

# A GENTE NÃO QUER SÓ REMÉDIO: REPRESENTAÇÕES DE PACIENTES SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM

WE DON'T WANT JUST DRUGS: REPRESENTATIONS OF PATIENTS ABOUT NURSING CARE

NOSOTROS NO DESEAMOS SÓLO EL REMEDIO: REPRESENTACIONES DE PACIENTES SOBRE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Moema da Silva Borges<sup>1</sup>  
Lilian Silva Queiroz<sup>2</sup>  
Aldry Sandro Ribeiro<sup>3</sup>

## RESUMO

O objetivo com este estudo foi apreender as representações sociais de pacientes sobre os conceitos de cuidado e tratamento. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa cuja técnica empregada foi a livre associação de palavras. Participaram do estudo 45 sujeitos. Os dados foram analisados com o auxílio do software Evoc. Os resultados apontaram que, diante do termo indutor *cuidar*, emergiram três elementos nucleares: *amor*, *carinho* e *dar*. Diante do termo indutor *tratar*, surgiram dois elementos nucleares: *doença* e *tratamento*. Considerando as representações sociais dos pacientes sobre os conceitos de cuidar e tratar, os resultados revelam que os pacientes esperam que, no cuidado de enfermagem, o foco central seja a pessoa doente e sua humanidade. Entretanto, fica implícito que esse cuidado não pode prescindir da competência técnica para tratar a pessoa doente. Conclui-se que o paciente demanda um cuidado de enfermagem que alie competência interpessoal e técnica. Desse modo, a expectativa do paciente é de que o cuidado de enfermagem precisa representar mais que um procedimento técnico e deve atender, sobretudo, à subjetividade que permeia os aspectos que levam ao adoecimento, valorizando a integralidade sobre a saúde, a doença e o tratamento.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Humanização da Assistência; Relações Interpessoais; Amor.

## ABSTRACT

The aim of this study was to grasp the social patient's representations about the concepts of caring and hospital treatment. This is an exploratory study with a qualitative approach that used the technique of free word association. A total of 45 individuals took part in the study. The data were analyzed with the aid of the software Evoc. The results showed the inductor word *caring* revealed three central elements: *love*, *caring* and *giving*. Faced with the inducer term *treating* two central elements emerged: *disease* and *treatment*. The results showed that the social patient's representations about the concepts of caring and treating indicate that the patient expect that the ailing and their humanity will be the central focus of the nursing care. However, it is implicit that care cannot ignore the *expertise* to treat the sick person. In conclusion from the patient point of view the assistance received should combine interpersonal and technical competence. Thus, the expectation of the patient indicates that the nursing care needs to represent more than a technical procedure and must attend, in particular, the subjectivity that permeates all aspects that conduct to illness and valuing together health, illness and treatment.

**Key words:** Nursing; Humanization of Assistance; Interpersonal Relations; Love.

## RESUMEN

El objetivo de este estudio ha sido de captar las representaciones sociales de los pacientes sobre los conceptos de atención y tratamiento. Se trata de un estudio exploratorio con enfoque cualitativo que empleó la técnica de la libre asociación de palabras. Del estudio participaron un total de 45 sujetos. Los datos fueron analizados con la ayuda del software EVO. Los resultados muestran que, frente al término inductor *cuidar*, se manifestaron tres elementos básicos: *amor*, *carinho* y *entrega* y ante el inductor *tratar* dos elementos básicos: *enfermedad* y *tratamiento*. Considerando las representaciones sociales de los pacientes sobre los conceptos de cuidar y tratar, los resultados indican que los pacientes esperan que el foco central sea la persona enferma y su humanidad. Sin embargo, está implícito que la atención no puede ignorar la debida experiencia para tratar a la persona enferma. Se concluye que el paciente precisa atención de enfermería que aúne competencia técnica e interpersonal. La expectativa del paciente sugiere que la atención de los enfermeros debe representar algo más que un procedimiento técnico y que debería atender, en particular, la subjetividad que impregna todos los aspectos que llevan a la enfermedad, valorar la salud en su conjunto, la enfermedad y el tratamiento.

**Palabras clave:** Enfermería; Humanización de la Asistencia; Relaciones Interpersonales; Amor.

<sup>1</sup> Enfermeira. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB). Brasília-DF.

<sup>2</sup> Graduanda do Curso de Graduação em Enfermagem. Voluntária de Iniciação Científica da Universidade de Brasília (UnB). Brasília-DF.

