos 81 recortes percebe-se que há uma certa (in)compreensão ou certo (des)entendimento acerca de “cuidar/cuidados” na enfermagem que, por um lado, são designados como atos dependentes de ordem médica (48), enquanto que, de outro lado, percebe-se que a enfermagem faz “coisas”, - ações e tarefas (33) em plano de procedimentos técnicos e cuidados com o corpo realizados com independência.

SOBRE OS RESULTADOS

Na busca de conteúdos significativos de *atos* e *princípios* de um cuidar específico da enfermagem, encontramos duas categorias de análise destacadas a partir dos recortes, e que são as seguintes:

- Atos de Enfermagem – a organização e a gerência da terapêutica instalada.

- Atos de Enfermagem – a autonomia das ações de cuidar do corpo.

Se “os cuidados”, como expressados pelos participantes dos 38 estudos, estão *introjetados* (neles profissionais) como originários de atos médicos, pode-se pensar que alguns princípios básicos que norteiam a prática da enfermagem podem estar centrados no poder/saber médico (fragilidade epistemológica?), como que implicando dependência da enfermagem ao profissional médico e ao saber biomédico. Embora não bem identificados, os outros princípios (de enfermagem) podem estar expressados na independência de atos de cuidar, o que põe em destaque a autonomia profissional da enfermagem (fortaleza epistemológica?). Essa situação coloca os exercentes da enfermagem em questão e *em dúvida* a efetividade da enfermagem como saber. No discurso

epistemológico contemporâneo, encontramos afirmação que diz: “princípio é a causa primeira e é fundamento do conhecimento” ⁽¹⁾, e reitera-se, na epistemologia cartesiana, que, para o alcance do conhecimento científico, “é preciso começar pela busca de causas primeiras e dos princípios que têm, ainda, duas condições: uma, que sejam tão claros e evidentes que o espírito humano não possa duvidar de sua validade; a outra, que seja deles [dos princípios] que dependa o conhecimento das outras coisas, e de sorte que possam ser conhecidos sem elas, mas não reciprocamente elas sem eles” ⁽⁹⁾.

A categoria **Atos de Enfermagem – a organização e a gerência da terapêutica instalada** contém fundamentos biológicos para a restauração da saúde, e onde a abordagem à doença implica em redução da liberdade/autonomia de ação da enfermagem. No entanto, na enfermagem, os verbos de ação desses “atos” são entendidos em termos de: *(ad)ministrar, fazer, preparar, verificar, colocar* e outros que possam indicar ação direta e imprescindível não só para que o processo de cura ou restauração da saúde aconteça, mas para que as necessidades dos clientes sejam atendidas. Isto pode significar/implicar que os **atos de enfermagem** são indispensáveis aos **atos médicos**, ou porque sem esses a intervenção de enfermagem não aconteceria e os clientes sob cuidados gerenciados/prestados por enfermeiras (os) não poderiam receber os medicamentos prescritos; não haveria quem tratasse de seus ferimentos; não haveria quem pudesse ajudá-los ou que preparasse outras coisas para eles; e não haveria quem verificasse/controlasse seus sinais de vida para apoiar a oxigenação de seus corpos. Parece-nos que o princípio, aqui, é o de “restauração da vida através de redução de condições adversas/nocivas e de eliminação da doença” ⁽³⁾.

Os atos e ações profissionais, na literatura de enfermagem, são descritos para sublinhar/subscrever a função *peculiar* da enfermeira, mesmo quando já se reconhece que essa função vem sofrendo continuadas modificações. Ou seja, “a enfermeira poderá, diante de condições emergentes, ser forçada a assumir a função habitual do médico” ⁽⁴⁾ e, em outras circunstâncias, poderá desempenhar ações de assistente social, de fisioterapeuta, e algumas vezes chegar à contingência de assumir até a função de cozinheiro, de bombeiro e outros serviços diversos. Nessa literatura, há referências condizentes com as questões da prática cotidiana como: “o médico é acatado como autoridade máxima para diagnosticar, prognosticar e prescrever a terapêutica medicamentosa para o cliente, isso como funções de sua competência” ⁽⁴⁾. No entanto, atendendo a necessidades óbvias e imediatas dos clientes a seus cuidados, as (os)

