UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

DIGNIDADE HUMANA: DO OUTRO LADO DO ESPELHO

Abordagem Fenomenológica das Vivências dos Enfermeiros de Terem Sido Cuidados

2003

ISAURA DO CARMO DIAS MOREIRA CARVALHO

UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

VIII CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

DIGNIDADE HUMANA: DO OUTRO LADO DO ESPELHO

Abordagem Fenomenológica das Vivências dos Enfermeiros de Terem Sido Cuidados

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

elaborada e apresentada por

Isaura do Carmo Dias Moreira Carvalho

Sob a orientação do Exmo Senhor

Professor Doutor Nuno Grande

2003

" A nossa dignidade traduz-se na capacidade de nos situarmos para além do mundo. O nosso problema é termos a percepção de dois lados do mundo e só entendermos o nosso lado, separando-nos do outro. Raramente pensamos que alguma vez estaremos desse outro lado. Por isso, é necessário ter uma visão global do mundo e perceber que ambos os lados são importantes".

Dalai Lama

Ao Pedro

Ambos sabemos porquê

A minha gratidão:

Ao Senhor Professor Doutor Nuno Grande

Pelas orientações sábias,

pela sua disponibilidade, amabilidade e confiança

depositadas na orientação deste trabalho.

À Sra Enfermeira Mestre Vitória Parreira

Pela paciência, apoio e disponibilidade

nos momentos difíceis

À Sra Enfermeira Mestre Bárbara Gomes

Pelo apoio e simpatia demonstrados

Aos Colegas de Mestrado

Por partilharem comigo a sua experiência,

pelo interesse e carinho demonstrados

A todas as Participantes

Pelo seu contributo essencial,

que tornou possível a realização deste trabalho

A todas as Pessoas

Que de algum modo viveram

e partilharam comigo este percurso

Resumo

Admitir a humanidade de cada homem implica admitir a sua dignidade. Sendo a dignidade uma qualidade indissociável do ser humano, torna-se imprescindível a sua consideração em qualquer circunstância.

A doença constitui uma situação de vida em que a dignidade pode tornar-se substancialmente ameaçada ou mesmo perdida. Nessa circunstância particular, urge consciencializarmo-nos, como enfermeiros, para o princípio fundamental do respeito pela dignidade da pessoa que se encontra num estado de debilidade.

No contexto do cuidar em enfermagem, o respeito pela dignidade humana representa um direito para a pessoa doente, enquanto ser que necessita de cuidados e um dever para o enfermeiro, enquanto ser que cuida. Nesta medida, torna-se premente que interiorizemos em nós próprios o significado da dignidade humana, para compreendermos, com exactidão, o que devemos respeitar e de que forma o poderemos fazer.

Parece-nos que uma reflexão profunda sobre o fenómeno da dignidade humana na actividade de cuidar em enfermagem constitui a possibilidade de melhor compreender quais os seus significados.

A questão que orientou a nossa pesquisa direccionou-se para a compreensão da dignidade, a partir das vivências dos enfermeiros, não como seres cuidadores, mas como seres que foram cuidados.

Este estudo é alicerçado numa metodologia qualitativa, cuja abordagem fenomenológica hermenêutica, proposta por Van Manen (1997), constitui a orientação metodológica.

Foram seleccionadas para o estudo onze participantes, com as quais realizámos entrevistas semi estruturadas.

Através da descrição das vivências das participantes, a dignidade humana assume expressão em três formas:

- *A dignidade é expressa como **individualidade**, que corresponde a uma forma de consciência: a consciência de si. A individualidade refere-se a uma forma própria de ser de cada uma das participantes e da sua totalidade, revelada através de sentimentos e necessidades vividas. A sua construção assenta também nas influências da própria história individual.*

- *A dignidade é demonstrada como **identidade**, que corresponde a outra forma de consciência: a consciência do que é exterior a si. A identidade refere-se à qualidade das participantes reconhecerem em si próprias, os elementos resultantes da sua interacção com a realidade*

exterior, da qual constituem parte integrante. Esse reconhecimento incide no contexto institucional e na relação vivida.

- *A dignidade corresponde a uma* ***nova consciência****. Torna-se evidente a construção, pelas participantes, de uma nova consciência, manifestada profissionalmente e consequente da reflexão sobre as vivências pessoais de terem sido cuidadas.*

Summary

To admit the humanity of each man implies to admit his dignity. Being dignity a fundamental quality of the human being, becomes mandatory his consideration in any circumstance.

Illness is a situation of life in which dignity can be substantially threaten or even lost. In that particular circumstance, it's urgent to become conscious, has nurses, for the basic principle of respecting the dignity of the patient.

In the context of nursing care the respect for human dignity represents a right for the patient, while a person in care need and a duty for the nurse, while person who care for. Therefore it's urgent that we keep in mind the meaning of human dignity, in order to understand exactly what to respect and how should we do it.

It's our opinion that a deep reflection about human dignity in the context of nursing care presents a possibility to better understand their meanings.

The question that guided our research was directed to dignity comprehension, from nurses experience, not has care providers, but has patients.

This study is based in a qualitative methodology. The phenomenological-hermeneutic approach, proposed by Van Manen (1997), is the methodological guidance.

Eleven nurses were chosen to participate in semi-structured interviews.

Throw the participants related experiences, the human dignity assumes three different expressions:

- *Dignity is expressed has **individuality**, that refers to the own way of being of each participant and of his totality, revealed throw lived feelings and needs. His construction is also based in the influences of their own stories.*
- *Dignity is demonstrated has **identity**, that refers to the quality of self-recognition of the elements resulting from their relation with the outer reality, which they belong to. This recognition focus on the institutional context has well has on the lived relation.*
- *Dignity corresponds to a **new conscience**. Becomes evident the construction, by the participants, of a new conscience, professionally revealed and consequent of the reflection about their own experience has patients.*

Sumário

Folha

Introdução **14**

Capítulo Um: Encetando uma Aproximação à Dignidade Humana **29**

1.Juntando Fragmentos e Compreendendo Conceitos **30**

1.1 Compreendendo o Conceito de Dignidade e a sua Abrangência **32**

1.2 Procurando Elementos da Biologia e da Psicologia **47**

1.3 Aproximando a Dignidade Humana aos Conceitos de Saúde, Doença e Cuidar em Enfermagem **50**

Capítulo Dois: Aproximando-nos à Natureza da Experiência Vivida **61**

1. Perspectivando o Estudo do Fenómeno 62
1.1 Seleccionando uma Abordagem Fenomenológica 65
1.2 Partilhando a Nossa Experiência, Pré Entendimentos e Parcialidades 75
1.3 Formulando a Questão Orientadora 82
1.4 Seleccionando as Participantes e Focando alguns Aspectos Éticos 86

Capítulo Três: Investigando a Natureza da Experiência Vivida 91

1. Obtendo as Descrições da Experiência Vivida 92
2. Construindo a Análise das Expressões Vividas 104

Capítulo Quatro: Realizando um Processo Hermenêutico de Reflexão e Escrita 108

1. Desenvolvendo uma reflexão e uma Escrita Fenomenológica Hermenêutica 109

1.1 Encontrando os Significados da Experiência Vivida..... **112**

1.2 Descrevendo de Forma Temática as Expressões da Dignidade Vivida..... **120**

1.2.1 Revelando uma Individualidade..... **122**

1.2.2 Demonstrando uma Identidade..... **129**

1.2.3 Emergindo uma Nova Consciência..... **144**

1.3 Reflectindo sobre os Significados da Dignidade Vivida.... **150**

1.3.1 A Dignidade com Individualidade..... **151**

1.3.2 A Dignidade como Identidade..... **163**

1.3.3 A Dignidade como uma Nova Consciência..... **178**

Tecendo as Últimas Considerações..... **188**

Referências Bibliográficas..... **208**

Índice de Figuras

Folha

Figura 1 – Primeiro Tema **118**

Figura 2 – Segundo Tema **119**

Figura 3 – Terceiro Tema **120**

Figura 4 – Interligação entre Individualidade, Identidade e Nova Consciência **193**

Figura 5 – Interacção entre Consciência e Vivência **195**

Introdução

Desde tempos remotos que a vida se relaciona com os cuidados e a preservação da vida esteve sempre associada às diversas formas de a manter. O homem, à semelhança dos outros seres vivos, desde sempre necessitou de cuidados para promover a vida e dar continuidade à espécie (COLLIÈRE, 1989). Nesta perspectiva, a enfermagem constitui uma das mais antigas profissões do mundo, pois assume-se como uma actividade de pessoas que prestam cuidados.

No entanto, longe vai o tempo em que os cuidados de enfermagem se confinavam à satisfação de um conjunto de necessidades objectivas ou um mero *tomar conta* de alguém em estado débil ou com ameaça de vida.

Cuidar em enfermagem constitui hoje uma actividade que é considerada como algo mais do que apenas a satisfação das necessidades da pessoa a quem se cuida.

Cuidar constitui, actualmente, uma abordagem holística do ser humano, em que são levadas em conta todas as suas dimensões. Pretende-se, com o conceito actual de cuidar em enfermagem, desenvolver uma actividade humana que considere o homem como um ser livre e único, diferente e superior à súmula das suas partes constituintes.

Cuidar constitui também, uma visão de relação. A eficácia do cuidado é hoje entendida como dependente da relação entre quem cuida e quem é cuidado. De ambos depende o processo e o resultado do cuidado; de ambos depende o grau de entrega a esse cuidado e a consciência da sua importância. É nesta

medida que, para WATSON (2002b)[1], o cuidar em enfermagem ultrapassa a dimensão pessoal, unicamente individual, e constitui o apelo a uma nova forma de consciência.

O objectivo primeiro do cuidar em enfermagem é, pois, direccionado para a preservação da vida[2] humana, em toda a sua existência[3], através da utilização de estratégias, recursos, conhecimentos e energias que visam manter a vida na sua qualidade e prolongar, sempre que possível, a sua duração.

No entanto, a vida humana emerge e flui num misto de dimensões, algo difíceis de identificar e compreender na sua totalidade. A enfermagem arroja-se a tentar desvendá-las e compreendê-las e, nesta perspectiva, é também WATSON (2002b) que nos ensina que, mais do que tentar explicar o homem e o universo, o importante é tentar compreendê-los.

Embora prolifere o desenvolvimento científico e abundem as descobertas relativas a vários aspectos da existência humana e da sua natureza, outros tantos mistérios continuam por desvendar e lacunas por preencher.
Na tentativa de investigar profundamente para melhor compreender estes mistérios, a ciência em geral e a enfermagem em particular começam a valorizar de forma crescente o homem e a sua existência, numa vertente não objectiva e numa dimensão não material.

---

[1] Utilizaremos duas referências a WATSON- a e b - por estas corresponderem a obras com o mesmo ano de edição em Portugal.
[2] Entendemos o conceito de vida como a entidade subtil, responsável pela existência do homem.
[3] O conceito de existência é considerado sob a perspectiva de Heidegger e corresponde ao acto de ser no mundo. O homem é um ser no mundo e faz parte do projecto desse mundo.

A enfermagem tem vindo a tentar, em conjunto com outros ramos do saber, encontrar novos elementos que permitam uma melhor compreensão da vida humana, para melhor dela cuidar.

As exigências da enfermagem actual transportam-na para o questionamento dos padrões sob os quais se rege, impelindo-a rumo a uma nova procura. Algo de desconhecido e de subtil existe na actividade humana do cuidado, que necessita ainda, segundo WATSON (2002b) de ser conhecido e interpretado pela enfermagem. Os arquétipos sob os quais a enfermagem actual ainda se rege são cada vez mais questionados e tenta-se encontrar um novo paradigma. WATSON (2002b, p.21) classifica este processo de questionamento e evolução como *desconstrução* e *reconstrução*.

Cada vez mais é fundamentada a ideia de que o homem constitui um microcosmos universal com as suas leis próprias, as quais ainda não são totalmente conhecidas. Para adensar esta incógnita, também têm vindo a ser divulgados elementos de investigação que indicam ser necessário ter em conta que cada homem se revela como um microcosmos diferente de todos os outros e que possui uma dignidade que é preciso respeitar.

Desta forma, é-nos sugerido pensar que a dignidade constitui algo que se encontra associado ao próprio homem e se insere numa dimensão pouco conhecida. A dignidade humana constituirá, porventura, um mistério ainda pouco desvendado.

A enfermagem, enquanto actividade do homem e do cuidado humano, insere-se no ramo do saber que pretende, também ele, aproximar-se e compreender a natureza humana e, com ela, a própria dignidade.

A dignidade diz respeito, portanto, a todos os homens.

Compreender e aproximar-se da dignidade humana constitui uma preocupação da prática e do conhecimento em enfermagem, quer nos debrucemos sobre aqueles que beneficiam dos cuidados, quer nos centremos nos seres cuidadores.

Ao debruçarmo-nos um pouco sobre o ser dos enfermeiros, observamos que cada um carrega em si um conhecimento passado e presente que almeja a uma melhoria futura. Esse conhecimento é o resultado de um conjunto entrelaçado de saberes teóricos e práticos que constituem os fundamentos que regem o seu quotidiano profissional: são os saberes absorvidos no decurso da sua formação académica e profissional, são os conhecimentos provenientes da experiência transmitida por colegas mais velhos, são as sucessivas aprendizagens adquiridas ao longo da sua prática clínica, mas são também as suas histórias de vida e as sensibilidades descobertas nas suas experiências pessoais que se tornam responsáveis pelo despertar de novos saberes que, repercutindo-se na profissão, ultrapassam as suas fronteiras.

Não podemos esquecer também, que cada enfermeiro constitui um potencial doente o que, no nosso modesto entender, constitui um elemento fundamental a ter em conta quando nos propomos reflectir sobre a dignidade humana no cuidar em enfermagem.

As experiências pessoais dos enfermeiros não têm sido suficientemente exploradas, embora contribuam fortemente para o seu desenvolvimento profissional e lhes proporcionem um enriquecimento moral que os ajuda a maturar as suas concepções e decisões profissionais.

Não podemos deixar de relacionar as vivências pessoais dos enfermeiros com as suas experiências profissionais, abundando os exemplos que poderíamos citar. Quantas vezes os enfermeiros associam a pessoa a quem cuidam a um familiar próximo, como um pai ou um filho ou lhes acode à memória vivências pessoais passadas que vêm retratadas em situações profissionais presentes.

O contrário também é verificável e são múltiplas as situações quotidianas em que verificamos que os saberes profissionais subsidiam explicitamente a prestação e o desempenho pessoal, ao nível familiar ou outros.

Os saberes profissionais fundem-se, deste modo, com os saberes pessoais e constroem progressivamente o conhecimento global que cada enfermeiro possui. O *saber*, o *saber-ser* e o *saber-fazer* vão, assim, sendo enriquecidos e complementados por um *saber-compreender* ou um *saber sentir*.

Tal como nos lembra BENNER (2001), a prática de enfermagem é desenvolvida tanto por um conhecimento clínico como por uma estrutura moral. E se o primeiro nos é bastante familiar e apresenta um carácter mais claro e objectivo, o segundo apresenta-se como pertença de uma dimensão da qual pouco conhecemos, apesar de constituir um foco do nosso interesse.

A indiscutível importância das questões morais e éticas da profissão de enfermagem, à qual pertencemos, sustenta a nossa motivação para tentar encetar um trabalho de investigação direccionado para um tema simultaneamente oculto e presente nos contextos da profissão e da disciplina.

A dignidade humana constitui um conceito com um elevado nível de abstracção e um fenómeno que adquire pouca visibilidade e, por dizer respeito a toda a família humana, apresenta uma forte repercussão ao nível do cuidar em enfermagem, quer nos enfermeiros – enquanto seres que cuidam – quer em todos aqueles que beneficiam dos seus cuidados.

Partilhando da visão de SILVA (1998), de que é necessário existir um fenómeno que suscite motivação e interesse para tornar a investigação possível, seleccionámos a dignidade humana no cuidar em enfermagem como fenómeno que nos propomos estudar. A curiosidade, à semelhança das afirmações de POLIT e HUNGLER (1995), constitui um dos motores que nos impele a tentar compreender e, de alguma forma, tornar mais claro algum dos significados possíveis para a dignidade.

Influenciados pela nossa sensibilidade e pela nossa prática como cuidadores e como formadores, assola-nos ao espírito, desde há longo tempo, o problema da dignidade humana. O nosso interesse não constitui qualquer acto original, pois observamos a dignidade citada por diversas autoras de enfermagem (WATSON, 2002a, 2002b; BENNER, 2001; SWANSON, 1991 e outras). WATSON (2002a) afirma inequivocamente que a razão de ser do ideal moral da enfermagem se centra no respeito pela dignidade humana e SWANSON (1991) reforça a ideia de que preservar a dignidade daqueles que cuida, deve constituir um acto consciente do cuidador. A nossa visão alia-se a esta forma de pensar e viver a enfermagem.

No decurso do quotidiano profissional, a nossa atenção vê-se frequentemente dirigida para cenários reais em que sentimos, de forma intuitiva, que a dignidade está presente ou em causa. Poderíamos enumerar uma infinidade de situações que justificariam inequivocamente esta afirmação.

Também em contactos diversos com outros profissionais e educadores adquirimos a certeza de que a dignidade constitui uma questão fundamental, quer para o desenvolvimento pessoal dos enfermeiros, quer no que respeita à sua prática profissional, motivo pelo qual se encontra contemplada no seu Código Deontológico.

É, no entanto, frequente, apercebermo-nos de que a abrangência da obrigação deontológica profissional, expressa no artigo nº 78, alínea A, do Código Deontológico dos Enfermeiros, constitui uma dificuldade para estes profissionais. Esta dificuldade que também sentimos, centra-se na amplitude e abrangência do campo de actuação profissional.

O respeito pela dignidade do homem, em estado de doença ou de saúde, depois do respeito pela vida, constitui um dos principais objectivos da profissão de enfermagem, onde se pretende que os direitos dos seres cuidados estejam em consonância com os objectivos dos seres que cuidam. Mas se, como nos recorda COLLIÈRE (1989), se é necessário cuidar da vida para se tornar possível a sua permanência, o vasto e ambicioso campo de actuação dos enfermeiros, associado a limitações de ordem socio – profissional apresentam-se como dimensões que, com frequência, se incompatibilizam e impedem uma prestação de qualidade.

O exercício da profissão de enfermagem constitui algo mais de que apenas cuidados normativos e parciais, dotados de uma perfeição técnica, que se dirige ao que HESBEEN (2000, p.64) qualifica como *corpo-objecto*. Existe em cada pessoa, a partir das palavras do mesmo autor, um *corpo-sujeito* respeitante ao ser de cada homem, que exige e reivindica para si, muitas vezes através do silêncio, algum carinho e atenção. É aí que a intervenção do enfermeiro se torna verdadeiramente importante e é, também aí, que residem as maiores dificuldades.

As dificuldades sentidas na profissão têm originado em nós, a dúvida frequente sobre as nossas próprias acções, avaliando a validade e a justiça das mesmas, por vezes conflituando entre o dever e o poder, entre o que pretenderíamos fazer e o que foi possível realizar. A falta de tempo e de condições para cumprirmos o nosso papel integralmente produz em nós um sentimento de frustração, comum a outros profissionais. Este sentimento deriva do facto de a consciência de ter feito o melhor possível nem sempre ser suficientemente gratificante.

Para além disso, os enfermeiros possuem a responsabilidade de desenvolver o seu corpo de conhecimentos, pesquisando sobre matérias que permitam o aprimorar do seu desempenho, conducente à qualidade no cuidar em enfermagem. Esta regra assume uma particular importância no caso específico dos enfermeiros educadores, aos quais acresce a responsabilidade de formar, segundo estes princípios, os futuros profissionais.

Parece-nos que a sensibilização dos profissionais destes dois níveis para a importância da dignidade humana constitui um denominador comum. Esta pode ser consciencializada quer através das imagens sociais comuns, dos conhecimentos teóricos ou, quiçá, da convivência com o fenómeno.

Estamos, no entanto, conscientes das dificuldades existentes em torno deste tema e da sua abordagem.

A consciência destas dificuldades tem-nos levado, frequentes vezes, ao questionamento da natureza da dignidade humana e das formas de a preservar. A impossibilidade de explicitar de forma sistemática essas questões e o facto da nossa sensibilização para esta problemática ser decorrente de vivências e observações quotidianas, baseadas em elementos do senso comum, tornam as nossas percepções destituídas de qualquer cientificidade.

No âmbito do Mestrado em Ciências de Enfermagem foi-nos possibilitada uma aprendizagem, de cariz reflexivo, focalizada em questões fundamentais que englobam a conceptualização, a investigação e o desenvolvimento da disciplina e da profissão de enfermagem. A consecução deste trabalho apresenta-se como a oportunidade de, ao encerrar a calendarização das componentes avaliativas do Mestrado, consolidar o conhecimento adquirido, através do estudo e da pesquisa de um fenómeno que necessitamos de compreender melhor: *a dignidade humana no contexto do cuidar em enfermagem*. Neste trabalho de investigação tentamos articular teoria e prática, no sentido de melhor alicerçar o que antes constituía, apenas, uma preocupação desprovida de sistematização e fundamento teórico.

Segundo SIM-SIM (1997), torna-se patente que a realidade vivida ou percebida pela pessoa, flui à consciência e transporta consigo os significados, os sentimentos e as representações que acompanham o ser humano na sua experiência diária. Estes constituem a força anímica que orienta a pessoa e o reflexo da interioridade presente em todas as circunstâncias da vida. Em tais circunstâncias, estão incluídas as actividades profissionais que cada pessoa desenvolve, ao longo do seu percurso vital.
Nesta medida, consideramos que o desempenho profissional se realiza e tem subjacente a estrutura pessoal de cada ser humano. Assim o entendemos para os enfermeiros.

A partir destes elementos e no que concerne ao fenómeno que nos propusemos estudar, damo-nos conta de duas questões fundamentais. A primeira prende-se com a ausência de conhecimento acerca das percepções mais profundas que os enfermeiros possuem da dignidade e a segunda diz respeito à inexistência de actividades de investigação direccionadas para a vertente pessoal dos enfermeiros. Consideramos, por isso, pertinente valorizar estas insuficiências e propomo-nos realizar um estudo sobre o fenómeno da dignidade humana, na perspectiva dos enfermeiros, não enquanto profissionais, mas enquanto pessoas. Pretendemos partir de situações vivenciais que se relacionam com a sua experiência pessoal em vez da profissional, o que equivale a dizer que nos propomos conhecer a sua experiência como seres submetidos a cuidados e não como seres que cuidam.

Assim, os objectivos que procuramos atingir com este trabalho, são os seguintes:

- Conhecer os significados da dignidade humana, resultantes das vivências dos enfermeiros, enquanto seres cuidados.
- Compreender o fenómeno da dignidade humana no cuidar em enfermagem, a partir das vivências dos enfermeiros de terem sido cuidados.

Pensamos, desta forma, adquirir elementos para uma melhor compreensão da realidade vivencial dos enfermeiros, com quem partilhamos o nosso quotidiano profissional, desenvolvendo conhecimentos que permitam subsidiar a nossa prestação. Acreditamos, também, conseguir angariar alguns elementos que se mostrem úteis em formas novas de compreensão da dignidade, relacionadas com o cuidar em enfermagem.

É, então, chegado o momento de nos questionarmos sobre qual o caminho a seguir.

Cremos que uma pesquisa de cariz qualitativo se enquadra na busca da essência do fenómeno que pretendemos estudar, uma vez que, de acordo com FERREIRA (1997), as ciências da saúde constituem ciências subjectivas que tentam compreender os fenómenos individuais a partir do sentido que os agentes conferem à sua acção.

Um estudo descritivo torna-se também adequado ao fenómeno, uma vez que, segundo VAN MANEN (1997), ao investigarmos a ciência humana, tentamos construir uma descrição (embora interpretativa) de alguns aspectos do mundo vivido.

Supomos ser adequada para este trabalho, uma abordagem fenomenológica, já que, seguindo a ideia de ESPITIA (2000), a fenomenologia é o processo mais adequado para entender e descrever fenómenos humanos pouco conhecidos e que interessam à profissão de enfermagem.

Considerando a dignidade passível de adquirir expressões na experiência vivida e susceptível de descrição, entendemos apropriada a obtenção de informações vivênciais junto dos participantes a escolher, prosseguindo na sua reorganização e análise. Através deste caminho, cremos poder encetar a construção de uma estrutura conceptual que dê forma ao fenómeno da dignidade humana no cuidar em enfermagem, a partir do olhar da própria pessoa que o experiencia.

Na pesquisa fenomenológica, são várias as orientações que podemos seguir, para desenvolver o processo metodológico. A nossa opção recaiu sobre VAN MANEN (1997) por encontrarmos nas suas orientações um fio condutor para a consecução do nosso estudo. Este autor indica-nos quais as directrizes que considera essenciais para a realização de pesquisas que se enquadram no âmbito das ciências sociais e humanas, inseridas numa abordagem fenomenológica. Parece-nos assim, que a enfermagem enquanto ciência e a dignidade humana no cuidar em enfermagem enquanto fenómeno que se pretende compreender, se enquadram neste tipo de orientação.

Neste estudo, não partimos de uma teoria pré existente, nem procuramos gerar teoria, desejando, tão somente, compreender as vivências dos enfermeiros, na condição de seres cuidados.

Pretendemos, pois, que a reflexão fenomenológica ponha a descoberto o significado das expressões de dignidade dos enfermeiros que, connosco, tornarão possível a concretização desta pesquisa, bem como permita encontrar uma estrutura conceptual, gerada indutivamente, a partir da representação do fenómeno.

A organização do texto deste trabalho desenvolve-se de acordo com as seguintes indicações:

- O corpo do texto é composto por quatro capítulos principais. No primeiro, realizaremos uma aproximação à dignidade humana, onde tentaremos compreender os conceitos principais e incluiremos algumas referências e citações, qual tentativa de ordenar e apresentar os fragmentos dispersos na literatura encontrada.

- No segundo capítulo perspectivaremos o estudo do fenómeno, através da selecção do tipo de abordagem, da partilha da nossa própria experiência e de alguns pré entendimentos que consciencializamos acerca do fenómeno em estudo. Referiremos ainda, as questões que orientaram a nossa pesquisa, a selecção das participantes e focaremos alguns aspectos de carácter ético.

- No terceiro capítulo, daremos conta da investigação da experiência vivida, no contexto dos procedimentos que a orientação fenomenológica de VAN MANEN (1997) recomenda. Apresentamos a obtenção das descrições da experiência vivida dos enfermeiros

participantes na pesquisa, bem como a construção da análise dessas mesmas descrições.

- No quarto capítulo, procederemos à realização de uma análise, reflexão e descrição dos significados das vivências de dignidade, isto é, do que VAN MANEN (1997) denomina como reflexão e escrita hermenêuticas. Apresentaremos o que constituiu o caminho percorrido desde a procura dos significados da experiência vivida até à reflexão sobre os temas desvelados a partir dela.

  Este processo será justificado à luz das várias concepções teóricas sobre esta problemática, uma vez ter resultado vã a pesquisa realizada sobre a existência de outros estudos fenomenológicos sobre o tema, por nós, estudado.

- Finalizaremos a apresentação do nosso trabalho com um capítulo apresentado em forma de conclusão, no qual daremos conta das considerações finais sobre a pesquisa e o trabalho realizado, seguindo-se a apresentação sumária da pesquisa bibliográfica utilizada.

Na organização deste trabalho, no que respeita às normas de apresentação de trabalhos científicos, baseamo-nos nas normas portuguesas, expressas nas orientações recomendadas pelos Responsáveis pelas Bibliotecas das Escolas Superiores de Enfermagem da Zona Norte (1997).

Capítulo Um

Encetando uma Aproximação à Dignidade Humana

1. Juntando Fragmentos e Compreendendo Conceitos

Pensar a dignidade humana sugere-nos pensar em algo que se encontra associado à própria natureza do homem.

