

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM

**A VALORAÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM  
PRESTADO NO SERVIÇO PRÉ-HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Grazielli Fabiana Gava

Belo Horizonte  
2020

Grazielli Fabiana Gava

**A VALORAÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM  
PRESTADO NO SERVIÇO PRÉ-HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**Versão final**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientação: Prof. Dr. Gilberto de Lima Guimarães

Belo Horizonte

2020

G279v Gava, Grazielli Fabiana.  
A valoração do enfermeiro sobre o Cuidado de Enfermagem prestado no Serviço Pré-hospitalar de Urgência e Emergência [manuscrito]. / Grazielli Fabiana Gava. - - Belo Horizonte: 2020.  
91f.

Orientador (a): Gilberto de Lima Guimarães.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Cuidados de Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Filosofia. 4. Valores Sociais. 5. Serviços Médicos de Emergência. 6. Dissertação Acadêmica. I. Guimarães, Gilberto de Lima. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 100

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

Escola de Enfermagem da UFMG  
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem  
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100  
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil  
+ 55 31 3409-9836 | 31 3409-9889  
caixa postal: 1556 | colgrad@enf.ufmg.br

25  
anos  
1994 - 2019

enfermagem  
pós-graduação • UFMG

UFMG  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE MINAS GERAIS

**ATA DE NÚMERO 626 (SEISCENTOS E VINTE E SEIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA GRAZIELLI FABIANA GAVA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.**

Aos 5 (cinco) dias do mês de março de dois mil e vinte, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro Laís Netto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "A VALORAÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM PRESTADO NO SERVIÇO PRÉ-HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA", da aluna **Grazielli Fabiana Gava**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Gilberto de Lima Guimarães (orientador), Tânia Couto Machado Chianca e Kleyde Ventura de Souza, sob a presidência do primeiro. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;  
 REPROVADA.

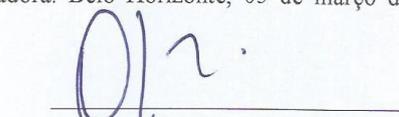
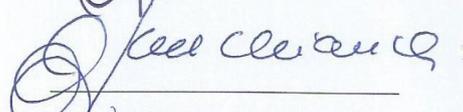
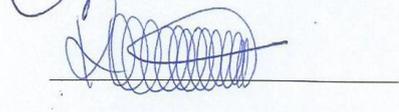
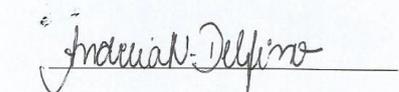
O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 05 de março de 2020.

Prof. Dr. Gilberto de Lima Guimarães  
Orientador (ENB/EEUFMG)

Profª. Drª. Tânia Couto Machado Chianca  
(Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Kleyde Ventura de Souza  
(Esc.Enf/UFMG)

Andréia Nogueira Delfino  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CFC  
Em 06/04/2020

## RESUMO

GAVA, G. F. **A valoração do enfermeiro sobre o cuidado de enfermagem prestado no serviço pré-hospitalar de urgência e emergência.** 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem Básica, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

Esta pesquisa tem como objeto de estudo a valoração dada pelo enfermeiro sobre o cuidado de enfermagem perante o paciente atendido no serviço móvel pré-hospitalar de urgência e emergência. A Enfermagem é uma prática científica e social. Analisando-a como prática social, percebe-se sua inserção no campo axiológico. Assim, dotada de valores que lhe conferem significado e sentido. A vivência destes permite ao enfermeiro-socorrista refletir e o molda enquanto pessoa, possibilitando seu encaminhamento para um agir humano. É indubitável que o agir profissional do enfermeiro se expressa pelo cuidado de enfermagem. Assim, na lida, inquietava a perspectiva de restringir o cuidado à dimensão biológica e técnica, ignorando a complexidade que funda a vida humana. O balizamento teórico do estudo está centrado no pensamento de Max Scheler sobre a Teoria de Valor. Os objetivos desta pesquisa foram: identificar os valores assumidos pelo enfermeiro no serviço móvel pré-hospitalar de urgência e emergência que fundam o cuidado de enfermagem; e compreender, à luz de Max Scheler, os valores que balizam o cuidado de enfermagem assumido pelo enfermeiro no serviço móvel pré-hospitalar de urgência e emergência. Adotou-se a metodologia qualitativa, com abordagem fenomenológica. Foi realizado junto ao serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência, gerenciado pelo Consórcio Intermunicipal da Macrorregião Sudeste (CISDESTE), localizado em Minas Gerais – MG. Os sujeitos foram os enfermeiros atuantes em unidade de suporte avançado de vida desse serviço. Para a coleta dos dados, utilizou-se a amostra de conveniência com seis participantes, que deram seus depoimentos por meio de entrevista, que foram gravadas e armazenadas em arquivo eletrônico. O critério de inclusão foi ser enfermeiro-socorrista, com tempo de atuação mínimo de vinte e quatro meses no serviço; e o de exclusão foi o enfermeiro-socorrista lotado no serviço e não atuante na unidade de suporte avançado. A coleta de dados aconteceu em abril de 2019. A entrevista semiestruturada teve a questão balizadora: “Como você enfatiza o cuidado de enfermagem ao paciente no serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência?”. A análise e interpretação dos dados deu-se por meio da hermenêutica diltheyana, com releitura exaustiva das entrevistas para captação dos valores a partir das falas dos depoentes. Este estudo atendeu aos preceitos éticos exigidos pelas Resoluções CNS 466/2012 e 580/2018. Identificou-se três valores presentes nos discursos dos enfermeiros-socorristas, conforme os preceitos schelerianos: valor social, valor útil e valor lógico. Os dados foram categorizados de forma a apresentar e relacionar o valor/cuidado de enfermagem. A primeira categoria foi “O cuidado de enfermagem e o valor social: a preocupação com o outro”. Nela, o enfermeiro destaca a preocupação com o outro como um dever-ser para o cuidado de enfermagem e, assim, compromete-se com o outro, dando-lhe atenção. O enfermeiro-socorrista fez emergir na práxis a relação Eu-Tu, fazendo com que o cuidado de enfermagem fosse reconhecido como detentor de consideração, conhecimento, amor e preocupação primordial. Foi uma obrigação moral, que conferiu à

pragmática profissional sentido e, redescobriu-se o valor do paciente enquanto pessoa, a partir do cuidado de enfermagem. A segunda categoria foi “O cuidado de enfermagem e o valor útil: a arte da enfermagem”, na qual o cuidado se manifesta pelas técnicas de enfermagem, enquanto arte, mas a ela não se restringe. De tal modo, para o exercício da arte da enfermagem, o enfermeiro-socorrista deve desenvolver três competências básicas, são elas: o saber-pensar, o saber-fazer e o saber-conviver. Ele admitiu que a técnica de enfermagem aliou-se ao compromisso ético e à competência científica. Assim, o cuidado de enfermagem é algo maior do que o valor útil. Esse valor não encerra o fazer da profissão. Para o enfermeiro-socorrista, a técnica foi mediadora, pois permitiu a aproximação junto ao paciente e, com isso, ele foi capaz de ouvi-lo, acolhê-lo e agir de maneira humanizada. A última categoria apresentada foi “O cuidado de enfermagem e o valor lógico: o aprender a aprender”, em que o conhecimento científico é necessário ao enfermeiro-socorrista para execução do cuidado em sua prática, uma vez que fora educado na cultura que privilegia o uso da razão, tendendo a estabelecer a sua pragmática guiada por esse espírito de investigação e de cientificidade. Ao término desta pesquisa, pode-se afirmar que, para o enfermeiro-socorrista, o cuidado de enfermagem é humanizado, consciente, solidário, útil, ético, científico e holístico e se faz necessário para que a profissão se ratifique como ciência e seja reconhecida como tal. Esse cuidado é relevante para o paciente nos diversos contextos de saúde e doença que marcam a vida humana, constituindo-se na essência da profissão.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados de Enfermagem, Enfermagem, Filosofia, Valores Sociais, Serviços Médicos de Emergência.

## ABSTRACT

GAVA, G. F. **The nurse's valuation on nursing care provided in the emergency and emergency prehospital service.** 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem Básica, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

This research has as object of study the evaluation given by nurses on nursing care before the patient treated in the prehospital mobile urgency and emergency service. Nursing is a scientific and social practice. Analyzing it as a social practice, it is perceived its insertion in the axiological field. Thus, end of values that give it meaning and sense. Their experience allows the rescuer-nurse to reflect and shape him as a person, enabling his referral to a human act. It is undoubted that the professional action of nurses is expressed by nursing care. Thus, in the work, he was uneasy about restricting care to the biological and technical dimension, ignoring the complexity that foundations human life. The theoretical beacon of this study is centered on Max Scheler's thinking of value theory. The objectives of this research were: to identify the values assumed by nurses in the urgency and emergency prehospital mobile service that merge nursing care; and to understand, Max Scheler's thinking, the values that guide the nursing care assumed by nurses in the prehospital urgency and emergency mobile service. The qualitative methodology was adopted, with phenomenological approach. The study was develop in the urgency and emergency mobile prehospital service, maintained by the Intermunicipal Consortium of the Southeast Macroregion (CISDEST), located in Minas Gerais - MG. The subjects were the nurses working in an advanced life support unit of that service. For data collection, we opted for a convenience sample with six participants, who gave their statements through interviews, which were recorded and stored in electronic archive. The inclusion criterion was to be rescuer-nurse, with a minimum working time of twenty-four months in the service; and the exclusion rescuer-nurse was the first responder nurse crowded in the service and not working in the advanced support unit. Data collection took place from April, 2019. The semi-structured interview having as a guiding question: "How do you emphasize nursing care to the patient in the mobile prehospital urgency and emergency service?". The analysis and interpretation of the data was performed through the Dilthey's hermeneutics, with an exhaustive rereading of the interviews to capture the values from the interviewees' statements. This study met the ethical precepts required by CNS Resolutions 466/2012 and 580/2018. Three values were identified in the discourses of rescuers-nurses, according to schelerian precepts: social value, useful value and logical value. The data were categorized in order to present and relate the value/ care of nursing. The first category was "Nursing care and social value: concern for the other". In it, the nurse highlights the concern with the other as a duty-being for nursing care and thus commits to the other, giving him attention. The first-rate nurse made the Eu-Tu relationship emerge in the praxis, causing nursing care to be recognized as the holder of primary consideration, knowledge, love and concern. It was a moral obligation, which conferred the pragmatic professional sense and, the value of the patient as a person was rediscovered, from nursing care. The second category was "Nursing care and useful value: the art of nursing", in which care manifests itself by nursing techniques, as art, but it is not restricted to it. In such a way, for the exercise of nursing art, the first responder nurse must develop three basic competencies, they

are: the know how to think, know how to do and know how to live. He admitted that the nursing technique was allied with ethical commitment and scientific competence. Thus, nursing care is something greater than useful value. This value does not end the making of the profession. For the rescuer-nurse, the technique was mediator, because it allowed the approach with the patient and, with this, he was able to listen to him, to take him in a humanized manner. The last category presented was "Nursing care and logical value: learning to learn", in which scientific knowledge is necessary for the rescuer-nurse to perform care in their practice, since it was educated in the culture that privileges the use of reason, tending to establish its pragmatic guided by this spirit of research and scientificity. At the end of this research, it can be affirmed that, for the rescuer-nurse, nursing care is humanized, conscious, supportive, useful, ethical, scientific and holistic and is necessary for the profession to be ratified as science and recognized as such. This care is relevant for the patient in the various contexts of health and disease that mark human life, constituting the essence of the profession.

**KEYWORDS:** Nursing Care, Nursing, Philosophy, Social Values, Emergency Medical Services.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>9</b>
A trajetória profissional.....	9
<b>CAPÍTULO I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....</b>	<b>11</b>
1.1 Introdução ao tema .....	11
1.2 A aproximação com a temática .....	13
1.3 O objeto de estudo, questão norteadora e objetivo .....	14
1.4 Justificativa e relevância.....	14
<b>CAPÍTULO II - O REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO .....</b>	<b>16</b>
2.1 O conhecimento axiológico .....	16
2.2 Max Scheler e a Teoria de Valor .....	17
2.2.1 O teórico e o encontro com a Fenomenologia .....	17
2.2.2 O conceito de valor.....	19
2.2.3 O não-valor e o contravalor .....	21
2.3 A hierarquia do valor em Max Scheler.....	25
<b>CAPÍTULO III - O VALOR E SUA RELAÇÃO COM A ENFERMAGEM .....</b>	<b>28</b>
3.1 O valor na Enfermagem Moderna .....	28
3.2 O valor e o cuidado para a Enfermagem .....	36
3.2.1 A evolução histórica e filosófica do termo cuidado .....	37
<b>CAPÍTULO IV - ABORDAGEM METODOLÓGICA .....</b>	<b>52</b>
4.1 A escolha do método e o encontro com a Fenomenologia .....	52
4.2 O cenário e os sujeitos do estudo .....	53
4.3 Procedimentos e instrumentos para coleta dos dados.....	54
4.4 A Hermenêutica Diltheyana para análise dos dados .....	55
4.5 Os aspectos éticos do estudo.....	58
<b>CAPÍTULO V – RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>59</b>
5.1 O cuidado de enfermagem e o valor social: a preocupação com o outro.....	64
5.2 O cuidado de enfermagem e o valor útil: a arte da enfermagem .....	68
5.3 O cuidado de enfermagem e o valor lógico: o aprender a aprender .....	71
<b>CAPÍTULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO – PARECER PLATAFORMA BRASIL.....</b>	<b>88</b>

## APRESENTAÇÃO

### A trajetória profissional

Durante o estudo no Curso de Graduação de Enfermagem, realizado na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, em contato com alunos da graduação, fui motivada a procurar o desenvolvimento da habilidade do fazer, entendendo que essa seria uma condição para o desenvolvimento profissional.

Ao término da graduação, no ano de 2012, busquei dar prosseguimento a obtenção do conhecimento técnico-científico para atuação na área da assistência de Enfermagem por meio de curso de pós-graduação *lato sensu* (nos moldes de residência), no Estado do Rio de Janeiro, no Programa de Residência de Enfermagem em Médico-Cirúrgico, com área de concentração em Cardiologia, no Instituto Nacional de Cardiologia (INC), vinculado ao Ministério da Saúde e à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Após a realização de concurso público, fui aprovada para participar do Programa de Residência de Enfermagem, tendo duração de dois anos. O curso era caracterizado pela ênfase no desenvolvimento da habilidade técnica por meio do treinamento em serviço.

Progressivamente, fui adquirindo agilidade, domínio técnico e desenvolvendo a capacidade de análise crítica para tomada de decisão. Ao mesmo tempo, percebia que a assistência a estes clientes não se esgotava somente no fazer, havia algo que produzia uma linguagem e uma característica própria ao grupo.

No ano de 2014, após realização de Processo Seletivo Público, passei a atuar como enfermeira no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macrorregião Sudeste (CISDESTE), com sede instalada na cidade de Juiz de Fora, um município localizado na Zona da Mata do Estado de Minas Gerais.

Sobre o SAMU, cabe destacar que a sua estruturação teve início no Brasil em 2002, por meio da implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) (BRASIL, 2003), a qual reorganiza o cenário de atendimento às urgências até então vigente no país. Em 2002, a portaria nº 2048 (BRASIL, 2003) descreve a

estrutura necessária para o atendimento pré-hospitalar móvel com recursos materiais e equipe de profissionais, bem como de todo o sistema de urgência e emergência dos estados, seja no âmbito público ou particular.

Apenas em 2011, a rede de urgência ganha um componente estruturador com a publicação da portaria nº 1600 (BRASIL, 2011) que reformula a Política Nacional e organiza a Rede de Atenção às Urgências, com diretrizes que garantem os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como a integralidade, a universalidade e a humanização.

Caracteriza-se como Unidade de Suporte Avançado (USA) a ambulância tripulada por um condutor socorrista, um médico e um enfermeiro que estejam capacitados para o trabalho em equipe, aceitando os preceitos de cada profissão, as habilidades e as competências dos mesmos (BRASIL, 2003).

O enfermeiro possui atribuições específicas para a assistência dos pacientes, conforme descrito pela portaria nº 2048/2002 (BRASIL, 2003). A complexidade de conhecimentos exige capacidade para a tomada de decisões durante a prestação de cuidados, o que pode ser um fator desafiante e causador de desgaste (ALVES *et al.*, 2013).

Prosseguindo, transcorridos quatro anos de atuação profissional como enfermeira e, agora, desenvolvendo atividades na docência, as reflexões a respeito da prática profissional assistencial foram ganhando forma e moveram-me a procurar a continuidade dos estudos por meio do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em nível de Mestrado.

No ano de 2017, participei do processo seletivo do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, pertencente à Escola de Enfermagem, da Universidade Federal de Minas Gerais e logrei o êxito pretendido. Ao longo deste curso, pude por meio das disciplinas de Fundamentos Filosóficos do Cuidar em Enfermagem e Epistemologia do Cuidado, refletir sobre a pragmática assistencial, notadamente, a restrição impositiva que se fazia na pragmática profissional por mim observada no SAMU acerca do cuidado de enfermagem. Foi nesse percurso que encontrei a Teoria de Valor de Max Scheler e, por meio dela, o arcabouço filosófico para a crítica e passei a questionar-me a respeito da valoração do enfermeiro sobre o cuidado de enfermagem ao paciente crítico no serviço móvel pré-hospitalar de urgência e emergência, tentando compreendê-la.

## CAPÍTULO I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS

### 1.1 Introdução ao tema

Esta pesquisa tem como objeto de estudo a valoração dada pelo enfermeiro sobre o cuidado de enfermagem perante o paciente atendido no serviço móvel pré-hospitalar de urgência e emergência. Parte-se da premissa de que essa valoração está implícita no discurso que ele elabora e julga apropriado para fundamentar o cuidado de enfermagem dispensado a clientela sob seu atendimento.

O interesse pelo tema surgiu a partir da vivência profissional da pesquisadora, enquanto enfermeira-socorrista<sup>1</sup>, em uma unidade de suporte avançado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Durante a atividade na pragmática assistencial, passou a inquietar-se e a indagar sobre quais eram os valores que fundaram o agir dos profissionais que atuavam neste contexto e iniciou a reflexão sobre a adequação à escala valorativa da profissão. É indubitável que o agir profissional do enfermeiro se expressa pelo cuidado de enfermagem. Assim, na lida, inquietava a perspectiva de restringir o cuidado à dimensão biológica ou técnica, ignorando a complexidade que funda a vida humana.

O desenvolvimento histórico da profissão de Enfermagem no Brasil, no campo assistencial e no ensino, é marcado por sua estreita aproximação com o modelo biomédico e tem, como característica, possuir um acentuado desenvolvimento técnico-científico (VIANA, 1995). Esta influência exacerba os aspectos biologicistas na formação profissional – compreendidos, enquanto valor vital e ligado ao valor do útil – e, em detrimento ao valor social, ético, estético, dentre outros, na lida profissional.

---

<sup>1</sup> Adota-se neste estudo, o termo “enfermeiro-socorrista” para representar o enfermeiro atuante em Unidade de Suporte Avançado do SAMU, em menção à Teoria de Dreyfus de Aquisição de Habilidades, adaptada para a Enfermagem por Patrícia Benner. Essa teórica defende que há cinco níveis de aquisição de uma habilidade na profissão, a saber: novato, iniciante avançado, competente, proficiente e especialista. Propõe-se ainda que as habilidades do enfermeiro são adquiridas à medida em que este vive experiências práticas em seu campo de atuação, ou seja, a especialização advém do conhecimento que é aprimorado por meio das situações reais do cotidiano. Esta proposição de Benner admite o desenvolvimento da profissão de enfermagem e a educação em serviço. (MCEWEN; WILLS, 2016).

Suspeita-se que o enfermeiro-socorrista possa estar vivenciando, em seu ato de cuidar do paciente crítico no serviço móvel pré-hospitalar de urgência e emergência, a influência biologicista e negligenciando os demais valores que fundamentam a profissão de Enfermagem.

Percebido desta maneira, o cuidado de enfermagem assume uma inquietação com o outro, enquanto ser único na própria dignidade. É aplicar o pensamento a outrem; refletir, tratar, considerar e atendê-lo perante os seus anseios de saúde. O cuidado de enfermagem requer empenho de quem o oferta com a finalidade de proteger, promover e preservar a humanidade, permitindo ao paciente ser percebido pelo enfermeiro enquanto ser humano diante da significação da vida em seus caracteres existenciais (CORBANI; BRETAS; MATHEUS, 2009; SOUZA *et al.*, 2005).

Assim, o cuidado de enfermagem está além de meras ações técnicas para o atendimento do biológico a serem realizadas para o paciente. Por meio dele, o agir do enfermeiro-socorrista pode ser levado a um agir humanizado (SANTANA *et al.*, 2012). Ao proceder à aproximação junto à Teoria dos Valores desenvolvida por Max Scheler, iniciada no Curso de Mestrado, pode-se fundamentar a reflexão sobre o aspecto valorativo que cerca o ato de cuidar do enfermeiro, enquanto pessoa<sup>2</sup>, em seu agir profissional.

A Enfermagem é uma prática científica e social. Enquanto prática científica, é dotada de um corpo de conhecimento teórico-prático que lhe confere relevo e destaque, apresentando o seu objeto de interesse: o cuidado de enfermagem. Analisando-a como prática social, percebe-se sua inserção no campo axiológico<sup>3</sup>. Assim, dotada de valores que lhe conferem significado e sentido. A vivência destes permite o enfermeiro refletir e o molda enquanto pessoa, possibilitando seu encaminhamento para um agir humano.

Inserido na prática social, o enfermeiro-socorrista traz para o cenário de sua prática profissional os valores que foram adquiridos e que fazem parte de sua

---

<sup>2</sup> Neste estudo, emprega-se o conceito de pessoa elaborado por Reale ao afirmar que “[...] a pessoa humana é o valor fonte de todos os valores. O homem, como ser natural biopsíquico, é apenas um indivíduo entre outros indivíduos, um ente animal entre os demais da mesma espécie. O homem, considerado na sua objetividade espiritual, enquanto ser que só se realiza no sentido de seu dever ser, é o que chamamos de pessoa. Só o homem possui a dignidade originária de ser enquanto deve ser pondo-se essencialmente como razão determinante do processo histórico.” (REALE, 2000, p. 220).

<sup>3</sup> Para Hessen (1974), é o estudo por parte da filosofia sobre os valores. Inserido no mundo da cultura são os valores que conferem as ações humanas significado e sentido.

personalidade, fundamentados ao longo de sua história de vida, permeando a teia social em que se encontra.

Ao buscar exercer a ação profissional na Enfermagem, ele, indubitavelmente, tem que confrontar os seus valores com os valores da profissão e, neste confronto, poderá rever sua posição e atitude.

Diante desta assertiva, é importante que o enfermeiro-socorrista proceda a um movimento reflexivo a fim de que possa adentrar ao campo axiológico que baliza a profissão, permitindo-lhe desenvolver a consciência sobre o Ser-enfermeiro e, com isso, poder desenvolver e crescer junto aos valores da profissão, pois, são estes que conferem o sentido a sua ação e expressam a razão da existência da Enfermagem.

Entretanto, para a sua execução, torna-se imprescindível que o enfermeiro-socorrista transponha o estado de pré-reflexão em que se encontra. Ao procedê-lo, vai identificando os valores instituídos/instituintes<sup>4</sup> da profissão, assumidos por ele. Valores expressos em sua prática e que estão presentes em seu discurso, permitindo-lhe reconhecê-los, rediscuti-los, re-hierarquizá-los, enquanto ato de desenvolvimento de sua liberdade.

## **1.2 A aproximação com a temática**

Aproximando-me da Teoria de Valores e utilizando-a como instrumento para a realização da crítica ao ato de cuidar do paciente no serviço móvel pré-hospitalar de urgência e emergência, comecei a perceber que me deparava com um problema que tinha sua essência no campo do valor.

O conflito, muitas vezes observado e testemunhado perante os colegas, estava permeado por dificuldades percebidas, em graus variados, ao sentimento de privação quanto ao respeito, à dignidade, a utilidade, a justiça, a verdade, o bem e o mal. Um problema que não se relaciona com o conhecimento lógico-dedutivo, mas, como pertencente à esfera do valor.

