



Cogitare Enfermagem

ISSN: 1414-8536

cogitare@ufpr.br

Universidade Federal do Paraná
Brasil

Silva de Andrade, Lúcia de Fátima
ENFERMAGEM E A DIGNIDADE HUMANA
Cogitare Enfermagem, vol. 14, núm. 2, abril-junio, 2009, pp. 388-391
Universidade Federal do Paraná
Curitiba - Paraná, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648975025>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

ENFERMAGEM E A DIGNIDADE HUMANA

Lúcia de Fátima Silva de Andrade¹

RESUMO: Este estudo é uma reflexão teórico-filosófica sobre dignidade humana e humanização no contexto da enfermagem. Abrangem o cuidado com o paciente bem como se relacionam aos trabalhadores, neste contexto salienta-se o cuidado que o Estado deve ter ao implementar políticas de saúde que respeitem os trabalhadores de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Ética de enfermagem; Humanismo; Direitos humanos.

NURSING AND THE HUMAN BEING DIGNITY

ABSTRACT: This study is a theoretical-philosophical reflection on human dignity and humanization in the context of Nursing Care. Our reflections include issues regarding the care for the patient, the relationships among health workers, and in this context, the Government should be careful when implements health policies that respect nursing workers.

KEYWORDS: Ethics; Nursing; Humanism; Human rights.

LA ENFERMERÍA Y LA DIGNIDAD HUMANA

RESUMEN: Este estudio es una reflexión teórico-filosófica sobre la dignidad humana y humanización en el contexto de la enfermería. Abarcan el cuidado con el paciente bien como se relacionan a los trabajadores, en este contexto se destaca el cuidado que el Estado debe tener al implementar políticas de salud que respeten los trabajadores de enfermería.

PALABRAS CLAVE: Ética de enfermería; Humanismo; Derechos humanos.

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ. Docente da Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ.

Autor correspondente:

Lucia de Fátima Silva de Andrade

Rua Afonso Cavalcanti, 275 - 20211-110 - Rio de Janeiro-RJ

E-mail: llucciafatima@globo.com

Recebido: 21/12/08

Aprovado: 28/06/09

DIGNIDADE, DIREITOS HUMANOS, HUMANIZAÇÃO E CUIDADO DE ENFERMAGEM

Este estudo é uma reflexão teórico-filosófica que teve como objetivo refletir sobre a dignidade humana e a humanização no contexto da enfermagem, visto que o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007⁽¹⁾ resgata o aspecto da dignidade humana e direitos humanos necessários de serem revisitados na atualidade.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos é um dos documentos básicos das Nações Unidas e foi assinada em 1948. Nela são enumerados os direitos que todos os seres humanos possuem, destacamos em especial o artigo primeiro que afirma “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns com os outros com espírito de fraternidade”^(2:1).

Em 2008 foram comemorados seus 60 anos, percebemos que permanece atual e que seus princípios continuam sendo uma meta a ser alcançada pelos povos do mundo. Também pelas profissões da área da saúde, mais especificamente a Enfermagem, em especial no que diz respeito à dignidade humana, abrangendo o direito a tratamento digno sob a ótica do prestador da assistência quanto do cliente.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem apresenta no quarto princípio fundamental: “O profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade humana e os direitos humanos, em todas as suas dimensões” e, no Capítulo I afirma que é direito dos profissionais de enfermagem: “Exercer a enfermagem com liberdade, autonomia e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos”^(1:1).

A questão da humanização na saúde é abordada na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde⁽³⁾ que assenta como princípios a inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde - refere-se a práticas interdependentes e complementares. A incorporação da humanização deve ocorrer considerando-se tal entendimento; a transversalidade - trata-se de concepções e práticas que atravessam as diferentes ações e instâncias. Aumentam o grau de abertura da comunicação intra e intergrupos e ampliam as grupalidades, o que se reflete em mudanças nas práticas de saúde e a autonomia e protagonismo dos

sujeitos; têm relação com a co-responsabilidade entre gestores, usuários e a participação coletiva nos processos e na gestão⁽⁴⁾.

No entanto, precisamos nos perguntar de que humanismo estamos falando. Como nós, enfermeiros, estamos cuidando. Para Saillant^(4:37), a etimologia da palavra cuidado é primordial, parece situar, em primeiro plano, o horizonte ético da ação do cuidado em relação a todo confinamento, a uma prática específica, a uma profissão ou a uma ciência. O cuidado não se distingue de uma noção de “tomar conta”. Observamos que tomamos conta de uma pessoa viva ou que morreu, isto é, cuidamos de uma pessoa próxima cuja saúde se deteriora, mas também cuidamos da memória de uma pessoa que morreu. Cuidamos do meio ambiente em que vivemos, de uma coisa dotada de valor, porque porta uma memória como dom ou lembrança. Não queremos perder o espírito de um ser, de um evento, de uma relação e, assim, cuidamos e nos ocupamos dele. Tomar conta diz respeito a se ocupar de uma pessoa ou da relação com essa pessoa, seja ela profissional ou familiar, de amizade, esteja viva ou morta.