A dignidade humana constitui, no entanto, um dos paradoxos que caracteriza o homem actual e a sua componente paradoxal situa-se no facto de esta ser referida e valorizada em contextos situacionais onde não existe ou está em risco.

Frases como *não foi respeitada a dignidade humana* ou *é importante preservar a dignidade humana* tornam-se, para nós, familiares e são habitualmente conectadas com cenários de conflito político-social, de desrespeito pelos direitos humanos ou ainda com notícias que se relacionam com os limites da evolução da ciência.

Enquanto forma verbal ou escrita, a dignidade humana torna-se uma expressão cada vez mais comummente utilizada e, observando com atenção, verificamos a diversidade de contextos e formas onde ela parece citada ou referida.

As suas referências abundam nos meios de comunicação bem como nos contextos socio-profissionais. Os acontecimentos internacionais de ordem política e social, os avanços de carácter científico e as reflexões de natureza ética constituem também contextos de referências à dignidade humana.

Mas as citações e referências à dignidade humana proliferam também em actividades de ordem criativa como é o caso da literatura ou da poesia. CREED & MASSER (1990) citam a dignidade de uma forma curiosa, numa das suas composições musicais: *"[...] no matter what they take from me, they can`t take away my dignity, because the greatest love of all is happening to me. I found the greatest love of all inside of me [...]"*[4].

Estas palavras induzem-nos a avançar para uma primeira definição do conceito de dignidade. Os autores parecem sugerir que a dignidade constitui um bem que se possui e que pode ser perdido por indução de alguém ou de algo. Também nos é sugerido pensar que um estado de amor interior poderá constituir um impeditivo a que a dignidade seja perdida, ou seja, uma arma de defesa contra a perda de dignidade. Da mesma forma e a partir das mesmas palavras, podemos considerar que um estado de falta de amor poderá ser indutor de perda de dignidade.

RUFIN (2000) refere também a dignidade num dos seus romances, num capítulo em que o protagonista realiza o acto heróico de se confrontar com os poderes instituídos, de forma a poder manifestar os seus ideais. Neste contexto a dignidade é conotada com o sentido de *coragem.*

A temática que envolve a dignidade humana não constitui novidade e o seu valor parece ser incontestável. A multiplicidade de citações e referências à dignidade em todos os níveis do conhecimento e acção humanos, transforma

[4] Frase retirada de um song-book inserido num disco de Witney Houston: "*não importa o que me retirem, não conseguirão retirar-me a dignidade porque me aconteceu o grande e total amor. Encontrei o grande e total amor no meu interior*".

a dignidade num fenómeno de interesse geral e num tema abundantemente discutido e divulgado.

No entanto, ao observarmos com um pouco mais de atenção os documentos disponíveis, verificamos a inexistência de estudos de investigação em que a dignidade possa constituir o seu tema central.

Uma pesquisa mais apurada mostra-nos também, que a informação disponível sobre o tema apresenta pouca especificidade e profundidade, o que a transforma em pouco mais que escassas referências, fragmentadas e dispersas.

Por essas razões, tentaremos condensar e organizar as informações encontradas, como forma de tornar possível uma aproximação à dignidade humana e aos conceitos que, de algum modo, a envolvem.

Na busca de alguns dos seus elementos constituintes, iniciaremos o caminho de aproximação ao tema da dignidade humana, tomando como ponto de partida as suas origens e definições, tentando simultaneamente compreender a importância global do conceito e a sua relação com a enfermagem.

1.1 Compreendendo o Conceito de Dignidade e a sua Abrangência

Demos início à nossa aproximação à dignidade humana, partindo da pesquisa de eventuais definições. Para tal, procedemos à consulta de dicionários de carácter geral e de carácter temático e várias foram as definições encontradas.

Dignidade constitui um étimo originariamente latino *dignitas* e deriva de um outro que lhe deu origem *dignus,* que significa digno. O termo digno é definido por CUNHA (1986, p.265) como *"merecedor, honrado, honesto, decoroso"*.

TORRINHA (1939, p.97), por seu lado, define dignidade como *"cargo elevado, grandeza e nobreza"*.

TERSARIOL (1956, p.104) considera a dignidade de forma similar, definindo-a como *"respeitabilidade, autoridade nobreza, autoridade moral, decoro"*.

Na EDITORA DICIONÁRIOS (1992, p.547) podemos também, encontrar uma caracterização do conceito que se apresenta dotada de maior amplitude e que passamos a transcrever na íntegra:

> *"Qualidade moral que infunde respeito; consciência do próprio valor; gravidade; grandeza; modo digno de proceder; respeitabilidade; cargo elevado; honraria; autoridade; nobreza; princípio moral baseado na finalidade do homem e não somente na sua utilização como meio;-* ***humana****: valor particular que tem todo o homem como homem, isto é, como ser racional e livre, como pessoa;* ***moral da - humana****: doutrina segundo a qual o princípio ético fundamental é o respeito da pessoa humana em si mesma e nos outros"*.

DUROZOI & ROUSSEL (2000, p.116-117) reforçam as concepções anteriores, quando afirmam que dignidade pertence ao domínio da moral humana e consiste:

> *"Em moral, característica da pessoa humana que tem um tal valor que deve ser sempre tratada como um fim e nunca simplesmente como um meio. Enquanto que as coisas têm apenas um valor relativo, por outras palavras, um preço, as pessoas, que são superiores a qualquer preço, têm um valor intrínseco, isto é, uma dignidade".*

O OXFORD REFERENCE DICTIONARY (MAIRIS, 1994) refere também as componentes etimológicas e sugere três usos para a palavra dignidade. O primeiro registo refere-se a uma maneira ou *"estilo próprio"* de cada um, o segundo compreende o significado de digno ou *"merecedor de honra e respeito"* e o terceiro registo sugere *"alto cargo ou posição"*.

O WEBSTERS DICTIONARY (HADDOCK, 1996) introduz um novo elemento para a melhor compreensão do conceito quando cita a dignidade como *"mérito"* ou *"excelência, nobreza de carácter"* e *"qualidade pessoal de controle de estima"*.

Também o DICCIONARIO PORTUGUÊS - ESPANHOL (EDITORA DICCIONÁRIOS, 2000, p.415) distingue a relevância do conceito de

dignidade como a "*calidad de digno*"[5] e também "*gravedad e decoro de las personas en la manera de comportarse*"[6].

Os significados encontrados nas fontes consultadas assemelham-se entre si e não diferem grandemente nos seus elementos constituintes.

As definições de dignidade humana fundamentam-se na filosofia ocidental e remontam a uma distância temporal longínqua, se considerarmos alguns dos seus elementos precursores.

Já na antiga Grécia, os filósofos pré socráticos, sem referirem a dignidade de forma directa, mas apostados numa visão cosmológica do homem e do mundo, se preocupavam em reflectir sobre os valores subjacentes à acção humana (MARCOS, 1999). As suas preocupações comportam a atribuição de um valor às capacidades do homem, afirmando que o bem por ele realizado deriva de uma bondade que o ajuda a evitar o erro e a aproximar-se da perfeição.
Introduzem, a partir dessas reflexões, a noção de acção moral[7] e que esta possui, como fim a atingir, o próprio bem. Também deixam transparecer a ideia de que o sentido da vida humana se traduz na aproximação à perfeição.

Simultaneamente, os Sofistas (ABBAGNANO, 1991), ao tomarem o homem como a medida de todas as coisas, lhe atribuem uma supremacia que torna

[5] Qualidade de digno
[6] Seriedade e decoro das pessoas na maneira de se comportarem
[7] Acção moral enquadra-se numa teoria de bem e de mal e significa os actos e intenções que pretendem aproximar-se do bem.

evidente a sua dignidade, na medida em que a consideram como a capacidade do homem em destrinçar e determinar o bem e o mal.
O homem constitui para eles, a escala de mensuração para o bem e para o mal, em que um e outro tornam possível a visibilidade da dignidade, através da acção que o homem desenvolve.

Existem, no entanto, dois autores que constituem marcos filosóficos, no que concerne à dignidade humana como tema principal.
O primeiro, refere-se a Giovanni Pico Della MIRANDOLA, um ilustre representante do humanismo renascentista, que escreve um texto que se torna famoso na sua época, que sobrevive aos efeitos do tempo e que se denomina *Discurso sobre a Dignidade do Homem.*
O problema da dignidade humana é percebido no seu discurso, quando MIRANDOLA (1999) exalta o valor do homem e o lugar central que este ocupa no universo. Atribui ao homem uma origem divina e às suas acções razões teológicas. Considera o homem como um grande milagre.
Elogia o homem digno de admiração pelo facto de lhe ter sido atribuído por Deus, o poder de decidir sobre o seu próprio destino, isto é, tomar consciência da sua própria liberdade, podendo autodeterminar-se. No entanto, refere um pouco mais adiante que é a acção que o homem desenvolve ao longo da sua vida que decide o seu caminho. Preconiza que, se a decisão do homem for agir de forma a ultrapassar as discórdias entre os homens, o fim desse caminho constituirá a paz e a felicidade, por ter escolhido ser um dos eleitos de Deus.
Este discurso denota uma responsabilidade e um compromisso moral que orienta o agir humano. O homem, na sua dimensão terrena, é dignificado e a

felicidade constitui o horizonte do seu agir. É-lhe então, conferido o dever moral de encetar uma acção de acordo com esse horizonte.

O segundo marco, diz respeito a Emanuel KANT, um filósofo alemão do século XVIII, que dedicou algum do seu tempo de estudo, a tentar definir e compreender a dignidade humana. Ao debruçar-se sobre a problemática do conhecimento e acção do homem, a partir das questões como *o que posso conhecer?*, *o que posso fazer?* e *o que posso esperar?* [8], KANT fornece contributos essenciais para compreensão da dignidade humana.

A dignidade constitui, para o autor, uma característica intrínseca ao homem, à qual não é possível atribuir um equivalente, ou seja, um preço. Esta característica pertence à dimensão pessoal do homem e para KANT (1995), uma pessoa apresenta dignidade por se situar acima de qualquer preço, não sendo possível a sua substituição.

KANT (1995) refere ainda que a condição que impõe ao homem que ele seja considerado um fim em si mesmo e não apenas um valor relativo ou comparável com outro, é a dignidade. A dignidade constitui, deste ponto de vista, uma qualidade moral[9] fundamental, da qual decorrem todos os outros valores.

KANT (1994) afirma a pessoa moral como pertença de uma natureza existente para além do mundo sensível, um ser único e um fim em si mesmo, que se encontra sujeito à sua própria vontade. Esta vontade decorre da associação de dois elementos fundamentais: a faculdade de razão que o

[8] Crítica da Razão Pura, Crítica da Razão Prática e Fundamentação da Metafísica dos Costumes
[9] Orientada por princípios de conduta considerados como universalmente válidos

homem possui, e a sua liberdade para escolher e agir. Ao processo de interacção entre estes dois elementos, KANT (1995) apelida de *razão prática*. Afirma também, que a razão humana relaciona as máximas da vontade com todas as acções do homem consigo próprio e com os outros, devido à ideia de dignidade. Assim, a autonomia do homem deve desenvolver-se de tal forma que as leis a que ele obedece são as mesmas que ele próprio cria. Mas o autor assume que esta autonomia se avalia pelo respeito do homem por si próprio e pelos seus semelhantes. Daqui resulta que a *autonomia*, avaliada pelo *respeito*, constitui o fundamento da *dignidade*.

No desenvolvimento do processo moral, KANT (1995) considera a própria moralidade da acção a única condição que torna possível ao homem ser considerado um ser digno. A moralidade da acção decorre, segundo KANT (1995, p.80), da própria vontade do homem e, neste contexto, afirma a seguinte lei: "*age de tal modo que a máxima da tua vontade possa valer sempre ao mesmo tempo como princípio de uma lei universal*".

É através desta lei que toda a acção humana se desenvolve e explica. A mesma lei que Kant apelidou de fundamental pretende ser a expressão clara da faculdade humana racional, traduzida numa lei universal e, portanto, moral.

As bases nas quais assenta a moral kantiana, situam-se na universalidade da vontade do homem, traduzida nas acções por si desenvolvidas, qualquer que seja o contexto. A vontade é aqui sinónimo de dever, ou seja, corresponde a algo que denomina de *imperativo categórico* da acção, inerente à natureza do próprio homem, não fundamentado em condições exteriores, mas na sincronia

interna entre querer e dever. O homem na sua natureza ontológica quer enquanto deve e deve enquanto quer, sem que um ou outro aspecto assuma diferentes sentidos. Para KANT (1994), querer e dever apresentam-se como sinónimos e deles decorrem os valores existentes na moral humana.

Mas a moral só assume um cariz verdadeiramente prático quando é transformada em normas de conduta capazes de a tornar mais compreensível para o ser humano. Essas normas subentendem os princípios morais a respeitar e reportam-nos para o domínio da Ética.

A dignidade tem vindo a sofrer variações de sentido que têm oscilado entre o valor teológico e o domínio ético.

Poderíamos atribuir a responsabilidade da dimensão ética do conceito da dignidade humana a ARISTÓTELES. Discípulo de Platão e considerado o pai da Ética devido aos seus vários escritos[10] (ABBAGNANO, 1991; MARCOS, 1999), ARISTÓTELES fornece-nos uma nova forma de encarar a moral e tenta aproximá-la da compreensão e da acção do homem, através da criação de um código ético de significados para acção. Ético corresponde ao valor moral aplicado sob a forma de código de comportamentos e atitudes (GRANDE, 2000).

ARISTÓTELES (ABBAGNANO, 1991; MARCOS, 1999) afirma a ética como resultado do costume e define dois tipos de virtudes: as virtudes morais e as virtudes intelectivas. Às virtudes morais, o autor considera-as como disposições de escolha do justo meio, capazes de desencadear a acção do

[10] Ética a Nicómaco, Ética Eudemia e Grande Ética

homem. Entre as virtudes morais que ARISTÓTELES considera mais importantes encontra-se a justiça, que se apresenta como virtude total, perfeita e orientadora das acções, fundadora do direito dos homens, que é aplicada na sua vida social.

As virtudes intelectivas constituem, por seu turno, as capacidades da razão que possibilitam ao homem a demonstração das mesmas, através da sua acção, do seu hábito, da sua ética. Nesta medida, o homem que tem o hábito de praticar a justiça torna-se justo e o homem que pratica o bem torna-se bondoso.

O homem é, assim, um ser de carácter social que se insere num determinado conjunto de hábitos a que denominamos cultura (GRANDE, 2000) e a sua acção traduz-se numa série de comportamentos e atitudes cujas variantes se relacionam com factores socio-culturais nos quais o homem se integra.

Pode afirmar-se, portanto, que a aplicação dos valores morais assume significados que se particularizam mediante os padrões culturais, definindo estes os códigos de comportamentos humanos (GRANDE, 2000). Cada cultura determina os códigos de comportamento individual e social e estabelece os limites da acção dos seus membros. Qualquer código cultural terá, pois, implícitos os padrões aceitáveis ou inaceitáveis, justos ou injustos, bons ou maus, correctos ou incorrectos.

Nesta abordagem, podemos afirmar que a dignidade se relaciona sempre com a vida, o bem, a justiça e a verdade.

Referimos anteriormente que a dignidade é uma qualidade humana fundamental. Isso significa que a dignidade não adquire sentido, se não considerarmos o primeiro de todos os valores, que é a vida. A vida constitui o valor mais imprescindível a considerar, pois constitui a razão da existência do homem e o que dá sentido a todos os outros valores. Só na medida em que vive é que o homem existe e a expressão da sua existência ocorre num mundo do qual faz parte integrante. Por consequência, só na medida em que existe é que o homem pode expressar a sua dignidade.

HEIDEGGER (2001) refere mesmo o homem como um ser que existe no mundo, com o qual tem uma forma própria de lidar, com o qual se ocupa o no qual encontra a sua existência.

A vida humana e o valor que se lhe atribui, encontra-se intimamente ligada aos padrões culturais de cada época, no sentido em que os modos de agir variam de acordo com a evolução dos costumes e das sociedades e ambos variam ao longo da história.

E, se é verdade que os padrões culturais determinam o carácter ético da acção humana e que essa acção tem como fim, de acordo com GRANDE (2000), promover a harmonia possível do homem consigo mesmo, com o seu meio e os seus semelhantes, também não é menos verdade que a história passada e presente nos tem confrontado com acontecimentos que tornam importante a reflexão sobre a dignidade.

Acções major têm sido realizadas por parte de uma minoria humana com poder no mundo que, para além de outras consequências, revelam, de acordo

com a CNECV[11] (1999), um total desrespeito pela dignidade dos seus semelhantes. SANTOS (2002) expressa esse aspecto de forma clara quando afirma que a "*dignidade humana respeitada naturalmente pelas sociedades rudimentares passou a ser desrespeitada e aviltada, impondo aos oprimidos e escravizados às mais indignas situações, com a degradação de suas culturas, a negação da sua liberdade*"[12].

Na época medieval, as actividades da Inquisição e, mais recentemente, os cenários de guerra, em especial o que diz respeito ao genocídio consequente do holocausto da II Guerra Mundial têm proporcionado as condições para que as entidades internacionais se debrucem de novo sobre a vida humana, o seu valor e a sua dignidade. Este cenário de guerra não representou apenas a morte de milhões de pessoas na Europa, mas simboliza também a quantidade de experiências científicas realizadas com os seres humanos presos nas garras de uma guerra sem tréguas.

Num passado mais recente, observamos a ocorrência de situações sociais e políticas que denotam a existência de um paradoxo entre a consciência e a acção dos homens, quando escutamos afirmações que pretendem justificar que actos de guerra, como sendo realizados em nome da paz. Estas e outras razões constituem motores que impulsionam a necessidade de repensar o verdadeiro valor da vida humana.

[11] Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida
[12] Texto extraído de documento disponibilizado por internet, p.2

Considerar a vida humana e os direitos a ela inerentes constituem as principais razões que têm levado à enfatização da reflexão sobre o problema da dignidade do homem e à criação de códigos internacionais de conduta.

Neste contexto, as reflexões sobre a vida e a dignidade humanas, o seu valor e a sua consideração, abrem caminho à necessidade de universalizar com efectividade os direitos e deveres da humanidade, estatutando-os de forma universal. Assim tem vindo a ser criada uma deontologia que expressa de forma inequívoca os princípios éticos a atender quanto ao respeito pelo valores morais da humanidade. É o caso da Declaração Universal dos Direitos do Homem (SERRÃO e NUNES, 1998, p.185), que surge em 10 de Dezembro de 1948. Pode ler-se no preâmbulo da Declaração:

> *"Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo".*

Por outro lado, ao assistirmos ao desenvolvimento das denominadas Biociências que se enquadram na área de investigação da vida humana, observamos que este tem levado ao aparecimento de novos códigos internacionais de conduta que para ela se dirigem com maior especificidade.

Os códigos internacionais que têm vindo a surgir neste âmbito inserem-se num conceito mais recente de ética, designado por Ética da Vida ou Bioética. Mais do que a Ética da Vida, a Bioética diz respeito a todo o tipo de manipulação externa dessa vida. Desta forma o homem tem assumido a

consciência de que, conforme nos mostra SÈVE (1997), se apresenta integrado em dois grandes domínios: enquanto indivíduo, sujeito às leis do determinismo orgânico, e enquanto pessoa, um ser com uma liberdade própria, parte integrante do domínio da moral. Estes aspectos implicam a criação de normas para lidar com uma entidade simultaneamente orgânica e moral, definindo os limites éticos que permitem respeitar uma e outra dimensões.

Por tais motivos, o homem depara-se hoje com a necessidade premente de delimitar, de forma cada vez mais precisa, os domínios de actuação em áreas como a Biomedicina, a Engenharia Genética e a Biologia, de forma a tornar conciliáveis actividades biomédicas e respeito pelos valores morais.

Pelas mesmas razões, a dignidade tem vindo a ser considerada e referida em todos os documentos internacionais que têm sido elaborados no domínio da Bioética, dos quais se pode tomar como exemplo a Convenção Internacional sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, de 19 de Novembro de 1996 (SERRÃO e NUNES, 1998, p.98), cujo título se transcreve à letra:

> *"Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano Relativamente às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina".*

Outros exemplos podem ser citados, como o "*Protocolo Adicional à Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano Relativamente às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção*

Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, que Proíbe a Clonagem de Seres Humanos", ou ainda a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos do Homem, de 11 de Dezembro de 1997, que na sua primeira alínea, que diz respeito à *Dignidade Humana* e o *Genoma Humano* (SERRÃO e NUNES, 1998).

Na sequência das convenções universais, também no contexto de cada cultura, de cada país, a preocupação com a salvaguarda da dignidade constitui uma realidade em termos legais, sendo a responsabilidade de a legislar atribuída ao Estado.

Apesar de não caber ao estado tornar legislada a moralidade (SPCEPH[13], 1991), uma vez que não é, sequer, possível regular os actos internos de cada homem, torna-se necessário legislar sobre as directrizes que correspondem ao direito natural humano e seus limites que, não são mais do os impostos pela dignidade humana.

Nesta perspectiva, a CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA (1994, p.57) expressa de forma clara no seu artigo 1º que *"Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária"*.

CANOTILHO e MOREIRA, nas anotações que realizam à 3ª edição da CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA (1994) referem a

[13] Sociedade Portuguesa de Ciência e Ética Pedro Hispano.

dignidade como base da república ligada à garantia constitucional dos direitos fundamentais do homem, que confere unidade aos direitos pessoais. O direito à vida, à integridade física e moral e outros, bem como aos direitos sociais, traduzidos no direito ao trabalho, à habitação e à saúde constituem alguns dos referidos. A dignidade humana é ainda considerada como um valor autónomo inerente aos homens em virtude de serem simplesmente *pessoas*[14].

RENAUD (1999), afirma que, para além do reconhecimento nacional da dignidade humana, o seu reconhecimento internacional e político como característica inviolável do homem representa uma valorização inquestionável no relacionamento entre os homens e que o acordo desse princípio ético constitui um elemento fundamental para tornar possível a coexistência pacífica dos indivíduos e das nações.

No entanto, RENAUD (1999) considera que os acontecimentos sociais, científicos, políticos e económicos tornam débeis os limites de aceitação da dignidade humana, uma vez que, pelos avanços da investigação científica e pelas políticas economicistas, o ser humano é reduzido a poucas das suas funções.
Também a velocidade com que o mundo e as ideias avançam, retiram ao homem a sua capacidade de assimilar os acontecimentos de forma crítica, o que origina a deturpação de valores e convicções, associadas à confusão das regras e modos de agir, de educar e de encarar a vida.

[14] Deriva do étimo latino persona, que significa a máscara que os actores usavam no teatro e, por extensão, o próprio actor.

Como resultado verifica-se, segundo o autor, uma forma de tolerância que resulta da ausência de capacidade crítica. Esta insuficiência crítica origina a necessidade de diálogo, reflexões e acertos relativos a questões fundamentais, como a falta de controle dos desvarios do poder e o valor da dignidade humana.

A dignidade apresenta-se, assim, como um conceito dinâmico, com uma inscrição espacio temporal e não apenas formal, que varia em cada cultura e na relação entre as diferentes culturas.

1.2 Procurando Elementos da Biologia e da Psicologia

A dignidade do homem é sentida e torna-se visível através do corpo (CNECV[15]; 1999) e falar do corpo implica assumir que o homem também constitui uma unidade biológica. A este propósito MERLEAU-PONTY (1999) refere que uma das razões porque o homem é o seu corpo, é o facto de esse organismo biológico desempenhar um papel próprio e não constituir algo inerte, correspondendo a um movimento da existência do próprio homem.

Falar do homem enquanto unidade biológica implica falar de Biologia. Ela constitui, hoje mais do que nunca, a principal área de conhecimento do homem enquanto máquina biológica.

A importância dos dados biológicos fundamentais, como refere RODRIGUES (1992), deve-se ao conhecimento da evolução dos seres vivos em geral e do

[15] Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

homem em particular. A evolução do conhecimento sobre o homem tem abarcado domínios que vão da biogênese e todos os seus elementos (como a formação e características do ADN) à evolução sua morfológica. Estas, trazem-nos importantes contributos para a área da ontofilogenia do cérebro humano.

A unidade biológica humana corresponde a uma renovação constante que produz e transforma energia noutras formas, que se traduzem em actividades fisiológias e psicológicas (GRANDE, 2000). O conhecimento da organização do sistema nervoso humano nas suas diferentes estruturas e funções, bem como de todos os processos bioquímicos envolvidos, são essenciais para a compreensão dos factores que determinam a forma de actuar individual e social do homem e constitui um importante suporte para o desenvolvimento da Psicologia. MERLEAU-PONTY(1999, p.130) refere de forma clara esta relação, ao afirmar que "*os motivos psicológicos e as ocasiões corporais podem-se entrelaçar porque não há [...] um só acto psíquico que não tenha encontrado pelo menos seu germe ou seu esboço geral nas disposições fisiológicas*".

Actividades do cérebro humano, como a memorização ou a aprendizagem, dependem de processos importantes que é inevitável conhecer, assim como todos os processos bioquímicos, metabólicos e os que daí advêm: os aspectos psicológicos individuais e sociais (RODRIGUES, 1998). A Biologia fornece, assim, os elementos essenciais à compreensão dos mecanismos que subjazem ao comportamento humano e ao relacionamento entre os homens.

O comportamento do homem, relativo a si próprio e aos outros, apresenta-se, assim, imbuído de uma actividade psíquica que como refere SIMÕES (1996) se situa na área da Psicologia. Este domínio do conhecimento humano oferece importantes contributos no que concerne à compreensão do mundo interior do homem e das capacidades psicológicas humanas que se traduzem em comportamentos observáveis. A modificação do equilíbrio destes factores pode constituir factor causal de relações alteradas e, portanto, de comportamentos que se situam fora dos padrões sociais habituais.

É importante, pois, que exista um estado de equilíbrio constante da unidade biológica para que a actividade psicológica ocorra de forma adequada e o comportamento do homem se revele como o resultado desse equilíbrio. A justificação reside no facto de existirem relações de troca, entre a estrutura biológica e a unidade psicológica, que frequentemente impedem de definir uma alteração mental como apenas psíquica ou somática (MERLEAU-PONTY, 1999).

Se considerarmos a Biologia e a Psicologia apenas como ciências que se referem ao homem enquanto espécie, percebemos que ambas dizem respeito a uma estrutura biológia e psicológica semelhante na sua base e comum a todos os homens. No entanto, estas duas estruturas encontram-se em diálogo permanente consigo próprias e com os diversos meios externos que as condicionam de forma efectiva (GRANDE, 2000).
Assim, o diálogo simbiótico humano, que deriva da relação particular entre as suas componentes biológicas e psicológicas, faz o homem pensar e agir,

enquanto que o conjunto de circunstâncias ocorridas ao longo do seu ciclo vital determina, por sua vez, a forma como a sua acção se desenvolve.

1.3 Aproximando a Dignidade Humana aos Conceitos de Saúde, Doença e Cuidar em Enfermagem

O homem é um ser no tempo, no sentido de que, como refere HEIDEGGER (2001), é no tempo que o homem continuamente se move e repousa, numa sequência infinita de momentos que tornam possível a sua constante actualização.

É a partir da perspectiva do tempo como um movimento permanente que consideramos que o equilíbrio humano, enquanto dinâmico, é instável e apresenta uma oscilação constante que se traduz num contínuum de estabilidade/instabilidade.

Este processo requer uma atenção especial, pois dele deriva o que denominamos de *saúde*. O conceito de saúde é complexo e, ao contrário da dignidade, tem sido largamente estudado, desenvolvido e divulgado. A sua complexidade resulta da complexidade do próprio ser humano e a sua evolução decorre da tentativa constante de construir um conceito, cujo limite constitua a totalidade das dimensões do próprio homem.