Compreendida esta dificuldade, comecei a questionar-me sobre quais seriam os valores da Enfermagem que o enfermeiro-socorrista expressava ao paciente sob seus cuidados no SAMU. Então, passei a ajuizar que a reflexão

---

<sup>4</sup> Os valores instituídos/instituintes são os valores que fundamentam uma prática social.

sobre a pragmática assistencial seria o caminho para que o enfermeiro pudesse refletir e a proceder a uma reordenação de sua escala de valores, se assim o desejar.

É a partir desta valoração que cada sujeito é capaz de ordenar os valores, construindo uma escala. É um ato de vontade e que influenciará o seu agir, permitindo-lhe desenvolver a consciência de si (SCHELER, 1948).

Não se trata de um ato de imposição. Sua gênese dá-se a partir do exercício da sua liberdade, assim, o enfermeiro-socorrista pode confrontar os próprios valores frente àqueles instituídos/instituintes da Enfermagem e re-hierarquizá-los de forma pessoal, se desejar. Corrobora, para a aceitação desta premissa, a consideração de Sánchez Vázquez (2005) ao afirmar que, toda vez que se suprime a liberdade, fica o homem um ser meramente ajustado e acomodado.

### **1.3 O objeto de estudo, questão norteadora e objetivo**

Este trabalho tem como objeto de estudo a valoração dada pelo enfermeiro sobre o cuidado de enfermagem perante o paciente atendido no serviço móvel pré-hospitalar de urgência e emergência. Diante do apresentado, formula-se a seguinte questão norteadora: quais são os valores presentes no discurso do enfermeiro sobre o cuidado de enfermagem prestado no serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência?

Para atender ao objeto do estudo, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- (1) identificar os valores assumidos pelo enfermeiro no serviço móvel pré-hospitalar de urgência e emergência que fundam o cuidado de enfermagem, e
- (2) compreender, à luz de Max Scheler, os valores que balizam o cuidado de enfermagem assumido pelo enfermeiro no serviço móvel pré-hospitalar de urgência e emergência.

### **1.4 Justificativa e relevância**

A justificativa do estudo repousa sobre o fato de que, após proceder à busca sobre esta temática nos bancos de dados de produção científica, não se encontrou estudos que respondessem ao problema de pesquisa identificado. Alia-se a isso a crise de natureza axiológica que passa a sociedade brasileira, visualizada na esfera pública por meio da crescente violência à mulher, à criança, ao idoso e aos grupos minoritários, a extrema valorização do ter bens e riquezas materiais em detrimento do Ser, do culto ao EU mediático, da crença de que não importa os meios, o que vale é a obtenção da vontade pessoal e a supressão do outro, bem como, a corrupção de agentes públicos, empresários e operadores do Direito, dentre outros. Infere-se que se esteja vivendo na pragmática da Enfermagem os seus efeitos, o que trará implicações para o processo de formação profissional.

O balizamento teórico está centrado no pensamento de Max Scheler sobre a Teoria de Valor. O estudo está inserido na linha de pesquisa Cuidar em Saúde e Enfermagem, vinculado ao Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Enfermagem, pertencente à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Espera-se que os resultados possam contribuir para a compreensão da valoração dada pelo enfermeiro no ato de cuidar ao paciente crítico no serviço pré-hospitalar de urgência e emergência. Em uma sociedade marcada pelo forte apego ao ter, em detrimento do ser, compreende-se que este estudo pode levar a todo aquele que participa da pragmática assistencial nesse tipo de serviço, a mobilizar o esforço para um agir consciente e humanizado.

Valor e vida estão em uma relação íntima e indissociável que primeiro se manifesta na prática das relações sociais. Situada a Enfermagem como uma atividade que se realiza no campo das relações sociais, o enfermeiro ao interagir com o paciente, deve ter a sua percepção modificada, a fim de que não o veja como objeto, mas, como pessoa.

A relevância da pesquisa está na assertiva de que o cuidado de enfermagem centrado no biologicismo, não consegue responder a todas as questões em que se insere a prática da Enfermagem e os meandros que caracterizam o agir humano.

## **CAPÍTULO II - O REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO**

### **2.1 O conhecimento axiológico**

Na história da Teoria dos Valores, duas correntes diametralmente opostas buscaram resolver o problema relacionado ao conhecimento do valor, são elas: o objetivismo (racionalismo ou intelectualismo) e o subjetivismo (emocionalismo). Essas escolas possuem representantes que a fizeram conhecidas, respectivamente, a saber: Immanuel Kant e Max Scheler (FRONDIZI, 1986).

A tese central do objetivismo axiológico é que os valores são captados unicamente pela razão. Kant por meio do imperativo categórico vocalizou essa tese axiológica, pois, para ele o conhecimento do valor implica uma experiência caracterizada por uma retificação do agir, uma vez que o valor traz em si o sentido do dever-ser, isto é, impõe-se à pessoa. Ele é assim chamado por ser absoluto, isto é, rejeita qualquer participação subjetiva da pessoa, independentemente de sua vontade, sentimento ou bem-estar, expresso na ação a partir do dever. Analisando os princípios da consciência moral, Kant conclui que a vontade humana é verdadeiramente moral quando regida pela razão manifesta nos imperativos categóricos (ARANHA; MARTINS, 2013; HESSEN, 1974).

No processo que envolve o conhecimento dos valores, essa perspectiva advoga que bastaria apresentar a pessoa racionalmente o valor, sua importância e finalidade, para que ela o anísse e o acolhesse, passando a reger a sua prática por ele. Entretanto, observa-se, empiricamente, que a apresentação racional de argumentos científicos, não obstante seu impacto para a coletividade, não se observa uma adesão pura e simples das pessoas que acessam o conhecimento. Por exemplo, os efeitos maléficos do fumo e do álcool sobre a saúde humana estão solidamente estabelecidos. Valendo-se da perspectiva objetivista, bastaria apresentar racionalmente esses efeitos à pessoa para que ela anísse e passasse a conduzir a sua prática de vida. Esse fato não é evidenciado em sua totalidade. Pessoas poderão receber as informações e continuarem a agir sem que haja a retificação de sua conduta (ARANHA; MARTINS, 2013).

A tese central do emocionalismo axiológico é que os valores são captados unicamente pelo sentimento. Max Scheler percebeu que o sentimento tem função

essencial no processo de valoração, afirmando ser ele o responsável pelo reconhecimento e captação do valor presente nos bens (HESSEN, 1974).

Para o teórico, a razão é cega para a captação e reconhecimento dos valores, pois estes são percebidos unicamente pelo sentir. A vivência dos valores possui três características fundamentais: imediatidade, conhecimento intuitivo e natureza emocional. É imediato, porque a captação dos valores acontece de forma direta, sem intermédios, ou seja, os valores ao serem percebidos não necessitam de uma exposição oral ou escrita para que sejam eles reconhecidos. É o simples ato de perceber a existência de algo. Nesse caso, Scheler defende que o valor só é percebido por uma intuição emocional, logo, relaciona-se com a parte emotiva do ser ao invés da parte racional (HESSEN, 1974).

Scheler propõe, em sua teoria, formas de elucidá-la, partindo da classificação dos valores. Nesse primeiro momento, apresenta-se o valor estético e o valor do justo, por serem didaticamente mais acessíveis à compreensão. O valor estético é apreendido por meio da intuição, ou seja, não pode ser comprovado de forma racional. Ao contemplar uma obra de arte, por exemplo, uma tela de pintura, o observador não necessita obrigatoriamente de explicações racionais para atestar a beleza, o impacto e o significado dela. Ele é afetado e, portanto, capta por meio do sentimento, o valor do belo e do bem-estar. O valor do justo pode ser observado quando, na ação concreta, depara-se com algo que reconhecemos, pelo sentir, ser algo justo ou injusto (FRONDIZI, 1986; HESSEN, 1974).

Na área da saúde, um exemplo pode ser citado a partir da perspectiva administrativo-operacional, a saber: é justo que uma ambulância seja deslocada sem que haja informações protocolares acolhidas? Essa é uma questão que faz suscitar o debate entre o ato justo e o ato injusto.

## **2.2 Max Scheler e a Teoria de Valor**

### **2.2.1 O teórico e o encontro com a Fenomenologia**

Max Scheler, filósofo alemão, nascido em 1874, foi influenciado pela filosofia cristã, principalmente, derivada de Santo Agostinho. Sua formação é

ampla, destacando as áreas da sociologia, teologia, filosofia, linguística e psicologia. Dois pensadores plasmaram o seu pensamento, notadamente, Wilhelm Dilthey e Edmund Husserl. Do primeiro, recebeu a influência sobre a Hermenêutica como ciência da interpretação, objetivando elucidar o texto científico-filosófico a partir da compreensão do contexto social, histórico e linguístico. Foi o seu contato com E. Husserl que lhe permitiu conhecer e acessar a base teórica da Fenomenologia, assimilando-a como Filosofia e método de investigação para a posterior formulação de sua Teoria de Valores (SOBRINHO, 2017).

O pensamento de Scheler estava voltado para as indagações sobre o espírito e o mundo e seus estudos se relacionaram a diferenciação da vida psíquica e a espiritual. Por isso, identificam-se três fases diferentes de evolução de seu pensamento, a saber: a fase da juventude, na qual inicia a escrita sobre ética; a segunda, após contato com a Fenomenologia, o que embasa a criação da Teoria de Valor. Por fim, a terceira, na fase final de vida, na qual se afasta da concepção teísta e cristã, formulando uma proposição panteísta (FRONDIZI, 1986; SOBRINHO, 2017).

Após contato com as ideias de E. Husserl, o filósofo passa a se dedicar aos estudos dessa filosofia e publica sua obra seminal, “O Formalismo na Ética e a Ética Material dos Valores”, na qual refuta o formalismo moral de Kant e defende a sua Teoria de Valor, fundamentando-a na intuição emocional. Agindo assim, ele transferiu a apreensão e captação do valor da lógica formal para a ordem emocional, isto é, para aquilo que se convencionou chamar de ‘lógica do coração’ (FRONDIZI, 1986).

Sua filosofia traz uma nova perspectiva para o campo do conhecimento filosófico, ao afirmar que a racionalidade não é capaz de abarcar, em si, toda a amplitude da realidade, pois, além de ser-objeto, existe o ser-ato. O primeiro é objetivável, o outro não (COSTA, 1996).

Assim, a verdadeira filosofia deve admitir uma forma complementar de participação na essência das coisas, a partir da via emocional. Esta passa a constituir-se em um elemento capaz de produzir o conhecimento do ser. Ao proceder à reflexão sobre o agir humano, buscando estabelecer uma nova base para a sua compreensão, Scheler (1948) percebeu que havia um tipo de

conhecimento cujos objetos eram inteiramente inacessíveis à razão: o conhecimento dos valores.

O filósofo não estabeleceu um conceito formal de valor, porém, deixou proposições acerca do que o valor não é, possibilitando, assim, realizar inferências para a construção conceitual. Intérpretes de Scheler advogam que mesmo não havendo uma explicitação da conceituação do valor, é possível identificar na obra do filósofo, alguns traços constitutivos para a formulação conceitual. São eles: o valor é indiferente do ser, estável, objetivo, *a priori* e material, bipolar e anterior ao ser. O valor é independente do ser, porque o valor é uma qualidade independente do ato da pessoa e das coisas reais (SOBRINHO, 2017).

### **2.2.2 O conceito de valor**

A palavra valor é usada frequentemente pelas pessoas nos mais diferentes significados. No princípio, o termo foi empregado para as transações comerciais, isto é, de natureza econômica. Tal ato fez com que ela sofresse um forte desgaste, apesar de expressar realidades assemelhadas, mas, que não são iguais. Nesta perspectiva, o bem, o belo, a saúde, ou qualquer outra coisa capaz de satisfazer o homem, passa a valer para ele. Em contrapartida, agora expressa àquilo que tem significado ao homem, ou seja, o que é valioso para ele, como um bem material, uma sensação ou sentimento (WERNECK, 1996).

O conceito valor, por diversas vezes, foi atribuído a aspectos morais. Entretanto, o estado de carência humana do valor não se restringe ao belo, ao bem ou à verdade. É valor tudo aquilo que é capaz de satisfazer a uma necessidade humana (WERNECK, 1996).

Por isso, é importante conceituar o termo. Nesse estudo, considera-se como valor aquilo que é significativo para o ser humano, na perspectiva de elevá-lo ou complementá-lo enquanto pessoa. Assim, o valor corresponde àquilo que agrada o homem, bem como ao que ele deseja ou, ainda, ao que desperta seu interesse (COSTA, 1996; WERNECK, 1996).

Outro aspecto importante sobre a clarificação do termo valor é a questão: são os valores-coisas, ou estas são suas depositárias? Teóricos advogam que, no pensamento de Scheler, o valor necessita ser compreendido como sendo algo

perene e que se projeta no objeto, seu depositário. Sendo perene, reveste-se de imutabilidade. Portanto, o que vale para o homem atualmente, permanecerá valendo, o que muda é a sua hierarquização valorativa (WERNECK, 1996).

É importante que o enfermeiro que atua no serviço pré-hospitalar de urgência e emergência seja capaz de estabelecer a diferenciação entre valor e o fato valioso, entendendo o segundo como sendo uma qualidade que se expressa na materialidade. É algo de menor dimensão, comparativamente ao valor e, por isso, não se constitui na estrutura de sua escala hierárquica.

Entretanto, o valor não pode ser confundido com as qualidades das coisas. Uma vez que, estas fazem parte da própria existência do objeto, enquanto, o valor refere-se sempre “[...] ao sujeito e à sua relação com o objeto [...]” (WERNECK, 1996, p. 17).

Ao proceder desta forma, desenvolve a ideia de que as qualidades, os objetos, os entes, os fatos valiosos, não são a essência dos valores, mas, sim, formas de sua expressão na materialidade. Combate-se, assim, a relativização do valor e se estabelece a consolidação do valor como algo que independe da vontade humana, para que possa ser válido ou aceito (COSTA, 1996; FRONDIZI, 1986; WERNECK, 1996).

É comum associar a ideia de valor aos objetos materiais que lhe dão suporte, porém, comete-se um erro ao adotar essa prática, porque os valores existem independentemente dos bens. Para Scheler, é possível adentrar ao mundo dos valores a partir de sua ideação. Ao afirmar esta tese, o filósofo considera dispensável o suporte para o valor, apesar de reconhecer que este é mais facilmente percebido pelo sujeito quando este o vê unido ao suporte (WERNECK, 1996).

Cito como exemplo, o uso do aparelho de telefone. Ele é útil para a comunicação, entretanto, ele não esgota em si a ideia do valor útil. A ideia é maior do que o representado, pois, o transcende, já que é útil para o homem, não apenas o telefone, mas diversos outros objetos materiais que o auxiliam na dinâmica da vida privada e social.

Nas palavras de Werneck (1996):

o simples fato de que alguém deseje alguma coisa não a torna por isso desejável e vice-versa. É possível que algo útil e agradável ao ser

humano desagrade a alguém e por esse motivo não vai perder seu valor [...] a honestidade não desaparece como valor pelo fato de haver pessoas desonestas e os entes continuam existindo na sua plenitude [...] o que leva a concluir que os valores subsistem independentemente das coisas que o informam. (WERNECK, 1996, p.18).

Aos críticos que atribuem a perspectiva relativista a Scheler, ele afirma que o valor é valioso não porque desperta o interesse, o desejo, ou estão manifestos em alguma propriedade material presente nos suportes, mas, porque valem, isto é, são capazes de complementar espiritualmente o sujeito movendo-o à condição de pessoa. O valor, portanto, vale. Não é desejado porque tem valor, mas porque é valor (WERNECK, 1996).

Assim, é possível afirmar que o ser humano aspira pelo valor, pois, o reconhece como algo capaz de suprir sua carência e de fazê-lo ser reconhecido enquanto pessoa, pois, para Scheler, a apreensão do valor é a destinação do homem. Uma pergunta surge: qual é o papel da razão? Scheler responde: o papel da razão é, de maneira formal, justificar para o outro a escolha valorativa empreendida. Ela não participa na escolha, mas, é usada para apresentar discursivamente a justificativa empreendida pelo sujeito que captou o valor, para aquele que o argui sobre os motivos de sua escolha (FRONDIZI, 1986; HESSEN, 1974; SOBRINHO, 2017; WERNECK, 1996).

É preciso distinguir valor e valoração. O valor é anterior à valoração. A valoração é o ato de perceber o valor. Nesse caso, essa percepção é subjetiva, ou seja, ela é significativa para aquele que a apreende. A diferença valorativa observada empiricamente nas relações entre as pessoas não é atribuída ao valor, mas a ordenação que cada um é capaz de realizar diante da experiência axiológica (WERNECK, 1996).

### **2.2.3 O não-valor e o contravalor**

Por estar imerso na teia social, faz-se necessário compreender o significado do não-valor e do contravalor para o enfermeiro que atua no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Haja vista que, o erro por ele cometido frente a incompreensão desses termos filosóficos, poderá, em tese, impactar de forma negativa a sua pragmática assistencial em seus aspectos éticos e deontológicos.

Para Werneck (1996), tem-se como não-valor a ideia de não haver representatividade para a pessoa, ou seja, aquilo que não atende aos seus anseios e, portanto, se faz indiferente ao ser. O ser por si mesmo sem o apoio do valor é o não-valor espontâneo, sendo o primeiro conceito objetivo de não-valor, a ser considerado. Para o homem, o ser em si mesmo não possui valor, porém haverá significação quando o ser servir de suporte para os valores. O homem faz surgir na prática o não-valor, é o seu sentido subjetivo. Nesse contexto de desvalorização, o valor existe sem estar atrelado ao sujeito, isto é, mesmo que o sujeito não exista, o valor permanecerá o mesmo. Vale ressaltar que, o bem não valerá para aquele sujeito que não conhece o valor, caracterizando o não-valor. Ao negar o valor em um ato voluntário, o sujeito está promovendo a destruição e não reconhecimento deste.

Tem a instauração por parte do enfermeiro-socorrista, do não-valor, em sua escala hierarquizada, sérias implicações. Uma vez que retirado o valor ou ignorado, o enfermeiro pode falhar em sua atitude profissional frente a seu cliente, pois, não desenvolve e não cresce no valor da Enfermagem.

Corrobora para esta assertiva, a consideração de Werneck (1996), ao dizer que:

o não-valor em ato é o que mais importa do ponto de vista da educação porque diz respeito à responsabilidade, à capacidade de sentir, de querer, de amar e de agir, enfim, para o seu próprio bem e o da sociedade. (WERNECK, 1996, p. 41).

Werneck (1996) sugere três formas de desvalorização resultantes da ação humana, a saber: por meio da inexperiência, da recusa e, por fim, do intelectualismo. Assim, a inexperiência tem a sua origem na não vivência valorativa. Para o enfermeiro-socorrista, esse fato inicia-se em sua formação profissional, quando em contato com os docentes-enfermeiros sua sensibilidade não foi adequadamente movida na direção do Ser-enfermeiro. Somente pelo hábito da experimentação, aprende-se fazer a distinção o valor do não-valor e do contravalor. Negando-se ao enfermeiro a possibilidade de experienciar, vai-se impedi-lo de aprender a distinguir e, poderá movê-lo a insensibilidade.

A segunda forma de desvalorização é a que advém da recusa. A recusa ocorre quando o enfermeiro-socorrista possui a oportunidade de conhecer o valor,

mas, mesmo assim, o abdica por vontade própria. A desvalorização decorre da incapacidade de reconhecimento, fruto da livre opção pela desvalorização. Ela pode dar-se pela redução do valor ao não-valor ou de um valor superior a um inferior.

A terceira forma de desvalorização é o intelectualismo. Por sua ação, o ser toma o lugar do valor. Por esse procedimento, desvincula-se o valor do ser que se torna o único objeto de juízo. Os juízos de valor são considerados como ilusórios porque se decide *a priori* pela inexistência do valor. Essa atitude dá origem ao chamado cientificismo. Este se distingue do espírito científico por só admitir os juízos de existência e considerá-los como suficientes para preencher todas as necessidades humanas (WERNECK, 1996).

Ora, este processo de desvalorização sendo desenvolvido pelo enfermeiro-socorrista tem fortes repercussões sobre a pragmática assistencial da Enfermagem junto ao cliente, pois, ignora, por completo, a complexidade que é o ser humano, passando este a ser visualizado enquanto objeto do “conhecer”, e não enquanto pessoa-humana.

Visualiza-se esta situação, de forma sutil, na pragmática profissional, quando o enfermeiro, passa a designar o seu cliente como: “o paciente politraumatizado” – a pessoa é ignorada, passando a ser definida não por aquilo que é, mas por aquilo que porta. Reconhece-se que em um primeiro momento, na tentativa de conhecer, se busque distinguir entre o ser e o valor, entretanto, esse movimento não deve manter-se em dissociação permanente.

Assim, Werneck (1996) expressa que:

o intelectualismo corresponde à fase da distinção entre o ser e o valor, feita pela razão para poder conhecê-lo com objetividade. Como processo do conhecimento é fundamental, mas é apenas um momento com uma finalidade bem especificada. Ao perdurar-se nele negando-se a existência do valor torna-se uma forma de reducionismo que distancia o ser do humano da vida, levando-o ao mecanismo psicológico da racionalização. (WERNECK, 1996, p. 44).

Para Werneck (1996), a função do conhecimento racional não é negar àquele feito pela sensibilidade, mas, completá-lo. Pela racionalidade, nega-se a instância afetiva e procuram-se resolver todos os problemas apenas pela razão, ou seja, reduz-se a realidade humana negando-se a existência do valor.

## O contravalor

Visto o efeito que a instauração do não-valor pode acarretar na pragmática do enfermeiro-socorrista, faz-se necessário, de igual maneira, elucidar o papel que o contravalor pode assumir para a descaracterização do Ser-enfermeiro.

Segundo Werneck (1996), o contravalor é o que se opõe ao valor. O que se levanta contra ele, assim, sendo o não-valor a indiferença, o contravalor é a oposição ao valor. Pelo não-valor, o enfermeiro-socorrista visa a um objeto que não corresponde à sua necessidade; pelo contravalor, um objeto que lhe é prejudicial. Por inexperiência ou por recusa pode-se optar pelo contravalor e assim buscar, não o indiferente, mas o prejudicial.

Pode, por um ato de vontade, o enfermeiro-socorrista, a partir da fundamentação de uma vida hedonista e rompidos os limites que identificam o certo e o errado, ignorar os valores que fundam a Enfermagem, tendo por base a pessoa-humana<sup>5</sup>, e instaurar em sua escala hierarquizada o contravalor (REALE, 2001; WERNECK, 1996).

Reconhece-se que a personalidade pode revestir-se de contravalores e, desta maneira, assumir uma característica nociva, prejudicando a vida ou a saúde alheia, pode induzir ao erro decepcionando a expectativa de verdade existente em cada um e pode encarnar o mal moral pelo ódio, pela injustiça, pela deslealdade (WERNECK, 1996).

Neste sentido, Werneck (1996) afirma que:

o contravalor é sentido como algo que fere, irrita e traz insatisfação e, no entanto, é buscado pela inexperiência ou pela recusa ao valor. O contravalor é vivenciado como o mal, o que perturba, desespera e tortura. O que traz tristeza e desgosto. (WERNECK, 1996, p. 48).

Por isso, que urge em meio à crise que passa a sociedade brasileira, valer-se de enfermeiro-socorrista que, despertado em sua consciência sobre os perigos da insensibilidade e do cientificismo, ele não tenha medo de dizer, de apresentar, de viver os valores da Enfermagem e, por seu exemplo, tornar-se um instrumento

---

<sup>5</sup> Segundo Reale (2000, p. 211), pessoa humana é “[...] a ideia do homem como ente que, a um só tempo, é e deve ser, tendo consciência dessa dignidade. É dessa autoconsciência que nasce a ideia de pessoa, segundo a qual não se é homem pelo mero existir, mas pelo significado ou sentido de existência”.

que induza a reflexão em seus pares sobre a sua pragmática assistencial, permitindo a esses retificar ou ratificar a sua escala hierarquizada de valor. Sabe-se que o contravalor sempre é fonte de sofrimento mesmo quando não imediato, porque o sujeito é sempre sua vítima.

### **2.3 A hierarquia do valor em Max Scheler**

Na base de todos os valores, estão situados os valores do bem e do mal. Todavia, não podem ser reduzidos ao conteúdo de um dever. Não comportam sequer definição. Ao homem é dada a oportunidade de percebê-lo ao deparar-se com algo que se volta para o bem ou para o mal (SCHELER, 1948).

Na proposição scheleriana, o bem e o mal são originariamente valores da pessoa. Neste sentido, somente uma personalidade boa é que pratica atos bons e, de igual modo, somente uma personalidade má é que pratica ações más.