enfermeiras (os) agem por imperativos de condições que se lhes apresentam, em dados momentos, [no contexto] de uma enfermagem que pode “fazer de tudo e para todos”. Razão porque entendemos que as (os) enfermeiras (os) agem como *pedra angular* no âmbito de sua prática de cuidar. Precisamos apreciar nosso “que-fazer” a partir de algumas condições. Então, se seguirmos os princípios nightingaleanos e proposições como “(...) a doença nem sempre é a causa dos sofrimentos que acompanham os enfermos, às vezes ela é inevitável e nem sempre são os seus sintomas que incomodam, mas é algo bem diferente, como a falta de um ou de todos os fatores: ar puro, claridade, aquecimento, silêncio, limpeza, pontualidade e assistência na ministração de alimentos” ⁽³⁾. E, acrescentamos: apoio na implementação da terapêutica medicamentosa, quando já definida.

Por outro lado, se em determinado momento, o ato de enfermagem possa parecer como decorrente do ato médico, é que o nosso *específico* ato está associado a conhecimentos e princípios das ciências médicas a outros não exclusivos dos médicos e que são, eminentemente, conhecimentos da área social e que incluem:

- **Estética** – englobando a arte nos pequenos ou grandes processos de preparação dos medicamentos, de tratamentos, do ambiente, e das próprias pessoas (clientes) para receber atenção e cuidados.

- **Comunicação** - apropriada ao relacionamento humano, abrangendo uma rede de habilidades e destrezas orientadas para o desenvolvimento de processos sensíveis como o de chegar perto, de tocar, de ficar presente e comunicar-se com o outro.

- **Psicologia/Sociologia/Antropologia**-compreendendo princípios e competências de saber “quem é quem” no espaço de cuidar/cuidados, e que servem para distinguir *quem* são os que cuidam e *quem* é cuidado, e assumir condutas para considerar a história, a cultura, as crenças, as expectativas e os desejos das pessoas.

- **Pedagogia Profissional e Administração**-apoiadas pela logística organizacional que abrange os atos de cuidar, e pela qual os processos gerenciais e de ensinar são sempre mais amplos, mesmo começando por simples solicitação e controle dos materiais necessários para cuidar/ensinar, permitindo ensejar uma prática exequível para os atos de enfermagem e outros - espaço de implementar ações/atos de outros profissionais.

No que concerne à outra categoria de análise **Atos de Enfermagem – autonomia das ações de cuidar do corpo**, entendemos que as questões envolvidas na (inter)dependência estão resolvidas e, **se** não, certamente devem continuar assim por mais tempo e até que as pesquisas demonstrem que temos, definitivamente, comprovadas as peculiaridades dos atos de enfermagem. Vale dizer que esta categoria refere-se aos atos processados no interesse da esfera do cuidado *específico* ou de operações da arte de enfermagem⁽³⁾, no âmbito da prática e da função de enfermeiras (os) junto aos clientes⁽⁴⁾, dos profissionais de enfermagem em atividades próprias do trabalho na enfermagem - cuidar, ensinar, pesquisar⁽⁵⁾. Essa categoria reflete-se, inequivocamente, na formação do perfil profissional.

Lamentavelmente, grande parte de enfermeiras (os) acredita que a formação profissional, na enfermagem, tem a ver com atribuições de dividir com outros os espaços e as práticas de cuidar, numa parceria desejável, mas, de toda forma, um tanto “nebulosa”, precária, e muitas vezes silenciada. O que podemos dizer sobre isso é que a enfermagem tem princípios fundamentais a nortear a ação profissional. Alguns são inerentes aos cuidados básicos em saúde