Podemos definir saúde à luz do preconizado pela Organização Mundial de Saúde que, como organismo internacional responsável pela resolução e desenvolvimento de temas e problemas ligados à saúde, tem vindo, entre

outras actividades, a estabelecer e actualizar o conceito de saúde. Os seus significados têm evoluído, mercê da própria evolução humana e dos contextos sociais, culturais ou económicos.

A Convenção de Alma Ata ou a Carta de Otawa constituem exemplos vivos dessa preocupação e a saúde é definida actualmente por esta organização como um estado de bem estar que envolve três vertentes humanas: a vertente física, a mental e a social. É também especificado neste conceito que a saúde não constitui apenas a ausência de doença (ELHART [et al], 1983).

Podemos também considerar o conceito de saúde a partir do que nos dizem algumas autoras de enfermagem, de que FLORENCE NIGHTINGALE constitui a primeira referência. Esta autora (MARRINER TOMMEY [et al], 1989) define o conceito de saúde, estabelecendo-a como um processo directamente ligado à doença, no sentido em que é a partir da doença que nós atingimos a saúde.

NIGHTINGALE, citada por MARRINER TOMMEY [et al] (1989) afirma que canalizamos para a saúde todas as nossas energias e considera o percurso da doença para a saúde, um processo de reparação e melhora.

WATSON (2002a) considera a saúde como um conceito totalmente subjectivo em que corpo, mente e alma, se encontram incluídos numa totalidade indissociável. Esta totalidade una procura constantemente reunir esforços para prevenir a doença e atingir o equilíbrio (BARNHART [et al], 1989). É de salientar que esta autora, ao considerar a alma humana como um factor importante a ter em conta e a partir do seu sistema de valores, atribui ao

conceito de saúde, para além das dimensões físicas, mentais e sociais, uma dimensão moral.

LEININGER (1995) define saúde como um bem estar cultural, no sentido em que reflecte a capacidade que os indivíduos e os grupos possuem para levar a cabo as suas actividades quotidianas, expressas culturalmente. Os valores inerentes a cada cultura determinam o que os indivíduos consideram constituir a saúde, bem como as suas formas de manutenção, prevenção e recuperação (ALEXANDER [et al], 1989; GEORGE, 1993).

Ao considerarmos o conceito de saúde verificamos que a sua evolução se tem vindo gradualmente a afastar das visões reducionistas e que a classificação de saúde como apenas a ausência de doença é, pelo menos, insuficiente. O conceito de saúde tem, assim, vindo a desenvolver-se no sentido de abranger o homem na sua totalidade, considerando-o uma entidade que vai muito além do físico.

Valorizar progressivamente a interioridade e transcendência humanas, à semelhança da evolução do próprio conceito de homem, são etapas que, segundo WATSON (2002a), apresentam uma importância vital.
No entanto, o estado de saúde, inserido numa dinâmica humana global, não constitui uma situação permanente e o homem, ao longo do seu ciclo vital, passa por momentos em que o equilíbrio dá lugar ao desequilíbrio. Quando este sai vencedor no processo de estabilidade/instabilidade, tem origem a doença. Isto significa que todos os homens vivenviam, ou podem vivenciar, durante a sua vida, momentos mais ou menos prolongados de doença.

Doença pode ser considerada à luz da definição de CUNHA (2000), a partir do étimo latino *dolentia* que lhe deu origem, como ausência de saúde e traduz-se num estado de enfermidade e sofrimento que pode adquirir vários graus de intensidade (EDITORA DICIONÁRIOS, 1992).

Também podemos definir doença de acordo com TOOMBS (SÖDERBERG [et al], 1999), como a incapacidade do homem para se inserir no mundo, na sua forma habitual, que o impede de se realizar na sua vida quotidiana, ou seja, de experienciar a vida na sua plenitude.

Os momentos críticos da vida em que o homem vivencia um estado de doença aproximam-no das instituições de saúde, favorecendo o encontro da pessoa doente com o enfermeiro e com o cuidado em enfermagem.
É com maior frequência em situações de doença que o destino dos que necessitam de cuidados se cruza com o dos enfermeiros e é neste momento crucial que se confrontam saúde, doença, e cuidados de enfermagem.

É também neste momento que a pessoa do doente ou ser que necessita de cuidados e a pessoa do enfermeiro ou ser que cuida se encontram e, com ela, a consciência da dignidade humana e a necessidade de a respeitar. Por tais motivos a dignidade encontra-se contemplada nos códigos de actuação deontológica, quer no que se refere aos seres em estado de doença, quer no que diz respeito àqueles cujo compromisso constitui o cuidado a todos os que dele necessitam.

Assim, a dignidade apresenta-se como um direito do doente que é necessário preservar. A Carta dos Direitos dos Doentes, criada e divulgada pelo Ministério da Saúde, constitui o código de direitos e deveres dos doentes e apresenta-se, segundo RIBEIRO (1999), como uma forma sistematizada de contemplar os direitos humanos fundamentais e um reconhecimento desses direitos no estado particular de pessoas doentes.

Este documento estabelece o respeito pela dignidade humana, como o primeiro de todos os direitos, considerando que a doença confere à pessoa o direito a que sua dignidade seja respeitada, através de uma série de requisitos que é necessário ter em conta.

A dignidade dos doentes constitui também uma preocupação e um dever para os enfermeiros, que a salvaguardam de forma legal, através do Código Deontológico Profissional, inserido no estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no seu Capítulo VI, Secção II, Artigo 78, aprovado através do Decreto lei nº 104/98 de 21 de Abril. Este artigo considera que "*as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana[...]*" (LOPES, 1999, p.190).

A pessoa, doente real ou potencial, constitui a razão da existência do enfermeiro.

O enfermeiro faz parte de um conjunto de profissionais que desempenham o papel complexo de cuidar pessoas que, por serem portadoras de doença se encontram, também elas, numa situação de complexidade. Esta complexidade resulta, segundo SALE (1998), da responsabilidade que os enfermeiros têm de

garantir a qualidade dos cuidados que prestam, ao mesmo tempo que tentam corresponder às expectativas daqueles a quem cuidam.

SHOTTON e SEEDHOUSE (1998), entendem ser da responsabilidade dos enfermeiros, fornecer o suporte que permite à pessoa doente alcançar os seus objectivos.

Estas atribuições enquadram-se e tornam-se possíveis no quotidiano dos enfermeiros, se tivermos em conta o cuidado global que estes profissionais prestam à pessoa doente, na sua convivência durante as vinte e quatro horas de cada dia.

Desde FLORENCE NIGHTINGALE que a enfermagem tem vindo a desenvolver-se no sentido de melhor compreender o ser humano para melhor dele cuidar. Ser enfermeiro é cuidar e o cuidar corresponde à essência da enfermagem (WATSON, 2002b). E se várias têm sido as discrepâncias entre os diversos autores da disciplina acerca da natureza do cuidar (conforme demonstra MORSE (1990), ao afirmar que o conceito de cuidar como essência da enfermagem se apresenta sob várias perspectivas) todos admitem em uníssono, que o cuidar constitui a base na qual assenta a natureza da enfermagem, a essência da actividade e da disciplina e tem por base uma relação que envolve o enfermeiro e o doente.

Neste âmbito, VIEIRA (1994) refere que a enfermagem se baseia no desenvolvimento dos cuidados prestados aos outros e atribui ao cuidar a responsabilidade da natureza, organização e profissionalização da enfermagem. Também SWANSON (1991) demonstra que a história, a prática

e a formação dos enfermeiros têm revelado o reconhecimento do cuidar como o fulcro da enfermagem.

O cuidar tem constituído, no entanto, um conceito difícil de definir. Mas, apesar dessa dificuldade, o cuidar em enfermagem tem sido largamente estudado e desenvolvido, na tentativa de se encontrar uma definição, um refinamento e uma delimitação para o conceito. Nesta perspectiva, muitos são os autores que têm abordado e desenvolvido o conceito de cuidar em enfermagem.

Cuidar apresenta, para COLLIÈRE (1989), um significado de responsabilização do enfermeiro, de tomar conta do doente e o seu domínio situa-se na encruzilhada onde se encontram a pessoa, a doença, o contexto humano e o meio que a envolve, num determinado momento do seu ciclo vital.

Quando VIEIRA cita GRIFFIN (1994), afirma o cuidar com uma raiz filosófica que está subjacente à explicação da natureza humana e das relações entre os homens e atribui-lhe o significado de forma primária de estar no mundo.

BENNER (2001) apresenta uma perspectiva social do cuidar, ao defini-lo como o processo que o enfermeiro desenvolve e que permite a reintegração da pessoa cuidada na sociedade. Também admite o cuidar como motivo central para que o enfermeiro possa intervir em nome do doente.

Um padrão transcultural de cuidar é estabelecido por LEININGER (1995), ao afirmar que o cuidar possui um cariz universal, embora se manifeste de formas específicas que derivam do contexto cultural em que pessoa que cuida e pessoa cuidada se encontram. Nesta medida, considera a autora que a enfermagem, enquanto disciplina e enquanto profissão simultaneamente científica e humanística, se focaliza numa assistência que visa promover ou recuperar o bem estar ou, simplesmente, ajudar a enfrentar as próprias limitações.

O cuidar é também definido por WATSON (2002b) como um envolvimento do enfermeiro, em todas as suas dimensões, e um compromisso que ele assume com os seus semelhantes. Refere a autora que a principal preocupação do enfermeiro consiste em identificar ou prever as necessidades dos seres cuidados, sendo-lhes proporcionada, deste modo, uma condição humana de vida.

Cuidar representa, para WATSON (2002a), um imperativo moral que envolve valores, vontade e conhecimentos que determinam o compromisso de promover a dignidade da pessoa que necessita de cuidados.

A dignidade constitui um fenómeno muito referido e pouco explorado ao nível da literatura em enfermagem e rapidamente nos damos conta da escassez de estudos realizados por enfermeiros. A insuficiente abordagem da dignidade talvez seja devida à dificuldade da sua expressão, delimitação e objectivação.

A este propósito RIBEIRO (1999, p.31), quando cita a afirmação proferida pela CNECV[16] *"acontece com a dignidade algo semelhante ao que se dizia acerca do tempo: se não nos interrogam, todos sabemos o que é; mal nos perguntam, entramos em dificuldade"*, expressa de forma clara essa dificuldade.

WATSON (2002b) refere nos, seus escritos, a dignidade com relativa frequência, sem nunca a definir. Considera, no entanto, que a dignidade humana constitui uma das condições que facilita e sustenta a pessoa como um fim em si mesmo e não como meio para atingir fins exteriores, tais como científicos ou similares. O sistema de valores que defende na sua teoria do cuidar considera de forma expressa os fundamentos da dignidade ao referir o reconhecimento espiritual da vida humana e da pessoa, assim como os valores que lhe estão subjacentes.

MAIRIS (1994) é a primeira autora de que temos referência, que considera a dignidade como tema central da sua preocupação. Refere a importância da dignidade no cuidar em enfermagem numa perspectiva de formação de novos enfermeiros. Realiza o seu estudo com uma amostra de estudantes de enfermagem e utiliza a metodologia proposta por Walker & Avant para clarificar o conceito de dignidade.

Na perspectiva de dar continuidade à clarificação do conceito de dignidade, HADDOCK (1996) analisa o conceito à luz da orientação metodológica proposta por Chinn & Kramer. Estabelece a dignidade como um conceito

[16] Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

central dentro das profissões de saúde e apresenta-o como abstracto e interpessoal. Considera também, que apenas os indicadores contextuais do conceito constituem formas de o tornar mensurável. Refere como exemplos, os diversos códigos deontológicos e a Carta dos Direitos dos Doentes. Estes instrumentos constituem, segundo a autora, os padrões de referência para a actuação dos profissionais de saúde, no que se refere à importância da preservação da dignidade.

SHOTTON & SEEDHOUSE (1998) abordam a dignidade através de uma reflexão de carácter ético. Avaliam a perda de dignidade em vários níveis, que relacionam com o nível de perda de capacidade. Estabelecem ainda uma relação entre o nível de perda de dignidade com a possibilidade da sua recuperação.

SÖDERBERG [et al] (1999), realiza uma abordagem ao fenómeno das vivências de doença, tentando compreender de que forma esta se cruza com a dignidade. Descreve as experiências de doença de um grupo de mulheres portadoras de fibromialgia e apresenta como resultados do seu estudo que aquela situação de doença específica ameaça a dignidade das participantes. A causa de tal ameaça decorre da invisibilidade da doença e das limitações individuais que a própria doença provoca.

A partir das pesquisas que realizámos, relativas à contextualização da dignidade humana no cuidado de enfermagem e apesar dos escassos elementos que encontrámos, torna-se claro que dignidade está subjacente, sob diversas formas, no cuidar em enfermagem. O cuidado, enquanto actividade

de enfermagem e enquanto relação entre ser cuidador e ser cuidado, constitui um contexto onde a dignidade paira, assumindo formas visíveis e passíveis de analisar. O contexto do cuidado de enfermagem permite o desenvolvimento do processo de interacção entre o ser cuidador e o ser cuidado e os valores subjacentes a essa relação tornam-se inequivocamente evidentes. Daí considerarmos a importância do desenvolvimento do conceito de dignidade, - através do estudo que perspectivamos realizar do fenómeno, ao nível do cuidar em enfermagem.

Capítulo Dois

Aproximando-nos à Natureza da Experiência Vivida

1. Perspectivando o Estudo da Experiência Vivida

A dignidade humana no contexto do cuidar em enfermagem, a partir das vivências dos enfermeiros, corresponde ao fenómeno que pretendemos desvelar. Pretendemos conhecer as experiências dos enfermeiros que sejam reveladoras de significados importantes para a dignidade humana.

Vivência é descrita por Abreu (FREITAS, 2002) como um conjunto sequencial de estados variados de espírito, em relação ao mundo e aos objectos que lhe correspondem. Estes objectos podem corresponder a coisas, pessoas e ao próprio (corpo ou mente).

Os estados de espírito traduzem, por sua vez, uma consciência, que se refere a algo, isto é, tomar consciência de algo.

Esse algo constitui, por seu lado, um objecto significativo que é entendido através do suporte cultural, educacional e experiencial de quem dele toma consciência.

Tomar consciência é um processo elementar de qualquer investigação. François Rabelais, na sua obra *Pantagruel* afirma *que ciência sem coinsciência, não é mais do que a ruína da alma*[17].

[17] Frase retirada de um apontamento antigo de Filosofia, que nos foi fornecido no 12º ano de escolaridade.

A insuficiência de investigação, referente à dignidade humana no cuidar me enfermagem, bem como a sua inerente complexidade, intensificou a nossa consciência da necessidade de uma maior pesquisa e a motivação para a realização do planeamento do estudo que nos propusemos encetar do fenómeno.

A complexidade dos fenómenos que se manifestam no universo, aliados à necessidade humana de entendê-los e explicá-los, levam, de acordo com LAKATOS e MARCONI (1992), ao aparecimento do conhecimento científico, independentemente do estímulo que desencadeia o processo de pesquisa.

POLIT e HUNGLER (1995) reconhecem, por seu lado, a importância do conhecimento científico como base sólida de apoio à profissão e disciplina de enfermagem. Ora, o conhecimento científico resulta de um processo de investigação que se relaciona directamente, como refere SIM-SIM (1997), com o assunto que se pretende estudar, bem como o tipo de questão que se pretende ver compreendida.

O processo ou caminho que o investigador percorre, rumo aos seus objectivos é vulgarmente denominado por método. Método pode ser definido de variadas formas sem que se observe uma grande variabilidade conceptual, uma vez que todas as definições apontam para o processo pelo qual se atinge um determinado objectivo. A este propósito, TRUJILLO, referido LAKATOS e MARCONI (1992), define método como a forma pela qual o investigador procede ao longo de um caminho.

Seguindo uma tradição metodológica que se insere num paradigma positivista, a enfermagem tem realizado, à semelhança de outras áreas, um percurso que se prende com uma objectividade e rigor que se exigem dos tipos quantitativos de pesquisa. Estes estudos são centrados numa mensuração objectiva que toma o sujeito como passível de divisão nas suas partes constituintes (SIM-SIM, 1997).

A progressiva integração da enfermagem nas ciências humanas tem sido acompanhada por uma preferência crescente dos investigadores em utilizar métodos qualitativos de pesquisa. O aparecimento significativo e cada vez mais frequente, de estudos qualitativos realizados por enfermeiros relaciona-se também com a necessidade de compreender a componente subjectiva dos sujeitos, para além do que é mensurável e visível objectivamente.
Esta perspectiva insere-se num paradigma construtivista de investigação que enfatiza a construção de realidades específicas que são internas aos próprios homens, que estão vinculadas aos seus contextos de vida e que dependem suas próprias interpretações (LA CUESTA, 1997). É nesse paradigma que esta pesquisa se insere.

POLIT e HUNGLER (1995) descrevem a pesquisa qualitativa como holística e naturalista, na medida em que se direcciona para a complexidade dos indivíduos na sua totalidade, considerando os seus contextos naturais. Estas autoras estabelecem, como premissa de tal metodologia, que o conhecimento do homem só se torna possível através da descrição da sua experiência, experiência essa que corresponde ao cenário em que decorre a vivência e à definição dos próprios actores.

A dignidade humana, apresentando-se como um fenómeno inteiramente subjectivo e proveniente do mais intimo de cada ser humano, adquire um molde que é fornecido pelo contexto onde as experiências ocorrem. A expressão da dignidade apresenta, segundo RENAUD (1999) um conteúdo vivido que, de acordo com MAIRIS (1994), pode ser pode ser compreendido a partir das vivências de cada homem.

Assim, a compreensão da dignidade a partir das vivências dos enfermeiros, constitui um fenómeno em que uma pesquisa de carácter qualitativo se revela apropriada.

1.1 Seleccionando uma Abordagem Fenomenológica

A partir de uma opção qualitativa, fomos induzidos para uma nova etapa, referente à eleição da forma de abordar o fenómeno das vivências dos enfermeiros da dignidade humana. A nossa escolha foi orientada para um tipo de abordagem fenomenológica, por duas razões: por considerarmos a expressão da dignidade humana no cuidar em enfermagem algo de muito particular e porque o significado das vivências dos enfermeiros relativos à dignidade se apresenta como elemento ao qual atribuímos uma importância fundamental para a compreensão do fenómeno e para o enriquecimento do conhecimento em enfermagem.

A fenomenologia corresponde a um movimento filosófico e uma metodologia de investigação e, como refere HEIDEGGER (2001), é o estudo das essências

que nos permite chegar à compreensão do ser. Também RICOEUR (1995) afirma a fenomenologia como a forma através da qual o homem chega à compreensão de si. As questões que descrevemos anteriormente referem-se ao nosso desejo de compreender o que a dignidade **é**, ou seja, de encontrar o seu ser, na pessoa do enfermeiro.

A fenomenologia, como metodologia de investigação, é aplicada ao estudo dos fenómenos humanos, em toda a sua complexidade e subjectividade, e dela decorre o conhecimento do próprio homem. MERLEAU-PONTY (1999), afirma a construção do conhecimento a partir do mundo percebido por um todo humano individual que se encontra em união com esse mundo e do qual constitui uma representação viva.

A realização da consciência do homem no mundo e a compreensão do significado das experiências vividas apresentam muito do passado e, de acordo com VAN MANEN (1997), constituem ponto de partida e chegada da experiência fenomenológica.
Nesta medida, o que nos propomos descobrir diz respeito aos eventuais significados da dignidade, na perspectiva do enfermeiro, a partir das experiências de um mundo que ele partilha com todos aqueles a quem e com quem cuida.

A metodologia fenomenológica, entendida à luz de HUSSERL, seu fundador, tem subjacente um dualismo entre sujeito e objecto, entre homem e mundo, revelando as influências cartesianas e é vulgarmente classificada como

descritiva, em que as essências dos fenómenos devem ser descritas tal qual se apresentam à nossa consciência (SIM-SIM, 1997).
No entanto, se entendida à luz de HEIDEGGER (2001), a fenomenologia integra o homem no mundo do qual é impossível separar-se e é considerada interpretativa ou hermenêutica.

Entre outros pressupostos, a fenomenologia hermenêutica considera o homem um ser no mundo, no qual o homem desenvolve a sua actividade prática. No mundo, o homem reconhece os significados das coisas, através das suas qualidades de distinguir qualitativamente os fenómenos que vivencia. Uma vez que é capaz de atribuir uma importância aos fenómenos, o homem constitui um ser auto interpretativo. RICOEUR (1999) corrobora esta ideia quando afirma que o homem, na sua constituição e natureza, possui uma estrutura hermenêutica.
Também VAN MANEN (1997) afirma que a actividade que corresponde à investigação das ciências humanas é a fenomenologia hermenêutica. Fenomenologia, porque constitui o estudo descritivo da experiência humana vivida e Hermenêutica porque corresponde ao estudo interpretativo das expressões dessa experiência.

Partilhamos da ideia de que as descrições que o homem realiza dos fenómenos que vivencia, trazem subjacente uma interpretação que ele faz dos próprios fenómenos. Como refere VAN MANEN (1997), a interpretação dos fenómenos constitui uma transformação das próprias experiências que ocorre de acordo com a sua sensibilidade e o seu conhecimento. Desta forma,

entendemos que, de acordo com MORSE (1996), os estudos fenomenológicos são formas de tocar a alma humana.
Assim, enveredámos por um caminho que utiliza, como base de análise fenomenológica, a tarefa hermenêutica.

São vários os autores que se inserem nesta linha metodológica e a nossa primeira opção dirigiu-se para a *Teoria da Interpretação*, de RICOEUR (1995).
No entanto, após conhecermos as suas principais directivas, encontrámos algumas dificuldades de aplicação da metodologia ao fenómeno em estudo. Essas dificuldades prendem-se, em primeiro lugar, com o facto da teoria de RICOEUR (1995) ser dirigida especificamente para textos literários ou para a análise de mitos e em segundo, com a estrutura bipolar de análise de significados que o autor propõe.

A partir destas dificuldades, optámos por alterar a nossa opção metodológica e seguir a orientação do pedagogo norte americano Max VAN MANEN (1997), uma vez entendermos mais adequada à investigação do fenómeno em questão. Também entendemos que a sua orientação metodológica se enquadra numa perspectiva que engloba a ciência humana de enfermagem.

Os preceitos que nos guiaram para a escolha da orientação metodológica proposta por VAN MANEN (1997), para além dos referidos ao longo deste trabalho, relacionam-se com a sua fundamentação do pensamento fenomenológico:

- A pesquisa fenomenológica direcciona-se para a investigação das ciências humanas. VAN MANEN (1997) ensina-nos que a ciência humana é uma ciência do pensamento e da consciência e permite realizar reflexões sobre as vivências humanas. Os assuntos que investiga estão sempre ligados ao âmbito do significado do mundo humano vivido.
- A pesquisa fenomenológica focaliza-se no estudo da experiência vivida. VAN MANEN (1997) afirma o pensamento fenomenológico como uma forma de pesquisar o mundo tal como é vivido, ou seja, tal como é experienciado. Como tal, a pesquisa fenomenológica não oferece a possibilidade de gerar uma teoria efectiva, mas apenas a possibilidade de um contacto mais directo com o mundo. A abordagem fenomenológica da experiência vivida implica ainda que o fenómeno tenha já ocorrido. Neste âmbito, VAN MANEN (1997) afirma que a descrição e a reflexão da experiência vivida não podem ocorrer em simultâneo, pelo que a abordagem fenomenológica apresenta um carácter rectrospectivo.
- A pesquisa fenomenológica é centrada no estudo dos fenómenos, tal como se apresentam à nossa consciência. Uma vez ser impossível, segundo VAN MANEN (1997), descrever directamente a consciência, apenas se torna realizável a descrição dos fenómenos que se lhe apresentam.
- A pesquisa fenomenológica busca as possíveis estruturas dos significados da experiência humana. A pesquisa fenomenológica pretende compreender, de forma contextual, o que é verdadeiramente significante para o ser humano. O que é significante, só o é, porque se

encontra enquadrado num determinado contexto (histórico, social e cultural).

- A pesquisa fenomenológica é o estudo das essências. Ela constitui uma tentativa sistemática de descobrir e descrever a natureza da experiência vivida, através das suas estruturas de significado interno (FREITAS, 2003).
- A pesquisa fenomenológica é a descrição dos significados da experiêncioa vivida, tal como a vivemos. Ela visa interpretar e descrever os significados da experiência tal como a vivemos no nosso mundo, na nossa existência diária, com todos os seus elementos.
- A pesquisa fenomenológica é uma pesquisa científica. A fenomenologia assume-se como uma ciência e reclama para si o estudo científico dos fenómenos vividos. É **sistemática** porque usa formas de práticas de questionar tais como reflectir, focalizar e intuir. É **explícita** porque tenta articular os significados da experiência vivida, através dos conteúdos e formas dos textos. É **auto-crítica** porque examina, de forma contínua os seus métodos e metas, com vista a identificar os resultados e realizações da sua abordagem. Por fim, é **intersubjectiva**, na medida em que o investigador necessita de alguém (que pode ser o leitor) com quem desenvolver uma relação dialógica e validar a sua descrição do fenómeno.
- A pesquisa fenomenológica é uma actividade poetizante. Elaborar uma obra criativa e coerente que incorpora uma mensagem e que pode confundir-se com ela, corresponde à actividade poética. Desta forma, VAN MANEN (1997) defende o projecto fenomenológico como um projecto poético, na medida em que não se pode com eles fazer

resumos ou conclusões. Ambos constituem projectos cuja essência lhes confere sempre uma possível continuidade. Sob esta perspectiva, também permite e estimula a criatividade do investigador.

Para além dos fundamentos expostos, VAN MANEN (1997) defende também que a orientação fenomenológica, não deve pré definir ou determinar um caminho. O método vai sendo encontrado pelo investigador, à medida da necessidade de resposta às perguntas que vão surgindo e deve emergir no decorrer da própria investigação.

No entanto, apresenta alguns momentos que o investigador deve ter em consideração no processo de investigação fenomenológica. São eles:

- Aproximar-se à natureza da experiência vivida. O investigador percorre um caminho de aproximação até ao fenómeno pelo qual se interessa e que o compromete com o mundo.
- Investigar a experiência vivida. O investigador pesquisa a experiência vivida, tal como ela é vivida, numa perspectiva global, tentando absorver as suas modalidades e os seus aspectos.
- Reflectir sobre os temas essenciais. O investigador tenta procurar o obscuro dos textos, os temas que deles brotam, analisando-os de forma reflexiva.
- Descrever o fenómeno através da arte de escrita e reescrita. Escrever e reescrever constituem elementos do mesmo processo de interpretar e descrever os fenómenos.

VAN MANEN (1997) refere mais dois momentos que apresentamos separadamente, por fazerem parte de todo o processo de pesquisa. São eles:

- Manter uma relação forte e orientada para o fenómeno.
- Fazer o balanço do contexto da pesquisa, considerando as partes e o todo.

A estrutura metodológica proposta por VAN MANEN (1997) apresenta bastante flexibilidade e esse constituiu um dos motivos da nossa opção.

Os momentos recomendados pelo autor serão seguidos por nós. No entanto procederemos a adaptações, quanto à sua apresentação neste trabalho.

Os dois primeiros momentos serão apresentados em capítulos separados, por corresponderem a etapas sequenciais.
Os dois momentos seguintes serão apresentados em capítulo único por se tornar indissociável, segundo as palavras do autor, separar o processo de análise e de escrita. VAN MANEN (1997) lembra-nos que interpretar e descrever correspondem a um caminhar único até ao discurso de alguém, tentando aproximar-se do que foge à nossa inteligibilidade.
Mais afirma que esse caminho é, habitualmente, uma actividade de escrita e que a fenomenologia corresponde à aplicação do *logos* (linguagem e pensamento) à experiência vivida, com o intuito de nos mostrar o fenómeno em si mesmo.