<sup>3</sup> Psicólogo. Professor titular do Instituto de Ciências Humanas, *Campus* da Universidade Paulista. Brasília-DF.

Endereço para correspondência – Moema da Silva Borges: SQN 205, Bloco G, apto. 301.70843-070 Brasília-DF. E-mail: mborges@unb.br.

## INTRODUÇÃO

É no cotidiano dos serviços de saúde, nas escolas de formação e na interação entre usuários dos serviços de saúde e profissionais que se constroem os significados sobre cuidar (*care*) e tratar (*cure*), ou seja, as representações sociais sobre os referidos conceitos. Enquanto o cuidado privilegia a promoção da vida como linha de ação, a cura/tratamento distingue a doença e a morte, envidando esforços para eliminá-las. Embora as duas ações objetivem manter a vida, a primeira é desencadeada na perspectiva de um processo, enquanto a segunda traduz uma tarefa.<sup>1</sup>

A ação-processo constitui a arte do discernimento de necessidades de saúde indispensáveis à vida de alguém ou de um grupo. Em outras palavras, representa uma interrogação relativa às necessidades vitais, sejam de ordem biológica, afetiva, social, espiritual e econômica, assim como das interações e das influências que se estabelecem entre elas. A ação-tarefa caracteriza-se por atos isolados, sejam de caráter técnico ou relacional.<sup>2</sup> Denota-se, portanto, na filosofia subjacente à ação-processo, uma abordagem cuidativa, enquanto a ação-tarefa contempla a abordagem curativa do tratamento.

Entretanto, nas instituições de saúde, sobretudo no hospital, o equívoco entre os conceitos de cuidar e tratar favoreceu que o significado do último invadisse, insidiosamente, o primeiro, revestindo-se dele.<sup>2</sup> Os valores e a organização hierárquica dos papéis de tratar marcam também a formação dos profissionais de enfermagem, dando a entender, para a sociedade, que os cuidados de enfermagem só serão requeridos em presença da doença.

O estabelecimento da equação *enfermeira = doença* cria obstáculos para o reconhecimento de sua competência profissional, o que compromete o valor social do trabalho de enfermagem. O desconhecimento de que cuidar é diferente de tratar desvia o foco do fazer da enfermagem, deslocando o seu papel de auxiliar dos doentes para auxiliar dos médicos.<sup>1,2</sup>

Todavia, ao contrário do que se possa imaginar nos dias de hoje, as práticas de cuidado não nasceram em torno da doença, mas à volta de tudo o que permitia sobreviver, lutar contra a fome e estar abrigado. Assim, o processo de cuidados ancora-se no que é significativo para a vida de alguém, na compreensão do seu sentido, estabelecendo os laços que são importantes para essa pessoa. Essa tecelagem favorece o reconhecimento da concepção das condições determinantes do processo saúde-doença.<sup>2</sup>

Ao discutir o que é essencial e acessório no cuidado de enfermagem, Watson<sup>3</sup> afirma que a *essência* dos cuidados de enfermagem é a *ação interpessoal* da enfermeira e do paciente com vista a produzir nele um resultado terapêutico. Por outro lado, o *acessório* dos cuidados de enfermagem é o conjunto das técnicas, dos protocolos, das terminologias, das formas de organização, dos contextos de cuidados.

No desequilíbrio entre o essencial e o acessório, pode-se perder a ação de cuidado. Na inversão total deles, o cuidado fenece e morre, resultando no descuido e no esquecimento total. Se morrer o cuidado, morre também o ser humano.<sup>4</sup>

A incapacidade de reconhecer as distinções entre cuidar e tratar tem desencadeado consequências funestas nas interações entre os profissionais de enfermagem e a sociedade. Pacientes e familiares alegam não saber qual é o "real papel e o valor do trabalho da enfermagem"<sup>5</sup>

A formação tecnicista da enfermeira, associada ao modo de produção da assistência à saúde determinado pela política capitalista globalizada, e as exigências do mercado de trabalho favorecem o estabelecimento de relações impessoais, afastando-a da verdadeira essência dos cuidados.

Nesse cenário, as ações-processos, ou seja, o cuidado aos pacientes, ocupam lugar secundário na hierarquia do fazer laboral, resultando na distorção do verdadeiro objetivo dessa profissional. Os pacientes se sentem contemplados com esse tipo de assistência? Qual será a verdadeira necessidade de cuidado na visão deles próprios? Será que eles atribuem valores e significados diferentes aos conceitos de cuidar e tratar?