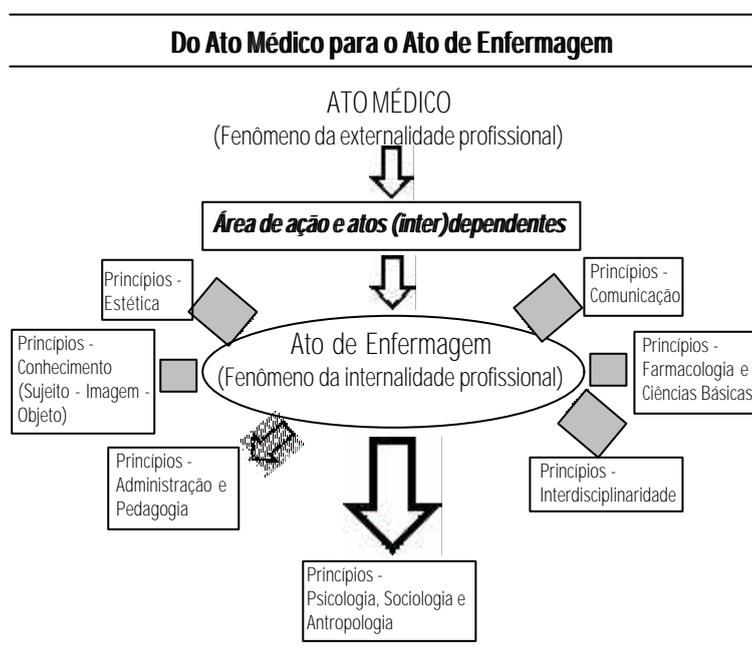
e em enfermagem. Mas há os que apoiam as condições imprescindíveis ao trabalho de enfermagem (enfermeiras/os e equipe) e que requerem a interdisciplinaridade.

A par de tudo isso, não se pode negar que existe uma relação de **interdependência** do ato médico para o ato de enfermagem, que gira em torno dos sujeitos enfermos ou carentes de atenção à saúde, e que não se limita à ação independente das (os) enfermeiras (os). Em verdade, poderíamos dizer que há uma “(inter)dependência” que requer a relação de parceiros com base em princípios da **interdisciplinaridade**, ou da **interprofissionalidade**. O que requer também conhecimentos de várias áreas, todos incluídos ou subscrevendo a Enfermagem - seu saber teórico e sua prática.

PROJEÇÕES DO ATO DE ENFERMAGEM

Com base nos achados (deste estudo), e nos princípios que fundamentam a ação profissional, em plano de *espectro*, esboçamos/desenhamos nossa idéia do **ato de enfermagem** em sua relação com o **ato médico**, cuja primeira imagem é a que se segue.

Imagem 01



Assim, o **ato de enfermagem** que entendemos/designamos *(inter)dependente* do **ato médico** (ou de atos de outros profissionais) compõe-se de elementos conceituais da *Enfermagem - seu saber e sua prática* (saber-fazer específico de enfermagem) e de princípios de outras ciências.

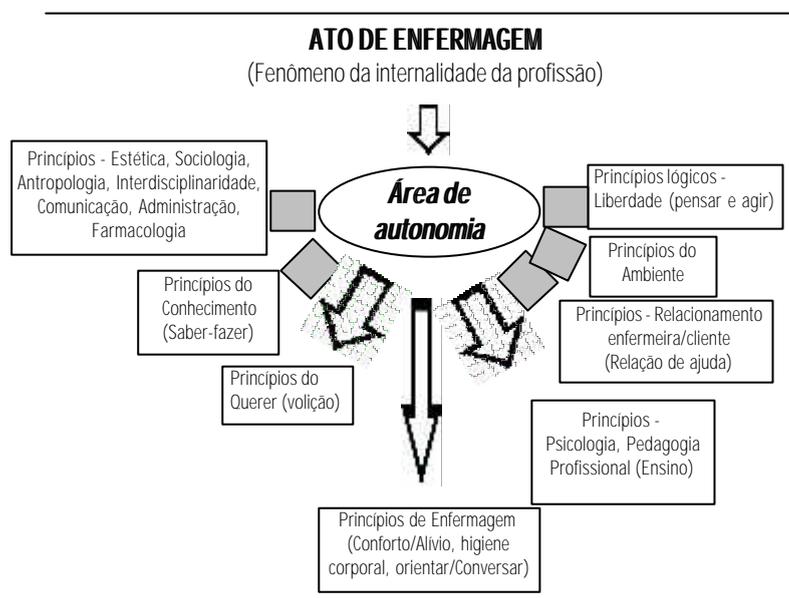
Nesse particular, há princípios subjacentes ao saber e à prática da enfermagem que nos remetem a pensar com alguns autores - no espaço do cuidar/cuidados, a questão do trabalho em enfermagem é muito complicada, quando se pensa que as coisas se resolvem, desde que se