Tomamos conta também de outros elementos que não são, necessariamente, humanos e que estão relacionados a nós. O “tomar conta” compreende a doença e a saúde, mas também se estende a outras esferas da vida. No pensamento de sistemas médicos e terapêuticos diversos da biomedicina essa visão é habitual. O que precisamos compreender é que, nessa ideia de “tomar conta”, há uma ideia fundamental de relação: não se pode cuidar se não houver um outro. Além disso, toda ação de cuidado só faz sentido em um espaço relacional. Aprofundar tal ideia é afirmar que o cuidado não pode se definir somente por suas ações e técnicas, mas pelas formas e pelos termos da própria relação entre aqueles e aquelas que cuidam e os seres e outros elementos que cuidamos. É então nesse espírito, de atenção e de preocupação por alguém ou alguma coisa, que nos é estranho e exterior a nós, que o cuidado faz sentido. Mas, entre a atenção e a preocupação pelo outro, pelo fato de que o cuidado seja necessariamente uma boa ação, é que ele vai ao encontro de certa ideia de humanização. A atenção e a preocupação pelo outro só podem ser presumidas nessa direção e intenção⁽⁴⁾.

A questão do cuidado tem relação com os desenvolvimentos da Antropologia do Corpo, de maneira mais geral, com os saberes sobre o corpo, sendo atualmente uma linguagem a ser desenvolvida

para sair do naturalismo médico. Ela releva a ética da responsabilidade de Lévinas no sentido de *pensar o outro*. É no encontro inicialmente da relação mãe-filho e, em seguida, em todas as relações de proximidade que se cruza o sentimento de responsabilidade⁽⁴⁾.

É conveniente nos referirmos ao lugar do cuidado no espaço socioterapêutico o qual não é limitado às instituições de saúde. O terapêutico não se situa em uma instituição ou em um dado espaço, remete a um conjunto de ações de indivíduos ou grupos no trabalho de atenção à vida do outro e que é diluída no espaço social. Engloba o trabalho de enfermagem, no entanto, não é restrito a ele. O trabalho de atenção à vida passa pelo corpo, no sentido amplo do termo, e também por diversas técnicas corporais que reúnem pessoas singulares e grupos específicos. Todas as ações de atenção à vida não conduzem, necessariamente, a um melhor bem-estar, à manutenção e à qualidade ou a uma vida significativa para si mesmo e os outros. No pensamento humanista ou da humanização, o cuidado é visto, necessariamente, como uma boa ação. Existe, de certa forma, de um lado a técnica, que é má, médica, abusiva, invasiva, e de outro, o cuidado, que deve corrigir a técnica, torná-la humana e dar prioridade ao ser e não à máquina. Nessa visão, muito influenciada pelo modelo médico-hospitalar, a técnica é verdadeiramente a máquina. No entanto, sabemos que as técnicas como as da enfermagem não são somente máquinas. São sociocomportamentais (o trabalho para mudar comportamentos de saúde); administrativas (a gerência que diz respeito à vida e aos corpos) e também observáveis nas rotinas (pois o ritual do controle da temperatura e das excreções todas as manhãs, nos hospitais, lembram ao paciente que ele está submetido a uma vigília tecnológica)⁽⁴⁾.

A etimologia da palavra cuidado, enquanto atenção e preocupação (para o outro), deveria igualmente (pela inclusão de seu contrário, o descuido) significar o problema da indiferença e também o da prioridade da ação para certos grupos vulneráveis, frágeis, em detrimento de outros, colocando a questão da justiça no acesso aos serviços de saúde. Assim, a insistência sobre o humanismo e a humanização, pelos cuidados, torna difícil pensar neste último como carência, ausência, recusa. É preciso considerar aqui toda a questão da privação (de cuidados, de técnicas) para certos grupos nas regiões isoladas, nas periferias isoladas do mundo, e para quem

a saúde se torna uma questão de direitos humanos e de cidadania. Devemos pensar o cuidado nas suas expressões de recusa (do cuidado) e da indiferença (em relação a certos grupos). A expressão “se preocupar com” supõe (mesmo que não nos demos conta) o sentido de “não nos preocuparmos com”^(4:38).