Quanto aos dois últimos, tentaremos que estejam presentes em todo o processo, numa relação dinâmica de orientação para o fenómeno e de reflexão sobre as questões contextuais e particulares da pesquisa.

No que concerne aos métodos e procedimentos concretos para a análise e interpretação da informação de que o investigador dispõe, VAN MANEN (1997) não defende uma posição directiva, mas baseia-se e defende a criatividade do investigador. No entanto, sugere uma série de procedimentos e considerações que devem ser respeitados na concretização do processo de análise e reflexão.

Quanto às considerações que o investigador deve ter em conta no processo de análise, são elas:

- O processo de interpretação de um fenómeno começa na própria conversa[18] com os informantes. A entrevista constitui um momento importante para discutir, explorar e compreender o fenómeno e os seus vários aspectos e constitui a sua primeira validação.
- A pesquisa fenomenológica é direccionada para o texto escrito. Assim, o investigador deve estar atento, durante o processo de análise, às subtilezas da linguagem e buscar os aspectos temáticos ocultos no texto.

[18] Utilizaremos indiscriminadamente, ao longo do trabalho, os termos entrevista ou conversa, de acordo com a terminologia usada por Van Manen.

- A interpretação do texto é sempre sujeita a transformações linguísticas, realizadas pelo investigador, para poderem tornar-se fenomenológicamente sensíveis e válidas.
- A análise-reflexão fenomenológica corresponde a uma análise temática, num acto livre de ver o significado. Ela corresponde à recuperação dos temas expostos ou ocultos no texto e determina a estrutura experiêncial que caracteriza o fenómeno. Desta forma, dá significado, controle e ordem à investigação e à escrita.

No que se refere à abordagem dos textos onde se encontram narradas as experiências vividas, VAN MANEN (1997) afirma que o que se pretende é que o investigador seja capaz de isolar os aspectos temáticos que dão significado ao fenómeno que se pretende estudar.
Existem, segundo o autor, três passos ou formas de abordar os textos, para isolar ou descobrir aspectos temáticos de um fenómeno. São eles:

- Abordagem Holística ou Sentenciosa. O texto é apreendido como um todo e perguntámo-nos qual a frase que pode capturar o sentido global do texto ou o seu ser significante. Expressamos esse significado através de uma frase semelhante.
- Abordagem Selectiva ou de Realce. Procedemos à leitura repetida do texto e perguntamos quais as declarações ou frases que parecem particularmente essenciais ou reveladoras do fenómeno e que podem ser descritas.
- Abordagem Detalhada ou Linha-a-Linha. Nesta leitura procedemos ao elenco de todas as frases ou grupos de frases reveladoras de

aspectos importantes do fenómeno. Ao estudarmos as descrições das experiências vividas, verificamos que os temas começam a repetir-se. Eles são então agrupados em frases que clarificam o seu significado. Em primeiro lugar, cada frase ou grupo de frases deve ser lido cuidadosamente e em seguida descobrimos o que cada frase ou grupo de frases revela acerca da natureza do fenómeno.

A utilização desta metodologia não constitui, de resto, um caso original, se considerarmos todos os enfermeiros, dos quais destacamos SILVA (1998), OLIVEIRA (2000), COHEN [et al], (1998) e FREITAS (2003), que, com sucesso, utilizaram esta linha orientadora para a realização dos seus estudos.

1.2 Partilhando a Nossa Experiência, Pré Entendimentos e Parcialidades

VAN MANEN (1997) refere a importância de considerar a experiência do investigador. Segundo o autor, um trabalho de pesquisa corresponde ao projecto de alguém. Esse alguém traz consigo uma história que corresponde à sua própria experiência vivida.

Também considera VAN MANEN (1997) que a importância da experiência pessoal do investigador reside na possibilidade de esta poder corresponder a experiências vividas por outros.

VAN MANEN (1997) refere ainda que, ao considerarmos a pessoa do investigador, não nos podemos abstrair que esta traz consigo uma história de vida que lhe atribui o seu lugar no mundo, a sua maneira de estar no mundo e a sua forma de ver o mundo, ou seja, a sua parcialidade.

Estamos conscientes de que a nossa história pessoal e a nossa vivência profissional interferem fortemente na nossa forma de estar na vida e na profissão.
As vivências que experienciámos e as reflexões que fomos desenvolvendo ao longo da vida e de forma pouco fundamentada fornecem-nos a estrutura da nossa forma de pensar. Ela impele-nos para o estudo da dignidade humana e é responsável pela nossa própria forma de a entender, ou seja, a nossa parcialidade.

O nosso envolvimento com a dignidade humana decorre de há longos anos, fruto da nossa experiência pessoal e profissional.
Na nossa história de vida, são várias as experiências que nos trouxeram importantes contributos para a nossa sensibilidade para com a dignidade humana.
Éramos uma família de seis pessoas e a filha mais velha. Os nossos três irmãos faleceram entre o nascimento e os dois anos e meio de idade.
Pouco tempo depois do falecimento do último irmão, o nosso pai faleceu de acidente de viação, com a idade de 30 anos.
Passámos, assim, a fazer parte de uma família de apenas duas pessoas, que de repente se deparou com algumas dificuldades que era necessário resolver. Tínhamos à data, quatro anos e meio.

Recordamos que, mais tarde, na escola ou noutros locais em que a presença do pai fosse um factor importante, sentíamos uma pequenez interior e um sentimento de indignação relacionado com a certeza de que um direito que nos tinha sido negado pela vida. Ao pensarmos no assunto, achávamos que a vida tinha sido bastante injusta connosco.

A relação afectiva entre nós e a nossa mãe tornou-se, assim, bastante forte.
Um dos maiores ensinamentos que obtivemos dela foi que as dificuldades que fossem surgindo ao longo do nosso percurso deviam ser encaradas sempre como assuntos a resolver e nunca como problemas insolúveis.
Também nos ensinou sabiamente que o respeito pelos outros devia ser uma constante nas relações sociais, mas que, em nenhuma circunstância deveríamos perder o respeito por nós próprios. A dignidade constituiu sempre o princípio fundamental da sua conduta.
Possuímos uma mãe revelou ser uma pessoa que soube sempre vencer as indignidades da vida, alicerçando nelas a sua própria dignidade.
Aos seus ensinamentos devemos a nossa educação e o nosso sentido de responsabilidade e respeito.

Possuímos um comportamento bastante extrovertido e aparentemente despreocupado, apesar de, por vezes, sentirmos que restam marcas importantes na nossa memória celular. Algumas vezes regredimos no tempo e reflectimos sobre vivências anteriores, as quais tentamos compreender e ultrapassar. Sentimos que o mesmo processo poderá ocorrer com os outros. Desta forma, foi-se desenvolvendo em nós, com decorrer do tempo, uma

sensibilidade que se direccionava para a tentativa de compreensão dos outros e de pensar na pessoa que existe por trás da faceta visível de cada ser humano.

Foi com influências maternas que fizemos o curso de enfermagem.
A nossa actividade profissional foi iniciada numa instituição que se dedica ao diagnóstico e tratamento de doentes oncológicos e o contacto diário com a doença avançada e a morte, muitas vezes nos levou a reflectir sobre o que seria verdadeiramente a dignidade humana.

Continuam presentes na nossa mente os momentos especiais em que transportávamos para o serviço o nosso estojo de cosmética, com o qual melhorávamos o aspecto exterior das pacientes que iam passar o fim de semana no domicílio, nos intervalos entre sessões de quimioterapia.
Conservamos também o registo daqueles momentos em que ensinámos discretamente como utilizar uma banheira e um chuveiro, por compreendermos que este era um contexto desconhecido por muitos pacientes e que estes tinham vergonha de o revelar.

Mais tarde, numa outra instituição e no contexto do bloco operatório, aprendemos que a necessidade e a obrigação de respeitar o outro se tornava cada vez mais importante, pois as vivências pré e pós cirúrgicas imediatas representam momentos de grande insegurança e angústia que era necessário minorar.
Mas aprendemos principalmente que é no momento peri operatório, em que o doente se encontra indefeso e completamente à mercê de outrem, que a sua dignidade deve ser considerada e respeitada.

Um dia, fomos também contactados pela doença.
Ela começou com um conjunto de sintomas inespecíficos que conduziram a várias possibilidades de diagnóstico. Algumas possibilidades foram testadas com intervenções cirúrgicas sem sucesso. Percorremos várias instituições e médicos até chegar ao diagnóstico definitivo e ao respectivo tratamento.

Nesse percurso de doença, muitas vezes fomos confrontadas com atitudes de descrédito por parte dos profissionais de saúde e tentámos, pelos nossos próprios meios, buscar respostas que mais ninguém conseguia dar.
Congratulamo-nos por termos tido a persistência suficiente para que a situação pudesse ser resolvida de forma adequada.
Este processo demorou cerca de dois anos e meio e constituiu para nós uma enorme fonte de aprendizagem.

São experiências como as que acabamos de descrever (pessoais ou profissionais) que nos fazer possuir a convicção de que a dignidade é algo que nos merece, pelo menos, alguma reflexão.
Estamos convictos que o nosso percurso nos inspirou para a realização desta pesquisa, quer no que se refere ao tema escolhido, quer no que concerne à escolha do enquadramento metodológico.

Ao enveredarmos por uma metodologia que tem por base a análise fenomenológica, estamos também conscientes da inexistência de um sistema de conceitos previamente estabelecidos, uma vez que, como afirma LA

CUESTA (1997), o investigador apresenta as interpretações da experiência vivida sem um desenvolvimento teórico prévio.

No entanto, VAN MANEN (1997) refere que o investigador possui uma tendência natural para mediatizar a investigação sobre os fenómenos, sob influência do seu corpo de conhecimentos. Esses conhecimentos fazem parte do seu pré entendimento ou, como referimos anteriormente, da sua parcialidade.

A parcialidade existe sempre no investigador, mas, ao ser por ele consciencializada, pode entrar numa posição de suspensão ou *bracketing*, expressão utilizada originalmente por HUSSERL (VAN MANEN, 1997; KOHEN [et al], 1998).

Nesta perspectiva, o investigador deve, segundo VAN MANEN (1997), assumir e aceitar as suas crenças, teorias e entendimentos sobre o fenómeno que se propõe estudar. Deve também executar uma tentativa de voltar o seu conhecimento contra ele próprio tal como era, para, deste modo, o expor no seu carácter superficial ou oculto.

Na sequência das recomendações de VAN MANEN (1997), é exactamente esta posição de suspensão que pretendemos evidenciar, colocando-nos em confronto com o nosso pouco conhecimento pessoal, num acto de consciencialização voluntária, cujo resultado expomos em forma de síntese.

As considerações seguintes revelam o nosso pensar sobre a dignidade humana e resultam da aprendizagem adquirida ao longo da nossa experiência pessoal e profissional. Assim, entendemos que:

- A vivência da dignidade humana em qualquer contexto, é um fenómeno que assume uma importância extrema para os seres humanos.
- A dignidade constitui, enquanto qualidade racional, uma característica humana.
- A dignidade constitui um limite à arbitrariedade moral nas relações entre os homens.
- A dignidade está subjacente a todos os actos humanos.
- A consciência de dignidade é o que diferencia o homem dos outros animais e coisas do mundo.
- A nossa intuição direcciona-se para a ideia de que a dignidade corresponde a um iceberg. A sua maior parte é-nos desconhecida.
- A dignidade é um conceito abstracto que corresponde a uma vivência concreta.
- A dignidade apresenta formas de expressão infinitas, da mesma forma que são infinitos os contextos em que o homem a pode vivenciar.
- Os factores sociais, económicos, culturais e o estado de saúde constituem elementos determinantes para a expressão e manutenção da dignidade de cada ser humano.
- O estado de doença constitui uma ameaça real à dignidade.
- A enfermagem constitui uma das áreas profissionais onde a dignidade forma uma nuvem densa que envolve a pessoa do enfermeiro e a sua relação com os utentes.

- A dignidade do enfermeiro constitui uma qualidade que ele deve utilizar com consciência, no processo de cuidado aos seus doentes/utentes.
- A dignidade do doente corresponde a um dever que o enfermeiro precisa de ter presente, para poder preservar em todos aqueles a quem cuida.

Como é patente nesta síntese, o nosso pensar acerca da dignidade humana está influenciado por vários factores. A nossa própria experiência, a observação de situações e contextos onde o fenómeno ocorre, a aquisição de outras perspectivas que a bibliografia oferece através dos poucos autores que se têm debruçado sobre o fenómeno e a comunicação pessoal e profissional com outrem, constituem aqueles de que temos consciência.

De qualquer modo, partilhamos da ideia de VAN MANEN (1997) de que o problema da questão fenomenológica não é sabermos pouco acerca de um fenómeno, mas aspirarmos saber muito mais. Nesta perspectiva, desejamos que o nosso estudo constitua simultaneamente um enriquecimento do nosso conhecimento e uma fundamentação para as nossas ideias anteriores.

1.3 Formulando a Questão Orientadora

A partir das pesquisas que realizámos, no sentido de compreender a importância conceptual da dignidade humana e o seu desenvolvimento na área

de enfermagem, deparámos com uma insuficiente investigação do fenómeno, a qual resulta num insuficiente desenvolvimento do conceito.

As dificuldades por nós sentidas no que se refere à compreensão da dignidade e das formas de a vivenciar, também nos criam a necessidade de tentar desenvolver capacidades de cuidar, que vão de encontro ao ser de todos aqueles a quem prestamos cuidados. Entendemos não o conseguir sem uma reflexão que possa conduzir a um conhecimento mais efectivo.

Também fomos guiados pela nossa insuficiente compreensão do significado da dignidade humana, assim como daqueles com quem costumamos trocar impressões ou discutir situações contextuais onde nos parece que a dignidade necessita ser discutida e reflectida. A delicadeza de algumas situações que vivenciamos no nosso quotidiano, incitam-nos para a necessidade de compreender algo mais sobre o significado vivido da dignidade humana.

Para que se torne possível dar um passo rumo à compreensão da dignidade humana no cuidar em enfermagem, partimos do preceito de que a dignidade constitui um conceito crucial na profissão de enfermagem e de que se torna possível a sua demonstração através de situações contextuais (RENAUD, 2000; MAIRIS, 1994).

A questão que orientou a nossa pesquisa desde a sua concepção, não só se manteve viva no nosso espírito, como foi adquirindo uma gradual intensidade, traduzida na nossa necessidade crescente de procurar conhecer expressões da

dignidade através da experiência humana, no contexto do cuidado de enfermagem, perspectivando sempre a compreensão do seu significado.

Seguindo os conselhos de POLIT e HUNGLER (1995) e de VAN MANEN (1997), utilizamos a forma interrogativa de enunciação do problema que pretendíamos investigar. Esta forma apresenta como vantagem a simplicidade e constitui um convite à procura de uma resposta, de uma compreensão. Também se revela como uma tentativa de nós próprios nos questionarmos acerca do fenómeno, a partir do âmago do nosso ser.

Assim, considerámos pertinente questionar para o nosso estudo: **que significado adquire a dignidade humana no cuidar em enfermagem para os enfermeiros?**

A partir da questão inicial, foram várias as questões que se enquadraram nesta problemática, tais como: **Que formas de expressão encontram os enfermeiros para a dignidade? Como a consideram na sua vivência?**
Que significados constextuais assume a dignidade vivenciada pelos enfermeiros?

Tornou-se, a partir daqui, possível estabelecermos como objectivo do nosso estudo: **conhecer o significado da dignidade para os enfermeiros, através da compreensão das suas vivências.**

As vivências dos enfermeiros de dignidade humana na sua actividade de cuidar, apresentando-se como um fenómeno inteiramente subjectivo, adquire

um molde que é fornecido pelo contexto onde as experiências ocorrem. A expressão da dignidade apresenta, segundo RENAUD (1999) um conteúdo vivido que, de acordo com MAIRIS (1994), pode ser pode ser compreendido a partir das vivências de cada homem.

Por estas razões, assumimos o compromisso de tentar analisar e compreender, em todos os momentos da pesquisa, as concepções e os significados das vivências descritas do ponto de vista de quem as viveu (VAN MANEN, 1997).

A partir das vivências dos enfermeiros de dignidade, no âmbito do cuidar esperamos também, corroborando a ideia de LEININGER (1995), descobrir e identificar aspectos éticos e morais do cuidado humano de enfermagem.
Esperamos ainda que o estudo da dignidade no cuidar em enfermagem, a partir das vivências dos enfermeiros, constitua uma proposta que corrobora a ideia de FERREIRA (1997) de que as ciências humanas em geral, as ciências da saúde em especial e a enfermagem em particular, necessitam de desenvolver a compreensão dos fenómenos na sua forma individual e parcial, tomando como ponto de partida o sentido que os agentes conferem às suas acções.

Também iremos tentar, de acordo com MORSE (1996) considerar a importância do fenómeno a estudar, de forma a compreendê-lo numa uma perspectiva *emic*[19], ou seja, sob o ponto de vista de quem os vivencia.

[19] Perspectiva do problema a partir do ponto de vista dos seus actores

1.4 Seleccionando as Participantes e Focando Alguns Aspectos Éticos

Para se tornar viável o estudo de uma qualquer experiência vivida, pressupõe-se que exista alguém que simultaneamente a tenha experienciado e a queira descrever (SIM-SIM, 1997).

Torna-se então, necessário encontrar indivíduos que correspondam a essas características. O conjunto de indivíduos que constituem foco de interesse de um estudo de investigação, adquirem vulgarmente a designação de *amostra.*

Dois princípios guiam, segundo MORSE (1996), a escolha da amostra, na investigação em enfermagem: o princípio da *conveniência* ou *intencionalidade* e o princípio da *adequação* ou *proporcionalidade.* O primeiro refere-se à identificação dos participantes que melhor podem informar o investigador, de acordo com as exigências teóricas do estudo. O segundo diz respeito à riqueza de informações, susceptíveis de possibilitar um desenvolvimento profundo do fenómeno.

Em fenomenologia, os mesmos princípios são válidos, mas termo amostra não é utilizado por não se coadunar com uma perspectiva individual do estudo dos fenómenos e não se pretender generalizar a informação.

Neste contexto, SIM-SIM (1997), indo buscar os ensinamentos de CARPENTER, diz-nos que em fenomenologia, a escolha intencional é a mais utilizada, através da selecção de indivíduos com conhecimento particular sobre o fenómeno, dotados de interesse em compartilhar com o investigador esse conhecimento.

Assim, referiremos sempre as pessoas que colaboraram neste estudo como participantes, uma vez que, sem a sua colaboração, a realização deste estudo constituiria uma real impossibilidade. Também nós proprios nos sentimos co-participantes nesta pesquisa. Neste sentido, VAN MANEN (1997) refere que o investigador, em ciências humanas é co-participante, da mesma forma que os seus informantes e que estes são colaboradores do seu projecto de pesquisa. Participante ou informante são também expressões utilizadas por vários outros autores, nos quais incluímos MORSE (1996).

Os princípios de intencionalidade e adequação, referidos por MORSE (1996), quanto à actividade de escolha dos participantes, guiaram a nossa opção. Ao intentarmos obter descrições experienciais que nos conduzissem aos significados da dignidade sob um olhar fenomenológico, na perspectiva dos enfermeiros, procedemos à selecção de profissionais de enfermagem que pudessem contribuir para a nossa compreensão do fenómeno em estudo.

Elaborámos alguns pressupostos para a escolha dos participantes e, desta forma, escolhemos enfermeiros que obedecessem às seguintes características:

- Apresentarem uma experiência profissional mínima de cinco anos. O fenómeno de dignidade refere-se muito particularmente ao que é revelado em determinada vivência e exige, no nosso entender, uma capacidade de reflectir profundamente sobre ela. Esta capacidade resulta do desenvolvimento da simbiose entre experiência e conhecimento teórico. Como refere BENNER (2001), as enfermeiras

experientes são capazes de um diálogo entre a teoria e a experiência, que lhes fornece a sua competência.

- Exercerem funções na mesma instituição[20] e que essa instituição apresentasse acesso fácil, dadas as nossas limitações logísticas, de tempo e dada a impossibilidade de deslocação para locais mais distantes.
- Desempenharem, embora pertencendo à mesma instituição, funções em diferentes serviços. Este requisito prende-se com a pretensão de conseguirmos descrições de experiências variadas do fenómeno.
- Apresentarem boa capacidade de reflexão e expressão. Este requisito impeliu-nos para a escolha de profissionais cujo desempenho, carácter e competência eram, por nós, reconhecidos.

Estabelecidas as premissas, iniciámos a nossa aproximação ao contexto onde iríamos proceder à colheita de informação, com o fim de obter permissão para realizar a nossa pesquisa.

Após expormos os nossos objectivos junto da instituição escolhida, na pessoa da Directora de Enfermagem, foi-nos dada autorização de forma verbal, não tendo sido levantado qualquer tipo de restrição.
Dada a nossa familiaridade com a mesma, nós próprios procedemos à escolha dos enfermeiros que poderiam participar na nossa pesquisa.

[20] A não divulgação do nome da instituição constitui uma forma de manter o seu anonimato. Consideramos que a falta desta informação não apresenta relevância para o estudo.

Elaborámos uma lista de 16 enfermeiras. A nossa escolha versou sobre profissionais do sexo feminino, o que ocorreu de forma espontânea, não traduzindo qualquer intencionalidade da nossa parte.

Todas foram contactadas pessoalmente. Sob a forma de um diálogo agradável, foi-lhes dado a conhecer o carácter do estudo e os critérios de selecção. Expusemos a cada uma os objectivos do nosso trabalho e a metodologia de obtenção de informação que iríamos utilizar.

Foi-lhes também referida a necessidade de disponibilidade para conversar e de registar, através da gravação, essas conversas, alertando-as para a eventualidade de ser necessário mais do que um momento de conversa.

Foi-lhes ainda informado que as transcrições e tratamento das informações seria integralmente realizado por nós e que seria solicitada posteriormente a sua colaboração para validar as informações.

Por todas foi aceite o que constituiu simultâneamente um pedido e um convite da nossa parte e aquiesceram com agrado a todas as condições apresentadas.

A permissão pedida às enfermeiras e dada por elas ocorreu de forma verbal, uma vez existir entre nós um relacionamento de grande proximidade profissional. Não se tornou necessário qualquer registo escrito do compromisso assumido por nós e por cada uma das enfermeiras. Os contactos não foram, por isso, difíceis de realizar e o à-vontade existente entre nós facilitou todo o processo.

Em toda esta etapa, afluíram ao nosso espírito algumas considerações éticas que VAN MANEN (1997) valoriza na pesquisa fenomenológica e que dizem respeito a possíveis transformações que podem ocorrer nos seus participantes. Neste âmbito, VAN MANEN (1997) considera que o investigador deve ter consciência de alguns aspectos, tais como:

- A pesquisa fenomenológica pode provocar efeitos imediatos nos participantes, de modo a provocar sentimentos desconfortáveis como ansiedade, culpabilidade ou dúvida e sentimentos gratificantes como estimulação moral ou esperança.
- A pesquisa fenomenológica pode conduzir à mudança das práticas na instituição onde é levada a cabo, em função de uma nova consciência dos seus participantes.
- A pesquisa fenomenológica pode conduzir a importantes mudanças tardias nos seus participantes, cujas consequências podem ser positivas ou negativas.
- A pesquisa fenomenológica tem frequentemente um efeito transformador no próprio investigador.

A nossa consciência destes aspectos foi mantida tanto quanto possível e tentámos, nos nossos contactos, que as participantes sentissem um clima de completa liberdade, quer para romper com o seu compromisso, quer para expor todas as suas dificuldades.

Capítulo Três

Investigando a Natureza da Experiência Vivida

1. Obtendo as Descrições da Experiência Vivida

Após a formulação da questão inicial, da eleição da perspectiva em que propusemos estudar o fenómeno e da escolha das participantes da pesquisa, demos início ao que VAN MANEN (1997) denomina como a investigação da experiência, tal como é vivida. Este processo consiste na aproximação ao contexto da pesquisa, através da elaboração das formas de nos inteirarmos das experiências vividas, bem como nos encontros com os participantes, cujas vivências pretendemos ver descritas.

De acordo com VAN MANEN (1997), em fenomenologia, a ênfase é sempre dada ao significado da experiência vivida. O objectivo da pesquisa fenomenológica é centrado na colheita das experiências dos outros e nas suas reflexões sobre essas experiências, por forma a sermos capazes de melhor compreender um aspecto especial dessa experiência no contexto da experiência global.

Para proceder ao estudo da experiência vivida, VAN MANEN (1997) fornece várias orientações. Indica a entrevista como forma de obter material narrativo, afirmando que esta pode constituir um recurso para melhor compreender a profundidade dos significados da experiência humana vivida e possibilitar o desenvolvimento de uma relação de diálogo entre entrevistador e entrevistado.

LA CUESTA (1997) também refere que as *entrevistas em profundidade*, cujo fim se centra na obtenção de experiências vividas em todas as suas dimensões, constituem um instrumento adequado à investigação fenomenológica.

As entrevistas fenomenológicas são designadas por VAN MANEN (1997) como *entrevistas hermenêuticas* ou *conversacionais* que constituem, entre outros, momentos de reflexão conjunta sobre o tópico em mãos.
MORSE (1996) define-as como apenas *entrevistas*. As mais adequadas são, segundo esta autora, as entrevistas semi estruturadas, por constituírem simultaneamente uma forma de colheita de informações e uma forma de análise dessas mesmas informações.

Apoiados nestas concepções, fundamentámos assim, a nossa decisão de realizar encontros com os enfermeiros, onde, através de conversas com alguma estruturação, pudéssemos adquirir elementos passíveis de analisar posteriormente, sob a forma de textos.
Optámos por uma entrevista semi estruturada para proceder à colheita das descrições vivenciais, que gravámos em suporte audio, com fita magnética e que foi orientada para as questões seguintes:

- Descreve-me uma situação vivida no contexto profissional, em que consideres que a dignidade foi a questão principal.
- O que sentiste nessa situação?
- Que reflexões realizaste a propósito da situação vivida?

Pretendemos com estas questões, por um lado dirigirmo-nos para o fenómeno que pretendiamos estudar, por outro permitir às participantes, a escolha das vivências que achavam mais significativas.
A este propósito, VAN MANEN (1997) afirma que a entrevista hermenêutica deve ser dirigida ao fenómeno, de modo a que o investigador não se perca numa grande quantidade de informação.

Também seguimos as orientações de VAN MANEN (1997) quando estimulámos as participantes a descreverem as suas vivências, de acordo com o que provinha do seu interior, tal como tinha sido vivido.
Ao longo das entrevistas, fomos estimulando a descrição das vivências e trocando impressões sobre elas.

Dada a nossa inexperiência em realizar e conduzir entrevistas realizámos, a título particular, três entrevistas com enfermeiros conhecidos, que não faziam parte da nossa selecção, mas que se voluntariaram para nos ajudar a aperfeiçoar a nossa forma de estar e de agir perante esta técnica de colheita de informação. Essas entrevistas não tinham como objectivo, serem utilizadas no nosso estudo e resultaram num processo agradável e divertido de aprendizagem para todas. Com esta etapa, seguimos os conselhos de MARTINEZ citado por FREITAS (2003).

Após a etapa de treino, demos início à realização das entrevistas com as participantes. Realizámos um total de treze entrevistas, das quais utilizámos onze e cuja duração oscilou entre os 25 e os 55 minutos.

Os encontros com as participantes ocorreram dentro da instituição, num gabinete que era raramente utilizado, o que proporcionou simultaneamente um ambiente de tranquilidade e privacidade. Com este passo, cumprimos o preceito de MUCCHIELI, citado por FREITAS (2003), de proporcionar um clima agradável, seguro e íntimo, capaz de promover uma melhor expressão dos significados da experiência vivida.