ponha em ordem tudo “o que se deve fazer”⁽¹¹⁾. Questão complicada essa de trabalhar, na assistência de enfermagem, se os atos *específicos* de cuidar envolvem, em certo sentido, “ações multidisciplinares e interdisciplinares”, mormente se a pesquisa e a produção de conhecimento estiverem associadas. Haja vista que a área de atos de cuidar e de outras operações instrumentais envolve princípios básicos de teoria do conhecimento⁽¹²⁾ e, portanto, subjacentes à categoria “*organizacional*” ou da esfera da “*imagem*” - esfera “*instrumental*” no fenômeno do conhecimento⁽¹¹⁾.

O que está colocado serve de ponto de partida ao que se possa entender por *saber-fazer* cuidar/cuidados e que, na enfermagem, tem identidade própria e, conseqüentemente, seus requisitos. Acreditamos que a polê-

mica de certa forma reinante entre o que sejam “atos médicos” e “atos de enfermagem” só pode avançar em definições científicas com base em estudos e fenômenos controlados. E, por isso, cabe confessar que nossos achados, de modo algum, são conclusivos. Porém, nossa preocupação com esta problemática procede e nos mantém afinadas com a idéia de avançar em estudos de nossas linhas de pesquisa. Nesse intuito, tentamos esboçar/desenhar uma segunda imagem para iluminar melhor a idéia sobre os “atos de enfermagem” e a concepção do que entendemos por uma prática assistencial que abrange, em certo sentido, a autonomia da posição profissional – liberdade de pensar e ser (*saber-fazer*) no âmbito da ação.