Com este estudo objetivou-se identificar as representações sociais de pacientes sobre os conceitos de cuidar e tratar. O que se busca é ampliar a reflexão sobre a prática e os cuidados de enfermagem.

## CUIDADO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Ao longo de milênios, o foco central do cuidado humano era traduzido pelos atos que promoviam e mantinham a vida humana. Dessa maneira, muito antes da ideia de doença, a preocupação com os cuidados se intrincoou com a própria expressão da vida com a qual se confundia. Historicamente, a doença e seu tratamento só ganharam relevância quando as necessidades básicas requeridas para viver não eram atendidas, sinalizando que a luta contra a doença surge para além das preocupações vitais.<sup>1,2</sup>

Os cuidados vitais, muito antes de se atrelarem ao predicado de um ofício e muito menos de uma profissão, constituíram a arte e o patrimônio dos saberes empíricos que permitiram a perpetuação da humanidade. Em outras palavras, esses cuidados, que na vida moderna estão incorporados aos hábitos cotidianos e constituem gestos simples e banais aos quais prestamos pouca atenção, representam os cuidados de manutenção que garantiram a continuidade da vida, como beber, comer, evacuar, dormir, deslocar-se, alimentar a razão de viver, de relacionar-se, estimulando tudo o que é fundamental à vida.<sup>1</sup>

Com o surgimento da clínica, o médico aparece como especialista mediador dos sinais e sintomas indicadores da enfermidade da qual o doente é portador. Assim, os cuidados de manutenção da vida serão gradativamente substituídos pelas ações de cura do médico. Com o

passar do tempo, serão reconhecidos como a abordagem potencial para curar as doenças.<sup>2</sup>

No entanto, é preciso distinguir a diferença entre os cuidados que têm por fim manter a vida cotidiana dos cuidados que se centram na doença. A conceituação quanto à natureza dos cuidados ligados às funções da vida é:

- *cuidados cotidianos e habituais (care)*: ligados às funções de manutenção e continuidade da vida, tanto de natureza energética (alimentação, água, calor, luz) quanto de natureza afetiva e natureza psicossocial – cada um desses aspectos interferindo entre si;
- *cuidados de reparação (cure)*: em certas circunstâncias, há necessidade de utilizar, além dos cuidados cotidianos e habituais, os cuidados de reparação, que estão ligados à necessidade de reparar aquilo que se torna obstáculo à vida, como a fome, a doença, o acidente e a guerra.<sup>2</sup>

Quando os obstáculos se interpõem à vida, é preciso limitar os seus prejuízos, dispensa-se maior atenção aos cuidados da vida diária. Eles serão intensificados com o intuito de aliviar, confortar e manter as forças para combater a doença.

Caso esses cuidados não sejam suficientes, passa-se à fase seguinte, que consiste em remediar, ou seja, atenuar, compensar e impedir o agravamento, a fim de evitar que a doença não ultrapasse o limiar de controle dos cuidados. Em geral, o remediar se dá ancorado nos saberes do cuidado e visa trazer de volta o equilíbrio homeostático, o equilíbrio entre as forças de vida e as forças que a impedem de prosseguir harmoniosamente.<sup>2</sup>

Finalmente, se, apesar da acentuação dos cuidados e dos remédios, a doença não retrocede, então se torna necessário o tratamento. Este será, então, objeto da decisão e prescrição médica, em função de um diagnóstico estabelecido, fugindo à alçada de competência tanto da própria pessoa quanto do fazer da enfermagem.

A questão preocupante na abordagem que privilegia o tratamento é a desconsideração da subjetividade do sujeito que sofre, ou seja, suas crenças, valores e sentidos. A redução da pessoa e de sua biografia à história da doença é, em geral, acompanhada pela perda do sentido do cuidado. Quando os saberes das pessoas são desconsiderados ou aniquilados pela superioridade profissional, as pessoas perdem sua capacidade de discernimento e o sentido de viver.

Entretanto, é preciso considerar que a representação social do sujeito sobre determinado objeto é o que lhe confere sentido à vida. As representações sociais referem-se às relações dos indivíduos entre si, com os outros, consigo mesmos e com o objeto, sintetizando necessidades e demandas de diversas ordens. Não se constituem como conjuntos fechados e disjuntos, mas como processos articulados à experiência do viver de sujeitos concretos, enquanto *saber-do-viver*<sup>6</sup>.