Diante disso, o filósofo afirma que as ações boas ou más de uma pessoa são vistas não como atos fortuitos e eventuais, mas, resultantes de uma raiz e de uma fonte emocional, que está radicada na própria essência da pessoa que age segundo a sua escala hierárquica de valor (SCHELER, 1948).

A ética material dos valores de Max Scheler (1948) se assenta sobre uma hierarquia dos valores a partir do bem e do mal, onde estes se relacionam com os demais valores e determinam a classe de realizações de valor que o constituem. Esta hierarquização dos valores se dá através do ato de preferir.

Para Scheler (1948), a distinção entre os valores não se dá exclusivamente a partir de sua polaridade, estes também possuem, em sua essência, a gradação entre os valores mais altos e os mais baixos e estabelece cinco critérios para determinar a altura dos valores, a saber:

(a) a durabilidade: os valores são tanto mais altos quanto maior for a sua duração. É duradouro um valor que tem a faculdade de se prolongar no tempo, qualquer que seja a duração do seu suporte real. Esta duração faz parte do ser valioso de alguma coisa. O fenômeno da duração e, conseqüentemente, a durabilidade do valor e do respectivo ato residirá no próprio valor em si mesmo. Conclui-se que: os valores mais baixos serão, naturalmente, os mais transitórios e de menor duração; os mais altos, pelo contrário, serão os eternos;

(b) a divisibilidade: os valores são mais altos quanto menos divisíveis forem. Sabido é que a participação de várias pessoas, nos bens materiais, só é possível mediante uma divisão destes. Com os valores espirituais as coisas passam-se diferentemente. Nestes valores, não só falta a possibilidade em uma participação na coisa extensa, como também, a possibilidade de os seus respectivos suportes serem partilhados, enquanto, estes são experimentados ou vividos, ao mesmo tempo, por uma pluralidade de sujeitos. É da essência de tais valores o serem ilimitadamente comunicáveis sem sofrerem divisão ou diminuição;

(c) a fundamentalidade: o valor que serve de fundamento a outros é mais alto que os que se fundam nele. O conjunto de todos os valores está fundado no Espírito infinito e pessoal e no mundo dos valores que se estendem diante dele. Os atos pelos quais estes apreendem são absolutos na medida em que se revelam dentro desse reino;

(d) a satisfação produzida: os valores são mais altos quanto mais profundos é a satisfação que a sua realização produz. E uma satisfação desta natureza será mais profunda que outra, quando a sua presença se revelar independentemente de sentirmos outros valores, e da satisfação que a estes se liga, os quais por sua vez, já dependem da primeira;

(e) o grau da sua relatividade: o valor agradável é relativo só aos seres dotados de sensibilidade sensorial, como os valores vitais são relativos aos seres vivos. Para um ser sem essa sensibilidade, não existem os valores do agradável; valores absolutos são aqueles que existem para a pura sensibilidade espiritual do saber preferir e amar, independentes dos sentidos e da vida orgânica, no que estes têm de essencial, tanto na sua específica função como nas suas leis funcionais. Pertencem a esta categoria os valores morais. Neste sentir especial, é que se consegue – sem o uso das funções da sensibilidade sensorial, através das quais só se registra o meramente agradável – compreender a essência destes valores.

Scheler (1948) propõe a seguinte ordem hierárquica dos valores:

- (1) os valores do agradável e do desagradável e que correspondem ao estado afetivo do prazer e da dor sensível;
- (2) os valores vitais – os valores do bem-estar;
- (3) os valores espirituais, que seriam apreendidos pelo perceber sentimental e por atos como preferir, amar e odiar. Dentre estes se distinguiram hierarquicamente os

seguintes: os valores do belo e do feio, e os demais valores estéticos; os valores do justo e do injusto; os valores do conhecimento da verdade; os valores do santo e do profano – os valores religiosos.

Werneck (1996) esclarece que a posição dos valores decorreria da presença do valor e da intuição emocional que permitiria sua apreensão, pois, a essência do valor já se apresenta hierarquizada. Essa hierarquia seria independente das particularidades ou individuais. Seria, *a priori*, independente das experiências valorativas. Constata-se que os valores independem da cultura e da época histórica de uma dada sociedade, constituindo-se em algo, distinto dos bens valiosos.

## **CAPÍTULO III - O VALOR E SUA RELAÇÃO COM A ENFERMAGEM**

### **3.1 O valor na Enfermagem Moderna**

É no campo da prática social que encontro os valores proclamados por cada geração, podendo ser aceitos e vividos por cada integrante a partir de uma escolha livre e de uma hierarquização pessoal.

Neste propósito, é elucidativa a consideração de Sánchez Vázquez (2005), ao afirmar que cada ser humano pertence a uma época e, como ser social, se insere na rede de relações que a compõe. Encontra-se imerso numa dada cultura, da qual se nutre espiritualmente e a sua apreciação das coisas se conforma com regras e critérios, valores que não inventa, mas que descobre e que lhe confere uma significação pessoal.

Igualmente, Reale (2000) afirma que toda sociedade obedece a uma escala de valores, de maneira que a fisionomia de uma época depende da forma como seus valores se distribuem ou se ordenam. Portanto, podem-se identificá-los nas práticas sociais que uma sociedade desenvolve.

Nesse sentido, sendo a Enfermagem uma prática social e científica, ajuíza-se que ela é detentora de um conjunto de valores dos quais se nutre e que a justifica enquanto profissão da saúde voltada para o atendimento da pessoa humana em seus diferentes ciclos de saúde ou doença, indo da concepção à morte. Uma pergunta retórica se faz necessária nesse momento, a saber: como identificar os valores que fazem da Enfermagem aquilo que é?

Para a sua elucidação, torna-se necessário apoiar-se em sua historiografia, identificando a partir dela, o momento em que os valores foram instituídos e que passaram a formar o campo axiológico que funda a profissão.

A Enfermagem tal qual se conhece nos dias atuais é fruto das transformações político-sociais-econômicas que marcaram o século XIX e, notadamente, é produto do desenvolvimento da sociedade capitalista. Esse é o balizamento teórico-filosófico que marca o seu aparecimento. A personagem que melhor sintetizou essa transformação foi Florence Nightingale. Ela foi a precursora daquilo que veio a ser conhecido na história da ciência e da profissão, de Enfermagem Moderna. Nascida em Florença, Itália, em 1820, foi ao longo de sua

vida, educada de maneira diversificada, conhecendo assuntos nas áreas da Ciência, Filosofia e Economia, o que faria a amálgama de suas ideias e ideais sobre a Enfermagem - ciência e arte - expressa no cuidado de enfermagem. Detentora de uma personalidade marcante, zelosa, determinada e possuidora de uma vasta cultura geral superior ao das mulheres de sua época, além de uma aguçada sensibilidade para com a pessoa. Ela almejava uma vida religiosa com prestação de serviços aos mais necessitados, no entanto, o apoio da família não aconteceu. Aos 31 anos de vida, dedicou-se a um estágio de três meses na Alemanha, na Instituição Kaiserswerth e absorveu conceitos importantes sobre a necessidade de organização das ações de enfermagem (HADDAD; SANTOS, 2011; LOBO, 2000; SOUZA *et al.*, 2005).

Posta esta consideração, inicia-se o presente capítulo na busca de compreender a trama que caracteriza o surgimento da Enfermagem Moderna, tendo como ponto de partida o contexto em que se insere a sociedade inglesa do final do século XIX, a partir da ascensão da burguesia (CARVALHO, 2007; SANTANA; PAIXÃO; JESUS, 2011).

O primeiro trabalho de Florence Nightingale dado ao público foi o relatório sobre a Lei dos Pobres. Esse se constituiu um marco em sua trajetória, pois lhe permitiu demonstrar à sociedade britânica a agudeza de seu pensamento crítico. Veja a trama que o fundou.

Com o incremento da atividade econômica advindo da industrialização, ocorreu em seu transcurso a necessidade da regulação da condição do trabalho, aliado à redução da pobreza. Criaram-se as condições necessárias para que houvesse o aparecimento de reivindicações por melhores condições de vida por parte de alguns segmentos da população. Iniciou-se um movimento por reformulação dos instrumentos jurídicos de assistência à população e, dentro deste, destacou-se a reformulação da Lei dos Pobres, cuja ênfase era a distinção conceitual entre pobreza e pauperismo (GUIMARÃES *et al.*, 2015).

A pobreza era percebida como sendo benéfica, pois o encaminhamento para sua resolução residia na inserção da pessoa em alguma atividade de trabalho; o pauperismo necessitava ser combatido, já que acarretava transtorno à ordem social, tendo em vista a recusa, por parte da pessoa, em ingressar em alguma atividade de trabalho. Somente os miseráveis recebiam a proteção social

do Estado e, em troca, perdiam os seus direitos políticos. Esta atitude reconciliava a proteção demandada pela sociedade e consolidava o ideário da moderna assistência à classe trabalhadora. Foi-lhe delegada por uma comissão governamental a tarefa de relatar as condições dos albergues. Neste relatório, Florence destacou a importância de uma classificação das pessoas ali assistidas. Em 1867, ocorreu a revisão da Lei dos Pobres e a comissão governamental acatou as suas sugestões (CARVALHO, 2007; GUIMARÃES *et al.*, 2015; PAIXÃO, 1979).

A dinâmica do império colonial britânico fez com que Florence Nightingale, anos mais tarde, por ocasião da Guerra da Criméia, fosse novamente requisitada pelo governo britânico, na pessoa do ministro do interior, *Sir* Sidney Herbert que era pressionado pela opinião pública contrária ao tratamento dispensado aos soldados ingleses feridos no campo de batalha e que eram atendidos nos hospitais de campanha. Os soldados estavam abandonados à própria sorte e, em conhecimento deste fato, produziu forte descontentamento popular e oposição ao governo. Deste contexto, partiu o convite para que Florence pudesse chefiar um grupo de “enfermeiras voluntárias” que pudesse transformar o estado de coisas deletérias que se impunham aos soldados ingleses. Assim, em 1854, juntamente com as voluntárias, ela se dirigiu à Guerra da Criméia. Sua atuação ali foi exitosa. Os hospitais foram reorganizados, combatendo assim, o caos em que se encontravam e, com isso, foi possível reduzir as taxas de mortalidade entre os assistidos de 42% para 2%, tornando-se uma conquista para o governo e a sociedade britânica (SOUZA *et al.*, 2005; SANTANA; PAIXÃO; JESUS, 2011).

Após os anos de atuação na Guerra da Criméia, quando já completava 36 anos de idade, foi acometida por tifo e sua saúde tornou-se debilitada. Retornou para Inglaterra e recebeu honrarias do governo britânico e um dote financeiro. Agora, cônica de seus feitos e interessada em lançar novas bases epistemológicas para a Enfermagem, Florence fundou a primeira Escola de Enfermagem, em 1860, acoplada ao Hospital São Thomas, em Londres. Com a sua organização e a adoção de determinados princípios, construía-se o paradigma nightingaleano, fundamentado em três orientações: (1) a escola seria dirigida por enfermeiras; (2) implantação da modalidade de ensino teórico e prático; (3) seleção das candidatas sob o ponto de vista físico, moral e intelectual (LOBO,

2000; SANTANA; PAIXÃO; JESUS, 2011; PAIXÃO, 1979). Agindo assim, Florence estava a proceder a uma mudança paradigmática na Enfermagem, instituindo na pragmática algo antes nunca experimentado.

Ratifica essa assertiva Haddad e Santos (2011), ao dizerem que:

Florence provocou uma revolução no conceito de enfermeira da época, vindo a formar o que hoje denominamos de Enfermagem Moderna. Nesse contexto, Florence proclamou uma identidade profissional singular e simbiótica em termos de rituais e simbologia, disciplina e poder. A administração de hospitais, a formação da enfermeira e a educação em serviço. (HADDAD; SANTOS, 2011, p. 755).

Assim, não apenas a pragmática da Enfermagem estava em processo de transformação, mas o próprio conceito da profissão e o objeto de seu interesse primeiro, o cuidado de enfermagem.

Tem-se apoio para essa assertiva na consideração de Haddad e Santos (2011), ao dizerem que:

sendo assim, auxiliar os pacientes para que mantenham suas capacidades vitais, satisfazendo suas necessidades, é tido como meta da enfermagem; portanto, de acordo com Florence, a enfermagem é uma prática não curativa, na qual o paciente é colocado na melhor condição para a ação da natureza. (HADDAD; SANTOS, 2011, p. 755).

Na busca pelo alcance dessa meta, Florence intencionalmente propôs que o ensino da Enfermagem se processasse no interior do hospital, mas ressalta que ela não deveria ser subordinada ao médico, tendo, portanto, sua hierarquia própria. O modelo nightingaleano possuía algumas influências que foram incorporadas por Florence para a organização da nova Escola, notadamente, a partir do modelo militar com destaque na disciplina e nos princípios cristãos (PAIXÃO, 1979).

Esclarece-se que, a proposta desenvolvida por Florence buscou um rompimento com a prática de Enfermagem exercida em sua época. Esta se encontrava fortemente influenciada pelo conhecimento mítico. Contrapondo-se a este modelo, Florence buscou promover a aproximação entre a Enfermagem e a Ciência, para tanto, incorporou os requisitos exigidos pela nova racionalidade científica e pela epidemiologia, enquanto instrumento para a fundamentação da

educação da enfermeira (CARVALHO, 2007; GUIMARÃES *et al.*, 2015; HADDAD; SANTOS, 2011).

Torna-se possível visualizar, nas ações desenvolvidas por Florence, sua intenção de promover as transformações na Enfermagem, a partir de três áreas, a saber: no campo da divisão do trabalho, no campo assistencial e no campo do ensino (CARVALHO, 2007; GUIMARÃES *et al.*, 2015; HADDAD; SANTOS, 2011).

No campo da divisão do trabalho, o modelo proposto por Florence trouxe a dicotomia na Enfermagem entre o trabalho intelectual e o manual, identificado na figura da *lady-nurse* e da *nurse*. A primeira tinha sob sua responsabilidade a condução do processo de organização, supervisão, liderança e instrução. Detinha uma condição socioeconômica e cultural privilegiada na sociedade inglesa. Já a *nurse* tinha sobre si a incumbência da execução do trabalho manual e possuía nível social mais baixo (CARVALHO, 2007; GUIMARÃES *et al.*, 2015; HADDAD; SANTOS, 2011).

Ao estabelecer a divisão do trabalho, a partir da distinção entre as classes sociais, Florence criou uma nova e respeitável ocupação para as damas da sociedade, ao mesmo tempo em que inseria na Enfermagem pessoas que poderiam conferir à carreira melhor respeitabilidade (CARVALHO, 2007; GUIMARÃES *et al.*, 2015; SANTANA; PAIXÃO; JESUS, 2011).

No campo da prática assistencial, Florence descreveu a modalidade de assistir a pessoa centrada no atendimento à natureza humana, afirmando que a enfermeira deveria desenvolver a habilidade rigorosa da observação. Por meio deste método, a enfermeira iria estabelecer a forma de intervenção (CARVALHO, 2007; GUIMARÃES *et al.*, 2015; SANTANA; PAIXÃO; JESUS, 2011).

Constata-se que, após empregar o método da observação, Florence passou a avaliar as características do ambiente e seu impacto sobre a relação saúde-doença. A abordagem de Florence envolvia os aspectos relacionados ao meio ambiente, ser humano, saúde e enfermagem. Para ela, o meio ambiente era capaz de influenciar no processo de saúde e doença do ser humano por meio da ventilação, limpeza, temperatura e luminosidade. O ser humano, ao interagir com esse ambiente equilibrado, pode ter o restabelecimento de sua saúde e a enfermagem possui os atributos necessários para garantir a assistência holística ao necessitado (LOBO, 2000; SANTANA; PAIXÃO; JESUS, 2011).

Florence ressaltava que o ambiente necessitava ser visto de forma abrangente, a fim de favorecer a recuperação do enfermo. Defendia a proposta que este deveria ter boas condições para o atendimento ao enfermo, no que tange à aeração, à iluminação, à limpeza e ao aquecimento. A utilização, por parte de Florence, de seu método empírico (observacional) permitiu-lhe lançar as bases para a construção da teoria ambiental. No campo do ensino, Florence promoveu a introdução de candidatas à Enfermagem, possuidoras de uma “boa índole”. Esta ação proporcionou uma melhoria do nível do cuidado, reforçando a construção da figura da enfermeira como guardiã da moral (CARVALHO, 2007; GUIMARÃES *et al.*, 2015; SANTANA; PAIXÃO; JESUS, 2011).

Tal medida veio ao encontro dos anseios proclamados na era vitoriana, em que a mulher tinha como atribuição o desempenho de quatro virtudes, a saber: a piedade, a pureza, a submissão e a domesticidade. Construindo-se, desta forma, a identificação do gênero feminino como representante do modelo nascente (CARVALHO, 2007; GUIMARÃES *et al.*, 2015; SANTANA; PAIXÃO; JESUS, 2011).

Para a sua execução durante o curso na escola Nightingale, as estudantes viviam em regime de internato, submetidas a uma disciplina rigorosa, com a finalidade de desenvolverem os traços de caráter considerados desejáveis, tais como: sobriedade, honestidade, lealdade, pontualidade, serenidade, espírito de organização, elegância e correção. Estas enfermeiras, à medida que iam sendo formadas, estavam prontas para o desempenho do ofício assistencial e de exercerem a atividade de docente. Desta maneira, ao propor este encaminhamento pedagógico para suas alunas, estava simultaneamente promovendo uma mudança paradigmática no campo dos valores instituídos/instituintes da Enfermagem (CARVALHO, 2007; HADDAD; SANTOS, 2011; SILVA, 1989).

Identifica-se em sua obra intitulada “*Notas sobre a Enfermagem – o que é e o que não é*” (NIGHTINGALE, 1989) – os valores que fundamentam a sua prática, tornando-se impossível dissociar os valores proclamados da Enfermagem daqueles que devem estar presentes no enfermeiro-socorrista, sem anular a sua respectiva identidade. Nas linhas que seguem, apresentam-se os valores que

surgem em seu escrito, ao longo do texto, identificando-os como pertencentes ao campo axiológico que cerca a profissão.

#### O valor social

É encontrado na afirmação de Florence (1989), ao dizer que:

[...] Mães de família! As que assim falam por acaso sabem que nesta civilizada Inglaterra uma dentre cada sete crianças morre antes de completar um ano de idade? Que em Londres duas em cada cinco morrem antes dos cinco anos de vida? [...] Ou será que todo esse sofrimento e a morte prematura são necessários? [...] (NIGHTINGALE, 1989, p.16).

Sua compreensão a respeito do valor da vida humana e sua relação com o contexto social assume um papel motivador em seu pensamento. Sua atitude revela a busca empreendida para a transformação da realidade em que se insere, a partir da ação lúcida e consciente da enfermeira. Revelando que a consciência sobre a cidadania faz parte da ação da Enfermagem.

#### O valor lógico ou científico

Sua instauração na prática social é o conhecimento científico. É encontrado no pensamento de Florence, ao dizer que: “[...] a enfermeira deve compreender dessa maneira toda a mudança de fisionomia de seu paciente [...] deve-se estudá-la, até que sinta segura de que ninguém mais o compreende tão bem quanto ela própria [...]” (NIGHTINGALE, 1989, p.163).

O conhecimento obtido, através da observação rigorosa, constitui-se na gênese do espírito científico. Não mais o conhecimento mítico deveria ser o norteador das ações de Enfermagem, mas, aquele advindo da observação sistematizada.

#### O valor ético

Pode-se encontrar nas afirmações de Florence (1989), ao dizer que:

[...] às senhoras que se autodenominam enfermeiras e que não aprenderam o abecê da educação de uma enfermeira. O “a” [...] deve ser o conhecimento do que significa ser um ser humano doente [...] e reconhecê-lo não como sendo um animal. (NIGHTINGALE, 1989, p. 163).

[...] o que significa sentir vocação, para alguma coisa? Não será executar seu trabalho a fim de satisfazer seu próprio elevado conceito do que é o certo, o melhor [...] se ele não der assistência a seus pacientes, nenhuma preleção será capaz de fazê-lo. (NIGHTINGALE, 1989, p. 163).

O enfermeiro tem a responsabilidade de assistir o indivíduo não apenas pelo reconhecimento de sua animalidade, mas, enquanto pessoa. Seu agir é passível de avaliação a partir do direcionamento para prática do bem, entendido como balizador de sua atitude profissional.

#### O valor útil

Florence o expressa ao afirmar que: “[...] o dever da enfermeira inclui a verificação do pulso, observar a dieta, o sono [...]” (NIGHTINGALE, 1989, p. 166).

Infere-se que Florence ao utilizar a palavra “inclui”, deixa transparecer que a ação da enfermeira não se encerra somente na provisão deste valor, mas, dele se utiliza para realizar a arte de cuidar.

#### O valor do justo e do sagrado

Florence (1989) os identifica, ao afirmar que:

[...] a enfermeira deve ser uma pessoa com quem se possa contar [...] não há necessidade de dizer que deve ser rigorosamente sóbria e honesta [...] deve respeitar sua própria vocação, porque a vida, a mais preciosa dádiva de Deus, é posta literalmente em suas mãos [...] (NIGHTINGALE, 1989, p. 168).

Estes valores demonstram sua preocupação em promover, em suas alunas, o sentido do transcendente e do senso de justiça, reconhecendo que o desenvolvimento desta consciência favorece o surgimento de uma prática assistencial voltada para a pessoa. Ao fazer a ruptura com o modelo de Enfermagem vigente, Florence estava apontando sua inadequação no campo da prática científica, na esfera do agir humano frente ao cliente e à sociedade. Logo, inválidos para a fundamentação axiológica da Enfermagem.

É importante destacar que os valores da profissão cooperam para o desenvolvimento e crescimento da área. Pois, para Scheler (1948), são os valores que possibilitam ao homem torná-lo melhor enquanto pessoa. Entretanto, se houver, por parte do profissional enfermeiro que atua no serviço móvel de

urgência e emergência, uma dificuldade quanto à escolha dos valores da Enfermagem, este poderá incorporar em sua escala hierárquica o contravalor. Este possui efeito nocivo ao desenvolvimento do enfermeiro, enquanto pessoa, e comprometerá sua pragmática profissional.

Os valores por Florence identificados são instituídos/instituintes da Enfermagem. Constituem-se em uma amálgama e assumem um sentido de dever-ser por parte do enfermeiro-socorrista, revelando o caminho axiológico peculiar à Enfermagem. Os valores, por ela proclamados, não são restritos à sua época. Transcende ao espaço temporal. Cabe ao enfermeiro-socorrista vivenciá-los em sua prática profissional. Tal feito só será possível se este se mantiver em atitude reflexiva, pois, somente esta é capaz de combater a alienação e a indiferença resultante de uma logicidade fundada na coisificação do indivíduo.

### **3.2 O valor e o cuidado para a Enfermagem**

O termo cuidado é polissêmico, portanto, faz-se necessário estabelecer um fio condutor que possa dar a esse estudo a assunção de uma dada perspectiva, tendo por intencionalidade estabelecer a sua relação com os valores que fundam a Enfermagem. É preciso ter-se clareza de que ao unirem-se dois termos, o cuidado e a Enfermagem, forma-se um novo termo composto, a saber: o cuidado de enfermagem. Ele é a forma pela qual a Enfermagem se faz conhecer na pragmática de atenção à saúde, tornando-se seu objeto profissional e, para muitos estudiosos da área, seu objeto de estudo (FERREIRA, 2011; GUIMARÃES *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2005).

Há no mínimo três possibilidades para se conceituar um dado termo. A primeira é buscar a sua gênese etimológica. Por meio dela, é possível identificar a maneira pela qual a humanidade em dado período histórico estabeleceu a sua formulação para o uso na linguagem. Assim, segundo Waldow (1992), cuidado deriva do inglês antigo “*carion*” e das palavras góticas “*kara*” ou “*karon*”. Enquanto substantivo, cuidado deriva-se de “*kara*”, significando aflição, pesar ou tristeza. Na qualidade de verbo, “*carion*” traz a noção de “preocupar-se por”, “sentir com”, o que implica uma dada perspectiva emotiva, caracterizada por atenção, amor e simpatia a outrem.

É possível inferir que na atualidade a noção etimológica não consegue abarcar o uso que a Enfermagem faz do termo, em que pese a sua noção substantivada de cuidado de enfermagem. Esse entendimento é ratificado pelas considerações de Souza *et al.* (2005), ao afirmarem que o cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, implica uma dimensão social, ética e científica. É um modo de se estar com o outro, nas questões da vida, compreendendo do nascimento à morte, quer seja na promoção, na prevenção, na reabilitação e no tratamento da saúde.