Imagem 02

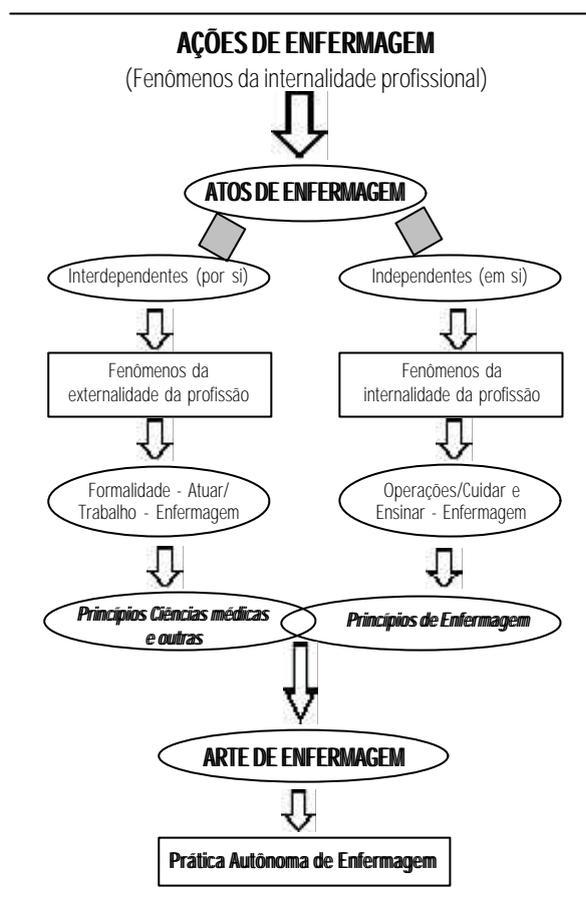


Com base nesta segunda imagem, podemos afirmar que os princípios que fundamentam os **atos de enfermagem** expressam e implicam várias ações/operações desenvolvidas em diferentes cenários/espacos. Além de realçarem alguns pontos críticos da problemática, esses princípios impõem atenção à necessidade de mais estudos e pesquisas sobre a propriedade/peculiaridade dos atos de cuidar e reforçam a importância das pesquisas para os avanços da posição profissional no mundo de hoje. Mas sem pesquisar e só com a prática assistencial, pouco se pode avançar na teorização acerca do conhecimento - saber-fazer na enfermagem. Entendemos que é preciso acreditar, sim, no valor das ações de enferma-

gem, as quais acontecem, aonde os corpos de enfermeiras (os) e de clientes se encontram para expressar os significados de atos de “cuidar e ser cuidado” em enfermagem.

Nossa convicção maior apela à enfermagem como profissão de ajuda⁽¹⁵⁾ efetivada, concretamente, em específicos atos de cuidar que têm conhecimentos e princípios que impulsionam a consciência profissional a buscar mais explicação, mais argumentos e mais resultados que possam ser evidenciados e comprovados em outras pesquisas. Nesse sentido, e pensando no “que-fazer da enfermagem”, idealizamos apresentar uma terceira imagem que pode, a nosso ver, concentrar os achados deste estudo e os resultados atingidos.

Imagem 03



Assim, e somente assim, na perspectiva da modernidade nightingaleana⁽³⁾, a enfermagem concretizada em específicos “atos de cuidar” apoia um processo **restaurador**, o qual de tão amplo envolve a **pessoa** cuidada/assistida, o **ambiente** e os **fatores** influentes. É bem verdade que, transcendendo os atos de enfermagem, há fenômenos que interessam à internalidade (epistemológica) do saber teórico e do que-fazer prático, mas também há fenômeno da externalidade (epistemológica) da profissão, e que assumem repercussão a partir dos atos e ações interdependentes. Então, pode-se compreender a reivindicação nightingaleana contra o fato de que “(...) existe uma convicção arraigada e universal de que ministrar medicamentos é estar fazendo alguma coisa pelo enfermo, ou melhor, significa estar fazendo tudo o que pode ser feito por ele, enquanto que propiciar o arejamento do ambiente é nada fazer por ele”⁽³⁾. Do ângulo do pragmatismo/funcionalista assistencial, é reconhecida a função peculiar da enfermeira na assistência ao indivíduo doente [ou sadio], e para desempenhar-se de atividades para manter a saúde ou para recuperá-la (ou apoiar uma morte serena), atividades que

o cliente desempenharia somente se tivesse a força, a vontade ou o conhecimento necessário”⁽⁴⁾. Isso nos leva a acreditar que o **ato de enfermagem** abrange conteúdo e elementos significativos próprios do **corpo do conhecimento** e da **volição/querer** profissional para saber e fazer “o que deve ser feito”. Os princípios subjacentes a esse entendimento e à posição profissional são os das necessidades básicas do ser humano e os das inter-relações com o outro e com o mundo. O que, na enfermagem, fundamentalmente, implica em diretrizes para dar impulso ao processo assistencial nas atividades de cuidar ou de prover condições que habilitem à recuperação do equilíbrio para a saúde. Tenha-se em conta a proposição de que “o cuidado de enfermagem há de estar sempre *harmonizado* com o plano terapêutico do médico”⁽⁴⁾.