Traduzem, portanto, uma “forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.<sup>7</sup>

Nesse contexto, os pacientes forjam expectativas sobre o modo como gostariam de ser atendidos nos serviços pelos profissionais de saúde com base em suas representações sociais. Do ponto de vista teórico, é importante considerar que uma representação social é composta por dois sistemas: o sistema/núcleo central e o periférico.<sup>8</sup>

O sistema periférico permite que a representação se ancore na realidade do momento, adaptando-se com facilidade ao discurso politicamente correto de cada era. Desse modo, seus elementos são mais vivos, mais concretos e de grande mobilidade.

Por outro lado, o núcleo central é dado pela análise da história de vida de determinado grupo e suas experiências, o que corresponde a suas bases histórica, social e psicológica. Por isso, o núcleo central confere caráter de estabilidade à representação e marca sua resistência às mudanças.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, baseado na fundamentação teórico-metodológica da abordagem estrutural das representações sociais. Foram utilizados dois instrumentos: 1) questionário de perguntas fechadas, com o objetivo de identificar o perfil do participante; 2) questionário, no qual se empregou a técnica de associação livre, que consiste em apresentar uma palavra indutora aos indivíduos (correspondente ao objeto representado) e solicitar que produzam todas as palavras, expressões ou adjetivos que lhe venham à mente a partir dela. As palavras indutoras foram *cuidar* e *tratar*; e foi solicitado aos participantes que se manifestassem sobre os dois termos.

Os dados foram coletados em Brasília-DF, ao longo do mês de fevereiro de 2009, em salas de espera de consultórios de postos de saúde. Participaram do estudo 45 sujeitos, sendo 26 do sexo feminino e 19 do sexo masculino, entre 19 e 58 anos de idade. Como critério de inclusão adotou-se o de *idade maior ou igual a 18 anos e ter recebido algum cuidado de enfermagem*.

Os registros foram posteriormente transcritos e analisados com o auxílio do *software Evoc*.<sup>8</sup> As palavras evocadas de forma mais frequente devem, provavelmente, constituir elementos centrais de representação. O *software Evoc*<sup>9</sup> permite vislumbrar o núcleo central em função do duplo critério: frequência e ordem de evocação das palavras/termos.

Com base no cruzamento dos critérios de frequência e evocação, é definida a relevância dos elementos associados (palavras, frases e expressões) ao termo indutor. Esses resultados são apresentados em quatro

quadrantes organizados em dois eixos. O eixo vertical contempla a frequência, enquanto o eixo horizontal, a ordem de evocação.

No quadrante superior esquerdo aparecem os elementos mais relevantes que surgem nos primeiros lugares da ordem de evocação com uma frequência significativamente mais elevada [provável núcleo central], enquanto nos quadrante superior direito e inferior esquerdo são contemplados os elementos menos nítidos quanto ao seu papel na estrutura da representação, embora significativos em sua organização. Esses quadrantes constituem a primeira periferia ou periferia próxima.<sup>9</sup> No quadrante inferior direito, aparecem os elementos menos frequentes e menos prontamente evocados, correspondendo à segunda periferia, que neste estudo não foram considerados.

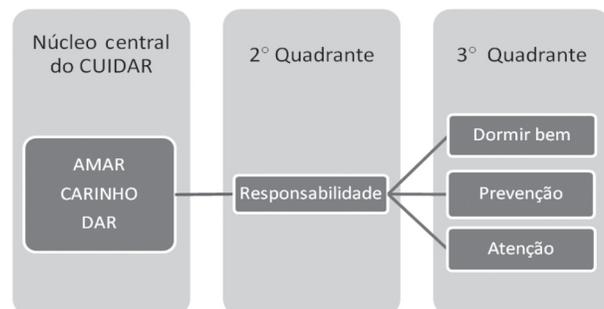
Obedecendo à Resolução nº 196/96, os dados foram coletados após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde sob o Parecer nº 140/08. Os participantes do estudo, após concordarem em participar da pesquisa, assinaram o termo de consentimento informado.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados permitiu identificar o perfil dos entrevistados e o provável núcleo central das suas representações.