A segunda maneira é por meio da evolução histórica do termo. Desse modo, compreender a trama que caracterizou o seu emprego poderá ser útil para a sua elucidação. A terceira forma é de natureza compreensiva, isto é, filosófica. Por meio dela, ao assumir um dado teórico, torna-se possível identificar as nuances que movem a uma dada comunidade a sua aceitação e o respectivo entendimento que faz sobre o termo cuidado (LOURENÇO *et al.*, 2012; SOUZA *et al.*, 2005; WALDOW, 1992, 1998, 2015).

### **3.2.1 A evolução histórica e filosófica do termo cuidado**

#### O cuidado na Antiguidade

É possível contemplar na historiografia da humanidade que, desde os primórdios, os seres humanos possuíam como característica fundacional a capacidade de viver em grupo social. Tal fato é sobejamente documentado em gravuras, tábuas de argilas, papiros e pergaminhos. Assim, a busca por alimentos quer seja por meio da caça, da pesca e coleta de suprimentos, constituía-se em uma força capaz de unir a todos tendo por alvo a sobrevivência. De igual maneira, a vida em grupo permitia a proteção e criava-se a noção de segurança entre os diferentes povos e tribos. Ao mesmo tempo em que a cultura ia sendo elaborada, permitindo ao ser humano situar-se diante do mundo natural. Assim, nascia a forma mítica de conhecimento, diante do sol, da lua, da chuva, dos trovões, do vento, permitindo ao ser humano conviver em um mundo hostil. Surgiam assim, as crenças mítico-religiosas e com elas a noção primeira de cuidado diante dos mistérios da natureza, do nascimento, sobre as doenças e a morte (GUIMARÃES *et al.*, 2015; LOURENÇO *et al.*, 2012).

Desta maneira, o cuidado estava diretamente ligado à manutenção da vida e se desenvolvia na estrutura social. É fático que foi na nucleação familiar, a partir da figura feminina, quer seja da mãe ou da cultura matriarcal, que a noção primordial de cuidado se deu, o que estudiosos chamam de práticas instintivas. Entretanto, no âmbito da organização maior da vida social, foram os sacerdotes-magos os representantes e responsáveis pelo oferecimento do cuidado. Por isso, o cuidado tinha por objetivo a convivência, a sobrevivência, a proteção no espaço comunitário (GEOVANINI *et al.*, 1995; LOURENÇO *et al.*, 2012).

Segundo Paixão (1979), o surgimento de nômades e o aumento dos grupos possibilitaram à diversificação nos agrupamentos que habitavam os diferentes territórios, gerando transformações dos hábitos pela busca da sobrevivência. Nasceram as grandes civilizações que compuseram a Mesopotâmia e o Egito, dentre outros, que tinham como ponto de intercessão a crença de que as enfermidades eram oriundas de causas externas ao homem. É possível contemplar parte deste enredo em diversos relatos de livros antigos, especialmente, em passagens do Antigo Testamento contidas na Bíblia, evidenciando, principalmente, a noção de proteção sanitária como forma de cuidado.

Lourenço *et al.* (2012) exemplificam essa posição afirmando que os egípcios consideravam a saúde como o estado natural do ser humano em estreita relação com os eventos que acometiam o Rio Nilo. Assim, estiagem e seca no rio eram presságios de que as enfermidades estariam acometendo ao povo e ao reino. Ao passo que abundância de águas no rio promovia fartura de alimentos e acesso às práticas de higiene corporal. Por isso, a noção de cuidado estava diretamente ligada às práticas de higiene corporal por meio de banhos e ao consumo ou restrição de certos tipos de alimentos. A combinação destes possibilitava, na crença do povo, o afastamento das enfermidades.

Para Paixão (1979), os preceitos do judaísmo se expressavam em leis dietéticas, notadamente, contidos no Pentateuco. Essas disposições guardavam uma estreita ligação simbólica com elementos da fé monoteísta, permitindo dar a coesão e diferenciação do povo hebreu diante dos outros povos, além de permitir a prevenção de doenças transmissíveis.

Para Lourenço *et al.* (2012), no contexto da civilização ocidental merece destaque o surgimento da civilização grega. Foi por intermédio dela que uma nova forma de pensar nascia no mundo, a saber: a filosofia. A razão foi valorizada e o conhecimento mítico posto sob crítica. A partir deste momento, o conhecimento (*epistemè*) advindo da racionalidade e não mais do mito poderia explicar a natureza (*physis*), buscando nela mesma a explicação do fenômeno que se colocava a consciência. Assim, não seriam mais os deuses os responsáveis pela explicação do mundo natural, mas o esforço da razão humana. Desta maneira, o cuidado encontrava sua íntima relação entre a filosofia e a medicina. Assim, o surgimento da medicina foi oriundo do conceito de *physis*, provenientes da filosofia pré-socrática jônica.

Paixão (1979) e Lourenço *et al.* (2012) compartilham com outros estudiosos o legado de que o pai da medicina ocidental foi o grego Hipócrates. Foi dele a primeira tentativa de buscar, por meio da razão e não mais pelo conhecimento mítico, a noção de que eram as forças naturais em estado de equilíbrio ou de tensão dos humores como sendo a origem das enfermidades. Sua teoria postulou a existência de quatro humores (fluidos), a saber: a bile amarela, a bile negra, a fleuma e o sangue. Seu método consistia no conhecimento da natureza humana e na distinção da individualidade. A saúde era baseada no equilíbrio da natureza, da geografia, da organização social e dos hábitos. Ele compreendia o ser humano como unidade e a doença como uma desorganização.

Lourenço *et al.* (2012) destacam que, para Platão,

a saúde [...] consistia na descoberta da estrutura do corpo (pelo médico) e da estrutura da alma (pelo filósofo), onde retiravam seus conhecimentos para restituir ao doente o seu estado são. Assim, como ao corpo deve-se dar remédios e alimentos para restaurar-lhe a saúde e a força, à alma é preciso infundir convicção, tornando-a virtuosa por meio de discursos e argumentos legítimos. (LOURENÇO *et al.*, 2012, p.19).

Prosseguindo, merece destaque o papel exercido por Galeno. Para estudiosos, ele foi responsável pela divulgação da medicina hipocrática a partir do emprego da teoria dos humores em que se apropriou da noção de equilíbrio/desequilíbrio no corpo humano. Ele elaborou a teoria das latitudes de saúde, que se divide em saúde, estado neutro e má saúde. Sua tese central era de que a fisiologia (o estudo da *physis*) repousa no fluxo permanente dos

humores, o que estaria na dependência das influências ambientais, do calor inato e da ingesta alimentar e sua justa proporção. Desta maneira, o diagnóstico era baseado em elementos presentes no indivíduo, no estilo de vida, na alimentação, nas condições do ambiente e estações climáticas do ano (LOURENÇO *et al.*, 2012).

#### O cuidado na Idade Média

Segundo Lourenço *et al.* (2012), do ponto de vista da organização social, político e econômico, o período compreendido da Idade Média que se iniciou no século V ao XV d.C foi marcado pelo Feudalismo. Nesta época, a Igreja Católica Apostólica Romana era detentora de extensas propriedades de terra o que lhe permitia rivalizar o poder com os senhores feudais. Era também a guardiã da cultura antiga, especialmente, das obras escritas em grego, árabe e no latim de Filósofos e pensadores. Sua influência espiritual era notória, pois repousava sobre ela as “chaves” da vida “além” perante Deus no Paraíso, além do domínio das artes, da poesia, do conhecimento e das técnicas. A produção intelectual desse período subsidiou a cosmovisão teocêntrica, isto é, as questões de natureza teológica deveriam ser buscadas mediante o auxílio da razão. Desse período, destaca-se Santo Agostinho e Tomás de Aquino.

Foi desse período o empreendimento que iria possibilitar a mobilidade social entre o ocidente e oriente, reacendendo as trocas comerciais e culturais, em nome da religião, mas com efeitos para além dela, as Cruzadas. Por meio dela, aumentou-se a transmissão de doenças infecciosas entre as pessoas, tais como a lepra, a peste bubônica, dentre outras moléstias. A medicina hipocrática e a teoria dos humores estavam em declínio, pois era vista como de cunho pagão. Assim, o conhecimento fundado na razão foi sendo, paulatinamente, abandonado e o ressurgimento da crença no pecado como a causa da doença, bem como de agentes sobrenaturais, demônios, era largamente empregada por parte dos padres que executavam o ofício médico. Desta forma, o único meio de alcançar a cura era a súplica por perdão (LOURENÇO *et al.*, 2012; PAIXÃO, 1979).

Um efeito não almejado pelas Cruzadas, mas importante para a vida social, foi o desenvolvimento do comércio. Fruto deste veio o crescimento populacional, a formação de corporações de ofício e a busca por soluções práticas aos problemas

do cotidiano, indo desde a formação de pessoal técnico rudimentar, operadores para o Direito e funções Eclesiásticas, dentre outros. Nasceram a partir do final do século XII e início do XIII, as primeiras universidades. Nesse local, mestres (conhecedores dos diversos ofícios e das artes) e alunos buscavam conhecer a origem dos fenômenos, como a saúde e a doença (GEOVANINI *et al.*, 1995; PAIXÃO, 1979).

Ratificam essa situação Lourenço *et al.* (2012), ao afirmarem que:

nesta época, se destaca Pedro Hispano, um físico português, que no século XII escreveu o livro Sobre a Conservação da Saúde (*Liber de conservanda sanitate*) após muitos estudos acerca da interação do homem com a natureza e leituras sobre medicina realizada na antiguidade, com forte influência dos filósofos do Oriente. (LOURENÇO *et al.*, 2012, p. 20).

Data desse período a inscrição histórica do cuidado enquanto conforto. A Igreja Católica ao fundar a instituição hospital, via nesse cenário o local em que o enfermo pudesse receber, mediante o ensino religioso, elemento que lhe possibilitasse obter a quietude da alma e o cuidado com o corpo (GEOVANINI *et al.*, 1995).

#### O cuidado na Modernidade

A Idade Moderna foi marcada, sobretudo, pela aproximação dos ideais greco-romanos da antiguidade. Permitindo assim, a revalorização da razão e uma mudança de cosmovisão, a saber: o antropocentrismo. Desta maneira, a autoridade da Igreja foi questionada e o dogmatismo duramente combatido. O movimento precursor desta tomada de consciência foi o Renascimento. Ele se caracterizou pelas manifestações artísticas, filosóficas e científicas do novo mundo urbano e burguês, buscando na antiguidade clássica a sua referência. Entretanto, estudiosos apontam que não houve significativo avanço no uso do termo cuidado e nas práticas de saúde nesse período inicial (GEOVANINI *et al.*, 1995; LOURENÇO *et al.*, 2012).

Na medida em que houve o florescimento dos estudos aplicados, em especial, de anatomia, de fisiologia e da descrição das doenças, mediante a observação empírica, passou-se a ter novos subsídios para a formulação das práticas da saúde e do cuidado. Assim, os estudos e a experiência acumulada

pelos médicos forneceram elementos para a especulação sobre a origem das epidemias e o fenômeno do adoecimento humano, ainda que houvesse resquícios por explicações mítico-religiosas quando inexistisse uma prova racional (GEOVANINI *et al.*, 1995).

Ratificam essa consideração Lourenço *et al.* (2012), ao afirmarem que:

nesta época, destacou-se, na medicina, Ambroise Paré (1509-1564), considerado o pai da moderna anatomia, com avanços importantes no campo cirúrgico, porém não dispensava a explicação de ordem mágica religiosa quando não conseguia uma solução racional e verificação comprobatória. (LOURENÇO *et al.*, 2012, p. 21).

Por intermédio do florescimento da cultura Renascentista, que possibilitou uma nova maneira de pensar a vida, o mundo e a natureza, passou a haver a aceitação de estudos empíricos e, por meio deste, o germe embrionário que daria origem às ciências naturais. A busca por explicações racionais para a origem das enfermidades permitiu formular teorias rudimentares para a elucidação dos processos que envolviam o aparecimento das doenças e sua forma de contágio (GEOVANINI *et al.*, 1995).

Compartilha dessa interpretação histórica Lourenço *et al.* (2012), ao afirmarem que:

surge, neste período, a teoria miasmática que permanece hegemônica até o aparecimento da bacteriologia na segunda metade do século XIX, caracterizada por acreditar que as condições sanitárias ruins criavam um estado atmosférico local, responsável por causar as doenças infecciosas e os surtos epidêmicos. (LOURENÇO *et al.*, 2012, p. 22).

Avanços mais notáveis vieram a acontecer entre os séculos XVII e XVIII, momento em que foi possível registrar evoluções na medicina com o desenvolvimento do microscópio, assentando as bases da microbiologia. Durante o século XVIII, buscou-se a compreensão do funcionamento do corpo humano e das alterações anatômicas por ele sofridas, no curso do adoecimento, tentando formular teoricamente explicações causais para subsidiar a prática clínica. Nesse momento, o cuidado atrelou-se a compreensão da afetação biológica, isto é, a relação objetiva do fenômeno do adoecer, fazendo com que a dimensão ética e relacional fosse desprezada (LOURENÇO *et al.*, 2012).

## O cuidado na Contemporaneidade

Inicia-se essa seção, valendo-se da assertiva de Lourenço *et al.* (2012), ao afirmarem que:

a partir do século XIX, com a evolução da medicina, o avanço tecnológico, a modernização e o acesso ampliado de informações através da mídia, a população toma consciência da influência dos determinantes sociais na saúde, onde também se estabelece, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, que os comportamentos humanos podem se apresentar como ameaça a saúde de todos dentro da sociedade e conseqüentemente do Estado. (LOURENÇO *et al.*, 2012, p. 23).

A palavra de ordem no tempo presente é crise, pois a crença de que a razão, medida pela ciência, poderia restaurar o “paraíso perdido”, mostrou-se ineficiente diante de duas das mais sangrentas guerras mundiais e do sucedâneo de maus feitos empreendidos pelo ser humano, quer seja na esfera privada ou na esfera pública. A sociedade planetária desconfia nos feitos humanos e no caráter dos cientistas, afinal veio deles a solução imposta a judeus, ciganos e minorias, bem como, a elaboração de todos os artefatos tecnológicos que forjaram a guerra sangrenta, mormente, o lançamento das duas bombas atômicas sobre população civil.

Segundo Foucault apud Lourenço *et al.* (2012), a crise que assolou a sociedade foi e é fruto de sua deformação advinda das relações econômicas de matiz capitalista. Assim, a mercantilização da vida em seu sentido mais amplo, está na gênese do problema que assolou e que ainda assola a sociedade, momento em que homens são coisificados e perdem o seu valor intrínseco e os objetos-coisas são valorados.

Neste sentido, dizem Lourenço *et al.* (2012):

[...] com o processo a evolução do Estado, a saúde passa a ter “valor” dentro da sociedade, vista também como forma comercial e como fonte de poder e riqueza para o fortalecimento dos países. Conseqüência dessa perspectiva, a medicina do século XIX se modifica, introduzindo o controle dos corpos por meio da normatização dos espaços, dos processos e dos indivíduos, necessários para a sustentação do capitalismo emergente, sendo consolidada com estas características até os dias de hoje. (LOURENÇO *et al.*, 2012, p. 24).

Posto assim, a compreensão do cuidado ético, relacional, solidário, simpático e científico vê-se seriamente comprometido. No entanto, a crise permite também mover os sujeitos à reflexão e, com isso, uma nova forma de compreensão surge.

Veja a ilustração desta assertiva na consideração de Canguilhem apud Lourenço *et al.* (2012), ao dizer que:

[...] a saúde implica poder adoecer e sair do estado patológico. Em outras palavras, a saúde é entendida por referência à possibilidade de enfrentar situações novas, pela margem de tolerância ou de segurança que cada um possui para enfrentar e superar as infidelidades do meio, ou ainda um guia regulador das possibilidades de reação [...] a saúde envolve muito mais que a possibilidade de viver em conformidade com o meio externo, implica a capacidade de instituir novas normas. (LOURENÇO *et al.*, 2012, p. 24).

No entanto, transformações de natureza paradigmática não acontecem de forma abrupta, porque é preciso haver uma “abertura intelectual” para assimilação da crítica e do novo. Por isso, apesar de todo esforço, não foi possível no primeiro momento contemplar no organismo internacional da Organização das Nações Unidas (ONU) para a saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 1947, a mudança do conceito por ela defendido de saúde e que subjaz um conceito de cuidado a ser ensinado e praticado pelos profissionais de saúde, a saber: o conceito de homem máquina e centrado na perspectiva do biológico (LOURENÇO *et al.*, 2012).

Ao considerar o ser humano enquanto máquina, atribuiu-se a saúde o elemento capaz de gerar o bom funcionamento dessa estrutura. Essa visão foi reducionista, pois ignorou completamente os meandros que determinam e que agem na vida coletiva e que afetam a saúde e, conseqüentemente, a aparição do cuidado enquanto prática.

Sabe-se que, na contemporaneidade, o conceito de saúde e do cuidado centrado no oferecimento exclusivo de elementos biológicos vê-se em constante transformação. Foi possível contemplar na história da saúde, o germen deste movimento advindo da própria Organização Mundial de Saúde (OMS) ao repensar o conceito de saúde formulado no ano de 1948. Ao inserir nele elementos não biológicos e valorando elementos sociais, políticos, econômicos, dentre outros. Essa nova definição possibilitou o engendramento do Dia Mundial da Saúde em 7

de abril de 1948. Agindo assim, o conceito de cuidado para atendimento à saúde viu-se também em reformulação (LOURENÇO *et al.*, 2012).

Outro evento elencado nesse estudo para ilustrar a transformação pelo qual passou o termo cuidado - entendido aqui para essa reflexão como a atitude que possibilita o favorecimento da saúde do indivíduo e da comunidade - , adveio do conceito ampliado de iniciativa de Henry Sigerist, que concebeu as quatro funções da medicina: promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamento dos doentes e reabilitação (GEOVANNI *et al.*, 1995).

Segundo Lourenço *et al.* (2012), no ano de 1974, foi formulado o Relatório Lalonde, o qual trouxe contribuições relevantes para a construção do moderno conceito de promoção da saúde, diferenciadas do de prevenção de doenças. De acordo com o conceito proposto, o campo da saúde abrange a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde. Contempla-se neste momento que o conceito de saúde e de cuidado passa a estar em constante movimento, movendo-os para além da esfera biológica.

Em 1978, foi realizado em Alma Ata a Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, em resposta às críticas empreendidas pela comunidade científica da área e com apoio de governos ao conceito do termo saúde e a noção de cuidado que dele se é capaz de apreender, foram postos sob crítica. Nesse encontro, foi expressa a necessidade de ação imperiosa de todos os governos, profissionais e comunidade para promover a saúde de todos os povos, tornando a saúde como direito humano fundamental e uma importante meta a ser alcançada (LOURENÇO *et al.*, 2012).

Ademais, Lourenço *et al.* (2012) afirmam que essa conferência enfatizou as enormes desigualdades na situação de saúde entre os países ricos e emergentes, destacando a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância da participação das pessoas e comunidades no planejamento e implantação dos cuidados à saúde.

Prosseguindo, os teóricos apontam que, em âmbito nacional, a repercussão desse movimento internacional veio em associação ao movimento político de abertura da sociedade brasileira, após período de governo militar. Assim, os ideais que marcaram a noção do termo saúde e do cuidado, foram alvos de debates na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1986. Assim,

a saúde passou a ser compreendida como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Esse conceito ampliado de saúde requer por parte dos profissionais de saúde, e, mormente, por parte do enfermeiro, o oferecimento de um cuidado que resgate o sentido ético, solidário, simpático, relacional, científico e técnico. Pois, em contrário, torna-se inatingível.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde passa a ser reconhecida como um direito de cidadania e dever do Estado. Baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes de descentralização, regionalização e participação da comunidade, o SUS reafirma a saúde como um valor e um direito humano fundamental, legitimado pela justiça social. Posteriormente, houve a realização de diversas Conferências Internacionais e Regionais de Promoção da Saúde com intuito de dar voz às discussões que permeiam a saúde e a vida dos povos, sensibilizando para a adequação das diretrizes de acordo com as características locais (LOURENÇO *et al.*, 2012).

Toda essa retrospectiva histórica permite visualizar o quanto complexo é o termo cuidado para a pragmática da Enfermagem. Entretanto, é possível atestar que fazem parte dele: a dimensão ética e social, a noção de conforto, a solidariedade, a ciência e a arte da profissão.

Nesta seção, procura-se a conceituação do termo cuidado para a pragmática da enfermagem, a fim de subsidiar o estudo e sua relação com a Teoria de Valor. O caminho percorrido apontou duas possibilidades, a saber: a etimologia da palavra e sua historicidade. Resta, ainda, estabelecer a apresentação filosófica do termo cuidado. Esse será o encadeamento a seguir.

#### O cuidado à luz da Filosofia

A marca da humanidade no mundo é a racionalidade que se apresenta de várias maneiras, destacando-se a técnica, a arte, a ciência e a filosofia. Todas essas maneiras se encontram na práxis humana, no entanto, serão a ciência e a

filosofia, aquelas cuja essencialidade da ação é deliberadamente motivada pela reflexão teórica. Essa é a maneira empregada pela razão para a busca da compreensão e explicação do real. Entretanto, não se ignora que, por meio da arte, o conhecimento do real possa ser apresentado ao ser humano, no entanto, será pelo ato de educar a razão que o conhecimento filosófico e o científico terão os seus principais canais de elaboração (GUIMARÃES *et al.*, 2017; VALE; PAGLIUCA; QUIRINO, 2009).

É na práxis que se percebe que o ato de filosofar é um elemento imprescindível para o exercício da profissão, pois, possibilita, em linguagem husserliana, 'colocar entre parênteses', o próprio pensamento na busca pela melhor e contínua aproximação com o real. Por isso, o termo cuidado deve sofrer o escrutínio filosófico, porque esse permite desvelar as nuances que o compõem e suas implicações para a Enfermagem do ponto de vista axiológico (GUIMARÃES *et al.*, 2017; WALDOW, 2015).

É preciso estabelecer o momento em que a área se viu motivada a empreender o filosofar sobre o termo cuidado/cuidar. Assim, do ponto de vista da história da Enfermagem, o enfoque sobre a temática do cuidado/cuidar, teve seu início na década de 1970, no século passado, através dos trabalhos de Leininger. Sua Teoria Transcultural do Cuidado identificou construtos presentes no termo cuidado, permitindo fazer a separação entre o cuidado em sentido *lato*, comum a todas as pessoas, e o *stricto sensu*, isto é, o cuidado profissional. É em sentido *stricto sensu* que a Enfermagem se apropria do termo cuidar, fazendo emergir em sua pragmática o cuidado profissional de enfermagem ou, simplesmente, cuidado de enfermagem (GUIMARÃES *et al.*, 2017; WALDOW, 1992).

Desta maneira, iniciou-se na área a reflexão sobre o cuidado e que se estende até os dias atuais. Não há, por parte da comunidade científica da Enfermagem, um conceito unívoco sobre o que venha a ser o cuidado de enfermagem, por isso, urge que o enfermeiro-socorrista se mantenha em atitude filosófica perante esse termo composto.

Prosseguindo, em sentido filosófico, o verbo cuidar denota um modo de existir do homem enquanto pessoa no mundo. Cuidar é, em essência, um ato de amor a outrem e a si, de beleza e encantamento contemplativo. Enquanto pessoa, ele é um Ser-de-cuidado, entretanto, por possuir livre arbítrio, pode rejeitar e não

desenvolver essa potência. Por isso, o enfermeiro-socorrista deve refletir sobre os valores de natureza ética e estética inerentes ao ato de cuidar (GUIMARÃES; VIANA, 2009; SOUZA *et al.*, 2005; WALDOW, 1998, 2015).

É possível contemplar na pragmática da Enfermagem, os efeitos que a recusa do enfermeiro perante a sua aceitação do ato de cuidar é capaz de fazer, quando ele deixa de praticar o cuidado em sentido ético e estético. Sua ação passa a ser desprovida de sensibilidade e responsabilidade, qualidades essas tão preciosas à profissão. Basta uma simples inspeção nos boletins informativos do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), para constatar as sanções impostas e que guardam estreita relação com essas qualidades.