Por outro lado, há autores que, acompanhando as discussões atuais, chamam atenção para a correspondência de esferas de ação no que diz respeito às relações entre interesses subjetivos e objetivos, e em que pese atividades peculiares do trabalho em enfermagem - cuidar, pesquisar, ensinar. Atividades típicas que culminam com esferas de atuação administrativa/assistencial,

investigativa e pedagógica. Atividades que, embora mais habituais, complicam-se em certo sentido, quando aliadas ao fenômeno do conhecimento (planos da construção do conhecimentos e da produção científica). E, como já afirmado, na esfera da pragmática assistencial, há que se pensar que essas atividade que envolvem os atos de enfermagem têm tudo a ver com os princípios fundamentais de enfermagem e outros que dizem respeito a categorias epistemológicas, pedagógicas e outras⁽¹¹⁾. Cabe atenção, pois, à relevância do fato de que “o que se cogita, se discute ou se sabe sobre a prática da enfermagem tem referência para os conteúdos da consciência profissional acerca de atos e operações próprias do saber-fazer na esfera do cuidar/cuidados”⁽¹¹⁾.

À GUIA DE CONCLUSÃO

A conta do exposto, as implicações de nossas imagens, principalmente da última, podem atingir conteúdos teóricos do “saber-fazer” com o corpo do cliente (sujeito doente ou não). Pelo que cabe reiterar que a categoria *o cuidado com o corpo* - higiene/limpeza corporal, comunicação/conversa, acompanhamento/orientação não é decorrente do ato médico, mas está aliada às condições do viver, e é a que se encontra mais presente nas “falas” dos sujeitos investigados. Eles referem os atos de cuidar como *autônomos*, como entendidos neste estudo, e que são executados de modo quase que automático, sem maior atenção ao saber-fazer profissional, e como se intuitivamente realizados ou sob efeito de impulso próprio da ação de enfermagem. Na verdade, como se implicassem em significados e especificidades próprias da profissão. Por isso, esse ato [*autônomo*] de cuidar, nas falas dos respondentes (ou de clientes e de estudantes), corresponde a ações típicas dos verbos: **banhar, cuidar** (de materiais e do ambiente), **acompanhar, conversar, orientar**, e tudo o mais que requer a presença, a proximidade pessoal e que pode, também, confortar física e espiritualmente o outro.

Parece-nos que, ao se falar em cuidado, em qualquer situação assistencial, a **higiene do corpo** é sempre o ponto de apoio e de tensão, servindo de sinal para dar início ao que nos cabe fazer e ao que sabemos fazer *bem*⁽¹³⁾, com a devida relevância aos atributos da arte da enfermagem e aos princípios/fundamentos requeridos. Haja vista que “um corpo não limpo significa envenenar a pele, e nos diz que a pele, quando suja, torna-se mais desordenada em sua função de proteger o corpo em quase todas as doenças, e em muitas das mais importantes enfermidades, a natureza se socorre quase totalmente da pele”⁽³⁾.

Parece-nos que “as falas” das (os enfermeiras (os) referem que os atos de enfermagem, que asseguram autonomia, estão na dependência do **agir profissional em si** no estilo específico da arte da enfermagem⁽¹³⁾, ou quando é preciso definir e decidir “o que tem que se fazer”. Conferem com operações da liberdade de pensar e agir, e significam atos para produzir, nos clientes, **alívio e conforto**, na limpeza/higiene/cuidados de seus corpos, de seus pertences, de seus ambientes, ou na conversa de ajuda/orientação que se dá a eles.

O **banho** é uma **tecnologia** e uma **ação de cuidar** e não pode ser confundido apenas com um procedimento/rotina de enfermagem, pois segundo proposição nightingaleana “(...) alívio e conforto significam muito para os que recebem cuidados e podem favorecer apoio para que, de fato, as forças vitais auxiliem na remoção de alguma coisa que oprime e, assim, as (os) enfermeiras (os) não devem protelar a assistência à higiene pessoal de seu doente”⁽³⁾. Outra proposição indica-nos que “(...) manter o cliente limpo, bem cuidado, protegido, o ajudará a manter sua capacidade física e intelectual, e favorece a melhoria dos estados de doença que provocam odores, impermeabilidade da pele pela presença de sudorese, de secreções, de curativos, e roupas sujas”⁽⁴⁾. Acompanhar o cliente nas experiências da enfermidade é uma ação que nos impõe a **presença** (profissional), que precisa estar articulada com atos de orientar e conversar, quando o cuidado de enfermagem transcende *quem cuida e quem é cuidado*, uma presença que é “pedra de toque” na base da autonomia e expressão singular/única de uma profissão como a enfermagem.