O perfil dos entrevistados foi assim composto: 1) quanto à idade: 26 dos entrevistados (57,8%) tinham entre 18 e 30 anos; 14 dos entrevistados (31,1%) tinham entre 31 e 50 anos; e 5 entrevistados (11,1%) tinham entre 51 e 58 anos; 2) quanto ao sexo: 26 dos entrevistados (57,8%) eram do sexo feminino e 19 (42,2%) eram do sexo masculino; 3) quanto à escolaridade: 6 (13,3%) responderam que tinham cursado até o nível fundamental, 14 (31,1%) responderam que tinham cursado até o ensino médio, 14 (31,1%) responderam que não tinham o nível superior completo e 11 (24,4%) responderam que tinham o nível superior completo.

### Representações sociais dos usuários sobre o significado de *cuidar*



**Figura 1 – Principais termos evocados pelos entrevistados diante da palavra indutora *cuidar***

Diante da palavra indutora **cuidar**, os sujeitos evocaram, mais pronta e frequentemente, as palavras *amar*, *carinho*,

e *dar*. O termo *amar* foi o que mais se destacou, obtendo a maior frequência de maior média de evocação. Esse resultado indica que o **provável núcleo central** das representações sociais dos usuários é *amar*. Pode-se inferir que, na visão dos entrevistados, a base amorosa do cuidado comporta tanto o sentimento de carinho quanto o ato de doação, numa complementação ao amor, base essencial da ação de cuidar. O amor é o cuidado, e vice-versa.<sup>10</sup>

O amor e o cuidado têm sido distinguidos como compromisso com a humanização, bem como a expressão máxima da ética.<sup>11,12</sup> Sem eles se tornaria impossível despertar as forças potenciais de cada indivíduo na geração do processo de autocura. Configura-se, portanto, como a base de todos os processos cuidadosos, bem como da própria vida:

O amor é a base do fundamento biológico do social e responsável por todas as implicações éticas advindas da dinâmica biossocial. O amor ou, se não quisermos usar uma palavra tão forte, a aceitação do outro junto a nós na convivência, é o fundamento biológico do fenômeno social. Sem amor, sem aceitação do outro junto a nós, não há socialização, e sem esta não há humanidade.<sup>11</sup>

Só conseguiremos construir a humanidade, de fato, quando entendermos que o amor não surge da convivência social, mas a convivência social surge do amor.<sup>11</sup> Donde se conclui que amor e cuidado estão intrinsecamente entrelaçados, assim como a dimensão biológica e social do ser humano. “O amor e a intimidade nos relacionamentos são as bases do que nos faz adoecer e do que nos faz ter saúde, do que nos faz sofrer e nos leva a cura”.<sup>13</sup>

Nesse contexto, pode-se dizer que sem o cuidado, desde o nascimento até o derradeiro momento de sua vida, o ser humano se desestrutura, define, perde o sentido e morre.<sup>14</sup>

Entretanto, a objetivação do ser humano tem provocado desvios na organização dos sistemas de saúde. A relevância da técnica em detrimento do caráter sensível do humano favoreceu que o conceito de *cuidar* fosse, aos poucos, sendo invadido pelo conceito de *tratar*, com este último apoderando-se daquele.

Nessa linha de raciocínio, percebe-se que o núcleo central das representações sociais dos pacientes sobre o cuidado, ou seja, o sistema resistente a mudanças, requer que o sentido primordial de preservação e promoção da vida – o amor – e o resgate das emoções e sentimentos que têm sido desvalorizados no modo de produção da assistência de saúde sejam colocados no foco.

Na primeira periferia, o termo *responsabilidade* parece também sinalizar nesse sentido. Considerando que o sistema periférico não define a representação social, mas contribui efetivamente para a organização desta, pode-se dizer que o amor é um ato responsável e implica o estabelecimento de uma importante e recíproca relação entre o eu e o outro. O cuidado só se concretiza como verdadeiro cuidar na relação com o outro à medida que envolve ajudar o outro a crescer.<sup>15</sup>

Sabe-se que, no contexto do cuidado profissional, ajudar o outro a crescer implica a detenção de conhecimentos que traduzam competências técnico-científicas, mas também relacionais.