Sabe-se que o cuidar se materializa na pragmática profissional de múltiplas formas. No entanto, comumente, considera-se atrelado a ações terapêuticas, intervenções, procedimentos e técnicas. Essa maneira de perceber o cuidar é reducionista, uma vez que não consegue contemplar a complexidade que funda a pessoa humana em seus aspectos biopsicossocial (HORTA, 1979; WALDOW, 2015).

Cuidar é ato de amor e, portanto, não se restringe ao fazer ou ao domínio da habilidade técnica. É um modo de ser e estar com o outro. Algo singular, único e de elevado valor. Veja a seguinte ilustração. O enfermeiro tem acesso à unidade em que se encontra o paciente, deitado em seu leito. Apresenta-se a ele, chamando-o de maneira impessoal. Simplesmente, desconhece o seu nome e em sua mente radica somente o número do leito e de sua enfermaria. Pergunta-lhe de maneira impessoal, como foi o seu período de sono e repouso. Procede aos apontamentos de sua anamnese e se despede.

Observe a implicação que essa situação traz para a pragmática da Enfermagem, quando submetida ao escrutínio filosófico. Para Waldow (2015), o realizar um dado procedimento, não faz dele um ato de cuidado de enfermagem. Ele é o que o próprio nome estabelece, isto é, um determinado jeito ou forma de se fazer algo. Cuidar é uma ação moral, única e significativa, realizado 'com' e 'por' um ser humano, livre, consciente, amoroso e relacional.

Em suas próprias palavras:

é uma ação interativa que ocorre entre o ser que cuida e o ser que é cuidado e engloba envolvimento, comprometimento. A autora do presente

manuscrito visualiza o cuidar como um fenômeno existencial, relacional e contextual. Existencial porque faz parte do ser e repetindo, é o que diferencia o ser como um ser “humano”, dotado de racionalidade, cognição, intuição e espiritualidade, portanto, de sensibilidade e de sentimentos. Relacional porque ocorre, e só ocorre, em relação ao outro, na coexistência com outros seres, na convivialidade. E contextual porque assume variações, intensidades e diferenças nas suas maneiras e expressões de cuidar conforme o meio, o contexto em que se apresenta a cada momento. O cuidado deve ser sentido, vivido; e para que o cuidado seja integrado no nosso dia-a-dia é preciso absorvê-lo, permitir que ele faça parte de cada um de nós, transformando-o em estilo de vida. cuidar é presença, solicitude e preocupação; é um ato de responsabilidade que o profissional exibe, quando incorpora os princípios e valores do cuidado. Há um envolvimento genuíno ao entender, respeitar e ajudar o ser que se encontra vulnerável. (WALDOW, 2015, p. 18).

Prosseguindo, o cuidar é um processo que inclui beleza e bondade. É beleza, porque se expressa por meio da técnica, da intuição e sensibilidade. É ético, expresso pela bondade, porque tem por objetivo, claro e definido, a saber: o bem-estar do outro de forma integral e responsável. Por isso, não se pode falar em cuidar/cuidado, algo que apenas privilegia uma de suas dimensões: o fazer técnico. Envolve a manifestação de simpatia perante o outro (WALDOW, 1998).

Esse termo é precioso na filosofia scheleriana. Entende-se por simpatia o ‘sentir com’ o outro (SCHELER, 1948). O Ser-enfermeiro não apenas está junto ao seu paciente/cliente, mas se inclina e se posiciona em atitude receptiva e relacional, buscando auxiliá-lo na vivência do ciclo vital em que se encontra, indo do nascituro à morte. Desta maneira, o cuidar de forma simpática constitui-se para o enfermeiro-socorrista em uma oportunidade de ajudar o paciente a conservar, restaurar e a enfrentar as situações adversas provocadas pelo adoecimento ou incapacidade, encorajando-o.

Neste sentido, Waldow (2015) diz:

a enfermagem ao se caracterizar como uma prática de cuidar tem a ética incorporada em sua prática [...] a enfermagem consiste na ciência e filosofia do cuidado. Os fatores de cuidado, representando o ponto central da enfermagem, foram recentemente expandidos passando a se denominar de processo clínico caritativo que pode ser traduzido como um processo clínico baseado na compaixão, na benevolência ou amor-caridade [...] e integrar tanto aspectos técnico-científicos como humanísticos [...] Estas perspectivas que representam ideias e valores os quais evoluíram através dos anos resultaram em uma maneira mais ampla de o cuidado ser considerado [...] (WALDOW, 2015, p. 20).

É possível, ainda, empreender a compreensão filosófica de o termo cuidar/cuidado, a partir de uma perspectiva complementar, fundamentada no pensamento de Heidegger. Ele e Scheler possuem pontos de convergência, mas foi Heidegger que de maneira clara tratou da elucidação filosófica desse termo.

Heidegger apud Waldow (2015) descreveu dois tipos de cuidado. Um tipo de cuidado que envolve fazer pelo outro, ou seja, assumir pelo outro. Este tipo de cuidado desencadeia dependência e impõe sobre o outro a impossibilidade de se auto cuidar. O segundo tipo de cuidado é o que ele nomeou de cuidado autêntico. Nele o fornecedor (enfermeiro-socorrista) do cuidado favorece, por reconhecer a potencialidade do outro, permitindo com que esse desenvolva e cresça na possibilidade de cuidar de si. Portanto, o outro é ajudado a cuidar de seu próprio ser.

A assertiva de Corbani, Bretas e Matheus (2009) corrobora para a compreensão do cuidado autêntico, ao afirmarem que o cuidado autêntico está apoiado numa relação inter-humana. Esse encontro - Ser-cuidador e Ser-cuidado - é único, atual, em reciprocidade. Em oposição, no mundo coisificado essa relação é suspensão, passando a imperar o Eu-coisa, isto é, a pessoa passa a ser objetivada e, com isso, o termo usado para ele já não é relação, mas relacionamento. Diz relação, pois essa implica um encontro dialógico. Já o termo relacionamento traz o sentido mais próximo de impessoalidade, caracterizando o Eu-Isso ou Eu-coisa. Tal distinção é de suma importância para o enfermeiro-socorrista, pois, em sua prática profissional, ele irá escolher entre essas duas atitudes, que são excludentes.

Para Corbani, Bretas e Matheus (2009), há na relação Eu-Tu uma característica essencial, a saber: a reciprocidade. Por ela se entende o encontro 'face a face', quando nenhum meio se interpõe entre os parceiros, ideias prévias, fins ou antecipações. Ela é imediata, portanto, sem representação. Na atitude Eu-coisa, o Eu não se volta para o outro, mas encerra em si toda a iniciativa da ação. O Eu (coisificado) da experiência e da utilização não participa do mundo; a experiência se realiza "nele" e não entre ele e o mundo - é o de si para si. Ressalta-se que, o mundo coisificado ou objetivado - aquisições científicas, técnicas e tecnologias - é indispensável para a existência humana; porque é o

lócus em que se encontra o outro, porém não pode ser considerado o sustentáculo ontológico do inter-humano.

Desta maneira a Enfermagem, enquanto Ciência e Arte do Cuidar, passa a exigir por parte do enfermeiro-socorrista que esse venha a assumir uma atitude pautada na reciprocidade perante a pessoa sob seus cuidados profissionais. Desse modo, o outro deixa de ser uma soma de qualidades, tornando propício o surgimento do cuidado autêntico. O modelo biologicista pode, por meio de sua exacerbação, em associação com a apropriação da tecnologia, promover o afastamento entre o Ser-enfermeiro e a pessoa, fazendo com que o enfermeiro-socorrista passe a perceber o paciente enquanto coisa, portanto, incapaz de exercer a sua autonomia e de se auto cuidar (CARVALHO, 2005; GUIMARÃES *et al.*, 2018a, 2011; WALDOW, 2015).

Segundo Heidegger apud Waldow (2015), o cuidar autêntico é o que unifica a realidade, trazendo a possibilidade, isto é, a capacidade da pessoa em se estabelecer e estar disposta a empreender novos rumos, a partir do uso de sua liberdade para escolher. Ela não está determinada a ser o que é, porque pode, perfeitamente, lançar-se à mudança. Neste sentido, a pessoa pode adquirir a habilidade e competência de cuidar de seu próprio ser, e com isso, satisfazer a si mesmo em uma situação de vida real, enquanto exercício de liberdade. Liberdade significa ação para a satisfação de possibilidades que estão presentes na situação real. Desta maneira, a pessoa dentro de seus limites é capaz de realizar as suas possibilidades, podendo escolher e se responsabilizar pelo próprio ser, cuidando de si.

Chega-se ao término desta seção, sendo possível por meio da reflexão filosófica desvelar os valores da Enfermagem e, por meio deles, estabelecer uma linha que permita o enfermeiro-socorrista dirigir a sua pragmática, reconhecendo o paciente enquanto pessoa, dotada de liberdade e carências. Por isso, o cuidado de enfermagem não se restringe a técnica, visto que essa é instrumental, permitindo emergir na pragmática o ético e o estético.

## CAPÍTULO IV - ABORDAGEM METODOLÓGICA

### 4.1 A escolha do método e o encontro com a Fenomenologia

Nesta pesquisa, decidiu-se estudar a valoração dada pelo enfermeiro-socorrista no assistir a pessoa-humana no serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência. A apreensão do significado do valor, seguindo os pressupostos teóricos de Scheler, revelou que o desvelar do fenômeno só possível de ser realizado por meio da metodologia qualitativa.

Segundo Minayo (2016), a pesquisa qualitativa preocupar-se-ia, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não poderia ser mensurado, pois trabalharia com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponderia a um espaço mais profundo das reações, e dos fenômenos que não poderiam ser quantificados, mas, compreendidos.

A próxima etapa foi definir dentro do campo que cercava a metodologia qualitativa, a fim de dar unidade ao estudo e obter a correta articulação entre os diversos polos estruturais, manifestando a sua coerência e a consistência. Ao aproximar-se do referencial filosófico de Max Scheler, sobre a Teoria de Valor, constatou-se que a apreensão do significado do valor só poderia ser captada na sua totalidade se a orientação racional partisse do fenômeno e, por conseguinte, mediante o enfoque fenomenológico (GUIMARÃES *et al.*, 2016b).

Para Guimarães *et al.* (2018a), o enfoque fenomenológico caracteriza-se pela compreensão do mundo da vida cotidiana, intentando elucidar o significado a partir dos relatos descritivos da vida social. Tal fato permite ao pesquisador a compreensão do viver e não de definições de conceitos. Esse método tem como objeto de investigação, o fenômeno que se mostra a si e em si mesmo.

Assim, a investigação do fenômeno exigiu da pesquisadora o exercício sistemático para a busca da compreensão, a partir de uma tentativa livre de preconceitos e de pressupostos interpretativos.

No movimento de busca pela compreensão, o fenômeno, tal como era, mostrou-se a consciência. Este momento propiciou à pesquisadora a tarefa de descrever, nesta experiência, o ser do fenômeno. Desta maneira, a fenomenologia seria uma ciência do possível, visto que ela se referiria à possibilidade, ou seja,

um ente tem o poder de projetar algo para a sua existência, para o seu futuro, de dar sentido à vida. As pessoas humanas valem, porque são possuidoras de vida espiritual, diferentemente das coisas. Inserido neste mundo-vida, o homem passa a empenhar-se para tornar-se um dever-ser, porque sem liberdade não há dimensão ética (GUIMARÃES *et al.*, 2018a).

O enfoque fenomenológico permitiu a aproximação do mundo vivido pelo enfermeiro-socorrista, procurando estudar não o que estava manifesto, mas os valores vividos por ele junto à pessoa sob seus cuidados profissionais e, portanto, como fenômeno, velado.

#### **4.2 O cenário e os sujeitos do estudo**

O estudo foi realizado junto ao serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência, gerenciado pelo Consórcio Intermunicipal da Macrorregião Sudeste (CISDESTE) e mantido pelos municípios consorciados conforme preconizado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – MG.

Este modelo de consórcio integra 94 municípios e conta com uma estrutura de 39 ambulâncias, sendo 8 unidades de suporte avançado (USA) e 31 unidades de suporte básico (USB). Os profissionais atuantes são divididos em setor administrativo, responsável pela organização e administração do consórcio; setor de educação permanente e setor assistencial, composto por condutores socorristas e profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos). Considerando especificamente a categoria de enfermeiros, totaliza-se 56 profissionais atuantes em USA, com carga horária de trabalho de 24 horas semanais, um enfermeiro coordenador (responsável técnico), um supervisor de bases descentralizadas e um enfermeiro para o Núcleo de Educação Permanente (NEP).

Os sujeitos foram os enfermeiros atuantes em unidade de suporte avançado de vida desse serviço. Em relação à amostra, a pesquisadora solicitou ao setor de recursos humanos e à coordenação de enfermagem, o endereço eletrônico dos profissionais. Em seguida, foi expedida uma carta-convite e, aquele que respondeu afirmativamente, foi agendado a entrevista conforme sua disponibilidade. A amostra foi de conveniência, tendo seis participantes. Esse

número foi alcançado após a saturação dos dados da entrevista fenomenológica e está de acordo com a recomendação de Creswell (2007).

O critério de inclusão foi ser enfermeiro-socorrista, com tempo de atuação mínimo de vinte e quatro meses no serviço. Acredita-se que este é o tempo necessário para que o enfermeiro obtenha a capacitação específica por meio do Núcleo de Educação Permanente para atuação profissional no serviço pré-hospitalar, dada a complexidade e especificidade do trabalho a ser executado, bem como recomendado pela portaria nº 2048/2002 (BRASIL, 2003) e Regimento Interno do Consórcio (CISDEST, 2016). Como critério de exclusão, considerou-se o enfermeiro-socorrista lotado no serviço e não atuante na unidade de suporte avançado.

Com o objetivo de preservar o anonimato de suas falas, cada enfermeiro-socorrista recebeu um código em letra alfanumérica (E1 a E6). Para orientação do leitor, foi elaborado o quadro a seguir, com as características distintivas dos entrevistados, a saber:

**Quadro 1 – Características dos entrevistados**

<b>CÓDIGO ALFANUMÉRICO</b>	<b>SEXO</b>	<b>TITULAÇÃO</b>	<b>TEMPO DE SAMU</b>
E1	FEMININO	MESTRE	5 ANOS
E2	FEMININO	ESPECIALISTA	7 ANOS
E3	FEMININO	MESTRE	4 ANOS
E4	MASCULINO	ESPECIALISTA	7 ANOS
E5	MASCULINO	ESPECIALISTA	4,5 ANOS
E6	FEMININO	ESPECIALISTA	5 ANOS

**Fonte: Elaborado pela autora (2019).**

#### **4.3 Procedimentos e instrumentos para coleta dos dados**

A coleta de dados aconteceu no período de 05 a 24 de abril de 2019. A técnica empregada para a realização da pesquisa foi à entrevista semiestruturada. A justificativa da escolha da técnica de entrevista encontrou apoio na consideração de Minayo (2016), ao afirmar que, ela, na pesquisa qualitativa, permite ao pesquisador adentrar no mundo vivido dos sujeitos, buscando compreender, a partir de seus discursos, os sentimentos, valores, ideologias que o permeiam. Desse modo, a entrevista é uma conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, com propósitos definidos e que permite obter dados objetivos e subjetivos.

Em se tratando de uma entrevista fenomenológica, existiram peculiaridades que precisavam ser consideradas, a fim de que se tivesse o rigor necessário para a sua utilização. Esta exigiu da pesquisadora a necessidade de percepção no sentido de: (1) ver e observar, desprovido dos pré-conceitos, mantendo-se em uma relação empática, caracterizada por um estado de aproximação, valorizando e respeitando cada um; (2) interpretar compreensivamente a linguagem do entrevistado e sua significação, apoiando-se em uma escuta ativa, mantendo-se receptivo; (3) evitar julgamentos que possam interferir na narrativa dos entrevistados (AMORIM; SALIMENA; SOUZA, 2015).

A entrevista semiestruturada aconteceu em ambiente reservado e estabelecido pelo participante da pesquisa, garantindo a privacidade e teve duração média de 20 minutos. Ela teve a seguinte questão balizadora: “Como você enfatiza o cuidado de enfermagem ao paciente no serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência?”. Os depoimentos foram gravados em mídia digital com a finalidade de garantir a fidedignidade das falas dos sujeitos, cooperando para a sua posterior transcrição. A validação por cada entrevistado foi obtida mediante a leitura do texto transcrito e sua posterior assinatura de aprovação.

Ressalta-se que a questão balizadora passou por processo de adequação e validação por meio de entrevista-piloto com enfermeiros especialistas em urgência e emergência.

#### **4.4 A Hermenêutica Diltheyana para análise dos dados**

O estudo reflexivo das entrevistas realizadas foi ancorado em alguns pressupostos elaborados por Wilhelm Dilthey (1833-1911) em sua hermenêutica. Ela é um ramo da filosofia que estuda a teoria da interpretação e da compreensão, desenvolvendo-se em dois caminhos diferentes: o teológico, que é a compreensão reformista da Bíblia e o filosófico, que é um instrumento de interpretação dos textos escritos – hermenêutica tradicional – e das formas verbais e não verbais de comunicação, da filosofia, das práticas sociais, da linguagem e da semiótica – hermenêutica moderna (BRITO *et al.*, 2007).

Seu uso remonta do século XVII, mas, enquanto disciplina, tem suas origens no século XIX, mediante os esforços de Friedrich Schleiermacher<sup>6</sup> e, posteriormente, de Dilthey, no aspecto da formulação de uma teoria da interpretação, ampliando o alcance da hermenêutica no que tange o campo teológico e dos textos clássicos, visando a compreensão objetiva de qualquer tipo de texto e expressão humana (SCOCUGLIA, 2002).

Dilthey ajuizava que a hermenêutica poderia ser considerada a base das ciências humanas. Ela é apontada como a primeira hermenêutica propriamente filosófica, pois promoveu o status da hermenêutica como técnica interpretativa para um método compreensivo (GUIMARÃES *et al.*, 2016a).

A obra de Wilhelm Dilthey desenvolve-se no sentido de oposição ao naturalismo imposto às Ciências Humanas. Ele foi crítico de Hegel e Comte, pois acreditava que a História se articulava à filosofia da vida. Seu propósito era fundamentar a sistematização da cultura, objetivando encontrar o sentido e organizar o mundo da cultura. O mundo da cultura, da qual o homem é parte primordial, está inscrito na estrutura e no conteúdo dos documentos, monumentos, obras literárias e artísticas, amalgamando o cenário da humanidade. Por isso, o papel da filosofia está em compreender, revivendo as experiências históricas, a vida do espírito humano em evolução histórica (ARAÚJO, 2007).

O teórico afirma que todas as criações culturais são influenciadas pelo espírito da época em que foram instituídas e participam da historicidade dos indivíduos. Dessa forma, para conhecer e interpretar os discursos, transformados em textos, produzidos pelas pessoas, é necessário recorrer a História onde a cultura foi elaborada no tempo. Essa relação entre tempo e cultura, possibilita o conhecimento sobre a realidade vivida pela pessoa ou grupo social. Para ele, os seres humanos são seres históricos e estabelecem modos de viver e pensar. Nesse sentido, o homem não se desprende de seu passado; ele é sempre parte do passado (ARAÚJO, 2007; DILTHEY, 2010; GUIMARÃES, J., 2018).

---

<sup>6</sup> Friedrich Daniel Ernst Schleiermacher, Teólogo e Filósofo alemão, nasceu na Breslavia, em 1768 e faleceu em Berlim, em 1834. É considerado o “pai da hermenêutica moderna”. O pressuposto principal de sua hermenêutica é a transparência da linguagem, sendo a hermenêutica o método de interpretação capaz de atingir a verdade do texto a partir da investigação árdua de seus pontos obscuros (GUIMARÃES, J., 2018).

O filósofo empreendeu seu pensamento no sentido da compreensão das expressões das vivências humanas, mas naquelas obtidas a partir de trabalhos escritos, diferenciando-a em dois tipos. O primeiro diz respeito à compreensão psicológica a partir de analogias da vivência do outro, considerando essa dita compreensão como a apreensão de um ser psíquico. O segundo tipo é uma compreensão mais elevada, uma hermenêutica que busca o sentido e a significação como metas, porém distanciando-se da compreensão psicológica, pois é realizada através de obras escritas, compreendendo-as como produtos espirituais da vivência pessoal (GUIMARÃES, J., 2018).

Assim, para aplicação da hermenêutica diltheyana como técnica que permitiu compreender o discurso dos enfermeiros-socorristas entrevistados, foram elaborados três momentos. No primeiro, buscou-se a construção da trama histórico-social que envolveu os enfermeiros-socorristas, no cotidiano deles no cenário em que atuavam e faziam emergir o cuidado de enfermagem. Com esse movimento, intentou-se compreender os elementos constituintes que, de forma objetiva, influenciam a vivência dos enfermeiros-socorristas no serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência.

O segundo momento foi marcado pela construção do texto escrito obtido a partir da transcrição das entrevistas realizadas. É por meio dele que o intérprete (pesquisador) terá acesso ao significado temático pertencente ao coletivo. Funda-se no próprio princípio de que o texto deverá ser lido e relido inúmeras vezes, até que seja desvelado à consciência do intérprete a sua significação e sentido. Esse movimento é necessário, uma vez que: “o método hermenêutico caracteriza-se por um ir e vir entre o todo e as suas partes, pois, considera que assim se conseguirá chegar a uma compreensão do texto” (GUIMARÃES, J., 2018, p. 80). Disso resulta que a interpretação não pode ser realizada apenas uma vez, pois, a cada nova leitura compreende-se um pouco mais a respeito da fala dos atores sociais.

O terceiro momento partiu para a identificação de elementos comuns na fala dos enfermeiros-socorristas entrevistados, transcrevendo em texto. Tais elementos são as unidades de análise pelas quais se obtém a mensagem explícita e/ou as significações não aparentes do contexto. As unidades dividem-se em unidades de registro e unidades de contexto. Se de registro, é a menor parte do conteúdo, cuja ocorrência é registrada de acordo com as categorias identificadas

no texto. As unidades de contexto são as partes amplas do conteúdo a ser analisado, obtidas mediante dados que explicitem a categorização dos entrevistados, como condições de subsistência e mercado de trabalho (GUIMARÃES, J., 2018).

Por intermédio dos dados obtidos pela análise hermenêutica, foi possível a proposição de inferências e interpretações em relação aos objetivos da presente pesquisa.

#### **4.5 Os aspectos éticos do estudo**

O estudo desenvolveu-se a partir de dados primários, coletados e utilizados somente para atingir os objetivos pré-estabelecidos, sendo as informações apresentadas de forma coletiva, sem qualquer prejuízo às pessoas envolvidas, sem menção de nome e resguardado o sigilo profissional.

Os dados coletados foram guardados na responsabilidade do pesquisador, garantido o sigilo e confidencialidade, armazenado em mídia eletrônica, no Departamento de Enfermagem Básica, na Escola de Enfermagem, pertencente a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), pelo período de 60 meses.

Este estudo segue os preceitos éticos preconizados pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de nº 466/2012 e Resolução CNS nº 580/2018 para pesquisas com seres humanos. Recebeu a análise do Comitê Ética e Pesquisa (COEP) da UFMG, obtendo a autorização no 00873118.4.0000.5149. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo).

## CAPÍTULO V – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Obter a palavra do enfermeiro-socorrista foi o início do caminhar rumo à análise hermenêutica diltheyana do discurso sobre o fenômeno valor/cuidado de enfermagem, cujos referenciais emanam do pensamento de Max Scheler. Sendo assim, na medida em que as entrevistas se sucederam, as convergências nos discursos dos enfermeiros sobre o fenômeno valor/cuidado de enfermagem foram sendo desveladas e observaram-se os seguintes significados schelerianos: o valor social, o valor útil e o valor lógico.

Apresentam-se em categorias, os recortes das falas dos entrevistados de E1 a E6 que sustentam a construção das unidades de significação que emergiram dos discursos e que sofreram análise.

Categoria 1: O cuidado de enfermagem e o valor social:

E1

“[...] É claro que assim, quando é possível eu tento pensar no acompanhante, no familiar, e principalmente assim o que levou àquela situação [...] aí você vê que não tem protocolo nenhum que, que, dê conta disso né? que já é uma demanda psíquica mesmo, né? [...] E... depois da parte da medicação eu perguntei se ele tava passando por algum problema. Esse até que não tava, ele falou que não, que tava tudo bem; eu perguntei se ele tinha filhos e ele falou que os filhos já eram casados que tava tudo bem mas na maioria das vezes a gente pergunta a pessoa tá sempre com algum probleminha, ou filho usuário de drogas, ou alguém que saiu de casa, sempre na maioria das vezes tem algum, algum emocional pesado uma batalha interna familiar mesmo ou alguma alteração no núcleo familiar alguém morreu mudou, esse até que não!”