Mas a autonomia de que falamos condiz com o querer (vontade) baseado em princípio ou valor essencial/fundamento do ato de cuidar, assim entendido como na compreensão de alguns autores⁽¹⁾.

“(...) Vontade pura que só se determina em sua própria lei, que é a de conformar-se ao dever ditado pela razão prática e não por um interesse externo; como vontade de escolher de tal forma que as máximas de nossa escolha sejam compreendidas ao mesmo tempo como leis universais nesse mesmo ato de querer”.

Ou, ainda, como na proposição construtiva de que “*o corpo da enfermeira é instrumento do cuidado*”⁽¹⁴⁾. Afinal, gerenciar ou (ad)ministrar/controlar um cuidado decorrente do ato de outro profissional implica em arriscar, mais do que se possa imaginar, na transcendência dos atos de uns e de outros, e impõe-nos a tentar entender [mesmo quando o médico e outros profissionais assim não entendam] se somos capazes de *saber-fazer* o que

nos é *específico*, a partir de fronteiras supostamente estabelecidas entre atos profissionais numa área científica como a das Ciências da Saúde. **Ato de Enfermagem** não é uma ordem que se cumpre, é um ato que implica dever para com o cliente, ato de compromisso da profissão, de indiscutível impacto social, em que pese os cuidados *específicos* executados por *específicos* profissionais. É como faz o pintor, cuja obra permanece para sempre quando terminada, mas antes precisa-se de tela, pincéis, tintas, cola, verniz, pedra, prego, e até machado e outros materiais buscados ou intercambiados em campos diversos e nas artes de outros. Parece-nos que deveríamos entender, assim, nossa prática assistencial na enfermagem.

Todavia, a autonomia desejada e requerida, na prática da ação de efetuar os atos de enfermagem, assim como se entende, neste estudo, é a mesma que é elemento *fundante* de qualquer profissão na área - Ciências da Saúde, a mesma que é assegurada legalmente à enfermagem⁽²⁾ e que tem sua legitimidade reconhecida nas instituições e na sociedade.

Uma certeza que temos é a de que não é fácil argumentar sobre as interfaces dessa questão de endereçar os atos de enfermagem a partir dos atos médicos. Por isso, é que retomamos proposições de alguns autores para reconhecer e encontrar os princípios básicos que fundamentam a **arte da enfermagem**⁽¹³⁾.

Por último, mas não por fim, vale enfatizar que nossas colocações ficam na interseção de princípios básicos de enfermagem e de outros, influenciando as ações efetuadas por enfermeiras (os) em sua prática. Alguns parecem clarear os significados substantivos do que é mais próprio, peculiar, na natureza das ações, enquanto outros de caráter adjetivo parecem apelar aos significados de atri-

buições institucionalizadas e que afetam as formalidades de atuar/cuidar na enfermagem. Difícil é reconhecer, distintivamente, no cotidiano assistencial, “o que é e o que não é” **da pertinência dos atos de cuidar** no interesse da *Enfermagem – seu saber e sua prática*. A preocupação com a questão corresponde à atitude intelectual a demarcar, essencialmente, o campo teórico-prático de nossas reflexões, e ajuda-nos a pôr, na pauta de nossas discussões, as dúvidas e as perguntas capazes de alimentar as pesquisas e de expressar a perspectiva de cuidar/cuidados consistente com a posição de sujeitos profissionais no mundo atual e na área de conhecimento - Ciências da Saúde.