Realizámos as três primeiras entrevistas, focalizando-nos nas descrições da experiência vivida das enfermeiras acerca da dignidade humana no cuidar em enfermagem, numa perspectiva profissional.
Com as duas primeiras participantes, foi cumprido esse objectivo.
No que diz respeito à terceira participante, a situação alterou-se de forma significativa. Ela iniciou o seu discurso com a curiosa descrição de uma situação vivida em contexto de internamento, na qual a sua experiência correspondia à de receptora de cuidados e não de prestadora, ou seja, de utilizadora dos serviços de saúde e não de profissional de enfermagem.
Esta participante justificava a sua abordagem à questão da seguinte forma:

> "[...] *Eu penso que a gente em primeiro lugar tem tendência a falar das experiências vividas pessoalmente e depois profissionalmente, é sempre assim* [...]" *P1,*[21].

[21] Designação atribuída a cada participante. Apesar destas 3 participantes terem sido entrevistadas em 3º, 4º e 5º lugares e em virtude de não termos considerado para o estudo as 2 primeiras entrevistas, estas designações correspondem à codificação final que lhes atribuímos.

Estas palavras fizeram eco no nosso ser e impeliram-nos para a condução da entrevista, no sentido da descrição da experiência vivida sob o ponto de vista do enfermeiro como ser cuidado.
Aflorou-se-nos ao espírito naquele momento, a nossa própria situação de doença vivida uns anos antes e deixámo-nos transportar, através da condução da entrevista, até um domínio que conseguíamos tão bem compreender.

Nas duas entrevistas que se seguiram, verificámos que a situação se repetia. Ambas as participantes mostraram, sem qualquer tipo de influência da nossa parte, interesse em descrever as suas experiências de carácter pessoal.

Uma das participantes iniciou o seu discurso referindo que a sua memória se dirigia para situações vividas como doente:

> *"[...] Lembro-me de várias situações, por acaso negativas, mas na qualidade de doente [...]" P2.*

A outra participante iniciou a sua narração, reflectindo sobre a importância do que é, para a enfermeira, ser também doente, mais do que ser simplesmente enfermeira:

> *"[...] Vou-te contar uma experiência como doente pois o facto de ter estado na pele do doente, fez-me compreender o outro lado da questão [...]" P3.*

Ao sermos confrontadas com esta nova situação e após as cinco primeiras entrevistas realizadas, sentimo-nos impelidos a realizar uma paragem para reflectir sobre as informações que possuíamos.

O acaso tinha-nos presenteado com uma ideia simultaneamente interessante e original. Por um lado, verificamos que os enfermeiros têm sido utilizados como fontes de dados de investigação, através de uma perspectiva de pessoa que cuida e não de ser cuidado, observando a inexistência de estudos em que a vertente pessoal do enfermeiro tenha sido abordada. Por outro lado, acreditamos que o enfermeiro, conhecedor do contexto hospitalar e das vicissitudes do cuidar, poderia constituir, na situação de pessoa que recebe cuidados, um doente com um maior grau de exigência e clarividência, o que poderia traduzir-se num tipo de participante capaz de fornecer uma maior riqueza de informação.

Nesta perspectiva, tentámos encetar uma procura para o que SIM-SIM (1997) refere como *casos ricos,* indo, ao mesmo tempo, ao encontro da ideia de WATSON (2002b) de aproveitarmos a capacidade que os enfermeiros têm de ver o mundo de uma forma diferente.

Pretendemos, desta forma, considerar o enfermeiro como simplesmente um ser humano que necessita de cuidados.

Na nossa reflexão, também foi considerado que o simples facto de reflectirmos em conjunto com os enfermeiros acerca a sua experiência vivida como seres cuidados, constituiria um ponto de consciencialização sobre o que WATSON (2002b) define como *ideal moral* do enfermeiro.

Por toda esta conjuntura, foi nosso desejo alterar a estrutura do estudo.
Entendemos que esta medida não iria alterar em muito os nossos objectivos iniciais, na medida em que eles se prendiam com a descoberta do significado da dignidade e esses eram mantidos.

No nosso espírito pululavam questões de ordem ética, no que respeita às duas primeiras participantes entrevistadas.
Munimo-nos de alguma coragem e comunicámos de novo com as duas primeiras participantes.
Encetámos uma conversa onde trocamos impressões e lhes expusemos as nossas dúvidas e receios. Esse momento foi decisivo e dele proveio uma grande ajuda das participantes, que nos estimularam a tomar a decisão final, o que muito lhes agradecemos.
Após nos terem ajudado a decidir, foram convidadas a participar no estudo, na perspectiva de seres cuidados.
Mostraram agrado e muito interesse pelo novo curso dos acontecimentos mas não aceitaram o convite, por não pretenderem expôr as suas vivências pessoais.
Também se mostraram contentes por terem contribuído para o aperfeiçoamento da técnica de entrevista.

Estes argumentos deram-nos um novo alento e demos, então, início à restruturação necessária ao prosseguimento da pesquisa.

Quanto à questão orientadora, esta foi reformulada e passou a ser colocada da seguinte forma: **Que significado atribuem os enfermeiros à dignidade**

humana no cuidar em enfermagem, a partir da vivência de terem sido cuidados?

As questões que orientaram a condução das entrevistas foram mantidas, tendo apenas sido acrescentado um pedido às participantes para descreverem a sua experiência de dignidade na condição de terem sido cuidadas.

Reformulámos também a nossa selecção das participantes. Nas entrevistas anteriores as participantes tinham relatado a sua vivência de situações de internamento hospitalar. Assim, acrescentámos este requisito aos critérios iniciais de escolha, uma vez que pretendíamos agora que as participantes tivessem, para além das características mencionadas anteriormente, uma experiência de internamento.

Estávamos confinados a 14 participantes e por fim, ficámos reduzidos a 11, devido ao facto das restantes não possuírem história de internamento. Através do diálogo, foi explicado a essas três participantes o novo caminho a seguir, o que foi entendido sem qualquer tipo de reticência ou constrangimento, acabando, mesmo, por se terem criado situações que produziram momentos de convívio bastante agradáveis.

Não estabelecemos como certo o número de participantes que pretendíamos entrevistar para a nossa pesquisa.
A nossa resolução enquadrou-se numa forma de agir que seria desenvolvida conforme o desenrolar dos acontecimentos. Estávamos, por isso, conscientes de que poderíamos necessitar de um número maior de participantes, uma vez

que em investigação fenomenológica, ao pretender obter uma variedade de descrições significativas das experiências vividas do fenómeno em questão, o investigador é confrontado com um conjunto de significados que a partir de um certo número, tendem a tornar-se equivalentes (FERREIRA, 1997). Também valorizámos a perspectiva de SIM-SIM (1997) de que a orientação da quantidade de participantes se relaciona com a riqueza de conteúdos dos protocolos e com a redundância das declarações.

Assim, foram realizadas as 11 entrevistas e todas as participantes nos brindaram com uma grande riqueza de informações.

Foram respeitados, durante a condução das entrevistas, os momentos, silêncios e emoções das participantes. O seu fim dependeu quer do esgotamento da informação, quer da incapacidade de recordar algo mais da experiência vivenciada.

O conjunto de participantes do nosso estudo era, à data da colheita de informações, para além dos requisitos por nós estabelecidos, caracterizado da seguinte forma:

Relativamente à idade:

- Uma participante com quarenta e quatro anos.
- Uma participante com quarenta e dois anos.
- Duas participantes com quarenta e um anos.
- Três participantes com trinta e cinco anos.

- Duas participantes com trinta e quatro anos.
- Uma participante com trinta e três anos.
- Uma participante com trinta e dois anos.

Relativamente ao estado civil:

- Nove participantes casadas.
- Uma participante solteira.
- Uma participante divorciada.

Relativamente à formação profissional:

- Cinco participantes possuíam o grau de equivalência à licenciatura em enfermagem através da realização de cursos de estudos superiores especializados.
    - Três especialistas na área Medico Cirúrgica.
    - Uma especialista na área da Pediatria.
    - Uma pós graduada na área de Administração de Serviços de Enfermagem.
- Seis participantes possuíam o grau de bacharel em enfermagem ou equivalente, das quais, uma apresentava uma pós graduação na área de Anestesia.

Relativamente ao problema de saúde vivido:

- Uma participante relatou-nos uma situação de internamento por cirurgia abdominal.
- Duas participantes descreveram situações relacionadas com a necessidade de realizar cirurgia ortopédica.
- Duas participantes relataram a vivência de problemas do foro ginecológico que exigiram internamento.
- Quatro participantes descreveram a sua experiência de partos complicados.
- Duas participantes descreveram a sua vivência relativa a situações de aborto.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas num período de tempo tão curto quanto as nossas limitações o permitiram, com o fim de entregarmos os textos às participantes o mais perto possível da realização da entrevista. Deste modo elas próprias puderam validar e corrigir o sentido das suas afirmações, tendo sido necessário, em alguns casos, realizar pequenos acertos. O tempo total que mediou a realização da primeira entrevista e a recepção da última transcrição foi de dois meses.

Este processo não ocorreu de forma linear. Uma primeira abordagem aos conteúdos das entrevistas foi sendo realizada, à medida que as mesmas iam sendo levadas a cabo e transcritas. Esta forma de agir corrobora o preconizado por VAN MANEN (1997), de que a investigação fenomenológica consiste num processo dialéctico entre a colheita de informações e a sua análise.

Após esta actividade, constatámos a existência de um leque interessante e rico de vivências que nos propusemos analisar.

2. Construindo a Análise das Expressões Vividas

Na sequência do recomendado por VAN MANEN (1997), partimos para a análise das expressões vividas, fornecidas pelas participantes do nosso estudo, tentando realizar uma reflexão fenomenológica. Pretendemos, com este passo, abraçar o significado essencial do fenómeno de dignidade humana no cuidar em enfermagem, a partir das expressões de como foi vivida. Tentámos de forma constante clarificar cada conceito que se apresentava ao nosso espírito, com vista a um conhecimento apurado dos conceitos que envolviam o fenómeno em estudo.

Procurámos sempre e em cada momento procurar os significados de dignidade nas descrições das vivências das participantes, seguindo a orientação de VAN MANEN (1997) de que o processo de viajar até ao interior da essência dos fenómenos ocorre devido ao desejo do ser humano de *fazer significado*.

A nossa análise foi realizada de acordo com as recomendações de VAN MANEN e, desta forma, procedemos da seguinte forma:

- Após realizarmos as entrevistas, onde clarificámos alguns aspectos das descrições das vivências de dignidade (qual primeira validação), cada uma foi transcrita na íntegra, tal como foi verbalizada.

- Após o trabalho de transcrição, as entrevistas foram novamente lidas e confrontadas com a gravação.

- Os textos foram depois, entregues a cada participante, para que efectuasse uma leitura atenta e uma eventual correcção dos mesmos, no sentido de validar os significados contidos no texto.

- Predispusemo-nos para realizar os três tipos de abordagem aos textos que VAN MANEN (1997) aconselha, através da leitura e releitura, na busca dos temas e aspectos temáticos passíveis de descobrir nas descrições das vivências de dignidade, fornecidas pelas participantes.

- Realizámos assim, leituras e releituras analíticas e reflexivas dos textos e abordámo-los, primeiro de uma forma global ou holística, seguida de uma abordagem selectiva, para culminar num tipo de abordagem detalhada, conforme apresentaremos em capítulo posterior. No que respeita à análise das expressões das participantes, relativas às vivências de dignidade no cuidar em enfermagem, esta foi realizada segundo as recomendações de SÖDERBERG [et al] (1999), através de um processo de abstracção e condensação que será explicitado oportunamente.

- A partir das considerações de VAN MANEN (1997) de que a fenomenologia é considerada o estudo do particular e único, foi nossa intenção considerar e analisar os textos das participantes, não como experiências compartimentadas e separadas umas das outras, mas como se

todos os textos constituíssem elementos capitulares de uma experiência única. Desta forma considerámos, durante a análise, um protocolo para cada texto, sempre com a expectativa de que cada um deles fazia parte de uma experiência global, isto é, constituía elemento de uma mesma dimensão experiencial. A nossa análise dirigiu-se para os textos como um todo, considerando, no entanto, as particularidades de cada um.

No entanto, os protocolos individuais não serão apresentados neste trabalho, apesar de partirmos deles para a descrição vivencial do fenómeno. Ao analisarmos os textos, fomos verificando que cada momento vivido constituía um momento de significado para a dignidade, independentemente da existência da descrição ou não de outros momentos. Assim, as descrições das participantes foram sendo consideradas como vivências de diversos momentos e fomos verificando que cada momento poderia evidenciar elementos de dignidade. Neste contexto, consideramos que, mais do que os protocolos individuais de que dispúnhamos, eram os momentos vividos que nos ajudavam a desvelar os significados da dignidade humana no cuidar em enfermagem. Entendemos também que a apresentação dos protocolos individuais de cada participante poderia expor, de algum modo, a sua intimidade, pelo que decidimos reservar a sua publicação. Apenas serão citados excertos das duas descrições para fundamentar as nossas interpretações.

- Após o processo de análise e reflexão dos temas encontrados, eles foram estruturados e submetidos a uma avaliação, quer pelo precioso orientador do nosso estudo, quer por mais três pessoas. Uma delas com formação em Direito-Magistratura, uma com formação em Filosofia e Direito e uma com

Mestrado em Ciências de Enfermagem[22]. A cada uma dessas três pessoas foi solicitado que efectuassem a leitura dos resultados da reflexão temática que efectuámos. De salientar que nenhuma das participantes era, por eles, conhecida.

Este processo não ocorreu sob a forma de encontro de grupo, devido à falta de disponibilidade dos intervenientes, tendo sido efectuada a análise dos resultados por cada um, separadamente, que culminou com uma conversa individual e informal connosco.

Pretendemos com este passo, compreender quais as diferentes sensibilidades para com os resultados obtidos e, com isso, realizarmos uma nova forma de validar os nossos achados e reflexões. Assim, pensamos estar a cumprir mais uma das orientações de VAN MANEN (1997), referente a que a investigação fenomenológica se apresenta como um processo de intersubjectividade onde, quer os informantes, quer outros que o investigador entenda, constituem preciosos auxiliares na compreensão dos significados da experiência vivida.

[22] Mmo Juiz José Veloso, Dra Laura Rios Oliveira, Enfª Mestre Maria do Céu Vasconcelos

Capítulo Quatro

Realizando um Processo Fenomenológico Hermenêutico de Reflexão e Escrita

1. Desenvolvendo uma Reflexão e uma Escrita Fenomenológica Hermenêutica

Reflectir sobre a essência do fenómeno implica um processo que VAN MANEN (1997) denomina de *apropriação reflexiva*, através do qual iniciamos uma viagem, rumo à clarificação das estruturas significativas das expressões da experiência vivida. Este processo constitui o contacto que mais directamente conseguimos ter com a experiência vivida. Nesta etapa procedemos reflexivamente, de forma a identificar o que VAN MANEN (1997) denomina de *estruturas de significado* ou *temas*.

VAN MANEN (1997) refere ainda, que toda a descrição de um fenómeno corresponde a uma interpretação de um texto ou hermenêutica e que a interpretação apresenta como objectivo analisar os vários significados contidos nos textos.
Esta ideia é corroborada por RICOEUR (1995) quando afirma que a tarefa hermenêutica corresponde à interpretação das expressões escritas da vida.

O processo de reflexão e escrita é único e corresponde à utilização da linguagem e pensamento, nas suas várias formas.
VAN MANEN (1997) afirma que a experiência humana vivida só se torna possível porque existe linguagem e que o homem só é capaz de reflectir sobre

a experiência vivida graças à linguagem. Assevera ainda que a experiência vivida apresenta, ela própria, uma estrutura linguística e que, por essa razão, a experiência e a consciência são estruturadas em forma de linguagem. Esta ideia apresenta como base o pensamento de HEIDEGGER, também citado por VAN MANEN (1997), que preconiza a linguagem como essencial à humanidade e que através da linguagem, ser e pensar humanos constituem uma unidade indissociável.

VAN MANEN (1997) preconiza também que a investigação da ciência humana constitui uma forma própria de escrita e que a criação de um texto fenomenológico constitui objecto dessa investigação. Mais afirma que o método fenomenológico consiste na *arte* de ser sensível às subtilezas da linguagem e de transmitir, de forma compreensível e inteligível, o envolvimento do investigador com as coisas e com o mundo.

Assim, o objectivo desta etapa reside, de acordo com VAN MANEN (1997), em captar os temas ou pontos chave da experiência vivida, reflectir sobre eles e proceder à sua descrição.

Os temas pretendem representar, não apenas a busca do significado contido no texto, mas a apreensão do que de subjectivo nele existe. Por outras palavras, os temas correspondem ao acto de ver o objectivamente invisível.

Também neste ponto VAN MANEN coincide com a visão de RICOEUR (1995), uma vez este último refere que o investigador, para compreender a essência de um texto deve, para além de perceber o que ele diz, compreender aquilo acerca de que o texto fala.

VAN MANEN (1997) afirma que fazer investigação fenomenológica significa desenvolver a arte de escrever e que a forma de reflectir sobre a experiência vivida corresponde a uma actividade textual. Refere ainda, que a escrita fenomenológica corresponde a uma actividade textual, simultaneamente original e poética.

Escrever e rescrever as descrições temáticas das vivências dos enfermeiros acerca da dignidade, sob a perspectiva de seres cuidados, ajudou-nos a melhor encontrar e compreender os seus significados.

Com a descrição dos significados da experiência vivida, a apresentar seguidamente, tentaremos construir uma linguagem que pretendemos simultaneamente clara e estética, de forma a tornar agradável o encontro entre este trabalho e todos aqueles para quem, independentemente da razão, se torne necessário realizar a sua leitura.

Seguiremos o caminho proposto por VAN MANEN (1997) e iniciaremos a apresentação das vivências das enfermeiras participantes no nosso estudo, dando ênfase às abordagens que realizámos aos textos. No momento seguinte descreveremos os significados da experiência vivida, fundamentada com excertos das descrições das participantes e, por fim, realizaremos uma reflexão sobre a dignidade humana, a partir dos significados desvelados e fundamentada em diversos autores.

1.1 Encontrando os Significados da Experiência Vivida

Ao efectuarmos uma leitura atenta de todos os textos transcritos das entrevistas, procurámos entendê-los de uma forma global, a partir do que VAN MANEN (1997) designa como abordagem holística.

Realizámos uma primeira reflexão a partir das transcrições das entrevistas realizadas. Neste momento tentámos encontrar o sentido do todo dos textos ou, de acordo com VAN MANEN (1997), o seu *ser significante*, passível de ser transmitido numa frase única. Este constituiu o objectivo que pretendemos atingir com esta abordagem.

Na fase inicial das entrevistas foi solicitado às participantes que descrevessem uma vivência específica que envolvesse a dignidade: uma situação de receptoras de cuidados, num contexto de internamento hospitalar. Foi-nos dado observar que as participantes não revelavam dificuldade de identificar o fenómeno em questão. Essa facilidade rapidamente se traduziu em experiências significativas que as participantes se apressaram a descrever e que, ora definiam inicialmente a relação da situação vivida com a dignidade, ora transmitiam essa relação ao longo do seu discurso.

Em vários casos, as primeiras frases que as participantes verbalizaram durante as entrevistas tornaram-se elas próprias, significados aos quais atribuímos particular importância. Estes revelaram-se transmissores de informações significativas e cruciais para a compreensão do sentido global dos textos.

Participantes houve, que iniciaram o seu discurso com uma classificação prévia do fenómeno na situação a relatar, atribuindo-lhe uma conotação de negatividade, quando expressaram inicialmente um sentimento de perda de dignidade:

> *"[...] A situação que te vou relatar é uma situação em que eu sinto que perdi a dignidade [...]"P3*

> *"[...] Uma situação em que senti perda de dignidade, foi quando fui operada [...]"P5*

Outra participante iniciou a conversa, realizando uma pequena introdução ao assunto em questão, através da tentativa de definir o conceito de dignidade, qual linha de orientação do seu discurso subsequente:

> *[...] Primeiro vou dizer o que acho que é a dignidade. Dignidade, eu penso que pode ser relativamente a nós ou relativamente aos outros. Eu ser digna é uma qualidade moral para mim. E então é assim : eu quero ser uma pessoa digna - vamos partir desses princípio - eu tenho que respeitar os outros, tenho que fazer determinadas coisas. Eu acho que dignidade tem muito a ver com respeito [...] P6*

Algumas participantes referiram, de forma clara, a relação da situação vivida com o fenómeno em questão, no decurso da sua exposição e integrada no

próprio discurso. Por este motivo, não é apresentada neste ponto. Ela será enquadrada em contextos que se tornarão, com certeza, explícitos em descrições posteriores.

Observámos também, nos discursos das participantes, que a vivência do fenómeno da dignidade no cuidar e na situação de seres cuidados, constituía causa de transformações importantes na sua forma de actuar profissional. Esta evidência também contribuiu, em larga medida, para a construção do significado global dos textos.

Após realizar este percurso de leitura, afigurou-se-nos rapidamente ao espírito, uma ideia principal que concretizámos, como VAN MANEN (1997) recomenda, numa única frase que passamos a transcrever:

A partir de um contexto determinado, a dignidade constituiu, para as participantes, um fenómeno facilmente identificável e que foi vivido pessoalmente com intensidade, dando origem a importantes e decisivas transformações profissionais.

Esta ideia produziu em nós um efeito adicional, em jeito de oferta, que se traduziu na motivação para prosseguirmos na pesquisa.

À medida que fomos progredindo na leitura repetida e na análise dos textos, fomos sentindo que os relatos descritos expressavam aspectos temáticos das vivências, que poderiam revelar significados importantes para o fenómeno em estudo.

Fomos penetrando nos textos e as informações que fomos obtendo foram-se articulando com as nossas intuições, capacidades e conhecimentos, numa reflexão direccionada para a selecção das declarações que traduzissem temas ou aspectos temáticos das experiências vividas. Este tipo de abordagem é designado por VAN MANEN (1997) como abordagem selectiva.

Queremos referir a este propósito, que a identificação dos temas e a análise pormenorizada dos textos ocorreu como um processo único que só separámos nesta apresentação por motivos de organização metodológica.
Por esta razão, só nos foi possível identificar os temas através de uma análise simbiótica entre os aspectos que íamos seleccionando e a análise pormenorizada das entrevistas. Desta forma, os aspectos temáticos que fomos descobrindo constituíram razão para atendermos aos pormenores na análise que fomos desenvolvendo e vice versa.

Os temas que advieram da nossa análise elucidam-nos sobre o significado da dignidade através da forma como as participantes a vivenciaram, enquanto seres cuidados, no contexto do internamento numa instituição hospitalar.

Neste processo foram, por nós, identificados três temas principais:

- Revelando uma Individualidade
- Expressando uma Identidade
- Emergindo uma nova Consciência

Neste momento, apenas referimos os temas de forma nominativa, uma vez que a sua análise será descrita em pormenor mais adiante.

Passámos depois, ao terceiro tipo de abordagem aos textos que VAN MANEN (1997) designa como abordagem detalhada ou linha a linha. Esta consiste numa identificação e agrupamento das frases que atribuem significado ao fenómeno em estudo.

Assim, identificámos, escrevemos e rescrevemos as frases com que as participantes descreveram o fenómeno, de acordo com o que VAN MANEN (1997) preconiza para a investigação fenomenológica, quando afirma que esta constitui uma abordagem que tem implícito um processo de escrever e rescrever.

Tentámos sempre apreender a essência do significado fenomenológico das frases que analisámos.

Com base na leitura e releitura dessas frases e conjuntos de frases e por sentirmos algumas dificuldades quanto à forma de chegar aos temas, socorremo-nos das recomendações de SÖDERBERG [et al] (1999). Assim, identificámos declarações ou grupos de declarações que evidenciavam aspectos diferentes das vivências do fenómeno, a que designámos unidades de significado. Estas unidades foram agrupadas com base em significados comuns e os grupos de declarações formados foram denominados de subtemas. Estes constituem o reflexo dos significados de dignidade.

A mesma actividade foi realizada e repetida em cada texto e em todos.

Os grupos de subtemas foram sendo, então, condensados e englobados nos temas principais, anteriormente identificados.

Percorrer o caminho até aos temas implicou uma actividade hermenêutica criativa. Esta consiste num processo de condensação e abstracção, que visa alcançar o significado das expressões da experiência vivida e no qual as declarações são sujeitas a *transformações linguísticas*. De acordo com VAN MANEN (1997, p.97), tais transformações tornam as expressões *fenomenológicamente sensíveis*. Esta actividade incluiu, portanto, uma constante relação dialéctica de valorização do todo e das partes dos textos que analisámos.

Neste momento de referência à abordagem detalhada dos textos, apenas apresentamos os temas, subtemas e unidades de significado que desvelámos, de forma resumida.
A esquematização que apresentaremos nas figuras seguintes baseia-se na sugestão da criatividade recomendada VAN MANEN (1997) e apresenta de forma sucinta os temas, subtemas e unidades de significado, uma vez que a sua descrição em pormenor será levada a cabo no ponto seguinte deste trabalho.

Consideramos que esta forma de apresentação contribui para uma visualização global mais rápida sem que tal procedimento prejudique o processo de escrita aqui apresentado.

Sentimos também que, com esta forma de apresentação dos temas e subtemas desvelados, cumprimos o preceito de VAN MANEN (1997) de mostrarmos a integração das partes componentes na totalidade, que constituem mais do que a mera divisão e que elucidam o sentido global das experiências vividas.

FIGURA 1

PRIMEIRO TEMA

TEMA	SUBTEMAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
		Sentimento de Fragilidade
	Expressando Sentimentos	*Medo do Desconhecido*
		Baixa de Auto Estima
Revelando uma Individualidade		*Sentimento de Dependência*
	Manifestando Necessidades	*Necessidade de Compreensão*
		Necessidade de Respeito
	Exteriorizando Influências	*Influências dos Saberes Profissionais*
		Familiaridade com o Contexto

FIGURA 2

SEGUNDO TEMA

TEMA	SUBTEMAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
		Alteração da Dimensão Espacio-Temporal
	Valorizando o Contexto	*Contexto Indutor de Alterações da Auto Imagem*
		Contexto Indutor de promiscuidade
		Relação de Indiferença
		Relação Sujeito – Objecto
		Relação de Desconfiança
		Insuficiente Educação e Cortesia
Demonstrando uma Identidade		*Relação de Agressividade*
		Evidencia de Abuso de Poder
		Falta de Sensibilidade
	Enfatizando a Relação	*Relação de Distanciamento*
		Relação de Afecto
		Relação de Disponibilidade
		Respeito pela Privacidade
		Relação de Empenho
		Relação de Partilha
		Vocação
		Intercâmbio de Funções

FIGURA 3

TERCEIRO TEMA

TEMA	SUBTEMAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
		Acerca do Próprio Limite
	Realizando uma Auto-Reflexão	*Acerca do Sentido do Dever*
Emergindo uma nova Consciência		*Uma Nova Valorização do Outro*
	Construindo uma nova Relação	*Uma Maior Proximidade*
		Uma Maior Disponibilidade

A ordem pela qual apresentaremos a descrição dos temas, corresponde à ordem pela qual eles foram apresentados nos esquemas anteriores e ambas correspondem à ordem pela qual eles foram desvelados nos textos.

1.2 Descrevendo de Forma Temática as Expressões da Dignidade Vivida

Descrever os fenómenos é, segundo VAN MANEN (1997), interpretar os textos e o trabalho interpretativo constitui uma tarefa hermenêutica.

As leituras repetidas e a análise em pormenor dos textos transcritos das entrevistas realizadas permitiram-nos desvendar significados próprios e transformá-los nos temas e subtemas anteriormente apresentados.

A análise detalhada dos temas constitui uma descrição sistematizada das experiências vividas pelas participantes do nosso estudo, tal como se nos apresentaram.