E2

“[...] Eu acho que... além do fato no hospital a gente tá mais próximo do paciente, na ambulância a gente também consegue; a enfermagem consegue tá mais próxima do paciente do que o médico, no caso uma ambulância de uti, né, do que o médico e o condutor. Então, eu acho que é ali que a gente pode estreitar um laço, ver alguma coisa além do, do, da cena que não é visível, principalmente essa parte psicológica mesmo que influencia muito [...] e, às vezes, assim, a pessoa é... dá pra conversar, tentar ter uma empatia, que a pessoa vai te falar o que tá acontecendo. Às vezes num primeiro momento ela mente ou ela nega, depois ela conta o que realmente aconteceu e isso tudo pode mudar na conduta. Talvez não na conduta dentro da ambulância, mas quando chegar lá no hospital pode influenciar no, no, na recuperação desse paciente, né? [...]”

E3

“[...] Eu vou explicando pra ele o que eu estou fazendo e não simplesmente colocando a mão! Então, meu cuidado começa desde a partir do momento que eu me apresento pra ele; e naquela situação de emergência eu tento me colocar na posição dele e ser,

né, também uma pessoa mais humana possível dentro daquele atendimento [...] “Eu me coloco no lugar do outro, eu procuro descrever, igual, descrever o que eu estou fazendo, né, e: ‘vai ficar tudo bem! calma!’. E aí eu vou dando a sequência! O meu, meu cuidado está envolvido ao explicar pra ele. E, dependendo da situação, esse cuidado vai através duma conversa, porque às vezes...várias situações né? O cuidado varia de acordo com as situações! [...] “Mas, se é... às vezes quantas vezes a USA é chamada pra um atendimento mais simples entre aspas? Esse cuidado pode até ir além, como muitas vezes: ‘tem alguém que você quer que eu ligue pra você pra poder avisar a sua família? Tem alguém que eu possa avisar pra você? Então esse também é, é, eu considero isso um determinado cuidado. Vários tipos de atendimento têm como a gente fazer isso, né? Quando ele não está numa situação iminente, né, de morte, tem como a gente fazer isso [...] “E a todo tempo, é muitas das vezes, a gente se colocar no lugar da pessoa; e muitas das vezes a gente também se coloca, às vezes imagina um familiar nosso também. Como que a gente gostaria que ele fosse atendido? Então é também a maneira como eu procuro também atender pessoas desconhecidas! É isso [...] a importância da gente tá realmente cada vez mais buscando a excelência, na aplicação dos protocolos, mas procurando ir além! Porque, muitas das vezes, o cuidado não é só também com o paciente; aí é simplesmente também com quem tá até do lado de fora! Eu lembro que com essa criança eu não falei nada; eu simplesmente peguei ela e abracei. Então foi a minha forma que eu pude cuidar naquele momento. Então é isso! [...]”

#### E4

“[...] O nosso tempo de permanência com os pacientes é muito pequeno, de um modo em geral, no entanto, nosso cuidado ele [...] ele começa de uma forma muito intensa com as pessoas e, muitas vezes, a gente presta esse cuidado a fim de trazer conforto, diminuir dor, diminuir sofrimento e dar chance de sobrevivência; chance de, de a pessoa ter um futuro onde ela é... não sofra com sequelas, não sofra com limitações de sua vida e atividades diárias; e isso é prestado através de uma equipe e são todos interdependentes e o papel específico do enfermeiro, além da execução das atividades privativas da categoria, ele vai também pelo lado de [...] pelo lado humano, pelo lado de... [pausa para pensar] de empatia, de solidariedade mesmo, onde a gente é[...] onde a gente... além da execução das técnicas propriamente ditas para os casos específicos, a gente trabalha a parte de conversa de[...] de preocupação com... preocupação com o sentimento daquela pessoa em relação àquelas situações. Muitas vezes nós estamos de... casos, nós estamos diante de casos extremamente complexos, do ponto de vista é[...]do sofrimento do organismo daquela pessoa, mas muitas vezes também estamos diante de casos complexos de problemas sociais, de problemas que as pessoas passam, né, em[...]em suas vidas e que vai muito além do sofrimento orgânico; e a gente tenta, como enfermeiro é [...] atuar nessa parte de [...] nessa parte humana mesmo; onde a gente tenta amenizar um pouco o sofrimento daquela pessoa com palavras de atenção; e o simples fato de você ser ouvido, muitas vezes, como profissional, você dá uma palavra de conforto para aquela pessoa pode mudar todo o atendimento de um modo em geral [...] Eu tento ver, eu me preocupo com isso, porque eu sempre me coloco no lugar das pessoas e eu sei que o sofrimento é grande, eu sei que a situação é sempre difícil, né? A urgência, de um modo geral, ela vem muitas vezes como uma surpresa e as pessoas não estão preparadas muitas vezes pra entender aquilo e compreender. Então, se você consegue explicar pras pessoas o que que está acontecendo e o que vai acontecer dali pra frente, né, pra pessoa, independente da crença dela, pra que ela tenha um pouco de conforto através daquilo que você for falar, isso já é uma...acho que é uma [pausa para pensar] é uma obrigação nossa, né, do enfermeiro, médico, qualquer pessoa que esteja ali como equipe do atendimento pré-hospitalar é uma obrigação que nós devemos fazer, é uma coisa que a gente tem que se preocupar pra... pra tentar amenizar um pouco a dor dessas pessoas. Acho que é isso! [...] E a gente vê, eu me coloco no lugar daquela família, né? poderia ser meu irmão, poderia ser meu pai, enfim, e hoje eles têm uma família ainda estruturada porque nós tivemos lá e pudemos fazer as manobras, enfim!, pudemos dar essa oportunidade pra ele e pra família dele de estar todos bem e juntos hoje novamente.”

E5

“[...] o enfermeiro dentro da USA ele é um elo de ligação nesses dois pontos: de um profissional que não é de saúde e que talvez seja pouco experiente e de um profissional que é da saúde que tem experiência enorme, mas que às vezes falta certa, certa humanidade, um certo detalhe de percepção, né, do paciente, né, e aí o enfermeiro eu acho que ele é esse elo de ligação. Eu acho que eu preciso me capacitar cada, cada dia mais pra que eu possa tá cooperando mais e mais e mais nessa assistência dos pacientes [...] eu sou muito grato por poder estar no lugar que eu estou hoje, né, de poder tá, de poder tá cooperando na assistência dessas pessoas que precisam nesses momentos difíceis. Eu, eu sou muito grato por isso! [...]”

E6

“[...] Eu, como enfermeira, me preocupo muito em ter o cuidado até com a família mesmo daquele paciente. E o que eu acho que a gente vê muito no pré-hospitalar: a família tá muito próxima da gente, né? [...] Não adianta eu querer ir lá atender e não preocupar com que o outro tá achando, o jeito que eu, de como eu estou tratando, o que que eu tô fazendo com aquele paciente. Então eu me preocupo muito com isso. E outra coisa também, eu penso que podia ser alguém da minha família! Então, como é que eu queria que a minha mãe ou meu pai, por exemplo, fosse atendido? Então, assim, eu sempre [enfática] falo muito isso com minha equipe: ‘vamos nos colocar no lugar do outro! Vamos virar o jogo! Fica lá na cama, e o que você quer que seja feito com você?’, né?; com relação a tudo, à medicação, a cuidado, à atenção, né, quando eles vêm às vezes perguntar alguma coisa... Então eu acho que apesar do contato no pré-hospitalar ser muito rápido, com aquele paciente, aquela família, então eu acho que mesmo nesse contato rápido, eu tento, né? Isso é empatia, né?, de se colocar no lugar do outro, porque poderia ser eu ali, né, a gente não sabe o dia de amanhã... ou poderia ser alguém da família mesmo sendo atendida [...]Então, aí a gente já foi pro outro lado, a gente foi olhar a família, né? Então é aquele apoio mesmo, emocional, que eu nem sei se é de enfermeiro, mas eu tenho isso, acho que a gente é um pouco de tudo, né? E aí aquele apoio mesmo emocional [...] e aí essa ocorrência também, assim, ele tava trabalhando [...] o rapaz [...] era de noite também, mas [...] depois das 19 horas, né, que era um plantão que eu tava noturno. Então assim, você começa, né? Eu fico pensando: ‘gente! ele tava trabalhando...’, aí você começa a se colocar, né, no lugar dele ou até um parente mesmo, que você fala: ‘Meu Deus! E se fosse comigo?’, né, e se fosse um parente, um irmão, meu irmão, e se fosse meu pai trabalhando e eles me ligam e fala o que que aconteceu... né? Então assim, [...] falando do cuidado de enfermagem, né, eu fiz o que eu pude, a equipe toda [...] e eu acho que [...] fiz, claro, pela minha profissão, porque eu sou apaixonada pela vida de enfermeira! [...]”

## Categoria 2: O cuidado de enfermagem e o valor útil:

E1

“[...] é num primeiro momento é uma questão de protocolo mesmo, né? Avaliação da vítima, da cena, vê se a cena tá segura, da vítima, vê qual é a demanda inicial pra ele não piorar ou estabilizá-lo, a gente imobilizou, fez acesso, analgesia, e fica de olho né? Porque o paciente pode desestabilizar, piorar, ficar mais crítico do que quando você encontra ele. E foi nesse momento, nessa avaliação que eu vi: ‘peraí, sinais tão assim e ele tá pior’, né, tipo assim, ele não condiz com o estado dele naquele momento e aí eu vi que tinha alguma coisa além, alguma coisa a mais que podia ser feita por ele.”

E2

“Exame físico... a gente acaba fazendo os diagnósticos de enfermagem, [pausa] e... o nosso cuidado já é imediato. O nosso planejamento ali já, e as atividades, já são medulares! Entendeu? [pausa curta] Mas aí vai depender da clínica do paciente, entendeu? Mas, tudo é anamnese, coleta de dados, exame físico e as ações vão de acordo com o que o paciente apresentar. Uma dor no peito, vamos supor então você coleta os dados, faz o exame físico, como a gente tem a USA, a possibilidade de fazer um eletro caso o médico pedir e... [ruídos] a conduta vai depender do que for o diagnóstico. Com acolhimento, né? Humanizado, porque pode ser uma dor muscular de um esforço físico ou uma dor cardíaca, uma dor típica; então a gente tem que ter um *feeling* ali pra saber o que perguntar - certa maldadezinha pra saber como conduzir.”

E3

“Ao mesmo tempo que a gente tá se apresentando, a gente tá seguindo um protocolo, de seguir no ABCDE, né? E aí dá sequência [...] eu vou explicar pra ele o que eu tô fazendo: ‘oh, nós vamos pra ambulância’; e já vou começar a fazer: ‘vou colocar, medir sua pressão, oh, vou te puncionar pra colocar um soro’; já vou fazer isso!”

E4

“[...] da montagem dos materiais, dos cuidados, né, com higiene, com limpeza, e a preservação do, do material que é um bem público, isso também faz parte da assistência, né?”

E5

“[...] eu acho que a equipe da USA ela é bastante dependente do enfermeiro mesmo, em relação à, à vários procedimentos. É em relação à checagem dos próprios vitais, acesso venoso naquele paciente mais grave, é da localização de todos os materiais e os equipamentos da USA, entendeu? Então, eu tenho o cuidado de monitorar aquele acesso que eu fiz pra poder saber se ele tá pérvio, pra ver se ele está pérvio, é de ficar de olho no monitor pra poder ver se a frequência do paciente se ela tá boa ou se ela tá diminuindo; eu tô observando o tempo todo se aquela oximetria ela tá correspondendo, a do oxímetro, se é a mesma oximetria do, do, do monitor; então, assim, o tempo todo eu tô observando aquele paciente é; pra poder eu não ser surpreendido, né? Então, eu acho que, eu acho que é isso! né? [...] então, quando se trata, quando se trata de criança eu fico ainda mais tocado, porque a gente fica preocupada de não conseguir acesso, de não conseguir fazer medicação rápido pra criança parar de convulsionar [...] vamos fazer uma glicemia enquanto a maca não chega? Aí a gente fez a glicemia. Era hipoglicemia! A gente corrigiu imediatamente o paciente, sabe? Melhorou.”

E6

“[...] e a gente já avaliando a criança, e aí a criança parou! Reanimamos. E aí a gente fez punção intraóssea, eu e a outra enfermeira, e graças a Deus reanimamos, o médico entubou, a criança voltou sem precisar fazer adrenalina! Deixamos acesso puncionado, e levamos pro hospital [...] A punção. A punção intraóssea. Foi a primeira e única que eu fiz, com a outra enfermeira. Precisava dum acesso e eu já estava tentando mesmo um acesso periférico. E, assim, 5 meses e cadê a veia e a criança, né, parando e aí ela chegou, a outra enfermeira: ‘vamos fazer a intraóssea?’ e eu falei: ‘vamos!’ Aí fizemos de primeira e deu certinho.”

### Categoria 3: O cuidado de enfermagem e o valor lógico:

E1

"[...] mas, assim, eu acho que assim, num primeiro momento a conduta da enfermagem, a minha conduta como enfermeira é muito protocolo. Depois que eu sigo aquilo de estabilizar o paciente, aí eu já penso o quê que ele levou, já começo a pensar nas hipóteses, aí eu penso assim o que eu posso fazer pra melhorar ele? Melhorar a situação [...] e eu percebi que tinha alguma coisa ali além e fui conversando, além da clínica, além dos sinais vitais e do próprio protocolo, né? Depois de já ter seguido todo o protocolo! eu vi que tinha alguma coisa estranha acontecendo e eu fui perguntando o que tava acontecendo [...]"

E2

"[...] mas aí vai depender da clínica do paciente, entendeu? Mas, tudo é anamnese, coleta de dados, exame físico e as ações vão de acordo com o que o paciente apresentar [...] porque tudo começa com exame físico, coleta de dados, anamnese, e tudo depende, do que for apresentado ali [...]"

E3

"[...] meu atendimento, claro, ele é baseado em evidência científica, baseado, tem, tem que seguir um protocolo a se seguir, né, mas nem por isso eu deixo de cuidar do, da, do, eu tenho que esqu... não posso deixar de lembrar que ali é uma pessoa, uma situação às vezes iminente, né, de morte, muita das vezes, mas que eu não posso deixar de cuidar de coisas além de um cuidado físico, então, por isso que eu já começo me apresentando, já tento ir tranquilizando, explicando pra ele o que tá fazendo. Claro, pacientes conscientes, né? Então, é o meu primeiro cuidado que eu procuro fazer! E, junto a isso... eu acho que nem isso vem primeiro! Acho que isso é somado, porque tudo é tão simultâneo durante um atendimento de emergência que tudo acontece junto. Ao mesmo tempo que a gente tá se apresentando, a gente tá seguindo um protocolo, de seguir no ABCDE, né? E aí dá sequência. Mas, eu tenho, eu procuro além ressaltar esse lado também [...] Eu me coloco no lugar do outro, eu procuro descrever, igual, descrever o que eu estou fazendo, né, e: 'vai ficar tudo bem! calma!'. E aí eu vou dando a sequência! O meu, meu cuidado está envolvido ao explicar pra ele. E, dependendo da situação, esse cuidado vai através duma conversa, porque às vezes [...] várias situações né? O cuidado varia de acordo com as situações! Vamos supor, se é simplesmente um acidente ou um choque, uma colisão de carros que o paciente tá lá rebaixado... esse meu cuidado vai ser mais objetivo. Eu vou explicar pra ele o que eu tô fazendo: 'oh, nós vamos pra ambulância'; e já vou começar a fazer: 'vou colocar, medir sua pressão, oh, vou te punccionar pra colocar um soro [...] já vou fazer isso!'"

E4

"[...] Então assim, eu acho que eu resumi um pouco dessa assistência que a gente presta, a execução de técnicas ela é muito importante, a gente trabalha e estuda muito pra isso, pra poder ter sempre [...] o melhor serviço prestado do ponto de vista científico; a gente fazer aquilo que rege os protocolos, as técnicas em si, a gente preza muito por isso, né, mas a gente, a gente [...] eu creio também que isso é fundamental, mas não é, não deve girar tudo em torno disso somente, né? Não é porque era eu que estava ali ou a equipe que estava comigo, né! É porque tinham pessoas ali que tinham o conhecimento, sabiam o que fazer da forma certa e, obviamente, eu com a minha crença, né, Deus também deu a oportunidade para que isso acontecesse; é [...] como aconteceu e nós intervimos, nós fizemos a diferença porque identificamos uma situação grave imediatamente e fizemos o que era necessário ser feito, e a gente é [...] deu a oportunidade, repito, novamente, né, primeiro Deus, mas a gente deu a oportunidade para que aquela família não sofresse a perda de um, de uma pessoa muito querida pra eles, obviamente."

E5

“[...] o enfermeiro dentro da USA, assim, ele desempenha um papel que eu acho que é essencial na, na assistência da, da USA. É [...] como a gente tá lidando ali com pacientes mais graves, o enfermeiro muitas vezes é ele que tá diretamente voltado pro paciente, reconhecendo sinais, reconhecendo sintomas, rebaixamento daquele paciente... muitas vezes o médico ele tá... é... preocupado com a comunicação com a central e é a gente que tá o tempo todo observando aquele paciente, monitorando aquele paciente em relação aos vitais se estão estáveis, se não estão estáveis e, fora todos os procedimentos que são, são é [...] próprios nossos, né, do enfermeiro, né [...] Eu acho que eu preciso me capacitar cada, cada dia mais pra que eu possa tá cooperando mais e mais e mais nessa assistência dos pacientes [...]”

Procede-se, a seguir, à análise e discussão dos dados obtidos, apresentando os trechos mais significativos dos recortes das entrevistas que subsidiam a compreensão de cada unidade de significação encontrada.

### **5.1 O cuidado de enfermagem e o valor social: a preocupação com o outro**

O valor social foi manifesto no discurso do enfermeiro-socorrista como significação de um dever-ser perante o cuidado de enfermagem. Ele entendeu que na sua pragmática assistencial esse valor era instituinte, pois, permitiu instaurar a solidariedade, manifesta na preocupação com o outro a partir da esfera familiar.

Ratifica essa assertiva os depoentes, ao dizerem que:

“[...] é claro que assim, quando é possível [...] eu tento pensar no acompanhante, no familiar e, principalmente, assim o que levou aquela situação [...] eu perguntei a ele se ele estava passando por algum problema [...] eu perguntei se ele tinha filhos” E1

“[...] a enfermagem consegue tá mais próxima do paciente do que o médico [...] é ali que a gente pode estreitar um laço, ver alguma coisa além da cena, que não é visível [...] a pessoa dá pra conversar, tentar ter empatia [...] talvez [...] quando chegar lá no hospital pode influenciar na recuperação desse paciente [...]” E2

Para Scheler (1948), essa instauração é passível de acontecer, não apenas pela solidariedade ser uma atividade humana, mas pelo fato de a pessoa possuir também individualidade e espiritualidade. Embora a pessoa seja única e participante do mundo, ela se descobre como ser social, isto é, como um ser de relação com o outro. Esse foi o sentimento desvelado pelo enfermeiro-socorrista perante o paciente e sua família.

O enfermeiro-socorrista percebeu sua própria finitude e limitação, e conferiu ao paciente e sua família essa mesma adjetivação, por isso, foi capaz de se ‘abrir’

para o 'outro' e estabelecer com ele relação de complementação e cooperação. Esse é o sentido atribuído por Scheler (1948).

Agindo assim, o enfermeiro-socorrista venceu o obstáculo imposto pela sociedade de consumo, no qual o 'outro' é percebido como 'coisa', valorando o paciente e a família. Ele reconheceu que não é possível exercer a pragmática da enfermagem, mantendo-se isolado, ou residindo em uma 'casa' sem portas e janelas. Ele buscou abrir-se para o mundo externo e nesse encontrou-se com o paciente e sua família, sendo capaz de receber e viver as experiências alheias, a fim de enriquecer-se e realizar-se, conferindo ao cuidado uma dinâmica e autenticidade. É exatamente nesse sentido de dar e receber que o enfermeiro-socorrista se compreende como um 'homem-com-o-outro', sendo corresponsável pelas ações no interior de uma dada comunidade.

Por conseguinte, a solidariedade foi manifesta no ato do enfermeiro-socorrista na preocupação com o outro a partir da esfera familiar. Ela é o ponto almejado para o crescimento e desenvolvimento do ser humano no valor social, pois vence o egoísmo ético e o move ao estabelecimento de novas práticas relacionais, permitindo a construção de uma sociedade mais fraterna. Nessa perspectiva, a vida na coletividade passa a ser compreendida na unidade de pessoas singulares, dotadas de vontade livre e autônomas, isto é, capazes de dar a si mesmas o direcionamento de suas ações, e que convivem em igualdade, sendo a pessoa responsável por si e corresponsável pelo outro, pela família e pela comunidade (SCHELER, 1948).

A atitude de solidariedade manifesta pelo enfermeiro-socorrista em sua preocupação com o outro, a partir da família, pode ser ainda compreendida a partir do estabelecimento da relação Eu-Tu scheleriana.

Ilustra essa assertiva os recortes dos depoentes, ao dizerem que:

“[...] eu vou explicando pra ele o que eu estou fazendo [...] meu cuidado começa a partir do momento em que eu apresento pra ele e naquela situação de emergência eu tento me colocar na posição dele [...] o cuidado varia de acordo com as situações [...] esse cuidado pode até ir além, como muitas vezes: tem alguém que você quer que eu ligue pra você pra poder avisar a sua família? [...] muitas vezes a gente se coloca no lugar daquela pessoa [...] eu lembro que com essa criança eu não falei nada. Eu simplesmente peguei ela e abracei [...]” E3

“[...] ela começa de uma forma muito intensa com as pessoas e, muitas vezes, a gente presta esse cuidado a fim de trazer conforto, diminuir a dor, diminuir o sofrimento e dar chance de sobrevivência [...] além das atividades privativas da categoria – o cuidado – vai pelo lado humano [...] de empatia, de solidariedade mesmo [...] além da execução das técnicas propriamente ditas [...] a gente trabalha a parte da conversa [...] de preocupação [...] preocupação com o sentimento daquela pessoa em relação aquela situação difícil [...]” E4

“[...] mas às vezes, falta certa humanidade, um certo detalhe de percepção, né, do paciente [...] eu sou muito grato por poder estar no lugar em que estou hoje, né, de poder tá, de poder tá cooperando na assistência dessas pessoas que precisam nesses momentos difíceis. Eu, eu sou muito grato por isso[...]” E5

O enfermeiro-socorrista mostrou-se consciente de que o seu agir profissional não era apenas um fazer técnico-científico. Para ele, o cuidado de enfermagem começou no momento em que ele se apresentou ao seu paciente e buscou estabelecer uma relação social, caracterizada pelo reconhecimento dele como pessoa, fazendo o esforço intelectual e emotivo de se colocar no lugar do paciente, buscando assim, dar significado a sua atividade para além do agir técnico. Essa atitude só é possível de se manifestar, porque é fundada no amor. Ele é um dos integrantes do cuidado de enfermagem.

Neste sentido, é salutar a consideração de Medeiros *et al.* (2012), ao afirmarem que:

na perspectiva scheleriana, só através do amor podemos chegar à realidade da pessoa que constitui o núcleo ontológico do outro. Por outros meios, como os racionais e científicos, podemos conhecer o caráter, o temperamento, nunca a pessoa do outro. Por estes métodos, não identificamos a pessoa, mas somente dados, sinais e particularidades e se ignora a que indivíduo pertencem. No pensar de Scheler, destaca-se que “a pessoa individual não nos é dada senão no ato de amor, e seu valor, enquanto valor individual não se nos revela senão através desse ato”. Nesse sentido, para cuidar é preciso conhecer o outro, o paciente, o familiar, os profissionais, e estes não são constituídos somente por dados lógicos, mas também por uma série de subjetividades, dentre elas, os valores. E, para que esses valores sejam identificados, é preciso que exista uma relação permeada pelo amor [...]. (MEDEIROS *et al.*, 2012, p. 278).

Diante do exposto, torna-se necessário distinguir o agir técnico do cuidado de enfermagem. É comum confundir o primeiro, como sinônimo do segundo, o que não é verdadeiro.