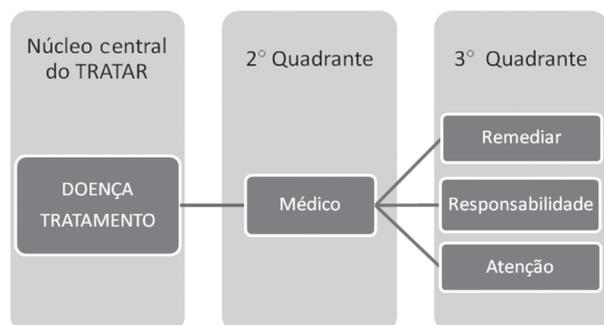
Estudos comprovam que uma escuta amiga, compreensiva, paciente e comprometida, demonstra ser possível oferecer um cuidado sensível e fazer dele mesmo um momento de criação, no qual os envolvidos podem desenvolver-se plenamente como pessoas no mundo.<sup>16</sup>

Nessa linha argumentativa, o verdadeiro cuidado não domina, antes, reconhece o outro como sujeito de sua própria biografia e respeita-lhe a individualidade. Entretanto, no cotidiano de trabalho, o cuidado de enfermagem não personaliza as pessoas que dele necessitam. “Muitas vezes nos flagramos referindo-nos ao paciente como o infarto, ou o TCE, esquecendo ou ignorando que além do diagnóstico existe um ser humano como nós”.<sup>17</sup> Os serviços de saúde exigem das enfermeiras conhecimentos técnico-científicos e habilidades psicomotoras e administrativas, relegando a segundo plano a sensibilidade no atendimento às necessidades integrais dos indivíduos. Essa lógica organizacional não tem favorecido a valorização da enfermeira nem contribuído para circunscrever-lhe o campo de competência profissional.

Na segunda periferia, emergiram os termos *dormir bem*, *prevenção* e *atenção*. O conteúdo subjacente a cada um desses termos reforça a ideia de que a promoção do bem-estar, presente na prática do cuidado, não descarta das preocupações vitais para a manutenção e a preservação da vida. Assim, dormir bem, prevenir doenças e ter atenção aos aspectos que promovem a condição saudável da vida constituem, também, a representação de um cuidar no qual é preciso estar vigilante à satisfação das necessidades vitais dos indivíduos.

Nesse enfoque, as representações do cuidar dos entrevistados vão ao encontro da principal finalidade do cuidado de enfermagem, que consiste em “permitir, aos pacientes, desenvolver a sua capacidade de viver ou de tentar compensar o prejuízo das funções limitadas pela doença, procurando suprir a disfunção física, afetiva ou social afetada”.<sup>2</sup>

### Representações sociais dos usuários sobre o significado de *tratar*



**FIGURA 2 – Principais termos evocados pelos entrevistados diante da palavra indutora *tratar***

Diante da palavra indutora **tratar**, os sujeitos evocaram, mais pronta e frequentemente, as palavras *doença* e *tratamento*. O termo *doença* foi o que mais se destacou, obtendo a maior frequência e maior média de evocação. Esse resultado indica **como provável núcleo central da representação o conceito de doença**, podendo-se afirmar, então, que na visão dos entrevistados somente perante a doença é requerido o tratamento.

De acordo com a literatura, o tratamento só é buscado pelo indivíduo quando as ações de cuidado que objetivaram atenuar, compensar e impedir o agravamento da doença não obtiverem sucesso. Em geral, os pacientes detêm os primeiros elementos de qualquer diagnóstico e, durante a consulta médica, esperam a confirmação da análise que já iniciaram.<sup>1</sup>

Isso acontece porque as pessoas cobrem, de maneira constante, o essencial das funções do cuidado a si mesmas. Apenas em certas circunstâncias e por ocasião de determinados acontecimentos (nascimento, parto, adolescência, velhice etc.), torna-se necessária a ajuda. Ainda assim, há de se determinar com a pessoa qual é o grau de sua limitação e em qual campo ela necessitará de auxílio.<sup>2</sup> Como se pode comprovar, o papel primeiro do cuidado de enfermagem é promover a autonomia e a saúde das pessoas.

Na primeira periferia, o termo *médico* indica que, na visão dos entrevistados, esse é o profissional responsável pelo tratamento. Ao médico cabe diagnosticar e prescrever o tratamento, que, na maioria das vezes, é garantido pelo próprio paciente. Apenas em situações mais graves ou complexas, há necessidade de recorrer a uma competência mais especializada para iniciar e acompanhar o tratamento. Essa competência é, então, delegada pelo médico às enfermeiras.<sup>1</sup>

Esse fato explicita que o cuidado em saúde não pode, em hipótese alguma, ser considerado simplesmente uma atividade, pois constitui algo que transcende o fazer de um profissional. Nesse sentido, a *expertise* de cada profissional deve ser apreciada como parte de uma estratégia, ou seja, um conjunto de ações que garanta a qualidade de vida dos indivíduos, minimizando-lhes os transtornos causados pela doença.