A apresentação da descrição e reflexão das vivências dos enfermeiros acerca da dignidade, enquanto seres cuidados realizar-se-à então, de forma temática, com base nos temas e subtemas encontrados. Esta constitui, segundo VAN MANEN (1997) uma das formas possíveis de apresentar os fenómenos estudados e representará o nosso guia de orientação.

Devemos acrescentar neste momento que os temas e subtemas foram estruturados com base nas semelhanças e diferenças de significado. Mas, porque se encontram intimamente interligados, tornou-se para nós bastante difícil, conseguir delimitá-los como entidades separadas.

Com esta apresentação dos temas, pretendemos apenas tentar espelhar, da forma mais clara possível, a descrição das várias dimensões das experiências vividas com vista uma melhor compreensão do fenómeno em estudo, estando conscientes de que outras formas de os estruturar seriam possíveis.

VAN MANEN (1997) aconselha a que o processo de interpretação e reflexão hermenêuticos deve ter como suporte a criatividade, característica que deve

estar presente no investigador. A reflexão que desenvolvemos ao longo do nosso estudo corresponde àquela que a nossa parca criatividade e conhecimento tornaram possível.

Iniciaremos em seguida a apresentação das descrições das vivências relativas ao fenómeno que nos propusemos estudar. Os temas serão apresentados pela ordem em que foram referidos no ponto anterior.

1.2.1 Revelando uma Individualidade

Este tema emergiu do nosso esforço de dar luz aos significados das vivências que provinham da interioridade mais profunda e recôndita das participantes. Esta dimensão interior corresponde a uma forma única de ser, própria de cada uma e de todas as participantes, a qual denominámos **Individualidade**.

Este tema é fundamentado a partir de três subtemas, conforme o referido anteriormente: **Expressando Sentimentos, Manifestando Necessidades** e **Exteriorizando Influências**.

As participantes presentearam-nos com descrições ricas que tornaram possível a construção deste tema. Através da descrição das suas vivências, elas foram **expressando sentimentos vividos.**

A fragilidade foi um sentimento vivenciado que, segundo as suas palavras, foi decorrente da própria doença:

"[...] Eu estava numa situação de fragilidade [...] As doenças fragilizam as pessoas [...] A doença deixa as pessoas de tal maneira vulneráveis [...] Eu mesma fiquei muito vulnerável [...]" P1.

"[...] quando estamos doentes, estamos muito fragilizados [...]" P2.

"[...] estava psicologicamente debilitada [...] Lembro-me também que estava emocionalmente muito frágil pelo facto de estar doente [...]" P4.

O medo do desconhecido foi outro dos sentimentos vivenciados pelas participantes, durante a sua permanência num serviço de internamento, aquando da confrontação com situações novas, tal como um exame auxiliar de diagnóstico ou uma intervenção cirúrgica:

"[...] Eu ia cheia de medo, nunca tinha feito um exame daqueles [...]" P 9.

"[...] Passei por uma situação que me fez sentir muito mal, que me fez sentir perfeitamente insegura, quando me passaram da maca para a mesa operatória e pedi para não me deixarem morrer. Eu sei que disse uma coisa que nunca se diz pela minha experiência como enfermeira, mas disse-o em desespero de causa, porque foi aquilo que senti. Eu passei para a marquesa, conhecia as enfermeiras perfeitamente porque elas tinham trabalhado comigo e agarrei a mão de uma delas e disse:

não me deixem morrer. Eu sabia que estava nas mãos deles e por isso lhes pedi ajuda, mas é inevitável a sensação de medo [...]"P8.

Também a baixa de auto estima foi um sentimento patente e efectivo em alguns momentos vividos pelas participantes. A rotura da aura protectora que até aí protegia a sua própria imagem constituiu um forte abalo e elas descrevem como se sentiram inseguras e auto desvalorizadas:

"[...] Eu penso que nós, naquele momento, achamos que os outros só vêm aquilo que há de negativo em nós e nós só valorizamos aquela parte que não queremos mostrar a ninguém e o facto de estar toda a gente a olhar para nós, achamos que ele só vêm aquilo que nós não queremos mostrar. Eles não conseguem ver aquilo que não queremos mostrar, mas apercebem-se da nossa fragilidade - até pela situação - e nós também não queremos mostrar isso, até porque ficámos com um ar meio amedrontado [...]" P2.

As participantes descrevem ainda, momentos em que o sentimento de dependência se tornou bastante marcado. Este sentimento decorreu da incapacidade para se auto cuidarem e da necessidade consequente de terem que depender dos cuidados de outros, apesar de compreenderem a inevitabilidade da situação:

"[...] Deram-me banho, uma enfermeira e uma aluna de enfermagem ou outra enfermeira. Guardo ainda a imagem de não querer olhar para as pessoas que me deram banho, porque me senti tão exposta e duma

dependência tal que não era senhora de nada, não controlava nada. Senti-me agredida, diminuída, impotente, dependente, porque deixei de controlar a minha vida. Isso provocou em mim um mal estar e uma falta de controle em mim própria que se tornou uma situação embaraçosa. Mas compreendo que num hospital em que nos encontramos totalmente dependentes e não somos capazes de cuidar de nós próprios, tenham de ser os outros a fazê-lo [...]" P6.

Outros elementos de uma **Individualidade** foram revelados pelas participantes, quando descreveram vivências relativas a necessidades que viram ou não satisfeitas. Ao longo dos seus relatos, foram, assim, **manifestando necessidades,** por elas, **vividas.**

As participantes vivenciaram momentos em que a necessidade de compreensão para com as suas particularidades constituiu algo premente. Apesar dos esforços que desenvolveram, de as manifestar e explicar aos profissionais de saúde, nem sempre foram verdadeiramente compreendidas:

"[...] Eu sou uma pessoa calma mas fico um pouco nervosa no que toca a procedimentos para comigo. Se têm que me dar uma injecção eu fico bastante nervosa, choro, mas é uma característica minha, é assim. Quando tive que ser submetida a uma epidural, isso também aconteceu. [...] Puseram-me o soro e eu chorei. Mas avisei antes: eu vou chorar, não se preocupem, é normal, não valorizem que isso passa normalmente. Mas dessa vez não fui bem compreendida. Ao colocarem-me o soro, como eu chorei, o que adveio foi o seguinte:

aquela senhora está muito nervosa, há que comunicar ao médico para ele prescrever qualquer coisa para a acalmar. Por mais que eu dissesse: tentem compreender, eu já não estou nervosa, deixem-me só chorar...não adiantou. Foi preciso darem-me um Atarax, o que me fez novamente chorar, porque era intramuscular e eu expliquei que ao darem-me uma injecção eu ainda ia chorar mais e que eu chorava por causa dos procedimentos e não por causa da dor, que era psicológico, não adiantou. Eu tentei explicar ao máximo e não resultou. Há que apagar as luzes, tornar o ambiente escuro, e eu insistia: não é preciso, eu estou bem, estou calma! até porque relativamente à gravidez eu estava óptima, mas não me ouviram. Deram-me o Atarax contra a minha vontade, contra aquilo que eu tentava demonstrar. Ao menos que me dessem um pouco de espaço para eu demonstrar a minha vontade. Fizeram aquilo que eu classifico como falta de dignidade. Senti que era mais uma, mais uma que estava nervosa, estás a entender? Pois bem, fizeram o que entenderam e eu tive que aceitar. [...]" P11.

As participantes viveram outros momentos em que sentiram uma necessidade de respeito para com o seu pudor. Também esta, nem sempre foi valorizada pelos profissionais com quem se relacionaram:

"[...] Deitei-me na marquesa de pernas afastadas e tive a sensação de que os meus órgãos genitais estavam ao nível da cara do médico e isso fez-me sentir mal, apesar de eu saber que isso não era verdade, eu estava num plano mais baixo. Quando ele me começou a observar eu

só me lembro do olhar de um casal muito especado que se encontrava na sala de espera. Eu pedi para fazerem alguma coisa. Eu tentei chamar a atenção das pessoas mas ninguém valorizou [...] Chocou-me muito aquele cenário. Foi olhos nos olhos e eu já nem sabia o que me estava a custar mais. Ainda hoje me lembro daquelas caras, daquele olhar, foi uma imagem que me acompanhou durante bastante tempo [...] Eu pedi para me protegerem, mas ninguém me ouviu. Eu dizia: estão-me a ver ali, estão-me a ver ali, para tentar chamar a atenção para ver se realmente me percebiam, mas nada. Só me lembro do olhar deles cravado em mim, senti-me diminuída e pensei: Meu Deus, eu que tenho sempre tanto cuidado e estou agora exposta, nesta situação. A noção que eu tinha na altura era de estar num palco e por isso tive a sensação de estar ao nível da cara do médico, o que não corresponde à verdade. Isso marcou-me porque eu tenho bastante pudor. Nunca recorri a um ginecologista que não fosse mulher. No entanto durante as minhas gravidezes estive muitas vezes exposta a vários homens, de maneira estúpida, porque ninguém se preocupa [...]" P8.

A **Individualidade** das participantes foi ainda, revelada, quando descreveram situações, nas quais foram **exteriorizando influências vividas.** Estas influências são decorrentes da sua actividade profissional e dos saberes nela adquiridos.

A existência de influências foi sendo demonstrada nos seus discursos, quando relataram situações específicas, em que evidenciam a conexão com os saberes

profissionais e que lhes permitiu realizar uma avaliação dos cuidados que os profissionais de saúde lhes prestaram:

> *"[...] quando não se dá a rotura de membranas espontaneamente eles provocam a rotura com uma pinça de Kocker. Ela, sabes como ma provocou? Não vais acreditar... com os dedos puxou, rodou e arrancou, tipo beliscão... É que quando é feito com a pinça quase não se sente, mas como ela puxou, arrancou, e rasgou as membranas, eu prefiro esquecer [...]" P1.*

Os saberes adquiridos na profissão proporcionaram-lhes uma capacidade para intervirem directamente no seu cuidado:

> *"[...] Talvez me tenha lembrado da profissão numa situação em que eu estava com dores e me vieram dar medicação e eu sugeri outra via de administração. Aí talvez tivesse sobreposto a enfermeira à doente [...]" P4.*

Os saberes profissionais também influenciaram a sua argumentação com os profissionais de saúde, no que respeita a normas hospitalares específicas:

> *"[...] eu vinha para o bloco e queria trazer o soutien colocado porque tinha feito uma cirurgia mamária há pouco tempo e não queria expor aquela zona do corpo. Expliquei à enfermeira que o soutien não tinha metal, que era todo de algodão, que ia ser operada ao pé, mas ela foi*

inflexível e não permitiu que o trouxesse. Eu fiquei num dilema porque por um lado sei as normas para enviar um doente para o bloco mas por outro, tendo explicado toda a situação, eu achava que ela me devia ter feito a vontade [...]" P7.

O facto das participantes serem profissionais de saúde e de conhecerem os meandros da estrutura e funcionamento hospitalar revela a existência de uma familiaridade com o contexto. Mesmo assim, esta proximidade não constituiu factor suficiente para atenuar a sua insegurança:

"[...] Entretanto ligaram do serviço a perguntar se eu já tinha entrado e quando, concerteza, chegou a minha vez lá entrei e pronto. Isto foi o que se passou comigo e eu até sei como funciona uma urgência, sei como funciona um hospital [...] P2.

"[...] Até porque eu trabalho num bloco operatório e sei que há situações em que isso é perfeitamente possível [...]" P7.

1.2.2 Demonstrando uma Identidade

Este tema nasceu do nosso empenho em tornar viva a riqueza descritiva das experiências vividas.

Atribuímos a designação de **Identidade** à qualidade que as participantes demonstraram em reconhecer nelas próprias, elementos resultantes da

interacção com a realidade exterior. Este exterior refere-se ao contexto onde estavam inseridas, enquanto seres cuidados e à relação vivida com os seus cuidadores.

O tema fundamenta-se na condensação de dois subtemas: **Valorizando o Contexto** e **Enfatizando a Relação**.

Sentimo-nos tentados, em algum momento da análise deste tema, a classificar os momentos em que as participantes valorizaram o contexto e a relação com os seus cuidadores, de uma forma bipolar, isto é, a classificá-los como positivos ou negativos. No entanto, pensamos que o nível de análise das descrições da experiência vivida se encontra além desta bipolaridade e que os acontecimentos classificados como negativos podem estar conectados com elementos positivos e vice versa. Assim, apenas nos focaremos na denominação desses momentos, de acordo com o que as palavras das participantes nos sugerem.

As descrições das participantes foram traduzindo e **valorizando o contexto vivido**.

O contexto foi valorizado por algumas participantes, apresentando-se como uma dimensão espacio-temporal alterada:

> *"[...] Depois, passam cinco minutos, parece que passou meia hora, e eu pergunto-me " será que se esqueceram de mim ?" - A gente até sabe que isso eventualmente pode acontecer [...] uma pessoa não se sente bem, sente que foi abandonada, sente-se que podemos eventualmente estar esquecidos [...] P2*

As participantes consideram que o contexto institucional pode ser indutor de alterações da auto imagem. O facto de terem sido obrigadas a utilizar um tipo de vestuário que consideram despersonalizante constituiu um factor determinante nessas alterações:

> *"[...] Aconteceu-me isso quando fui fazer um exame. Eu, de camisa de noite e roupão, numa cadeira de rodas, sem uma maquilhagem, sem o cabelo arranjado, ir por aqueles corredores fora e as pessoas passarem por mim e eu a sentir-me feia e mal arranjada. Eu ali sentada, as pessoas a olharem para mim e eu a olhar para elas e a sentir que na cabeça delas cada uma fazia o seu juízo e eu a sentir-me alvo de atenções que eu não queria. Senti-me tão despida, tão exposta, não consigo explicar. A camisa de noite e o roupão que são peças que uma pessoa usa em casa, são íntimas, no hospital é horrível usar. Marcou-me muito o facto de ter que estar no hospital e transitar nos serviços vestida daquela maneira [...]" P6.*

A exposição pública das deformidades físicas decorrentes da doença, tornaram-se também, segundo algumas participantes, indutoras da consciência das alterações da auto imagem:

> *"[...] Mas, toda a gente que passa no corredor, olha para nós e nós pensamos: lá está aquele a olha para mim. Eu até posso estar a olhar para uma cara que está a olhar para mim e nem me está a ver, mas basta o facto de fixar o olhar em mim para eu pensar - ele está a olhar*

para mim, porque eu estou com a cara inchada e isso preocupa-nos , e para nós é muito importante. Nós para sermos pessoas equilibradas, temos que cuidar da nossa auto imagem, no nosso dia a dia. Se naquele local eu não me sinto bem, há qualquer coisa que vai entrar em conflito comigo própria [...]" P2.

As participantes vivenciaram momentos em que, para além da falta de privacidade, o contexto institucional se mostrou verdadeiramente agressivo.
O contexto vivido apresentou-se mesmo, para algumas participantes, como indutor de uma certa promiscuidade:

"[...] E depois, puseram-me um doente ao lado, era um traumatizado da face, daquelas fracturas horrorosas, um rapaz novo, coitado que, não sei se consciente ou inconscientemente, toca de cuspir para o lado, porque eles têm assim aqueles acessos de tosse, aquilo t udo para cima de mim e eu pensei: eu vou levantar-me e vou puxar a maca mais para o lado. Não é que ele tivesse culpa, mas não tinha que estar a apanhar com o problema dele, ele que é um doente. Já tinha o meu próprio problema, até porque estava a sangrar. Entretanto pensei: mas se eu me levanto da maca vou aumentar a hemorragia e isso não posso fazer. Então, toca de empurrar a maca , deitada, agarrada ao corredor, quer dizer, eu acho que isto não é tratar os doentes com dignidade [...]" P2.

A **Identidade** demonstrada pelas participantes, ao longo dos seus discursos, foi também construída a partir das vivências que descreveram, através das

quais foram **enfatizando a relação vivida** com os profissionais que lhes prestaram cuidados.

A relação vivida pelas participantes com os seus cuidadores, teve alguns momentos em que lhes foi transmitida uma posição de indiferença, por parte dos profissionais de saúde:

> *"[...] Cheguei lá e o bloco estava ocupado e eu fiquei no corredor à espera. Passei a ser uma pessoa deitada numa maca num corredor. Depois, senti que perdi a dignidade, por que senti que ninguém reparava em mim. Eu nem sequer era uma pessoa, era coisa deitada ali, era um número, sei lá era qualquer coisa [...] Talvez um objecto deitado numa maca, exactamente [...]" P2.*

> *"[...] O que me magoou foi o facto da enfermeira nem ter olhado para mim. Senti-me desprezada, abaixo de qualquer animal. Nesse momento senti-me mal, senti que não me deram a mínima importância [...]" P4.*

> *"[...] Senti-me como se fosse um cão abandonado, um animalzito a que ninguém dava importância [...]" P6.*

> *"[...] lembro-me de me terem colocado à frente uma tigela de sopa e eu querer pegar na colher, só que mexia a mão e magoava-me e ninguém se preocupou se eu comi ou não, e pronto. Ninguém se lembrou que eu estava ali sozinha e que podia necessitar de ajuda [...]" P10.*

Algumas participantes relatam situações em que a relação com os cuidadores adquiriu uma forma dolorosa, quando lhes foi atribuído o valor de mero objecto. A não aceitação dessa condição impeliu as participantes, nalguns casos a lutar activamente e noutros, apenas a exteriorizar silenciosamente a sua emoção:

> *" [...] A médica começa a examinar-me e a falar com o interno. Começa a descrever as características do meu útero, dos meus ovários e depois achou piada a algumas características internas e disse ao interno: Esta paciente realmente tem aqui umas coisas engraçadas. Quer experimentar ? E o fulano não tem mais nada, começa a calçar as luvas e prepara-se para me examinar também. Eu ... olha ...foi uma mola que disparou ... levantei-me e disse: Desculpe, onde é que o senhor pensa que vai ? Ele ficou assim a olhar para mim e disse : Ah, desculpe... Eu disse : Eu sei que o senhor é aluno, mas acho que me devia perguntar primeiro se podia. Ele pergunta : Posso ? Eu respondi: Não! [...] eu não me importava nada que o senhor me visse, mas achei... senti-me humilhada, muito humilhada mesmo e que não tinham tido respeito absolutamente nenhum por mim [...] Acho que isto traduz a forma como muitas vezes o que os profissionais tratam os doentes, como uma perna, um peróneo, etc [...]" P3.*

> *"[...] Enquanto que no outro exame – a ecografia – estava lá um monte de gente a conversar sobre as imagens que estavam a ver, sem se lembrarem de quem estava ali deitado. Todos a olharem para a*

máquina apesar da doente de quem falavam ser eu, falavam de tumores, quando eu achava que não se tratava de nada disso, mas mesmo assim desmoronei quando ouvi esses termos de conversa. lembro-me de um deles falar de um tumor do mesentério e eu começar a chorar(...)como se estivessem a estudar um boneco ou a fazer uma experiência. Lembro-me de ter perguntado no fim do exame: então, qual é a conclusão? Ninguém me respondeu e eu fiquei sem saber [...]" P9.

As participantes descreveram alguns momentos da relação vivida com os cuidadores, em que sentiram existir, da parte destes, uma posição de desconfiança. A não valorização das suas queixas é, disso, a representação viva:

"[...] Eu entrei já na ordem com contracções, já tinha dores e a enfermeira virou-se para mim e disse: Está assim tão mal? Não me diga que já está assim que não agüente... e eu disse-lhe: estou, estou, se desse para aguentar eu não lhe dizia, é que isto (as contracções) já está a bater muito forte... E ela perguntou: Já tem algum filho? E eu respondi: Este já é o 2º filho. E ela então disse: vamos lá ver isso. Examinou-me e disse: ah, na verdade isto já está a andar muito depressa. Eu até ver se a doutora já está a chegar. Primeiro desconfiou e depois quando eu lhe disse que era o meu 2º filho ela começou a acreditar, e depois como as coisas foram correndo e a médica chegou [...]" P1.

As participantes também relataram que foram, algumas vezes, abordadas pelos profissionais de saúde com insuficiente educação e cortesia:

> *"[...] Porque as pessoas (técnicos) passavam e diziam - quem é que esta ? O que vai fazer ? vai para o bloco, então está bem ... Passava outro e dizia - Quem é esta ?, repara - ESTA é de ginecologia [...]" P2.*

> *"[...] em seguida a Dr.ª começou a examinar-me. Para já ela entrou e não se apresentou, não me cumprimentou, não perguntou o que se passava[...]" P3.*

A relação evidenciou, para outras participantes, momentos de agressividade por parte dos prestadores de cuidados:

> *"[...] A gritar, disseram-me: deite-se aí. Eu ali, cheia de dores e elas berravam comigo: esteja mas é caladinha. Eu pedi para chamar o médico: o médico? Era o que faltava. O que é que estamos aqui a fazer? Não precisa de médico nenhum [...]" P6.*

Alguns cuidadores, em determinadas situações, dirigiram-se às participantes de uma forma que, segundo as suas próprias palavras, evidencia abuso de poder:

"[...] Ela era então a enfermeira chefe do serviço onde eu fui internada. Começou por me dar indicações que não coincidiam com as que a médica me tinha dado. A médica tinha dado indicações para me internarem numa enfermaria pequena e eu fiquei 5 horas deitada numa maca no corredor [...] Na manhã seguinte, quando a enfermeira chefe chegou eu estava numa enfermaria enorme, e ela disse-me: Com que então pensava que se despachava depressa e que ia embora ontem? Como vê as coisas são bem diferentes [...] Ela parecia que estava a fazer de propósito. Senti-me mesmo muito mal [...]" P1.

As participantes foram obrigadas a aceitar uma relação que evidenciou falta de sensibilidade, por parte de alguns profissionais de saúde. Esta, constituiu a única forma encontrada para a resolução do seu problema:

"[...] Passei por uma situação, a meu ver, flagrante: eu, apesar de não ter dores nenhumas, relativas à cesariana, tive uma crise de hemorróides brutal e tinha muitas dores a esse nível. Nesse sentido faltou e esteve em causa a dignidade das pessoas porque me obrigaram a comer de pé, quando eu pedi para comer, por exemplo, junto a uma cama para me encostar e ter um certo apoio. Foi-me dito que não era norma, não era comum este tipo de situações e as parturientes tinham que ir à sala de refeições, apesar de eu explicar que estava naquele estado, que não me conseguia sentar. Disseram-me: a sra vai à sala [...] eu não gosto de leite com café, gosto de leite com chocolate e nem sempre me era facultado leite simples para eu poder misturar com

chocolate, tinha que ser leite com café para umas pessoas, mas eram capazes de chegar outras e diziam-me: não senhora, vamos arranjar leite simples(...)no dia em que disseram que podia comer dieta geral, era meio dia. Eu fiquei contente, estava cheia de fome e fui informar a enfermeira. Ela disse: já é meio dia. Eu perguntei: e não pode telefonar? Ela respondeu: não, agora já não dá para telefonar, já é muito tarde. Ninguém sabe o desconsolo que aquilo provocou, uma simples refeição. E isto é tão simples. Penso que isto revela o que é a vontade de ser boa profissional [...]" P11.

Alguns momentos desagradáveis de relação foram vividos pelas participantes, quando observaram um distanciamento por parte dos cuidadores, algumas vezes deliberado e irónico. Este distanciamento torna-se pouco compreensível para as participantes, uma vez fazerem parte dum mesmo cosmos profissional:

"[...] Acho que poderiam ter aproveitado de eu ser enfermeira e ser especialista de pediatria para comunicarem comigo de outra maneira. Por exemplo, acho que elas forçavam o facto de me chamarem dona X, apesar de saberem que eu era colega delas. Muitas vezes eu dirigia-me a elas como colega, porque eu era realmente colega delas e elas respondiam: diga dona X. Não é por eu ser enfermeira que devia ter mais ou menos beneces, mas é como enfermeira que eu sabia que as minhas colegas sabiam que eu também sabia como é que se cuidam doentes e foi nesse sentido que eu fiquei chocada com a situação [...]" P11.

"[...] porque ela já me conhecia e disse-me: Com que então, pensava que por ser enfermeira era diferente dos outros, eh?[...]" P1.

"[...] Uma refere-se ao parto da minha filha em que fui maltratada pelas enfermeiras. Tendo-me apresentado como enfermeira, isso contribuiu para me tratarem pior [...]" P7.

"[...] No dia seguinte ele passou visita médica na enfermaria onde eu estava e fez de conta que não me conheceu. Estive internada três dias e foi sempre o mesmo. [...]" P6

Mas também são referidos pelas participantes, momentos importantes em que os cuidadores demonstraram afecto numa relação, que se tornou, assim, inesquecível:

"[...] A única enfermeira que eu me lembro, no meu curto internamento, que me fez sentir mais protegida foi a do bloco, em que eu acordei com ela a fazer-me festinhas na cara...eu até pensei que fosse o meu marido...porque eu sentia-a sempre ali, eu olhei para ela e ela disse-me: então, está tudo bem? Já acabou a cirurgia... e eu vi que era a enfermeira que estava comigo antes da cirurgia. Ficou ali comigo a ver se eu acordava completamente, levou-me ao quarto, foi uma sensação muito boa. Nunca mais hei-de esquecer a cara daquela enfermeira. Foi amorosa [...]" P1.

A relação com os profissionais de saúde foi, pelas participantes, considerada importante nos momentos em que estes manifestaram disponibilidade e lhes proporcionaram atenção e apoio:

> *"[...] Uma das enfermeiras, quando eu entrei deu-me muito apoio [...] com conversa, conversava muito comigo [...]" P8.*

> *"[...] Em contrapartida, é um serviço onde eu entro, chorosa, muito nervosa, tenho uma enfermeira que imediatamente me leva para uma salinha, me dá um chá para me acalmar, arranja-me um monte de almofadinhas para me sentar na cadeira confortavelmente, uma vez que eu estava com aquele problema. Teve todos os cuidados e mais um. Essa enfermeira foi quem me acompanhou nessa noite e foi o melhor que me podia ter acontecido. Veio ter comigo, conversou, disse-me provavelmente aquilo que eu já sabia, mas que precisava que alguém me dissesse. Naquela altura eu parecia ter esquecido tudo e foi muito importante o seu apoio e eu acabei por gostar muito da senhora [...] Guardo uma recordação agradável de uma boa parte da equipa. Estava sempre uma enfermeira ao meu lado, a falar comigo, senti-me apoiada, mais segura, foi a compensação de tudo [...]" P11.*

As participantes descreveram os esforços desenvolvidos pelos seus cuidadores, em momentos específicos do cuidado, no sentido de fomentar o respeito pela sua privacidade:

"[...] No entanto, senti que respeitaram a minha dignidade, nomeadamente numa situação que frustra muitas vezes as pessoas e que são os cuidados de higiene. Eu tinha de estar em repouso absoluto, estática e tiveram que me prestar os cuidados de higiene na cama e nessa altura eu agradeci muito o facto de me terem colocado um biombo, terem fechado as cortinas, apesar de eu estar num quarto com apenas duas camas. Mas a pessoa que se encontrava na outra cama era uma estranha que eu nunca tinha visto na vida e foi importante eu sentir que preservaram a minha privacidade. Senti mais aconchego, o biombo diminuiu a sensação de que estava exposta, senti que estavam a fazer esforços para eu me sentir mais à vontade e, na realidade, senti-me mais à vontade. O biombo fez-me sentir uma separação do resto do contexto, onde fiquei eu e a cama, nem mais nada, nem mais ninguém. Num ambiente estranho, com pessoas estranhas, numa situação em que estava psicologicamente debilitada, aquele pequeno gesto significou tanto para mim [...]" P4.

"[...] Tive então que fazer uma ecografia pélvica, por via vaginal e aí tiveram cuidado. A porta do gabinete estava fechada, taparam-me [...]" P9.