Humanizar para quem e por quê? Até que ponto a atenção e a preocupação pelo outro se referem a uma visão limitada de alteridade, negando a existência da pessoa que cuida enquanto sujeito na relação de cuidado? Questiona a autora, não podemos negar completamente a figura e a subjetividade daquele que cuida. O outro não é somente aquele a quem se dirigem ações supostamente benevolentes. O outro não é propriedade do *eu*, daquele ou daquela que cuida, e aquele ou aquela que cuida também experimenta essa alteridade. Quem é o outro quando o enfermeiro também é aborígene em contexto aborígene? Quem é o outro quando o enfermeiro é de um grupo etnocultural e trabalha em contexto pluricultural? Quem é o outro quando o enfermeiro cuida de alguém próximo a ele e quando ele cuida de alguém em uma instituição? Quem é o outro quando o enfermeiro é branco em vila indígena? Ou seja, o que faz de nós o outro? A preocupação pelo outro é, no fundo, aquela parte do outro que temos em todos nós. Eu não sou jamais separado do outro e eu mesmo sou o outro, e o mesmo acontece com aquele que cuida^(4:38). Então, o que podemos dizer é que essa interação complexa precisa ser vista pelas políticas públicas de saúde. A humanização só poderá acontecer com salários dignos e condições de trabalho que permitam um cuidado humanizado e respeito à dignidade humana de quem cuida e de quem é cuidado.

O Estado deve oferecer serviços de saúde que assegurem a cobertura das necessidades essenciais da população, como boa alimentação, moradia e saneamento básico, de modo a permitir que os indivíduos busquem a satisfação de outras necessidades destas dependentes direta ou indiretamente, favorecendo sua qualidade de vida. No Brasil, ao mesmo tempo em que alcançamos grandes sucessos na realização de cirurgias de alta complexidade, como é o caso dos transplantes de órgãos, dezenas de crianças morrem diariamente de problemas evitáveis por intermédio de medidas sanitárias corriqueiras, evidenciando que o progresso moral não avançou proporcionalmente ao intelectual⁽⁵⁾.

Assim, é razoável exigir de um Estado que se pretenda moralmente legítimo e pragmaticamente

eficiente, medidas protetoras capazes de dar conta, *prima facie*, da fragilidade da vida. Não só diante de antigas ameaças, como doenças, moléstias e incapacidades, mas também antecipando possíveis e prováveis soluções ao desamparo das pessoas e aos efeitos daninhos emergentes dessa reforma, cada vez mais deslumbrada, da natureza “demasiado humana”⁽⁶⁾.

A ética propriamente humana, ou seja, a antro-po-ética, deve ser considerada como a ética da cadeia de três termos indivíduo/sociedade/espécie, de onde emerge nossa consciência e nosso espírito propriamente humano. Essa é a base para ensinar a ética do futuro. A antro-po-ética supõe a decisão consciente e esclarecida de assumir a condição humana indivíduo/sociedade/espécie na complexidade do nosso ser; alcançar a humanidade em nós mesmos e em nossa consciência pessoal e assumir o destino humano em suas antinomias e plenitude. A antro-po-ética instrui-nos a assumir a missão antropológica do milênio: trabalhar para a humanização da humanidade; respeitar o outro, ao mesmo tempo a diferença e a identidade, quanto a si mesmo, desenvolver a ética da compreensão e da solidariedade⁽⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossas reflexões nos remeteram a questões ligadas à dignidade humana, tanto no que diz respeito ao cuidado com o paciente, como também ao cuidado que o Estado deve ter ao implementar políticas de saúde que respeitem os trabalhadores de enfermagem. Não poderá haver humanização se esses princípios básicos não forem respeitados. A Declaração dos Direitos Universais do Homem, de 1948, continua atual e deve ser um ideal a ser alcançado. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, de 2007, reitera esses aspectos quando afirma que o profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade humana e os direitos humanos, em todas as suas dimensões. Concordamos que esse respeito também deve estar voltado aos próprios colegas de trabalho, é preciso compreender a subjetividade do cliente e do próprio profissional de enfermagem como existência da confiança, da responsabilidade, da ética, para transpor um saber-fazer para saber-ser⁽⁸⁾.

A pergunta que nos cabe agora é: Quanto vale a vida? A vida das pessoas e dos profissionais da saúde? Esperamos que essas reflexões nos ajudem a buscar estratégias que possam nos levar a uma vida digna, tanto dos trabalhadores de enfermagem quanto

dos clientes aos quais cuidamos.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN 311/2007. [Acesso em 2009 Jul 10]. Disponível: www.portalfcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37
2. Organização das Nações Unidas (ONU). Declaração dos Direitos do Homem, 1948. [Acesso em 2009 Mai 22] Disponível: http://www.onu-brasil.org.br/documento_direitoshumanos.php
3. Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS. [Acesso em 2009 Mai 22] Disponível: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=28289
4. Ministério da Saúde (BR). Saúde e Direitos Humanos. [Acesso em 2009 Mai 22] 2007 4(4). Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_direitos_humanos_ano4_n4.pdf
5. Lopes CHAF, Chagas NR, Jorge MSB. Princípio bioético da autonomia na perspectiva da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2007; 28(2): 266-73.
6. Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M, organizadores Bioética: riscos e proteção. Rio de Janeiro: UFRJ, Fiocruz; 2005.
7. Morin, E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: Unesco; 2000.
8. Thofehrn MB, Amestoy SC, Carvalho KK, Andrade FP, Milbrath VM. Assédio moral no trabalho da Enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2008 Out/Dez; 13(4): 597-601.