Neste sentido, Waldow (2015) afirma que o ato de se realizar um dado procedimento, não faz dele um cuidado de enfermagem. Cuidar é uma ação moral, única e significativa, realizado 'com' e 'por' um ser humano, livre, consciente, amoroso e relacional. Assim, o cuidado de enfermagem não está restrito a realização de um dado procedimento técnico. A técnica é apenas um instrumento que permite que algo de natureza e extensão maior, o cuidado, seja manifesto. Entretanto, caso haja a recusa por parte do enfermeiro-socorrista em admitir essa dimensão do cuidado, sua ação inevitavelmente acarretará a compreensão do paciente como Eu-coisa. Por isso, o valor social é tão precioso para a pragmática da enfermagem, pois permite ao enfermeiro-socorrista associar, em sua atividade profissional, os saberes lógico-rationais e os saberes da arte da enfermagem.

Dessa maneira, o cuidado de enfermagem passa a ser compreendido de forma peculiar, englobando o fazer (habilidade técnica) e o saber da profissão (ciência e arte). Neste sentido, dizem Guimarães *et al.* (2016b):

[...] a enfermagem de forma peculiar e criativa, passa a englobar aspectos tanto da ciência como da arte, permitindo que o cuidado de enfermagem seja concebido como o fazer e o saber da profissão, expresso na práxis que se funda no reconhecimento da personalidade de cada paciente. (GUIMARÃES *et al.*, 2016b, p. 5).

O movimento reflexivo executado pelo enfermeiro-socorrista foi possível, pois inerente ao valor social radica-se uma faceta importante, a saber: a simpatia. Para Scheler (1948) é por meio dela que a pessoa é capaz de transcender a sua individualidade, combatendo o egoísmo e participar dos sentimentos do outro e, conduzida pelo amor, identificar-se e dirigir-se a outros seres humanos, reconhecendo-os como pessoas iguais a ele.

Ilustra essa consideração o depoente, ao dizer que:

“[...] eu sempre falo muito isso com minha equipe: vamos nos colocar no lugar do outro! [...] eu acho que nesse mesmo nesse contato rápido, eu tento né? Isso é empatia, né?, de se colocar no lugar do outro, porque poderia ser eu ali [...] a gente não sabe o dia de amanhã [...] ou poderia ser alguém da minha família [...] aí a gente já foi pro outro lado, a gente foi olhar a família [...]” E6

Para Scheler (1948), a simpatia tem duas formas, a primeira é 'sentir com o outro', e a segunda é 'simpatizar com'. Essas formas representam estágios do envolvimento afetivo da pessoa perante o outro. Assim, de maneira inicial, têm-se o 'sentir com o outro', isto é, a pessoa vence o primeiro obstáculo para o estabelecimento de uma relação autêntica, a saber: ela consegue perceber o outro como sendo alguém dotado das mesmas qualidades. Entretanto, isso não significa transformar em atitude concreta tal asserção.

Veja a exemplificação do exposto. Pode-se perfeitamente sentir com o ator em uma cena de um determinado filme, expressar alegria ou tristeza, sem que esse ato gere qualquer significação para mover o expectador a uma tomada de decisão na vida real. Por isso, espera-se que vencida a fase inicial, o enfermeiro-socorrista cresça e se desenvolva afetivamente, encaminhando-se para o 'simpatizar com'.

Para Scheler (1948), é por meio do 'simpatizar com' que o ser humano vence o exacerbado individualismo propugnado pela sociedade contemporânea, e instaura na pragmática uma nova forma de agir. Ele não apenas 'sente com o outro', ele se põe a ação.

Essa foi à atitude desenvolvida pelo enfermeiro-socorrista. Ele procurou, dentro de suas possibilidades, oferecer ao paciente a sua atenção, rompendo com o afastamento social imposto pela visão mecanicista e biologicista. O enfermeiro fez emergir na práxis a relação Eu-Tu, fazendo com que o cuidado de enfermagem fosse reconhecido como detentor de consideração, conhecimento, amor e preocupação primordial. Foi uma obrigação moral, que conferiu a pragmática profissional sentido e, redescobriu-se o valor do paciente enquanto pessoa, a partir do cuidado de enfermagem.

## **5.2 O cuidado de enfermagem e o valor útil: a arte da enfermagem**

É na pragmática assistencial que se visualiza a aparição do valor útil. Para Scheler (1948), ele favorece a vida, não a vida em geral, mas a vida humana. Sua expressão na profissão se dá a partir do uso da arte da enfermagem, manifesta na assistência pela técnica de enfermagem, mas a ela não se restringe (CARVALHO, 2007; GUIMARÃES *et al.*, 2018a).

Ilustra essa assertiva os depoentes, ao afirmarem que:

“[...] é num primeiro momento é uma questão de protocolo mesmo, né? Avaliação da vítima, da cena, vê se a cena tá segura, da vítima, vê qual é a demanda inicial pra ele não piorar ou estabilizá-lo, a gente imobilizou, fez acesso, analgesia, e fica de olho né?” E1

“[...] de olho no monitor pra poder ver se a frequência do paciente se ela tá boa ou se ela tá diminuindo; eu tô observando o tempo todo se aquela oximetria ela tá correspondendo, a do oxímetro, se é a mesma oximetria do, do, do monitor; então, assim, o tempo todo eu tô observando aquele paciente é; pra poder eu não ser surpreendido, né? Então, eu acho que, eu acho que é isso! né? [...] então, quando se trata, quando se trata de criança eu fico ainda mais tocado, porque a gente fica preocupado de não conseguir acesso, de não conseguir fazer medicação rápido pra criança parar de convulsionar [...] vamos fazer uma glicemia [...]” E5

“[...] e a gente já avaliando a criança, e aí a criança parou! Reanimamos. E aí a gente fez punção intraóssea, eu e a outra enfermeira, e graças a Deus, reanimamos, o médico entubou, a criança voltou sem precisar fazer adrenalina! Deixamos acesso puncionado, e levamos pro hospital [...] a punção [...]” E6

Sabe-se que, para o exercício da arte da enfermagem, o enfermeiro-socorrista deve desenvolver três competências básicas, são elas: o saber-pensar, o saber-fazer e o saber-conviver (CARVALHO, 2007; VALE; PAGLIUCA; QUIRINO, 2009).

No saber-pensar, tem-se a apropriação do conhecimento lógico-científico. O crescimento e desenvolvimento da ciência permitiu a Enfermagem Moderna, estabelecida por Florence Nightingale, valorar a formação científica do enfermeiro. Assim, em seu processo educacional, o enfermeiro é movido à apropriação dos saberes advindo das ciências biológicas, físico-químicas, humanas e sociais e, paulatinamente, o senso comum é substituído pelo saber científico, conferindo ao cuidado de enfermagem uma base robusta que justifica e legitima o seu agir (CORBANI; BRETAS; MATHEUS, 2009; GUIMARÃES *et al*, 2018b; SANTANA *et al.*, 2012).

Prosseguindo, traz-se o discurso do depoente para valorar o saber-pensar.

“[...] Porque o paciente pode desestabilizar, piorar, ficar mais crítico do que quando você encontra ele. E foi nesse momento, nessa avaliação que eu vi: ‘perai, sinais tão assim e ele tá pior’, né, tipo assim, ele não condiz com o estado dele naquele momento e aí eu vi que tinha alguma coisa além, alguma coisa a mais que podia ser feita por ele [...]” E1

Diante do julgamento crítico do estado de saúde do paciente sob seus cuidados, o enfermeiro-socorrista foi capaz de redirecionar o seu agir e, com isso, propor novas formas de manifestação do cuidado de enfermagem mediado pela técnica de enfermagem. Assim, o saber pensar tornou-se instrumental para que a técnica de enfermagem ganhasse sentido e utilidade. Caso contrário, ela se tornaria estéril e sem conteúdo, isto é, somente um procedimento (CORBANI; BRETAS; MATHEUS, 2009; SANTANA *et al.*, 2012; VALE; PAGLIUCA; QUIRINO, 2009; WALDOW, 2015).

A técnica da enfermagem é uma das habilidades específicas da profissão. Para o seu exercício, algumas ações são requeridas do enfermeiro, dentre elas: (1) dispor dos materiais necessários; (2) demonstrar habilidades manuais e; (3) valorar o saber-fazer enlaçando-o com o saber-pensar. Ratifica essa assertiva os depoentes, ao afirmarem que:

“[...] ao mesmo tempo, a gente tá se apresentando, a gente tá seguindo um protocolo, de seguir no ABCDE, né? E aí dá sequência [...] eu vou explicar pra ele o que eu tô fazendo: ‘oh, nós vamos pra ambulância’; e já vou começar a fazer: ‘vou colocar, medir sua pressão, oh, vou te puncionar pra colocar um soro’; já vou fazer isso! [...]” E3

“[...] da montagem dos materiais, dos cuidados, né, com higiene, com limpeza, e a preservação do, do material que é um bem público, isso também faz parte da assistência, né?” E4

No fazer da enfermagem, elementos são associados com intuito de garantir a execução da técnica, dentre eles, a organização administrativa. Segundo Santana *et al.* (2012), o enfermeiro deve assumir a responsabilidade de prover, dispor, avaliar os artigos e insumos para os quais ele estará valendo-se em sua pragmática, com a finalidade de promover o conforto, a segurança e o bem-estar do paciente e de sua equipe.

Destaca-se, ainda, um aspecto identificado como importante para o enfermeiro-socorrista no desempenho da pragmática da enfermagem a partir da ligação entre a técnica e a ética profissional. Ilustra essa consideração o depoente, ao afirmar que:

“[...] como a gente tem a USA, a possibilidade de fazer um eletro caso o médico pedir [...] a conduta vai depender do que for o diagnóstico. [...]”

Com acolhimento, né? Humanizado, porque pode ser uma dor muscular de um esforço físico ou uma dor cardíaca, uma dor típica; então a gente tem que ter um *feeling* ali pra saber o que perguntar - certa maldadezinha pra saber como conduzir.” E2

Ele admitiu que a técnica de enfermagem se aliou ao compromisso ético e à competência científica. Assim, o cuidado de enfermagem é algo maior do que o valor útil. Esse valor não encerra o fazer da profissão. Para o enfermeiro-socorrista, a técnica foi mediadora, pois permitiu a aproximação junto ao paciente e, com isso, ele foi capaz de ouvi-lo, acolhê-lo e agir de maneira humanizada, valorando a dimensão psicossocial.

Para Scheler (1948), o saber conviver revela a aspiração ética existente na pessoa. Para a enfermagem essa dimensão assume o caráter de um dever-ser, pois sua aparição na pragmática combate o processo de coisificação e de indiferença ao outro. Por meio dela, o enfermeiro-socorrista permeou o seu agir profissional e manifestou nas suas ações à capacidade de escolha, responsabilidade e tomada de decisão.

Desta maneira, em sentido scheleriano, o enfermeiro-socorrista reconheceu que a utilidade e o agir ético não são excludentes, pois permitem evidenciar na vida humana a dimensão do espírito. Por isso, o valor útil, manifesto na arte da enfermagem deve estar disposto de maneira hierárquica com correção, a fim de que o enfermeiro-socorrista possa crescer e desenvolver-se no Ser-enfermeiro.

O século atual tem sido caracterizado no Brasil e no mundo, pela exacerbação da credulidade na ciência e na técnica. A exacerbação do valor útil pode impor no agir do enfermeiro-socorrista a elevação do risco de se proceder a um cuidado de enfermagem, por paradoxal que seja possuidor de um grave erro ético, ao desprezar o paciente como pessoa, impondo a sua coisificação. Pois, não é incomum encontrar-se na pragmática profissional enfermeiro-socorrista que se defina como sendo um ‘técnico por excelência’. Esta posição é contraditória a própria essência axiológica da profissão, tal qual estabelecida por Florence Nightingale (1989).

### **5.3 O cuidado de enfermagem e o valor lógico: o aprender a aprender**

O valor lógico manifesta-se no real por meio do conhecimento científico. Para Scheler (1948), a ciência é a construção humana fundamentada na razão e, por meio dela, o saber do senso comum é substituído pelo saber científico. Tal fato liga-se diretamente ao anseio humano de conhecer o real e, sobretudo, evitar o engano. Há no espírito humano a inclinação para a busca da verdade. Nesse sentido, a instauração na prática da verdade se dá pelo valor lógico. Assim, é por meio desse valor que o conhecimento científico se estabelece.

Por isso, o enfermeiro-socorrista no exercício de sua atividade profissional, por ter sido educado na cultura que privilegia o uso da razão, tende a estabelecer a sua pragmática guiada por esse espírito de investigação e de cientificidade.

Ilustra essa consideração os depoentes, ao dizerem que:

“[...] meu atendimento, claro, ele é baseado em evidência científica, baseado, tem, tem que seguir um protocolo a se seguir, né, mas nem por isso eu deixo de cuidar do, da, do, eu tenho que esqu... não posso [...]” E3

“[...] Então assim, eu acho que eu resumi um pouco dessa assistência que a gente presta, a execução de técnicas ela é muito importante, a gente trabalha e estuda muito pra isso, pra poder ter sempre...o, o, o melhor serviço prestado do ponto de vista científico; a gente fazer aquilo que rege os protocolos [...]” E4

Para a Enfermagem, o valor lógico permitiu elevar a profissão de um patamar pré-paradigmático, para o patamar paradigmático. Foi à incorporação na carreira dos avanços e descobertas científicas que deram robustez a formulação nightingaleana. Historicamente, no Brasil e no mundo, data do meado do século passado, os primeiros esforços de apropriação e construção do saber científico da área, a partir da elaboração dos primeiros manuais de enfermagem e a busca pelo princípio científico que poderia balizar a prática assistencial. Logo, para a formação do enfermeiro, o valor lógico assume real significação, portanto, confere à profissão justificativa e legitimidade para o seu fazer (CARVALHO, 2007; GUIMARÃES *et al.*, 2018b; FERREIRA, 2011).

Desta maneira, a carreira tem buscado sua fundamentação nos avanços da ciência, procurando a melhor evidência científica disponível, alcançada, sobretudo, pelos resultados das pesquisas advindas dos produtos da pós-graduação *stricto sensu* em todo o país e no mundo (GUIMARÃES *et al.*, 2018a).

Prosseguindo, traz-se os recortes dos depoentes para continuidade da análise, ao dizerem que:

“[...] mas, assim, eu acho que assim, num primeiro momento a conduta da enfermagem, a minha conduta como enfermeira é muito protocolo. Depois que eu sigo aquilo de estabilizar o paciente, aí eu já penso o quê que ele levou, já começo a pensar nas hipóteses, aí eu penso assim o que eu posso fazer pra melhorar ele? Melhorar a situação, [...] eu vi que tinha alguma coisa estranha acontecendo e eu fui perguntando o que tava acontecendo [...]” E1

“[...] mas aí vai depender da clínica do paciente, entendeu? Mas, tudo é anamnese, coleta de dados, exame físico e as ações vão de acordo com o que o paciente apresentar [...] porque tudo começa com exame físico, coleta de dados, anamnese, e tudo depende, do que for apresentado ali [...]” E2

O enfermeiro-socorrista manifestou em seu discurso o quanto que a formação científica da carreira estava incorporada em seu espírito, estabelecendo sua forma de ver o real e de inquirir de forma lógico-racional a situação em que se encontrava, buscando identificar a relação de causa e efeito. Ele ‘pensou em hipóteses’, e viu, pela razão, que ‘alguma coisa estranha estava acontecendo’ e foi se perguntando o que poderia estar ocorrendo. Vê-se com clareza sua apropriação metodológica e racional, ao usar a ‘coleta de dados’ e sua análise crítica, para a busca da verdade no real. Tal fato ratifica o pressuposto scheleriano de que somente a verdade pode satisfazer o anseio humano de conhecer e compreender o real. Para o enfermeiro, o cuidado de enfermagem deve estar alicerçado sob bases científicas (CARVALHO, 2007; FERREIRA, 2011; WERNECK, 1996).

Sabe-se que o conhecimento científico, por sua natureza, está sempre em constante refazimento. Assim, o que está posto hoje poderá em tese ser reformulado amanhã, sempre buscando a aproximação com a verdade. Essa foi a formulação produzida por Karl Popper. Para ele, a ciência não estabelece a verdade, ela está sempre em sua busca e, nesse percurso, ela vai se aproximando, isto é, ‘toca’ na verdade. A isso ele chamou de ‘verossimilhança’. Esse fato trouxe uma maior clareza sobre o objeto da ciência e permitiu dirimir dúvidas a respeito do seu refazimento. Do ponto de vista prático, tal situação estabeleceu uma nova forma de se postar diante do conhecimento científico, a saber: ele jamais está finalizado. Essa condição obriga por parte daquele que dele

se aproxima a assunção de uma conduta pautada no ‘aprender a aprender’ (CARVALHO, 2007; FERREIRA, 2011; GUIMARÃES *et al.*, 2018b).

Ilustra essa assertiva o depoente, ao dizer que:

“[...] a gente tá lidando ali com pacientes mais graves, o enfermeiro muitas vezes é ele que tá diretamente voltado pro paciente, reconhecendo sinais, reconhecendo sintomas, rebaixamento daquele paciente... muitas vezes o médico ele tá... é... preocupado com a comunicação com a central e é a gente que tá o tempo todo observando aquele paciente, monitorando aquele paciente em relação aos vitais se estão estáveis, se não estão estáveis e, fora todos os procedimentos que são, são é... próprios nossos, né, do enfermeiro, né [...] Eu acho que eu preciso me capacitar cada, cada dia mais pra que eu possa tá cooperando mais e mais e mais nessa assistência dos pacientes [...]” E5

O enfermeiro-socorrista reconheceu que somente em assumir uma conduta pautada no ‘aprender a aprender’, foi que ele estaria se tornando apto para lidar com os constantes desafios da pragmática profissional e, desta maneira, torná-lo apto a desenvolver e a oferecer um cuidado de enfermagem com segurança e embasado cientificamente. Por isso, para ele, ‘capacitar-se cada dia, mais e mais’ era mais do que um simples ato, em sentido scheleriano, era um dever-ser.

Em virtude das diversas concepções do termo composto ‘aprender a aprender’, torna-se necessário estabelecer o conceito que se apropria neste estudo. Certamente, esta expressão vem sendo usada preponderantemente em contextos neoliberais. Seu fulcro está em habilitar o indivíduo à busca incessante do conhecimento, tornando-o capaz de aprender o que sempre for necessário ser aprendido. Esta alusão indica o desafio pertinente e fundamental para a vida das pessoas, acenando para dinâmicas cruciais da formação, contrárias ao instrucionismo, à memorização, à reprodução, muito embora não decorra disso que sua fundamentação seja satisfatória. Desta maneira, ‘aprender a aprender’ implica no desenvolvimento do indivíduo no hábito para o contínuo aprendizado ao longo de toda a vida (DEMO, 2013).

Assim, a atitude de ‘aprender a aprender’ se torna impositivo para o enfermeiro-socorrista, a fim de que ele possa acompanhar a produção do conhecimento científico na qual as transformações em ritmo acelerado os tornam cada vez mais provisórios; afinal, um conhecimento que hoje é tido como verdadeiro pode ser superado em poucos anos ou mesmo em alguns meses (DUARTE, 2001).

Ratifica essa posição Goulão (2011), ao afirmar que as transformações sociais, científicas e tecnológicas, que se vêm produzindo nos últimos tempos, têm repercussões em diferentes aspectos da vida e de ter impacto nas profissões de saúde. Assim, a evolução das tecnologias da informação tem exercido notória influência no ensino e desenvolvimento da formação contínua do profissional. Essa formação passou a ser compreendida como algo dinâmico, isto é, sujeita a transformações provenientes da atualização do conhecimento científico. A Internet é, de fato, um meio eficaz de transmitir informação a partir das diversas bases de dados que incorporam o saber científico da área da saúde e afins, com a possibilidade de atualização constante e imediata dos materiais disponibilizados. Com isso, a comunidade científica alarga-se e atinge cada vez mais zonas geográficas e mais âmbitos da realidade social. O acesso é imediato, a um grande número de fontes bibliográficas, permite um aumento quantitativo da informação disponível e acessível aos profissionais de saúde. Por isso, o enfermeiro-socorrista deve aprender a se atualizar, pois, em contrário, estará condenado ao anacronismo e a defasagem de conhecimentos.

Chega-se ao término desta seção e pode-se constatar que, para o enfermeiro-socorrista, o cuidado de enfermagem possui valores que lhe dão significado e sentido. A disposição hierárquica desses valores é algo singular, isto é, cada profissional, à luz da reflexão, pode e deve assumir o compromisso ético de estabelecê-lo, segundo a sua mundividência (SCHELER, 1948).

Destaca-se, ainda, que ao reconhecer o valor social, útil e lógico, o enfermeiro-socorrista pode se aproximar de um conceito de cuidado de enfermagem permeado por elementos objetivos (a arte e a ciência) e elementos subjetivos (a solidariedade e a simpatia). Ao agir desta maneira, esse conceito deverá refletir o campo axiológico propugnado por Florence Nightingale.

## CAPÍTULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desta pesquisa, foi possível identificar que valores estavam presentes no discurso do enfermeiro-socorrista, considerando o campo axiológico da Enfermagem, propugnado por Florence Nightingale e que fundamentaram o cuidado de enfermagem ao paciente atendido no serviço móvel pré-hospitalar de urgência e emergência, a saber: o valor social, o valor útil e o valor lógico.

Esses valores funcionam como um amálgama, tornando-se impossível dissociá-los. Neste sentido, eles são constituintes do cuidado profissional de enfermagem. Portanto, não se realiza o ato de cuidar sem considerá-los.

Valendo-se da hermenêutica Diltheyana e dos pressupostos teóricos encontrados na Teoria de Valor de Max Scheler, foi possível construir três unidades de significação peculiares ao enfermeiro-socorrista e que permitiram identificar os valores mencionados acima, destacando: (1) o cuidado de enfermagem e o valor social: a preocupação com o 'outro', (2) o cuidado de enfermagem e o valor útil: a arte da enfermagem e, (3) o cuidado de enfermagem e o valor lógico: o 'aprender a aprender'.

A preocupação com o 'outro', abordada na primeira categoria, demonstra como a enfermagem está voltada para o contexto que envolve o ser-cuidado, isto é, o paciente, e não apenas o problema de saúde que este se queixa. É necessário conhecer os diversos aspectos que se relacionam ao paciente, à família, à situação social e aos fatores psicológicos, para que o cuidado de enfermagem não se limite ao atendimento biológico. O enfermeiro é o profissional com habilidade para adentrar nesse campo de conhecimento, já que sua visão holística permite-lhe identificar os aspectos subjetivos que permeiam a vida humana. Ele se identifica com a situação em que o 'outro' se apresenta e, por isso, exerce a solidariedade em suas ações, por meio de atos humanizados, individualizados, levando em consideração a complexidade de informações que permeiam a vida que funda o paciente.

Em relação ao contexto de urgência e emergência pré-hospitalar, o enfermeiro-socorrista está diante de ocorrências que exigem capacidade técnica para o atendimento do paciente, sem perder, no entanto, a perspectiva do valor social manifesto pela preocupação com o 'outro'. Ele não é apenas um técnico

perante a arte da enfermagem, porque a sua ação profissional permite empreender uma relação fundamentada na simpatia. Essa desperta no profissional a humanização necessária para o cuidado de enfermagem que, por sua vez, será realizado em um contexto solidário e menos hostil, partindo do momento da abordagem inicial ao paciente até ao encaminhamento ao nosocômio.

Desse modo, o primeiro movimento que deve existir no enfermeiro-socorrista é o afeiçoar-se ao paciente que necessita de cuidados, isto é, agir de maneira a reconhecê-lo como pessoa, estando disposto a ouvi-lo, observá-lo e dar-lhe sua atenção real, portanto, em linguagem scheleriana, 'sentir com o outro'. Pode-se exemplificar essa atitude, a partir da escuta atenta do profissional diante da queixa do paciente, ao se posicionar de forma 'aberta', isto é, receptiva, para ouvir de maneira compreensiva o que ele tem a dizer. Agindo assim, o enfermeiro-socorrista encaminhou-se para o estabelecimento de uma relação autêntica. Ele passou a perceber o 'outro' como sendo alguém dotado da mesma natureza, isto é, um ser biopsicossocial.

Dessa maneira, o enfermeiro-socorrista cresceu e se desenvolveu afetivamente, vencendo o exacerbado individualismo da sociedade capitalista contemporânea, e instaurou na pragmática uma nova forma de agir. Ele valorou junto ao paciente a atitude de 'estar ao lado', de 'ouvir com atenção', rompendo com o afastamento imposto pela visão herdada do Positivismo. Ele passou a estabelecer na pragmática da enfermagem, a relação Eu-Tu e, disso resultou que o cuidado de enfermagem fosse reconhecido como um ato de amor, fundamentado no conhecimento técnico-científico e de preocupação primordial. Ele redescobriu o valor do paciente como pessoa e ressignificou o cuidado de enfermagem.