Nessa linha argumentativa, depreende-se que, quando se objetiva o cuidado integral da saúde, nenhum campo de saber profissional poderá se isolar. Embora as divisões de competência sejam inevitáveis em virtude da especificidade de cada profissional, o objetivo final da equipe de saúde é único.

Sob esse prisma, o trabalho da enfermagem ancora-se em dois pilares que revelam as duas faces do cuidado. A primeira, como já referido, é que, na assistência à saúde, nenhum campo de competência profissional pode ser privilegiado em detrimento de outro tipo de saber, incluindo o saber do próprio paciente. Essa linha de raciocínio explicita que o campo de competência da enfermagem situa-se na inter-relação com o campo de competência dos pacientes e dos médicos, partilhando com eles zonas comuns.

A segunda face evidencia que, quando a responsabilidade do tratamento é partilhada entre a enfermeira e o médico, os cuidados de enfermagem não devem fixar seu olhar na doença, de forma isolada. Apesar de o modelo técnico-científico e administrativo dar destaque à doença em detrimento do indivíduo, a função da enfermagem deve considerar que,

se a função de um órgão acha-se impedida, o saber da medicina ajuda a natureza a remover a obstrução, e nada mais, além disso, enquanto a enfermagem mantém a pessoa nas melhores condições possíveis, a fim de que a natureza possa atuar sobre ela.<sup>18</sup>

É competência da equipe de enfermagem estimular a melhoria do estado psíquico e físico dos pacientes e daqueles que o cercam, para que procurem suprir os desequilíbrios provocados pela doença. Para alcançar esse objetivo, não se deve negligenciar a inter-relação existente entre as possibilidades, as capacidades e os recursos do paciente, bem como de seus familiares. Nesse tipo de avaliação, deve-se considerar a idade do paciente, o potencial de cuidado das pessoas que o cercam, as condições do seu ambiente, a limitação ou dificuldade que sofre e as consequências funcionais das lesões por causa da doença.<sup>2</sup>

Conclui-se, então, que, embora o tratamento seja objeto de prescrição médica, “cabe ao domínio de decisão e iniciativa próprias do pessoal de enfermagem”<sup>2</sup> a execução da prescrição, mantendo atenção a interação existente entre cuidado e tratamento.

Na segunda periferia, emergiram os termos *remediar*, *responsabilidade* e *atenção*. No senso comum, remediar significa reparar ou corrigir com remédio a doença ou a dor. Ratifica-se, então, que os entrevistados evitam pequenos males pelo autocuidado. Nesse caso, eles primeiro cuidam e, se necessário, remedeiam; se, contudo, a doença não for sanada, aí, sim, é que eles buscam ajuda do médico para o tratamento.<sup>2</sup>

A reapresentação do termo *responsabilidade* coloca novamente em foco a importância de uso das competências técnicas e relacionais. Nesse sentido, é prudente não valorizar uma competência em detrimento da outra, embora o modo de aplicação dos conhecimentos científicos estabeleça limites, já que “nem tudo que é importante para o bem estar pode ser traduzido e aplicado como conhecimento técnico”.<sup>19</sup>

O termo *atenção* robustece a expectativa do amparo que pacientes esperam receber. Sugere que eles prezam a relação interpessoal efetiva, independentemente do

contexto de cuidado e/ou tratamento. Afinal, o que mais importa aos usuários dos serviços de saúde é criar um espaço de acolhimento, responsabilização e vínculo.<sup>20</sup>

Portanto, pode-se inferir que, na perspectiva dos entrevistados, tratar não se resume ao procedimento técnico por si só, mas, sobretudo, em uma ação integral cujos significados e sentidos estão voltados para a compreensão das necessidades do paciente.

## CONCLUSÃO

Os resultados apontam que o *amor* é o provável núcleo central das representações sociais dos entrevistados sobre o conceito de cuidar. Sinalizando que para eles o cuidar requer uma ação amorosa e guarda, na sua raiz histórica, particular relação com a identificação e a provisão dos cuidados de manutenção e atenção às necessidades vitais à vida humana.

Quanto ao núcleo central das representações sociais sobre o conceito de tratar, evidencia-se que é a *doença* o alvo do tratamento. A circunscrição da doença exige mais que habilidades técnicas; demanda, sobretudo, responsabilidade e atenção por parte da profissional.