As participantes valorizam momentos da relação com os profissionais de saúde, quando estes demonstraram uma atitude de empenho, em situações particularmente difíceis:

"[...] Houve uma vez em que eu tive que ser algaliada, estava consciente e lembro-me de que foi extremamente difícil porque, como eu estava a perder muito sangue, elas não conseguiam algaliar-me e isso foi uma situação embaraçosa para mim mas eu sabia que elas estavam a tentar proteger-me [...]" P8.

Alguns momentos da relação foram valorizados pelas participantes, por sentirem que existia uma relação de partilha com os seus cuidadores:

"[...] Lembro-me também que, como estava emocionalmente muito debilitada, sentia-me muito satisfeita quando alguém chegava e me tocava. O toque fazia-me muito bem. E não era só o perguntar se me sentia bem, era o tocar, não eram muitas vezes necessárias quaisquer palavras, era o gesto que me dava grande conforto. Sentia a parte humana presente, acima de tudo a parte mulher. Também o âmbito em que tudo estava a acontecer era diferente. Para ser mais específica, uma mulher que tivesse passado pelo mesmo que eu estava a passar, não é que me desse mais conforto o facto de ela me dizer "deixa lá, eu também já passei por isso", mas sim o facto de eu saber que alguém estava verdadeiramente a compreender o que eu estava a sentir, que valorizasse o meu sofrimento e atenuasse o turbilhão que estava dentro de mim [...]" P4.

As participantes vivenciaram também, momentos significativos, em que observaram existir uma vocação por parte dos seus cuidadores:

"[...] Neste momento acho que fazer uma gastroscopia não custa nada. Tive uma enfermeira ao meu lado, daquelas pessoas amorosas que me relaxaram, que me explicaram o que iam fazer e eu simplesmente me deitei, colaborei, funcionou tudo bem e vim-me embora. Recebeu-me, atendeu-me de forma espectacular, nem sequer era um serviço privado, recomendou-me calma, perguntei se me iam dar alguma coisa, pôr um soro... ela respondeu-me que não, que apenas iam anestesiar as cordas vocais com um spray. Ela falava com uma voz meiga e incutiu-me também muita calma. Explicou-me tudo, eu acho que nem tremi, deitei-me, ela fez tudo, preparou-me e o médico também foi muito cuidadoso e atencioso. Ainda hoje me lembro das vozes deles. Nas minhas recordações eu registo muito as vozes e os cheiros e lembro-me perfeitamente das vozes deles. Também me lembro do cheiro do anestésico que era horroroso, mas isso não me chateou nada porque o associo a um facto agradável. Como te disse, quando fiz a gastroscopia fiquei admirada por ter sido bem atendida e pensei: Afinal ainda não está tudo mal, ainda há pessoas que gostam do que estão a fazer [...]" P8.

Mas houve momentos curiosos, vividos pelas participantes na relação com os seus cuidadores. Uma das participantes descreve mesmo, um momento em que essa relação permitiu existir um intercâmbio de funções, entre ela e o seu cuidador:

"[...] eu estava na sala de espectantes e veio uma enfermeira já com uma certa idade com um tabuleirinho amoroso preparado para me

puncionar. Eu notei que ela estava muito ansiosa. Ela sabia que eu era enfermeira e não tinha experiência com punções. Conversámos um bocado e eu compreendi a sua insegurança. A certa altura, meio a medo ela disse: vai tudo correr bem, a sra. enfermeira pica e eu faço o resto. Eu puncionei-me, ela fez o resto e correu tudo bem. Até dei uma gargalhada porque a situação era mesmo caricata. Mas gostei da atitude de honestidade dela [...]" P9.

1.2.3 Emergindo uma Nova Consciência

Este tema surgiu da nossa interpretação das descrições sobre algo que, de alguma forma se transformou nas participantes, a partir das suas vivências e é justificado a partir da condensação de dois subtemas: **Desenvolvendo a Auto Reflexão** e **Construindo uma Nova Relação**.

Atribuímos a designação de **Nova Consciência** a uma nova forma de ser que inclui o desenvolvimento da nova capacidade de reflexão que as participantes realizaram, desde o primeiro momento das suas vivências, bem como das atitudes e comportamentos que afirmam terem daí decorrido.

Considerar como tema as expressões das transformações ocorridas nas participantes, decorrentes da situação que experienciaram ofereceu-nos de início, algumas dúvidas. As transformações manifestadas não constituíam, elas próprias, vivências daquele momento específico. No entanto interrelacionam-se com elas de forma estreita e nós próprios temos dificuldade em as separar.

Por outro lado, ao recordarmos os ensinamentos de VAN MANEN (1997) de que as descrições da experiência vivida englobam elementos fundamentais à compreensão do fenómeno, entendemos que as vivências de dignidade das participantes constituíram elementos transformadores delas mesmas e acreditamos, segundo as suas próprias palavras, que esta consciência nasceu e foi consequente às próprias vivências. Também pensamos que essas transformações constituem factores essenciais à compreensão das suas vivências de dignidade, pelo que resolvemos inclui-las nas expressões da dignidade vivida.

A situação especial que as participantes vivenciaram, enquanto seres cuidados, originou um olhar para dentro delas próprias e desta forma, nasceu **uma Nova Consciência** profissional.

Uma das transformações evidenciadas pelas participantes, relaciona-se com o nascimento de **uma** maior capacidade e uma maior necessidade de **auto reflexão,** que se prende com uma nova forma de pensar a sua forma de ser, estar e fazer na profissão.

Desta nova forma de olhar emergiu uma nova consciencialização acerca do seu próprio limite. As participantes descrevem como atingiram esse novo auto conhecimento e as formas de lidar com ele:

> *"[...] Depois da doença, muitas coisas mudaram [...] Nesse serviço tive uma situação em que tive que falar com a enfermeira chefe. Foi numa altura em que faleceram dois doentes e um delas era criança. Fiquei bastante fragilizada especialmente nos turnos nocturnos. Eu achava que não estava a cuidar dos doentes como achava que eles mereciam e como eu própria estava habituada a faze-lo. Pedi, então à minha chefe*

para me colocar um horário apenas diurno, para eu retemperar as forças e o ânimo. Ela apreciou imenso a minha atitude e acedeu ao meu pedido. Eu acho que se uma pessoa não está em condições óptimas deve auto denunciar-se para que sejam tomadas medidas de forma a recuperar devidamente. Acho que isso é positivo, gostei de ter tomado consciência disso e ter agido[...]' P8.

"[...] O que eu acho importante é que, mesmo tendo no plano de trabalho nove ou dez doentes e estando extenuadas, ou tendo recebido uma má notícia, etc. das duas uma: ou nos sentimos com forças para tratar todos os doentes por igual, ultrapassando essas emoções negativas, ou pedimos para ser substituídas até termos recuperado as nossas capacidades a 100% para retomar as nossas funções. Nesta medida é importante a pessoa saber quais as suas capacidades e os seus limites, porque os doentes não têm culpa dos nossos problemas [...]" P5.

Algumas participantes revelaram a sua preocupação com o sentido de dever. Descrevem então, como tentam, no seu quotidiano, entregar-se à sua profissão e transmitir aos futuros profissionais, os valores fundamentais do cuidar em enfermagem:

"[...] Muitas vezes no nosso dia a dia acontece estarmos preocupados com questões pessoais graves. No entanto, não podemos deixar isso transparecer e temos que mostrar a mesma qualidade de competência e atendimento e relacionamento [...]" P10.

"[...] É das coisas que eu tenho sempre presente. Aos nossos alunos em estágio, temos sempre o cuidado de dizer-lhes que devem preservar a intimidade do doente. Na situação profissional, isso nem sempre acontece, no entanto, eu faço questão de, quando vou cuidar de um doente de ter a porta fechada, as cortinas corridas e explicar exactamente o que lhe vou fazer. Isso é ponto assente. È coisa que nunca me esquece precisamente porque me ficou marcada [...]" P1.

A nova consciência das participantes emergiu também, da necessidade de se tornarem verdadeiramente empenhadas no seu quotidiano de cuidar.
Várias foram as participantes que mostraram que delas emergiu **um novo empenho** de construir uma nova relação com os seres a quem cuidam. Esta surge, segundo as suas descrições, a partir da sua experiência vivida.

Começaram assim, a encetar o desenvolvimento de uma nova forma de valorizar o outro ser que com elas participa no cuidado:

"[...] o facto de ter estado internada ainda me fez dar mais importância à parte relacional com os doentes. Se, por algum motivo, eu não estiver nos meus dias e não conseguir transmitir segurança a um doente, fico muito mal com isso, porque me lembro muito da minha situação. O respeito pelos outros pode ser reforçado pela nossa experiência como doentes [...]" P1.

"[...] Comecei a dar mais importância à parte relacional do que à parte técnica. A partir dessa altura reforcei uma atitude que me parece muito correcta que é referir-se ao doente pelo nome sempre, e nunca pelo doente da cama tal. A pessoa que está do outro lado gosta que o tratem pelo nome, que é dele e com ele que estão a falar. Não é um objecto, é uma pessoa que ali está e que devemos respeitar. Apercebi-me que há gestos pequenos que têm um efeito "monstro" a curto prazo no doente, no sentido positivo, em termos de benefício [...] isso só me ensinou a importância do respeito pela dignidade, porque quando nós não passamos por essas experiências, consideramos os doentes como mais um ou menos um, são tantos os que nos passam pelas mãos que não sentimos, por vezes, a sensibilidade que devíamos sentir [...] Devemos tratar um doente de acordo com a sua individualidade que é diferente de qualquer outro e fazer um jogo connosco próprios: eu não conheço esta pessoa, vou tentar conhece-la melhor, saber um pouco mais dela para a compreender melhor , logo cuidar dela melhor [...]" P4.

"[...] Eu penso que já tinha sentido a necessidade que nós temos de respeitar o outro porque o respeito, como já disse, tem muito a ver com a dignidade. Eu já o fazia antes. Não digo que sou melhor ou pior que os outros. Depois de ter passado por essa situação, eu acho que já sou incapaz de abandonar um doente sem lhe dar uma palavra [...] Perguntar se o doente tem frio, localiza-lo no tempo e no espaço, dar-

lhe uma palavra, evitar comentários inconvenientes na frente do doentes [...]"P2.

Várias participantes afirmaram que uma das consequências de terem vivenciado momentos de terem sido cuidadas, foi o nascer de uma maior proximidade com aqueles a quem cuidam:

"[...] Porque não trocarmos experiências comuns? Isso vai contribuir para lhes dar maior segurança e confiança no enfermeiro e fazê-los compreender que se calhar nós já vivemos experiências iguais às deles. E isto resulta de tal modo que muitas vezes eles começam a desabafar e a contar coisas intimas que não contam a mais ninguém. Eles sabem que ao contar determinadas coisas elas não vão ser divulgadas e que a pessoa que os ouve é isenta, não é familiar, mas que lhes vai proporcionar um feed-back positivo que é o que eles precisam naquele momento, que é dissipar-lhes ansiedades, medos, dar-lhes um conselho e até dar-lhes algum carinho. As pessoas estão debilitadas e devemos tentar todos os esforços para diminuir essa debilidade. A minha experiência como doente ajudou-me de alguma forma nesse aspecto [...]" P5.

"[...] Eu sempre respeitei os outros, até pela educação que tive e dou muito valor a quem está doente. Esta situação veio reforçar o valor que eu atribuo à pessoa doente. A partilha de sentimentos aproxima-nos dos doentes [...] Isso tem muita influência. A gente pensa: é horrível estar ali, porque eu já estive. E a pessoa acaba por estar de outra

forma com o doente. Não interfere na qualidade técnica mas psicologicamente é muito mais eficaz. A experiência da pessoa tem que influenciar a relação com o doente. A gente fica com uma forma diferente de abordar, há mais proximidade, o doente sente isso [...] Às vezes respeitar o doente e sentir essa proximidade pode não ser falar. Sentimos quando o doente não quer falar. E muitas vezes basta um olhar, uma festa, um sorriso, para apoiar o doente [...]" P6.

As participantes também evidenciaram que, após a sua experiência, se tornou imperativa uma maior disponibilidade para com o doente:

"[...] No entanto há muito que podemos fazer: um gesto, uma brincadeira, pôr o paciente à vontade, explicar-lhe o que se vai passar, mostrarmos disponibilidade, ajudamos a ligar a pessoa à terra, a diminuir a ansiedade e a descarregar muita energia negativa que está acumulada. Até porque uma pessoa doente está tensa, está com receios, não sabe o que se vai passar, está totalmente dependente dos outros [...]" P7.

1.3 Reflectindo sobre os Significados da Dignidade Vivida

Os significados de dignidade que emergiram da análise, levada a cabo a partir dos textos-relatos das participantes do nosso estudo, induzem-nos agora a realizar uma nova reflexão sobre os resultados encontrados. Pretendemos,

deste modo, levar a cabo uma reflexão que contribua para a melhor compreensão do fenómeno em estudo.

Desta vez, a nossa reflexão será apresentada, tendo por base uma fundamentação que advém do recurso a considerações teóricas de vários autores, na área de enfermagem ou outras que consideremos de interesse e se enquadrem no fenómeno em estudo.
Também recorremos ao auxílio de informações relativas a estudos de ordem vária, já que, estudos fenomenológicos em que a dignidade constituísse o tema central, não foram por nós descortinados.

A reflexão que nos propomos agora encetar, constitui uma forma de simultaneamente discutir e meditar sobre os resultados da pesquisa e enfatiza a importância da actividade textual, da escrita reflexiva e da arte de escrever e rescrever, propostas por VAN MANEN (1997).

Esta discussão será apresentada de forma temática e a reflexão sobre os temas seguirá a ordem apresentada nos pontos anteriores.

1.3.1 A Dignidade como Individualidade

A partir dos discursos das participantes do nosso estudo, sentimo-nos impelidos a reflectir sobre a dignidade humana no cuidar em enfermagem, enquanto significado de Individualidade.

Ao remetermo-nos para a memória da excelência de uma frase sabiamente proferida por GRANDE (2000) de que *o homem se traduz numa existência sem cópias,* facilmente nos deixamos conduzir até à dignidade humana, atribuíndo-lhe o sentido de individualidade.
A individualidade corresponde neste sentido, a uma forma de ser individual e a uma consciência que cada participante revelou ter de si própria num momento tão particular: o de seres cuidados.

As enfermeiras que connosco participaram nesta pesquisa mostraram-nos, através dos seus discursos, elementos suficientemente esclarecedores da existência de uma individualidade própria de cada uma e de todas. A sua mais profunda consciência transportou-as até ao âmago do seu ser do qual revelaram as suas mais íntimas forças e debilidades.

A individualidade das participantes começou por revelar-se ainda antes das descrições das suas experiências vividas. A opção que fizeram de descrever vivências do fenómeno da dignidade no cuidar em enfermagem sob a perspectiva de seres cuidados constituiu o primeiro momento em que a sua individualidade adquiriu expressão. Todas e cada uma delas preferiram descrever as suas vivências através de um voltar para a dimensão pessoal e não apenas uma focalização na vertente profissional.
Esta perspectiva transporta-nos para a noção de que o homem é *pessoa*, uma vez que, de acordo com HENRY & TUXILL (1987) pessoa refere-se à dimensão valorativa do homem e confere-lhe a sua individualidade.
E se a individualidade é aqui considerada como um significado de dignidade, então podemos afirmar que a dignidade, enquanto individualidade, se traduz

numa qualidade moral, enquanto domínio da consciência, que pertence à pessoa, sendo que *dignidade* e *pessoa* se encontram indissociavelmente unidas e comungam da mesma essência.

As participantes fizeram-nos também compreender, na relação que encetaram connosco, que as suas vivências pessoais eram as mais significativas e constituíam agentes motivadores para a sua participação nesta pesquisa. Desta forma, nós as reconhecemos e fomos por elas reconhecidas como pessoas, na medida em que enquanto pessoas, as participantes reconheceram em nós e foram reconhecidas por nós como seres conscientes que pensam e interagem. Só enquanto pessoa cada uma das participantes constitui uma entidade única, com faculdades intelectuais e morais que a tornam capaz de se relacionar consigo própria e com os seus semelhantes, porém distintos (THINES E LEMPEREUR, 1984).

As participantes do nosso estudo revelaram também a sua individualidade a partir das vivências de terem sido cuidadas, que tão efusivamente relataram.
Verificamos neste âmbito, que existia uma comunhão entre algumas das expressões vividas pelas participantes. No entanto, a sua individualidade transpareceu e foi compreendida a partir das diferentes formas a que recorreram para as descrever.
A forma única como cada participante valorizou os diversos momentos de cuidar vividos na situação de seres cuidados, tornou-se reveladora de que cada uma representa um ser diferente de todas as outras.
Esta concepção corrobora a ideia de LAZURE (1994), de que a individualidade constitui a particularidade com que cada ser humano é dotado

e que o torna único. A individualidade é, assim, algo que confere ao ser humano a sua qualidade de ser diferente e particular.

As descrições da experiência que as participantes vivenciaram (comum ou única), revelaram-nos a sua dignidade, a partir da manifestação das suas próprias características individuais. O significado da individualidade assume então, um valor que corresponde a uma característica individual que existe no ser interior de cada participante e que poderia ser integrada no que SÖDERBERG [et al] (1999) denomina como dimensão interna da dignidade.

A individualidade que emergiu das descrições das participantes resultou da expressão de sentimentos que vivenciaram, de necessidades que sentiram e de influências dos saberes profissionais que deixaram transparecer nos seus relatos, enquanto seres cuidados. Sentimentos, necessidades e influências constituem expressões verdadeiras e compreensíveis da sua dignidade.

A individualidade das participantes, enquanto significado de dignidade, foi primeiramente expressa através de sentimentos. Neste âmbito, SHOTTON E SEEDHOUSE (1998) revelam que a dignidade é considerada uma forma de sentir e só existe na medida em que se sente. As autoras afirmam mesmo que, em presença de actos que nos apreçam indignos, eles só o serão realmente, se a pessoa a quem se dirigem os sentir como tal. Esta afirmação corrobora as ideias de SÖDERBERG [et al] (1999), de que a dignidade se revela como um modo de ser e de sentir próprias de cada ser humano.

A concepção de ARROYO [et al] (1996), de entender a dignidade humana como a qualidade que resulta da relação do homem com a sua individualidade, parece constituir um reforço desta concepção.

Os sentimentos que as participantes expressaram, ao descrever as suas vivências, revelaram que a situação de seres cuidados colocou em causa a sua harmonia individual, uma vez que, como referem SHOTTON E SEEDHOUSE (1998), se encontravam numa circunstância de adversidade. Encontrarem-se numa situação de doença e num contexto de internamento transformou a sua forma de ser habitual e colocou-as numa posição algo débil.

A fragilidade constituiu um dos primeiros sentimentos descritos e foi, pelas participantes, vivenciado de forma negativa, estando relacionado com o facto de se encontrarem em situação de doença. A doença constituiu para elas uma situação de ameaça da sua dignidade que as destituiu da sua força habitual e as transportou para um estado de vulnerabilidade que, por sua vez, ameaçou a sua dignidade.
Os relatos da experiência vivida espelham que a individualidade das participantes foi fortemente influenciada pela situação de doença e de sofrimento que vivenciaram.
WATSON (2002b) considera, nesta perspectiva, que a doença representa um tipo de energia que faz parte da vida e que apresenta uma natureza desequilibrante, capaz de produzir sentimentos e emoções conotados com a negatividade. Os sentimentos negativos tais como o sofrimento, são, recorda-nos McINTYRE (1995), associados a acontecimentos que podem ameaçar, de

forma efectiva, a dignidade ou a individualidade da pessoa, como é o caso da doença. Também SHOTTON E SEEDHOUSE (1998) afirmam neste contexto, que a doença é considerada um factor de degradação, capaz de retirar ao ser humano o seu sentido de dignidade.

Nesta medida, a doença representou para as participantes, um acontecimento que as fez compreender o verdadeiro significado da dignidade, uma vez que, segundo SHOTTON e SEEDHOUSE (1998), quem melhor pode definir e compreender a dignidade é quem já vivenciou uma situação de degradação, por ter sentido que a dignidade era aquilo que lhe foi retirado quando mais necessitava.

O medo foi outro dos sentimentos expressos pelas participantes durante as vivências de terem sido cuidadas e foi relacionado com momentos de desconhecimento e de dúvida quanto ao desenvolvimento futuro dos acontecimentos ligados à sua situação momentânea de seres em estado de doença. Esses momentos jamais tinham sido experienciados e as participantes foram, dessa vez, contactadas por uma incerteza que as obrigou, segundo as palavras de FERREIRA DA SILVA (1995), a confrontarem-se com o esbater da esperança de uma vida plena e com a incerteza quanto ao futuro, nunca antes questionado.

Mas as participantes revelaram outros sentimentos vividos na condição de seres cuidados e descreveram, nesse sentido, como perderam a sua auto estima. O facto de se encontrarem na situação de doença e num estado de vulnerabilidade provocou uma alteração na sua integridade e um declínio na sua individualidade. A destruição da opinião positiva delas próprias originou

a diminuição da sua auto estima que adquiriu expressões visíveis que pudemos constatar nos seus relatos. Estas ideias estão de acordo com HADDOCK (1996), quando afirma que a ausência de um auto juízo positivo torna consequente uma perturbação da tranquilidade e origina um declínio da individualidade e com MAIRIS (1994), quando refere a auto estima como atributo essencial da dignidade.

Deste modo, as participantes sentiram que o seu ser interior sofreu uma metamorfose que destruiu a sua capacidade de se auto estimarem e se auto protegerem vendo-se, de repente, envolvidas em situações nas quais se auto desvalorizaram e perderam a consciência do seu valor, ou seja, da sua dignidade. Esta ideia é reforçada por MAIRIS (1994), uma vez que a autora afirma que a dignidade humana envolve a capacidade de se sentir importante e valioso e implica a existência de auto respeito e de auto estima.

As participantes assumiram ainda que houve momentos em que sentiram que a sua baixa estima e auto desvalorização transpareceu para o exterior e que foi percepcionada por outrem, o que em muito acentuou a perturbação e a ameaça da sua dignidade.

É como se, de acordo com WATSON (2002b), as participantes libertassem uma corrente energética de baixa frequência e desprovida de luz, capaz de provocar um efeito nos seus observadores e esse efeito fosse por eles reflectido de tal forma que devolvesse às participantes a consciência da sua própria falta de dignidade.

A doença originou nas participantes uma perturbação do equilíbrio da sua individualidade, uma vez que também as catapultou para a vivência de momentos de falta de controle sobre elas próprias e sobre os acontecimentos a

elas inerentes. Neste âmbito foi descrito pelas participantes, um sentimento de dependência que colocou em causa a sua dignidade. HADDOCK (1996) refere, neste contexto, que, entre os sentimentos que caracterizam o eu indignificado, se encontram a falta de controle e a dependência.

Os momentos vividos de doença transparecem nos seus relatos como principais causadores de estados de incapacidade que colocaram em questão a sua independência e a sua autonomia, tendo representado um declínio da sua capacidade de auto controle relativa à sua vida e à sua saúde. Esta ideia é partilhada por NORDGREN e FRIDLUNG (2001), quando afirmam que a doença e o sofrimento põem em causa a dignidade do ser humano porque dividem a responsabilidade pela ameaça da sua autonomia e da sua auto determinação.

Também McINTYRE (1995) nos ensina neste âmbito que o estado de doença em geral e o contexto de internamento em particular constituem momentos em que o desequilíbrio assume, não raras vezes, uma condição humana dramática, em virtude do reconhecimento da perda de independência e da impossibilidade de realização das próprias necessidades. Nestas condições, afirma a autora que não restam alternativas senão depender da boa vontade de outrém.

O sentimento de dependência resultou igualmente da incapacidade das participantes de se auto cuidarem. Submeterem-se a cuidados (corporais ou outros) que habitualmente dependiam delas próprias, representou a consciencialização de um estado de impotência que vivenciaram de forma penosa. Mais uma vez NORDGREN e FRILUNG (2001) corroboram esta

ideia, ao afirmarem que a doença provoca um estado de dependência que deriva da impossibilidade de auto cuidado.

A perda de controle sobre o seu próprio cuidado conduziu as participantes até à consciência profunda de uma evidente incapacidade de domínio sobre o seu corpo, a sua intimidade e a sua personalidade e, consequentemente, de uma perda de dignidade. Esta ideia está, por sua vez, de acordo com SHOTTON e SEEDHOUSE (1998), quando nos mostram que a dignidade se encontra associada a uma posição em que se é capaz e que a incapacidade de realizar as actividades habituais pode originar a perda de dignidade.

As participantes vivenciaram a dignidade como uma experiência de individualidade quando evidenciaram de forma clara, um conjunto de necessidades próprias de uma forma de ser individual. MAIRIS (1994) corrobora esta ideia quando afirma que as necessidades de cada pessoa representam a existência dos seus padrões individuais.

A revelação de uma individualidade ameaçada a partir de uma situação de doença e de um contexto de internamento, tornou-se patente nas declarações das participantes, quando exalaram necessidades que desejariam ver satisfeitas e que nem sempre foram compreendidas ou correspondidas. Esta concepção dá, de novo, acordo a MAIRIS (1994), quando mais uma vez afirma que, para se tornar possível a satisfação das necessidades de cada ser humano, é necessário que se compreendam os seus próprios padrões e se reconheça a sua dignidade através da compreensão dos seus desejos e dos seus direitos.

As participantes revelaram ter sentido como necessidades, a compreensão e o respeito. Tais necessidades foram transformadas em desejos prementes quando representaram, em momentos particulares das suas vivências, tentativas desesperadas de retomar o equilíbrio. As necessidades sentidas ganharam também uma maior importância por terem sido aliadas à expectativa de serem satisfeitas pelos seus cuidadores. No entanto as expectativas criadas nem sempre forma resolvidas com êxito.

No que se refere à necessidade de compreensão, ela foi identificada nos relatos das participantes, quando referem ter solicitado aos cuidadores um esforço para que estes entendessem as suas concepções pessoais, os seus hábitos e as suas particularidades. As participantes pretenderam desta forma, que se tornasse possível para os seres cuidadores realizar uma actividade de cuidar que se direccionasse para a sua individualidade.

No que concerne à necessidade de respeito, esta relacionou-se basicamente com a vivência de momentos de exposição desnecessária da intimidade as participantes, durante os quais encetaram, sem êxito, tentativas de consciencialização dos seus cuidadores, no sentido de que estes pudessem compreender que aquela situação representava uma verdadeira agressão e uma ameaça à sua dignidade. SÖDERBERG [et al] (1999) refere a este propósito, que nenhuma diferença entre seres humanos pode justificar a existência de uma diferença nos níveis de respeito entre eles.

Entendemos também que, neste contexto, não foi atribuída pelos cuidadores aos seres a quem cuidaram, o que MAYEROFF (1990) designa como a base de primazia para uma relação humana de cuidar, tão necessária para que se faça respeitar a individualidade de cada ser humano.

As afirmações anteriores reflectem ainda que se torna necessário que o respeito, numa situação de cuidar, não constitua apenas uma necessidade para os seres cuidados, mas um acto efectivo para aqueles que cuidam pois, de acordo com ARROYO [et al] (1990), a dignidade das pessoas que necessitam de cuidados é preservada pelo acto de respeito dos enfermeiros.

Outro aspecto que as participantes revelaram como indicador da sua individualidade, relacionou-se com as influências vividas que foram deixando transparecer ao longo das suas descrições.

A individualidade ameaçada pela situação de doença, pelos sentimentos expressos e pelas necessidades sentidas, adquiriu uma maior intensidade devido aos elevados níveis de familiaridade e sensibilidade das participantes para com um sistema que tão bem conheciam e onde usufruiam habitualmente, de uma condição contrária, isto é, a condição de seres cuidadores. Desta forma, eram conhecedoras das regras e dos meandros institucionais.