Sobre a segunda categoria, "o cuidado de enfermagem e o valor útil: a arte da enfermagem", ela foi manifestada principalmente por meio da execução de técnicas que exigiam do enfermeiro-socorrista domínios na esfera do saber-pensar, saber-fazer e saber-conviver. Ele compreendeu que o cuidado de enfermagem, no contexto de urgência e emergência pré-hospitalar, demandou conhecimento científico (saber-pensar), adquirido ao longo de sua formação acadêmica, o que lhe deu a confiança para avaliação e tomada de decisão. Por

meio das técnicas (saber-fazer), o profissional faz aparecer na pragmática o agir específico da profissão. Entretanto, para ele, a utilidade do cuidado de enfermagem não se restringiu à técnica, visto que ele foi capaz de assumir um compromisso ético (saber-conviver) com o paciente por ele cuidado. A conjugação de todos esses domínios move o enfermeiro-socorrista ao raciocínio crítico-reflexivo e, mediante uma situação de urgência, ele é capaz de avaliar o estado do paciente, promover os cuidados necessários, acompanhar as possíveis alterações, realizar os procedimentos para a sua estabilização e atendê-lo em sua dimensão psicossocial.

A terceira categoria traz o valor lógico manifestado quando o enfermeiro-socorrista buscou o conhecimento científico para ratificar sua pragmática, ou seja, ele procurou a verdade posta pela ciência para exercer a sua profissão com segurança, competência técnico-científica e habilidade. Ele expressou a necessidade de atualização constante, objetivando garantir os meios para que o cuidado fosse relevante para o paciente nos diversos contextos de saúde e doença que fundam a vida. Por isso, para ele, o 'aprender a aprender' foi de suma importância para o êxito de sua atividade profissional.

Prosseguindo, revisitando a história da Enfermagem Moderna, é possível contemplar nas ações propostas por Florence Nightingale que o cuidado de enfermagem constitui-se no objeto de seu ensino e prática, o que lhe garante uma significação especial e distinta. O modelo por ela desenvolvido passa a refletir o campo axiológico da profissão. Ao contemplar o discurso do enfermeiro-socorrista tornou-se possível reconhecer que, à distância em anos que nos afastam da obra de Florence, não removeram da pragmática assistencial da Enfermagem os valores que por ela foram identificados como fundantes da profissão.

Ademais, o enfermeiro-socorrista foi capaz de perceber que para o exercício do cuidado de enfermagem ele teve que incluir elementos estéticos e éticos, isto é, a beleza e bondade. Em que pese à beleza, essa dimensão está no cuidado ao se expressar por meio da técnica, da intuição e sensibilidade. Torna-se impossível não reconhecer nessas qualidades, a presença desse elemento axiológico. O cuidado de enfermagem também é ético, porque tem por objetivo o bem-estar do paciente, isto é, faz emergir a bondade. Por isso, não se pode falar

em cuidado de enfermagem à ação que só esteja restrita a execução de algum procedimento.

Por conseguinte, o cuidado de enfermagem assume um dever-ser permeado pela solidariedade, pela utilidade, pela racionalidade e pelo agir ético, e com isso, permite a profissão ser valorada na pragmática assistencial. Ajuíza-se que, sendo o cuidado de enfermagem o mote da profissão e do seu ensino, este deverá se constituir em objeto de sua pesquisa. Tal fato possibilitará a Enfermagem crescer e a desenvolver-se enquanto ciência.

Diante o exposto, acredita-se que a partir dos resultados e dados dessa pesquisa, o enfermeiro-socorrista poderá avaliar sua atuação profissional e relacionar o ato de cuidar aos valores que a Enfermagem exige, retificando ou ratificando o seu agir.

Espera-se que esta pesquisa possa ser a base para a realização de educação continuada dos enfermeiros atuantes no serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência, sob a perspectiva do valor do cuidado de enfermagem nesse cenário.

A limitação deste estudo radica-se no fato de que ele buscou compreender uma face regional no Estado de Minas Gerais; tal situação poderá não refletir o agir de outros enfermeiros-socorristas do país. Deduz-se, também, que os valores encontrados e analisados nas respectivas categorias remetem ao contexto de trabalho no qual o enfermeiro-socorrista se insere. Portanto, recomenda-se novas pesquisas nessa temática.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Marília *et al.* Particularidades do trabalho do Enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 208-215, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100025>. Acesso em: 15 jun. 2019.

AMORIM, Thaís Vasconcelos; SALIMENA, Anna Maria de Oliveira; SOUZA, Ívis Emília de Oliveira. Historicidad y historiografía: contribución de la entrevista fenomenológica para Enfermería. **Cultura de los Cuidados**, [s.l.], v. 19, n. 41, p. 71-81. 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10045/46614>. Acesso em: 15 jun. 2019.

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda; MARTINS, Maria Helena Pires. **Filosofando: introdução à filosofia**. 5 ed. São Paulo: Moderna, 2013.

ARAÚJO, Sônia Maria da Silva. Dilthey e a hermenêutica da vida. **Cadernos de Educação - FaE/PPGE/UFPel**, Pelotas, v. 28, p. 235-254, jan./jun. 2007. Disponível em: <http://www2.ufpel.edu.br/fae/caduc/downloads/n28/artigo10.pdf>. Acesso em 15 jun. 2019.

BARBOSA JÚNIOR, Possidônio Ferreira; SOUSA, Antônio Rômulo Pereira Ribeiro de. Premissas fundamentais do sistema ético de Max Scheler. **Cadernos do PET Filosofia**, [s.l.], v. 7, n. 16, p. 62-71, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/cadpetfil.v7i14.5657>. Acesso em: 15 jun. 2019.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2003]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_urgencias.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf). Acesso em: 05 jun. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2011]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html). Acesso em: 05 jun. 2019.

BRITO, Rosa Mendonça de *et al.* A hermenêutica e o processo de construção do conhecimento. **Revista Dialógica**, [Manaus], v.1, n.3, p. 01-12. 2007. Disponível em: <http://cefort.ufam.edu.br/dialogica/files/no3/Vol03-06-hermeneutica%20processo%20construcao%20conhecimento.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2018.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p.611-614, set./out. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>. Acesso em: 12 mai. 2019.

CARVALHO, Vilma de. Enfermagem e história da enfermagem: aspectos epistemológicos destacados na construção do conhecimento profissional. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 500-508, set. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000300016>. Acesso em: 15 jun. 2019.

CISDESTE. **Resolução nº 006/2016**. Institui o Regimento Interno do Consórcio Intermunicipal de Saúde para Gerenciamento da Rede de Urgência e Emergência da Macro Sudeste – CISDESTE, revoga o antigo Regimento Interno e resoluções correlatas e dá outras providências. Juiz de Fora, MG: [2016]. Disponível em: <https://www.cisdeste.com.br/site/wp-content/uploads/2017/01/REGIMENTO-INTERNO.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2020.

CORBANI, Nilza Maria de Souza; BRETAS, Ana Cristina Passarela; MATHEUS, Maria Clara Cassuli. Humanização do cuidado de Enfermagem: o que é isso? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 349-354, mai./jun. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000300003>. Acesso em: 12 mai. 2019.

COSTA, José Silveira da. **Max Scheler: o personalismo ético**. São Paulo: Moderna, 1996.

CRESWELL, John W. **Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions**. Thousand Oaks: CA Sagee, 2007.

DEMO, Pedro. Aprender a aprender - neoliberal? **Revista de Ciências Humanas**, [s.l.], v. 14, n. 22, p.25-53, jun. 2013. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadech/article/view/983/1431>. Acesso em: 20 set. 2019.

DILTHEY, Wilhelm. **Introdução às ciências humanas: tentativa de uma fundamentação para o estudo da sociedade e da história**. Tradução: Marco Antônio Casanova. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

DUARTE, Newton. As pedagogias do “aprender a aprender” e algumas ilusões da assim chamada sociedade do conhecimento\*. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 18, p.35-40, set./dez. 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782001000300004>. Acesso em: 02 out. 2019.

FERREIRA, Márcia de Assunção. Enfermagem: arte e ciência do cuidado. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 664-666, out./dez. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400001>. Acesso em: 02 out. 2019.

FRONDIZI, Risieri. **Que son los valores?** Introducción a la axiología. 6º ed. México: Fondo de Cultura Económica, 1986.

LOBO, Marie L. Florence Nightingale. In: GEORGE, Julia B. e colaboradores. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Tradução: Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4 ed. Porto Alegre: Artmed editora, 2000.

GEOVANINI, Telma *et al.* **História da Enfermagem**: versões e interpretações. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

GOULÃO, Maria de Fátima. Ensinar a aprender na sociedade do conhecimento: o que significa ser professor? *In*: BARROS *et al.* **Educação e Tecnologias: reflexão, inovação e práticas**. Lisboa, [s.n.], 2011.

GUIMARÃES, Gilberto de Lima *et al.* A arte da enfermagem na visão do discente: um encontro com Scheler. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 2, p. 456-464, fev. 2018a. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a23545p456-464-2018>. Acesso em: 18 out. 2019.

GUIMARÃES, Gilberto de Lima *et al.* A contribuição de Imre Lakatos para a análise Epistemológica do Programa Brasileiro de Pós-graduação em Enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, e384001, mai. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003840015>. Acesso em: 18 out. 2019.

GUIMARÃES, Gilberto de Lima *et al.* O discente de valor? Ou o valor do discente? Uma questão axiológica. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 2, p. 283-290, fev. 2018b. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a23546p283-290-2018>. Acesso em: 19 out. 2019.

GUIMARÃES, Gilberto de Lima *et al.* O valor lógico para o discente de enfermagem: encontro com Max Scheler. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 2, p. 428-434, fev. 2016a. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i2a10973p428-434-2016>. Acesso em: 21 out. 2019.

GUIMARÃES, Gilberto de Lima *et al.* O valor social no discurso do discente de enfermagem: um encontro fenomenológico com Max Scheler. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 3, e:2690015, out. 2016b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002690015>. Acesso em: 21 out. 2019.

GUIMARÃES, Gilberto de Lima *et al.* O valor verdade no ensino da enfermagem: um estudo fenomenológico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 133-139, mar. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100017>. Acesso em: 21 out. 2019.

GUIMARÃES, Gilberto de Lima *et al.* Os valores fundadores da enfermagem moderna à luz de Dilthey e Scheler. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 898-905, jul./set. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015003480014>. Acesso em: 18 out. 2019.

GUIMARÃES, Gilberto de Lima; VIANA, Lígia de Oliveira. O valor ético no ensino da Enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 517-522, jul./set. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000300009>. Acesso em: 21 out. 2019.

GUIMARÃES, Gilberto de Lima; VIANA, Lígia de Oliveira. O valor social no ensino da enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 508-513, jul./set. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000300012>. Acesso em: 17 set. 2019.

GUIMARÃES, Gilberto de Lima; VIANA, Lígia de Oliveira. O valor útil no ensino da enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 421-425, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/54>. Acesso em: 19 out. 2019.

GUIMARÃES, Juliana Oliveira. **Design gráfico para causas sociais: a territorialidade como elemento balizador na construção de identidade visual gráfica de um Coletivo de mulheres quilombolas na Região Metropolitana de Belo Horizonte**. 2018. Dissertação (Mestrado em Design) – Universidade do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

HADDAD, Verônica Cristin do Nascimento; SANTOS, Tânia Cristina Franco. A Teoria Ambientalista de Florence Nightingale no ensino da Escola de Enfermagem Anna Nery (1962 - 1968). **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 755-761, out./dez. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400014>. Acesso em: 05 out. 2019.

HESSEN, Johannes. **Filosofia de Valores**. Tradução: Cabral de Moncada. 4 ed. Coimbra: Armênio Amado Editora (Stdium), 1974.

HORTA, Wanda de Aguiar. **O processo de Enfermagem**. São Paulo: Edusp, 1979.

LOURENÇO, Luciana de Fátima Leite *et al.* A historicidade filosófica do conceito saúde. **História da Enfermagem: Revista Eletrônica (HERE)**, [s.l.], v. 3, n. 1, p. 17-35, mai. 2014. Disponível em: <http://here.abennacional.org.br/revista/here/?p=191>. Acesso em: 25 out. 2019.

MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. **Bases teóricas de Enfermagem**. Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MEDEIROS, Marlise Barros de *et al.* Dilemas éticos em UTI: contribuições da Teoria dos Valores de Max Scheler. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 276-284, mar./abr. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200012>. Acesso em: 16 set. 2019.

MINAYO, Maria Cecília. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2016.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é**. Tradução: Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez, 1989.

PAIXÃO, Waleska. **História da Enfermagem**. 5 ed rev. e aum. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis Livraria, 1979.

REALE, Miguel. **Filosofia do Direito**. 19 ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

SÁNCHEZ VÁZQUEZ, Adolfo. **Ética**. Tradução: João Dell'Anna. 26 ed. São Paulo: Ed. Civilização Brasileira, 2005.

SANTANA, Ana Paula; PAIXÃO, Cláudia Alessandra Pereira; JESUS, Mariana Rezende de. Teoria Ambientalista: Florence Nightingale. *In*: SILVA, José Vitor da; BRAGA, Cristiane Giffoni (org.). **Teorias de Enfermagem**. São Paulo: Iátria, 2011.

SANTANA, Júlio César Batista *et al.* Ética e humanização da assistência em um serviço de atendimento pré-hospitalar: o que pensam os profissionais de saúde. **Revista Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 2744-2754, out./dez. 2012. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1746/pdf\\_598](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1746/pdf_598). Acesso em: 05 out. 2019.

SCHELER, Max. **Ética**. Buenos Aires: Revista Occidente, 1948.

SCOCUGLIA, Jovanka Baracuhey Cavalcanti. A hermenêutica de Wilhelm Dilthey e a reflexão epistemológica nas ciências humanas contemporâneas. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 17, n. 2, dez. 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922002000200003>. Acesso em: 25 abr. 2016.

SILVA, Graciette Borges da. **Enfermagem profissional: análise crítica**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989.

SOBRINHO, Omar Pereira. **A teoria dos valores de Max Scheler: fenomenologia, concepção e ética**. 2017. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Faculdade Jesuíta de Filosofia e Teologia, Belo Horizonte. 2017.

SOUZA, Maria de Lourdes de *et al.* O cuidado em enfermagem – uma aproximação teórica. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 266-270, abr./jun. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000200015>. Acesso em: 29 ago. 2019.

VALE, Eucléa Gomes; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 106-113, jan./fev. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100016>. Acesso em: 01 nov. 2019.

VALE, Eucléa Gomes; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; QUIRINO, Régio Hermilton Ribeiro. Saberes e práxis em enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 174-180, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000100024>. Acesso em: 25 out. 2019.

VIANA, Lígia de Oliveira. **A formação do enfermeiro no Brasil e as especialidades: 1920-1970**. 1995. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

WALDOW, Vera Regina. Cogitando sobre o cuidado humano. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 7-10, jul./dez. 1998. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44316>. Acesso em: 26 out. 2019.

WALDOW, Vera Regina. Cuidado: uma revisão teórica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 29-35, jul. 1992. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3999/42946>. Acesso em: 05 nov. 2019.

WALDOW, Vera Regina. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, Colômbia, v. 17, n. 1, p. 13-25, jan./jun. 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145233516002>. Acesso em: 05 nov. 2019.

WERNECK, Vera Rudge. **Educação e sensibilidade**: um estudo sobre a teoria dos valores. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1996.

## APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### APÊNDICE

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada: **A VALORAÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM PRESTADO NO SERVIÇO PRÉ-HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**. A justificativa de realização do estudo está fundada na necessidade de conhecer os valores presentes no discurso do Enfermeiro do serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência. A relevância deste estudo baseia-se na afirmativa de que o cuidado de enfermagem deva ser capaz de atender as necessidades sociais e espirituais do indivíduo, além da dimensão biológica. O conceito de cuidado de enfermagem, assumido pelo enfermeiro, é formado por valores que ele usa para justificar e legitimar o seu agir profissional, assim, conhecer esses valores poderá movê-lo a refletir sobre sua atuação profissional.

Os objetivos são: analisar os valores assumidos pelos enfermeiros que fundam o cuidado de enfermagem prestado a clientela assistida no serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência; identificar os valores assumidos pelo enfermeiro no serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência que fundam o cuidado de enfermagem; e, compreender a luz de Max Scheler os valores que balizam o cuidado de enfermagem assumido pelo enfermeiro no serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência.

A coleta de dados será realizada pelo pesquisador por meio de entrevista individual a ser agendada conforme a sua disponibilidade e em local de sua preferência, garantindo sua privacidade e anonimato, minimizando interrupções e/ou desconfortos. A entrevista terá duração máxima de quarenta minutos. A questão a ser respondida por você é: “que aspectos da enfermagem você enfatiza no cuidado de enfermagem ao paciente no serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência?”. Sua resposta será gravada em mídia digital para preservar a sua fala na íntegra e sofrerá posterior transcrição. Você realizará a leitura do texto transcrito e, mediante a sua aprovação, expressa por sua assinatura no texto, o pesquisador procederá à análise dos dados obtidos.

O risco identificado no desenvolvimento dessa pesquisa refere-se a possível desconforto ou constrangimento ao responder a entrevista. Caso não se sinta confortável, você deverá relatar ao pesquisador para que a coleta seja interrompida. O benefício será a reflexão sobre a temática valor e o cuidado de enfermagem.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda dos benefícios. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível qualquer compensação financeira adicional.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira vigente Resolução 466/2012 utilizando as informações apenas para fins acadêmicos e científicos. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Os dados ficarão sob guarda do pesquisador, armazenados em mídia eletrônica, no Departamento de Enfermagem Básica, na Escola de Enfermagem, pelo período de 60 meses, decorrido este prazo serão destruídos.

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Este termo encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma via deste consentimento informado será arquivada junto ao pesquisador e outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento. A pesquisadora Grazielli Fabiana Gava certificou-me que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora no telefone **(32) 98437-1680** e contatá-la no e-mail: **grazy\_gava@hotmail.com**; poderei ainda, comunicar-me com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sito à Av. Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005; coep@prpq.ufmg.br; telefax (31) 3409-4592; Campus Pampulha; Belo Horizonte, MG – Brasil.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

( ) Autorizo gravação e utilização dos dados coletados para fins acadêmicos e científicos.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora Grazielli Fabiana Gava

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Gilberto de Lima Guimarães

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:  
COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG  
Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005.  
Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901.  
E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Tel: (31) 3409 4592.

## ANEXO – PARECER PLATAFORMA BRASIL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.195.397

### Objetivos específicos

- I. Identificar os valores assumidos pelo enfermeiro no serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência que fundam o cuidado de enfermagem;
- II. compreender a luz de Max Scheler os valores que balizam o cuidado de enfermagem assumido pelo enfermeiro no serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência”.

### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como os pesquisadores realizarão entrevistas semiestruturadas, e optam por não realizarem observações, altera-se a avaliação de risco x benefício em relação ao parecer de número 3.104.286.

Os riscos relatados pelos pesquisadores no TCLE e no formulário de informações básicas da Plataforma Brasil dizem respeito ao constrangimento em responder a entrevista, o qual é contornado pela garantia do direito à recusa à participação e possibilidade de interrupção da entrevista.

Há o risco de identificação do participante, e de que sejam reveladas condutas não muito adequadas dos profissionais, aspecto que deve ser considerado pelos pesquisadores (ver recomendações).

### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com financiamento próprio, oriundo de programa de mestrado, aprovado pelo Departamento de Enfermagem Básica.

Pendências do parecer de número 3.104.286 atendidas, a saber: modificações no TCLE, incluindo esclarecimento de metodologia da pesquisa (entrevista semiestruturada).

Cronograma alterado, prevendo apresentação da dissertação para maio de 2020.

### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados (folha de rosto, parecer consubstanciado, TCLE, carta de anuência, projeto anexado).

### Recomendações:

Pesquisadores afirmam, no TCLE, que tratarão a identidade do participante com “padrões profissionais de sigilo”, conforme a resolução CNS 466/2012. No que diz respeito a este aspecto, pesquisadores devem excluir da pesquisa qualquer dado do participante que permita sua identificação, mesmo que accidental. Recomenda-se não revelar a unidade de saúde que foi alvo da pesquisa, adotando um nome fictício nas publicações originadas da pesquisa, com fins de evitar a

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad 81 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@ppq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 3.195.397

#### Objetivos específicos

- I. Identificar os valores assumidos pelo enfermeiro no serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência que fundam o cuidado de enfermagem;
- II. compreender a luz de Max Scheler os valores que balizam o cuidado de enfermagem assumido pelo enfermeiro no serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência”.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como os pesquisadores realizarão entrevistas semiestruturadas, e optam por não realizarem observações, altera-se a avaliação de risco x benefício em relação ao parecer de número 3.104.286.

Os riscos relatados pelos pesquisadores no TCLE e no formulário de informações básicas da Plataforma Brasil dizem respeito ao constrangimento em responder a entrevista, o qual é contornado pela garantia do direito à recusa à participação e possibilidade de interrupção da entrevista.

Há o risco de identificação do participante, e de que sejam reveladas condutas não muito adequadas dos profissionais, aspecto que deve ser considerado pelos pesquisadores (ver recomendações).

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com financiamento próprio, oriundo de programa de mestrado, aprovado pelo Departamento de Enfermagem Básica.

Pendências do parecer de número 3.104.286 atendidas, a saber: modificações no TCLE, incluindo esclarecimento de metodologia da pesquisa (entrevista semiestruturada).

Cronograma alterado, prevendo apresentação da dissertação para maio de 2020.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados (folha de rosto, parecer consubstanciado, TCLE, carta de anuência, projeto anexado).

#### Recomendações:

Pesquisadores afirmam, no TCLE, que tratarão a identidade do participante com “padrões profissionais de sigilo”, conforme a resolução CNS 466/2012. No que diz respeito a este aspecto, pesquisadores devem excluir da pesquisa qualquer dado do participante que permita sua identificação, mesmo que accidental. Recomenda-se não revelar a unidade de saúde que foi alvo da pesquisa, adotando um nome fictício nas publicações originadas da pesquisa, com fins de evitar a

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad S/N 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 3.195.397

Identificação dos participantes e riscos à avaliação da imagem institucional, que devem ser evitados conforme a resolução CNS 466/2012.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Na condição de observância das recomendações acima, aprova-se a execução do projeto de pesquisa "A VALORAÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM PRESTADO NO SERVIÇO PRÉ-HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA", do pesquisador responsável GILBERTO DE LIMA GUIMARÃES.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1176570.pdf	24/01/2019 16:22:21		Acelto
Cronograma	Cronograma_modificado_22janeiro2019.pdf	24/01/2019 16:19:45	GILBERTO DE LIMA GUIMARÃES	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_modificado_22janeiro2019.pdf	24/01/2019 16:19:33	GILBERTO DE LIMA GUIMARÃES	Acelto
Outros	Cartaresposta_Parecer_3104286_22janeiro2019.pdf	24/01/2019 15:38:39	GILBERTO DE LIMA GUIMARÃES	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado_22janeiro2019.pdf	24/01/2019 15:22:57	GILBERTO DE LIMA GUIMARÃES	Acelto
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3104286.pdf	24/01/2019 14:52:50	GILBERTO DE LIMA GUIMARÃES	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Cartaanuenciadeste.pdf	07/12/2018 17:43:35	GILBERTO DE LIMA GUIMARÃES	Acelto
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3006117.pdf	07/12/2018 17:42:57	GILBERTO DE LIMA GUIMARÃES	Acelto

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005  
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@proq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.195.397

Recurso Anexado pelo Pesquisador	CartarespostaPlatBRASIL07dezembro2018.pdf	07/12/2018 17:42:32	GILBERTO DE LIMA GUIMARÃES	Acelto
Outros	20180619080726492parecerCDUFGM.pdf	26/09/2018 09:24:30	GILBERTO DE LIMA GUIMARÃES	Acelto
Folha de Rosto	FolhaderostoplatBraslassinada.pdf	21/09/2018 14:09:25	GILBERTO DE LIMA GUIMARÃES	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	08/07/2018 23:03:58	GILBERTO DE LIMA GUIMARÃES	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 13 de Março de 2019

Assinado por:

Ellane Cristina de Freitas Rocha  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br