No plano da pesquisa e da produção de conhecimento, o processo de implementar atos específicos de cuidar em enfermagem não pode ficar subordinado a outros profissionais. Isso porque, em plano de cuidar, pesquisar e ensinar na enfermagem é imperiosa a autonomia das (os) enfermeiras (os). Assim, o que se passa em âmbito de atividades de trabalhar e executar atos de cuidar não é só uma questão de efetivar atos de implementar a ação de outros profissionais da área, nem tampouco condiz somente com organizar-se ou por em ordem os serviços e os trabalhos de enfermagem. O que se passa, de fato, tem relação a tudo que se refere ao saber-fazer *de enfermagem*, e a uma certa maneira de a consciência de ser profissional ater-se à obrigação moral e legal de cumprir responsabilidades e compromissos. O que condiz, também, com um espaço de construção pragmática dos sujeitos profissionais na realidade assistencial; isto é, um espaço do elemento objetivo/figurativo entendido como aquele “algo mais” que se possa considerar de extrema utilidade social.

Referências

1. Japiassu H, Marcondes D. Dicionário Básico de Filosofia. Rio de Janeiro (RJ): Zahar; 1990.
2. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986; Decreto nº 94.406/87 de 08 de junho de 1987. COFEN: Normas e Notícias 1987 jun; 10 ed extra: 1-10
3. Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. Tradução de Amália Corrêa de Carvalho. São Paulo (SP): Cortez; 1989.
4. Henderson V. Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem Tradução de Anyta Alvarenga. Autorizada pelo CIE/ICN. Rio de Janeiro (RJ): ABEn; 1962.
5. Carvalho V. Enfermagem Fundamental: predicativos e implicações. Rev Latino-Americana Enferm 2003 set/out; 11 (5): 664-71
6. Vidal ZC. O triângulo da enfermeira. Annaes de Enfermagem 1934; 1(3): 11-12
7. Castro AA. Revisão sistemática: análise e apresentação de resultados. In: Goldenberg S, Guimarães CA, Castro AA. Elaboração e apresentação de comunicação científica. Disponível em <http://www.metodologia.org>
8. Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento-CNPq. Diretório dos Grupos de Pesquisa. Grupo da Linha de Pesquisa-Cuidar em Enfermagem: o cotidiano da prática. Coordenadora/Líder: Nêbia Maria Almeida de Figueiredo.
9. Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento-CNPq. Diretório dos Grupos de Pesquisa. Grupo da Linha de Pesquisa e Estudos Epistemológicos para a Enfermagem. LP 2 Cuidar/Cuidados Classificação Epistemológica para a Enfermagem. Coordenadora/Líder: Vilma de Carvalho.
10. Descartes R. Discurso sobre o método. São Paulo (SP): Hemus; 1972.

11. Carvalho V. Linhas de pesquisa e prioridades de enfermagem - proposta com distinção gnoseológica para o agrupamento da produção científica de pós-graduação em enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm 2002 abril; 6(1): 145-154.

12. Hessen J. Teoria do conhecimento. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1999.

13. Caccavo PV, Carvalho V. A arte da Enfermagem: efêmera, graciosa e perene. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ; 2002.

14. Figueiredo NMA, Carvalho V. O corpo da enfermeira como instrumento do cuidado. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.

15. Carvalho V. A relação de ajuda e a totalidade da prática da enfermagem. In: Anais do XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem. Brasília (DF): ABEn; 1980.

Sobre as Autoras

Nébia Maria Almeida de Figueiredo

Doutora em Enfermagem UFRJ. Professora Titular EEAP/UNIRIO. Pesquisadora CNPq

Vilma de Carvalho

Docente Livre/Doutor e Professor Emérito UFRJ. Pesquisadora CNPq

Gisella de Carvalho Queluci

Enfermeira e Mestranda EEAN/UFRJ. Bolsista CNPq. (Relatora do Trabalho)

Rafaela de Oliveira Lopes da Silva

Estudante de Graduação EEAP/UNIRIO. Bolsista IC/CNPq

Nota

a - Trabalho apresentado no 4º Encontro Nacional de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem – EEAN/UFRJ (Nuclearte), maio de 2004; Prêmio Prof. Emérita Elvira De Felice Souza (1º Lugar).

Recebido em 13/09/2004
Reapresentado em 02/03/2005
Aprovado em 14/03/2005