Conclui-se, então, que há zonas de interseção entre o cuidar e o tratar, evidenciando que o cuidado em saúde deve transcender o foco em saberes e fazeres de forma isolada. Os profissionais de enfermagem devem ter clareza de que no tratamento não se pode abrir mão da atitude de desvelo, amor e da relação interpessoal efetiva que distinguem o cuidado.

Nesse sentido, livre de qualquer sujeição ao procedimento técnico a ser realizado, a atitude essencial do cuidado de enfermagem visa auxiliar cada pessoa a mobilizar as forças potenciais que favoreçam o seu processo de autocura. Ao enfermeiro cabe dar visibilidade aos cuidados de enfermagem, tendo em mente que nenhum tratamento pode substituí-lo. Desse modo, precisam atender aos aspectos subjetivos do paciente, valorizando os sentimentos e a integralidade sobre a saúde, a doença e o tratamento.

Para finalizar, evidencia-se que o atendimento das necessidades dos pacientes nos serviços de saúde requer considerar em sua cultura a complexidade da teia formada pelas raízes históricas, culturais, sociais e afetivas do conhecimento para a produção do cuidado humano. Os pacientes não querem somente remédio, desejam receber, também, amor, carinho, responsabilidade e atenção – afinal, não é isso que nós profissionais requeremos quando nos tornamos pacientes?

## REFERÊNCIAS

1. Borges MS. Mel com fel: representações sociais do cuidado de enfermagem e cidadania. *Comun Ciênc Saúde*. 2008; 19(4): 333-42.
2. Collière MF. Cuidar: a primeira arte da vida. 2ª ed. Loures: Lusociência; 2003.
3. Watson J. Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem. Loures: Lusociência; 2002.

4. Corbani NMS, Brêtas ACP, Matheus MCC. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? Rev Bras Enferm [serial on the Internet]. 2009 June [cited 2009 Oct 26]; 62(3): 349-54. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300003&lng=en). doi: 10.1590/S0034-71672009000300003.
5. Borges MS, Guillem D, Duarte R, Ribeiro A. Representações sociais do trabalho de enfermagem: as abordagens estruturais na visão da sociedade brasileira. Ciênc Cuid Saúde 2003; 2(2): 113-22.
6. Madeira MC. Representações sociais e educação: importância teórico-metodológica de uma relação. In: Paredes AS, organizador. Representações sociais: teoria e prática. João Pessoa: Ed. Universitária; 2001. p. 123-44.
7. Jodelet D. Representações Sociais: um domínio em expansão. Trad. de Tarso Bonilha Mazzotti. In: Jodelet D. Les représentations sociales. Paris: PUF; 1989. p. 32-61.
8. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC. Estudos interdisciplinares de representações no Brasil. Goiânia: AB; 1998. p. 27-37.
9. Vergès P. L'évocation de l'aegent: une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. Bulletin de Psychologie. 1992; XLV(405): 203-9.
10. Silva MJP. O amor é o caminho: maneiras de cuidar. São Paulo: Gente; 2000.
11. Morin E. O método 6 Ética. Tradução de Juremir Machado da Silva. Porto Alegre: Sulina; 2005.
12. Maturana H, Zoller G. Amar e brincar: fundamentos esquecidos do humano, do patriarcado, à democracia. Trad. de Humberto Mariotti e Lia Diskin. São Paulo: Pala Athenas; 2004.
13. Ornish D. Amor e sobrevivência: a base científica para o poder curativo da intimidade. Rio de Janeiro: Rocco; 1998.
14. Boff L. Saber cuidar. Petrópolis: Vozes; 2004.
15. Mayeroff M. On caring. New York: Harper; 1971.
16. Mendes MIF, Silva GA, Bara VMF. A concepção de técnicos e auxiliares de enfermagem em relação ao cuidar de idosos. REME Rev Min Enferm. 2008 abr./jun; 12(2): 219-26.
17. Baradel A. Os minutos da comunicação no serviço de saúde. In: Silva MJP. Qual o tempo do Cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2004.
18. Ninghtingale F. Notas de enfermagem. Loures: Lusociência; 2005.
19. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Cad Saúde Coletiva (Rio J.). 2001; 6(1): 63-72.
20. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos A, Merhy EE. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-20.

Data de submissão: 25/11/2009

Data de aprovação: 29/4/2010