No entanto, um contexto que antes era familiar tornou-se repentinamente adverso e, apesar de não contribuir para atenuar grandemente os seus medos e inseguranças, possibilitou às participantes a melhor integração numa estrutura que tão bem conheciam e na qual podiam, com alguma facilidade, tentar movimentar-se. Nesta medida, poderiam, sem grande dificuldade, utilizar recursos, quais tábuas de salvação, inacessíveis a outro tipo de pacientes e que poderiam impedir que a perda de dignidade atingisse uma maior intensidade e consequências mais profundas.

A condição de serem também seres cuidadores possibilitou às participantes a aquisição e o enriquecimento de um conjunto de saberes profissionais que

influenciaram de forma transparente, a sua condição de seres cuidados. Os saberes provenientes da actividade profissional que ajudaram a construir a sua individualidade permitiram-lhes realizar uma avaliação dos cuidados recebidos e intervir directamente no cuidado, quer através de sugestões, da execução de técnicas ou, simplesmente, da contraargumentação com os seus cuidadores.

Estas medidas interventivas constituiram um impeditivo à fragmentação da sua individualidade e uma contribuição para o que VALENTE (1995) considera como a busca de relacionamentos humanos mais satisfatórios.

As participantes revelaram, através das suas descrições, uma individualidade própria de cada uma e de todas e ensinaram-nos que essa individualidade é multidimensional. Os sentimentos, necessidades e influências que viveram e expressaram inserem-se em dimensões que incluem comportamentos, entendimentos e emoções próprias da condição particular de seres cuidados.

SÖDERBERG [et al] (1999), afirma que o homem é um ser único e individual e que constitui simultaneamente, uma entidade multidimensional, na qual as dimensões da vida se encontram actual ou potencialmente presentes.

Os sentimentos, necessidades e influências descritos pelas participantes constituem assim, as suas formas de ser individuais e correspondem a acontecimentos que podem ser considerados como a dimensão actual da vida e a expectativas que podem ser enquadradas na sua dimensão potencial. Sentimentos e necessidades vividos foram descritos pelas participantes, como elementos cruciais num momento determinante e significativo da sua existência e são reveladores da necessidade de readquirir a dignidade perdida.

1.3.2 A Dignidade como Identidade

A análise dos discursos das participantes do nosso estudo revela-nos que a dignidade é conectada com o significado de identidade.

Ao recordarmos as palavras de WATSON (2002b), podemos afirmar que a consciência humana da osmose equilibrante dos fluidos cósmicos e da interligação inseparável entre as pessoas e o universo nos remete para a existência da identidade humana.
Segundo WATSON (2002b), dentro de cada ser humano existe, para além da consciência de si, um reconhecimento do que é exterior a si, embora indissociavelmente unido. Esta forma de consciência comunicada ao cosmos traduz a unidade da consciência humana com o universo, a que denominámos identidade. Essa consciência do ser humano decorre da identidade que emana da sua relação com o mundo, do qual faz parte, e com os seus semelhantes. Ao identificar-se com o mundo e com os outros, o homem identifica-se consigo próprio e reconhece em si o que lhe advém da natureza e das relações com os outros seres humanos.

A identidade corresponde então, a uma forma de consciência que atribui a cada pessoa a capacidade de reconhecer em si o que lhe é exterior. Nesta perspectiva, podemos dizer que cada uma das participantes revelou a sua identidade a partir de uma profunda consciência do universo vivido no momento em que existiu como ser cuidado.

Segundo SÖDERBERG [et al] (1999), a dignidade é conectada com o valor absoluto de ser no ser humano e com a comunicação que a consciência realiza com o universo. A identidade, como uma forma de ser humana que reconhece o que lhe é exterior, adquire o significado de dignidade.

Ao atribuirmos à identidade o significado de dignidade, podemos afirmar que, partindo das descrições da experiência que vivenciaram como seres cuidados, as participantes revelaram a sua dignidade, através da consciencialização do mundo com qual se encontravam conectadas. O significado da identidade assume assim, um valor que corresponde a uma capacidade de reconhecimento existente no ser de cada participante e que poderia ser integrada no que SÖDERBERG [et al] (1999) denomina como dimensão externa da dignidade.

As enfermeiras que connosco participaram nesta pesquisa demostraram-nos, através dos seus relatos, elementos indubitáveis da existência de uma identidade, quando revelaram reconhecer nelas próprias o mundo que vivenciaram durante o período de internamento. O reconhecimento do contexto estrutural no qual se encontravam inseridas, bem como do contexto humano vivido, representam elementos esclarecedores da consciencialização que realizaram daquilo que, sendo exterior, a elas se encontrava unido.

As participantes revelaram desta forma, serem capazes de identificar nelas próprias o que lhes adveio do mundo institucional vivido, através da consciencialização dos meios e condições contextuais e das relações que desenvolveram e conjugaram com os seus cuidadores.

Esta ideia é reforçada pela concepção de WATSON (2002b) de que o homem na sua relação com o universo aprende a descobrir-se, não como um egocentro, mas como parte de um *eu* universal que se reconhece nos outros e no mundo.

As participantes vivenciaram o contexto como uma dimensão espacio temporal que as marcou significativamente. Esta afirmação reporta-nos para as palavras de WATSON (2002b). Refere a autora que a consciência humana se une ao universo porque a sua extensão se situa no espaço e o seu movimento ocorre ao longo do tempo.

No entender de algumas participantes, o contexto revelou-se como uma concepção espacio-temporal, cujas características se apresentaram bem diferentes das existentes nas suas concepções anteriores de espaço e de tempo. As participantes atribuiram ao tempo vivido um valor que, na sua consciência, se tornou verdadeiramente inflacionado e que transformou alguns momentos do seu internamento em foram obrigadas a esperar por algo ou por alguém, num verdadeiro tormento.

O espaço vivido apresentou-se assim, como um elemento contextual alterado na sua duração e intensidade, que as participantes experienciaram de forma significativa e diferente.

No que se refere ao reconhecimento das transformações que o contexto induziu nas participantes, elas relacionam-se com a ocorrência de alterações importantes.

A principal alteração que afirmaram reconhecer, a partir da sua relação com o contexto, diz respeito à sua auto imagem. A consciência de uma auto imagem

alterada traduziu-se numa percepção negativa da imagem que as participantes criaram delas próprias e foi originada, entre outros factores, pelo vestuário que se viram obrigadas a usar durante o tempo de internamento. A forma de vestir foi, por elas vivenciada e entendida como um factor despersonalizante e uma forma forçada de exposição da sua intimidade. Essa situação fê-las sentir a sua dignidade ameaçada e compreender o cenário vivido como um agente inevitavelmente facilitador dessa ameaça.

No que se refere à relação da auto imagem com a dignidade, MAIRIS (1994) revela-nos que a perda de dignidade pode estar relacionada com a percepção negativa da auto imagem e a CNECV[23] (1999) salienta a auto imagem como característica da subjectividade humana, considerando-a como um agente capaz de alterar a própria consciência de dignidade.

No que se refere especificamente ao vestuário, também MAIRIS (1994) nos ensina que este constitui uma das formas de revelar dignidade, enquanto que HADDOCK (1996), ao reportar-nos para as ideias de MORGAN, afirma que a utilização de vestuário comum diário ou o uso de pijamas pelos pacientes em longas estadias nos hospitais, pode respectivamente promover ou ameaçar a sua dignidade.

A auto imagem das participantes também sofreu alterações significativas a partir do momento em que expuseram para o exterior a degradação das suas condições físicas decorrentes da situação de doença. Percepcionarem o valor das deformações corporais através da sua exposição para o exterior, também induziu nas participantes a consciência significativa de uma auto imagem

[23] Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida

alterada. A este propósito, a CNECV[24] (1999) realça que as bases da dignidade assentam na estrutura corporal do homem e constituem um suporte indispensável à sua existência. Também MERLEAU-PONTY (1999) reforça a ideia de que o corpo assegura a metamorfose da transformação das ideias em coisas e esconde o *ser* do homem de onde emanam as suas percepções.

As participantes consciencializam também no contexto, condicionamentos capazes de o transformar num local caracterizado por um certo grau de promiscuidade.

Reconhecer e viver, durante o período de internamento, situações que consideram degradantes provocou nelas próprias, uma alteração do seu equilíbrio já débil e pôs em causa a sua dignidade. Em alguns momentos, as participantes sofreram fortes agressões contextuais em que consciencializaram a falta de condições estruturais e humanas de atendimento, no que se refere aos serviços de urgência, sendo obrigadas a participar em situações degradantes. Nessas situações, viram-se forçadas a colocar em acção toda a sua capacidade de reagir e improvisar, numa tentativa de sobreviveram a esse caos contextual e de recuperarem a sua dignidade.

FERREIRA DA SILVA (1995) refere, a este propósito, como as próprias instituições hospitalares apenas podem oferecer aos seus utilizadores alimentação e alojamento, não se encontrando adequadamente preparadas para receber aqueles que sofrem. A falta de conforto e a quantidade de situações degradantes a que os pacientes se vêem obrigados assistir nas instituições de saúde transformam-se muitas vezes, segundo o autor, em

[24] Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida

experiências dramáticas capazes de acentuar o seu sentimento de perda de dignidade.

Dos discursos das participantes emergiram outros elementos que revelaram a existência de importantes momentos de cuidar e que deram significado à sua identidade enquanto dignidade. Esses elementos dizem respeito à relação que encetaram com os seus cuidadores.

As descrições das participantes são ricas em expressões que revelam a relação vivida nos encontros com todos aqueles que eram de algum modo responsáveis pelos seus cuidados.

Parece-nos oportuno neste momento, dar acordo às palavras de WATSON (2002b) e considerar que os encontros entre todos aqueles que assumem, por juramento, cuidar dos outros segundo princípios morais e os que necessitam dos seus cuidados, constituem importantes momentos de cuidar.

Os momentos de cuidar correspondem, segundo a mesma autora, a encontros entre pessoas que permitem o contacto entre os seus mundos subjectivos e as suas mais profundas consciências. Tais encontros oferecem a ambos (ser que cuida e ser que é cuidado) as oportunidades de um entendimento que facilita a cada um o reconhecimento do outro, ou, dito de outra forma, que permite que cada um considere o outro para que, desse modo se identifique com ele.

No entanto, parece que as oportunidades a que WATSON (2002b) se refere não constituem regra para todos os encontros de cuidar e que apenas em alguns momentos se verifica a existência desse mesmo reconhecimento.

As participantes deram grande ênfase à relação que vivenciaram com os seus cuidadores e as suas descrições espelham a existência de momentos diversos e

ricos de contacto humano que nem sempre foram vividos e entendidos de forma positiva.

As participantes descreveram as suas percepções de momentos negativos da relação vivida, em que referiram a existência por parte dos seus cuidadores, de atitudes como a indiferença, a consideração delas mesmas como objectos, a desconfiança, a insuficiente educação e cortesia, a agressividade ou mesmo o abuso de poder.

Nos seus relatos transparecem revelações de que, durante a relação vivida com os seus cuidadores, existiram momentos em que estes deixaram transparecer uma atitude de indiferença. Essas situações foram, pelas participantes, vividas penosamente. Descrevem como foi demonstrada pelos cuidadores, uma dominante falta de atenção e, por elas próprias, um consequente sentimento de abandono. O ser das participantes tornou-se, segundo as palavras de HADDOCK (1996), indignificado, uma vez terem sido, por eles, desconsideradas.

Também foram descritos, pelas participantes, momentos da relação vivida em que sentiram ter-lhes sido atribuído pelos seus cuidadores o valor de mero objecto. Esta condição tornou a relação entre as participantes e os seus cuidadores, num acontecimento gerador de desigualdade, em que o ser cuidado se tornou apenas um corpo destituído de outras qualidades ou num objecto interessante para estudo clínico.

A este propósito, SWANSON (1991) recorda-nos que cuidar do outro como um corpo, apenas constitui uma indignidade no momento em que a pessoa cuidada se torna um objecto nas mãos daquele que lhe presta cuidados.

No entanto, alguns desses momentos foram significativos para as participantes em virtude de nelas terem desencadeado formas de reagir que, ora as impeliram a lutar activamente pela recuperação da sua dignidade, ora as tornaram passivas e silenciosas na manifestação das suas emoções.

As participantes que, através da sua capacidade crítica, se sentiram impelidas a lembrar a alguns prestadores de cuidados serem providas da capacidade dignificante de auto defesa (MAIRIS, 1994), conseguiram, desse modo, impedir o prolongamento da ameaça à sua dignidade e o agravamento das consequências da sua perda. Estas tomadas de posição mostram que as participantes sentiram a necessidade de recordar a alguns cuidadores que eles deveriam ser conhecedores de que o corpo, segundo RENAUD (2000), também revela a existência da pessoa primordial e que era necessário tornar visível a sua dignidade.

O mesmo não aconteceu às participantes que não reagiram de forma activa, uma vez que não conseguiram exteriorizar verbalmente perante os cuidadores o seu desagrado, remetendo para uma forma silenciosa o alívio do seu sofrimento.

Reflectindo ainda sobre ser o facto das participantes terem sido consideradas como um corpo ou um objecto, somos remetidos para a afirmação de RENAUD (2000) de que quando não existe uma condição que torna possível a caracterização social do outro, ele passa a constituir apenas um corpo estranho com um triplo sentido, ou seja, passa a constituir apenas um elemento material, o corpo de uma pessoa desconhecida, e um foco de observação. Também recordamos os ensinamentos de BENNER (2000) quando afirma que o corpo constitui a incorporação da unidade que somos e

que através dele aprendemos a compreender a união entre a essência e a existência. Somos ainda transportados para as ideias de WATSON (2002b) quando nos recorda que temos um corpo mas não somos apenas esse corpo, uma vez que ele próprio se integra num fluir energético da totalidade individual de cada ser humano, totalidade essa que corresponde a uma união fluida de corpo-mente-espírito. A partir destas concepções, o corpo não pode nunca ser entendido como um mero objecto, desprovido de qualquer outra qualidade.

As participantes viveram também momentos significativos da relação com os seus cuidadores em que sentiram existir, da parte destes, uma atitude de desconfiança. As suas queixas foram algumas vezes descreditadas de tal forma que poderia ter conduzido a consequências graves e entendem, nesta medida, que a sua dignidade também não foi respeitada. Neste âmbito, SÖDERBERG [et al] (1999) refere que a não credibilidade das queixas dos pacientes, por parte dos profissionais de saúde, conduz a uma inevitável perda de dignidade.

A insuficiente educação e cortesia foi outro dos elementos revelados pelas descrições das participantes, relativo à relação vivida com os seus cuidadores. A falta de atenção destes para com as regras elementares de educação transformou alguns momentos da relação em abordagens rudes que desagradaram às participantes. A este propósito, MAIRIS (1994) demonstra-nos que, no contexto dos cuidados de enfermagem, deve existir um certo grau de formalidade entre enfermeiro e paciente, no sentido de servir como protecção e código de acesso do enfermeiro ao paciente e ao seu corpo.

SÖDERBERG [et al], (1999) também afirma que, quando a preocupação com essa formalidade se revela insuficiente por parte dos cuidadores, pode instalar-se uma relação difícil que se torne causadora de ameaça à dignidade dos seres cuidados.

As descrições das participantes revelam também que a relação vivida deixou transparecer a existência de momentos de agressividade, de abuso de poder, de falta de sensibilidade e de distanciamento por parte dos seus cuidadores. Nesses momentos, em vez da construção, pela interacção, de uma identidade nova e transcendente, comum a ambos – ser cuidador e ser cuidado - (WATSON, 2002b), criou-se um processo de afastamento que trouxe como consequência a insuficiente consideração por parte dos cuidadores e a ameaça da dignidade das participantes, devido à perturbação da capacidade dos cuidadores definirem quais as estratégias adequadas aos momentos de cuidar.

Uma das percepções que permaneceram na memória das participantes deste estudo, no que diz respeito à relação com os prestadores de cuidados, dá ênfase ao facto de terem observado que aqueles não reconheceram o seu estatuto profissional. A busca de uma cumplicidade, mostrando uma identidade comum com os cuidadores, resultou infrutífera.
Foi-lhes recusado o direito a procurarem, dessa forma, recuperar a dignidade em perigo, bem como o direito de se sentirem úteis através da aplicação dos seus conhecimentos em situações específicas. Não lhes foi permitido em alguns momentos, participar activamente no seu próprio cuidado, bem como lhes foi negado o reconhecimento dos cuidadores de que elas próprias comungavam com eles o mesmo mundo profissional.

Por outras palavras, sentiram-se impedidas de poder demonstrar a sua capacidade de realizar algo que tentasse ajudar a recuperar a sua dignidade (SHOTTON e SEEDHOUSE, 1998).

Em diversos momentos as participantes sentiram e conseguiram identificar a intencionalidade que estava subjacente aos comportamentos dos seus cuidadores. GRANDE (2000) justifica excelentemente esta afirmação, quando refere que o homem é capaz de classificar, por ter implícita essa potencialidade, as suas acções e as acções dos outros com quem interage e que, da mesma forma é capaz de discernir conceitos e intenções subjacentes a essas acções, tais como o bem e o mal, a justiça e a injustiça, a verdade e a mentira, na sua essência e universalidade.

Tornou-se, assim, para as participantes, bastante fácil identificar a ironia em algumas palavras, a grosseria em algumas ordens e a falta de vontade em alguns actos dos seus cuidadores e, embora não tenham abordado profundamente as condições que possam determinar tais comportamentos por parte dos profissionais de cuidados, revelaram compreender que algo lhes estava subjacente.

A consciência das participantes, relativamente a estes parâmetros relacionais impele-nos a reflectir um pouco sobre as condições que podem subjazer a este tipo de comportamentos.

FERREIRA DA SILVA (1995) avança algumas razões que influenciam o comportamento dos profissionais de saúde perante aqueles a quem cuidam, apontando como razões para um contacto deficiente entre seres cuidadores e seres cuidados, o cansaço, a sobrecarga de trabalho, as condições estruturais

deficientes, a mecanização e a insuficiente motivação e HADDOCK (1996) acrescenta a estes, a abstenção dos profissionais, o grau de satisfação no trabalho e as alterações da vida pessoal.

Estar concentrado nestes condicionalismos remete-nos para SHOTTON e SEEDHOUSE (1998) que entendem que as condições parcas, os recursos escassos ou as dificuldades técnicas tornam fácil o processo de negligência da dignidade dos seres cuidados e que a preocupação com questões desta ordem, acrescida do facto da dignidade não constituir um conceito reconhecidamente palpável pelos prestadores de cuidados, induz a ideia de que a sua preservação não constitui uma prioridade prática óbvia.

A consequente perturbação da identidade dos seres cuidadores, decorrente das ideias apresentadas anteriormente, origina comportamentos para com os seres cuidados que vão, dessa forma perturbar a sua identidade.

A relação que as participantes encetaram com os profissionais de saúde, foi também reveladora de momentos significativos, recheados de positividade ou, nas palavras de WATSON (2002b), providos de uma energia de alta frequência.

A barreira de distanciamento entre os profissionais de saúde e as participantes foi desmoronada para deixar emergir uma aura de entendimento que ultrapassou cada um dos intervenientes e ascendeu a uma identidade/dignidade comum.

Ambos se tornaram, segundo as concepções de MAIRIS (1994), merecedores de honra e respeito, e por isso dignos, na medida em que se aproximaram duma mesma humanidade.

O afecto foi patente nesses momentos, na medida em que transportou a relação entre as participantes e os seus cuidadores para uma dimensão quase familiar. As manifestações de carinho foram exteriorizadas por ambos sem limites e revelaram a aceitação, por parte dos cuidadores e das participantes, de que a relação constitui, segundo as palavras de SILVA (1998), um processo de aceitação, por cada um e por ambos, da condição humana e da vulnerabilidade e instabilidade que lhe são próprias. Esta relação transporta, segundo a autora, os seres envolvidos para uma dimensão que constitui simultaneamente um destino e um imperativo moral.

Os momentos em que os cuidadores revelaram disponibilidade para com as participantes, proporcionando-lhes atenção e apoio, foram também para elas muito significativos. Alguns cuidadores evidenciaram uma grande capacidade de escuta e de diálogo que muito lhes agradou. Como nos recorda RENAUD (2000), é como se para além das palavras emergisse uma nova forma de compreensão e escuta, capaz de restituir a identidade a cada participante.

Também foram valorizados pelas participantes, os momentos em que a sua privacidade foi respeitada através de actos tão simples como a colocação de um biombo ou fechar uma porta, com o sentido de resguardar a sua intimidade e diminuir a sensação de estarem expostas.
HADDOCK (1996) refere, neste contexto, que o ser humano se torna dignificado ou indignificado de acordo com o respeito que os outros revelam ou não da sua privacidade.

As participantes valorizaram também os momentos de relação com os seus cuidadores, quando estes demonstraram um empenho especial e uma preocupação com a sua protecção. Em algumas situações de dificuldade técnica relativa à execução de cuidados específicos, os cuidadores revelaram, segundo as suas descrições, ser conscientes do embaraço sentido pelas participantes nesses momentos e enveredaram esforços no sentido de o minimizar. Demonstraram, dessa forma, uma preocupação em promover a dignidade das participantes. Foi como se existisse uma compreensão muda que envolveu simultaneamente a necessidade de reposição da dignidade das participantes e a preocupação dos profissionais pela sua preservação.
Estes momentos podem ser considerados como importantes momentos de ajuda. De acordo com HESBEEN (2000), a essência da prática do cuidar em enfermagem é relacionada com a missão que os enfermeiros têm de ajudar os outros. Também LAZURE (1994) define a relação do cuidar em enfermagem como uma relação de ajuda, na qual o enfermeiro procura compreender a pessoa na sua globalidade e as relações que esta desenvolve com o universo.

A partilha de momentos na relação com os cuidadores constituiu, para as participantes algo muito significativo. Elas descrevem como foi importante sentir, através do simples toque, uma sinergia inexplicável de compreensão e união que se revelou bastante mais intensa do que qualquer verbalização.
Ambos partilharam a mesma identidade e viveram o mesmo momento, como se constituíssem pilares da mesma estrutura, vertentes da mesma aspiração.
Poderíamos mesmo afirmar que ambos partilharam a mesma consciência.

WATSON (2002b) afirma, a este propósito, que a relação de partilha entre cuidador e ser cuidado os transporta para uma consciência comum, a partir da qual a relação ascende ao campo do transpessoal.

Também nesta perspectiva, a CNECV[25] (1999) refere que os encontros humanos devem ocorrer de acordo com a identidade, no sentido em que se cria uma consciência partilhada da importância da dignidade de cada um com os seus semelhantes.

Isto significa que uma nova energia e uma nova intersubjectividade emergiram do encontro entre esses dois seres, bem como um novo processo de interligação entre eles e o universo.

Neste sentido, uma nova totalidade surgiu, em que cuidador e ser cuidado se transformaram em elementos reparadores de uma dignidade e uma humanidade comuns, como se de uma forma de amor se tratasse.

JACONO (1993) afirma mesmo que cuidar sempre foi utilizado como um eufemismo da palavra amar.

Também compreendemos ter existido uma fusão das identidades de cada um dos seres envolvidos no encontro de cuidar (participantes e seus cuidadores) para dar origem a uma nova identidade. Essa fusão foi revelada nos relatos das participantes, quando descreveram momentos que designaram como *caricatos* e ocorreu aquando de um intercâmbio de funções que realizaram com os seus cuidadores. Esses momentos constituíram, para além de tudo, símbolos de uma verdadeira cumplicidade entre ambos. Desta forma, criou-se a oportunidade de realizar encontros em que, segundo as palavras de

[25] Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida

WATSON (2002b), permitiram a criação de uma aproximação que tornou possível um grande reconhecimento mútuo.
Esses momentos representaram também, para as participantes, uma forma crucial de cuidar que contribuiu para a consciência da unidade de uma radical igualdade da pessoa humana (OSSWALD, 2000) ou, de acordo com a CNECV (1999), de considerar a dignidade como igual a todos os homens, mesmo àqueles que apresentam défices físicos, mentais ou de doença.

Somos, por fim, levados a afirmar que, mesmo em situações de vida e saúde diferentes, cuidador e ser cuidado comungam de uma mesma identidade e que essa identidade deve, forçosamente, oferecer-lhes a mesma forma de *olhar*.

1.3.3 A dignidade como Uma Nova Consciência

A partir dos discursos das participantes da nossa pesquisa, a dignidade foi-nos revelada como uma nova consciência. Quando afirmamos a dignidade conectada com o significado de *uma nova consciência* não pretendemos, porém, designar algo estranho e novo que as participantes adquiriram pela sua experiência pessoal. Esta expressão pretende apenas registar o momento em que nasceu uma nova etapa no desenvolvimento da sua consciência, através de um processo significativo de aprendizagem.

Ao remetermo-nos para a concepção de que, desde a era de SÓCRATES (ABBAGNANO, 1991; MARCOS, 1999), a dignidade pertence ao que de

mais profundo existe na consciência humana e para as palavras de RIBEIRO (1999, p.35) quando afirma que *as pessoas não nascem com a sua consciência completamente formada*, mas que esta *vai evoluindo ao longo do crescimento e maturação*, não podemos deixar de considerar a dignidade como uma forma de consciência que se veste e reveste de acontecimentos e experiências.

Assim, reconhecemos facilmente que as vivências das enfermeiras que participaram neste estudo constituíram um importante suporte para o processo de maturação da sua própria consciência.

As participantes realizaram um percurso que se iniciou na condição confortável de seres cuidadores e as transportou até à condição adversa de seres cuidados. As vivências de dignidade enquanto seres cuidados proporcionaram-lhes como que uma viagem até ao outro lado do espelho, onde aprenderam a reconhecer de outra forma o contexto no qual habitualmente possuíam a posição de seres cuidadores. É como se, de repente, o mundo se tivesse invertido e elas tivessem sido sujeitas a uma metamorfose da sua própria condição humana ou como se tivessem superado a sua dimensão pessoal, a tivessem transcendido e sido transportadas para uma nova dimensão, que WATSON (2002b) apelida de *transpessoal*.

No regresso dessa viagem, as participantes eram portadoras de uma experiência pessoal enriquecida que se tornou responsável pela transformação do paradigma que guiava a sua existência anterior e constatavam o surgir, nelas próprias, de uma nova consciência.

As participantes passaram, elas próprias, à condição de *outro*, através de uma viagem que teve início em *si*, originou a *saída de si* e as *transportou até ao outro,* para as *fazer retornar a si,* através de *um novo modo de ser.*

Assim, o *ser anterior* das participantes sofreu transformações fundamentais para dar lugar a uma *nova forma de ser,* refinada e sustentada pela emergência de uma nova consciência, da qual a experiência vivida fez emergir uma nova dignidade.

As participantes parecem ter compreendido, desse modo, que fazem parte de um mundo onde as experiências, de acordo com WATSON (2002b), contribuem para o reconhecimento e para a moldagem das formas de expressão da sua própria dignidade.

A importância da experiência vivida como agente transformador foi, por nós, compreendida de imediato, durante o processo de análise dos textos.

Desde cedo apreendemos que as vivências descritas de doença e de internamento originaram importantes transformações nas participantes, qual entrelaçado de fios de pessoalidade e profissionalidade, unidos numa relação de simbiose.

WATSON (2002b) mostra-nos, a este propósito, que profissionalidade e pessoalidade constituem elementos de um só *ser* e que este vai sendo sucessivamente transformado e reconstruído ao longo do tempo.

A emersão de uma nova consciência profissional transpareceu nas descrições das participantes, na medida em que a dignidade vivida, constituiu um agente transmutador nelas próprias e na forma de actuarem nos cuidados. No entanto, ao descreverem as alterações significativas da sua forma de ser e de agir ao

nível profissional, revelaram ter descoberto e desenvolvido novas capacidades e novas formas pessoais de olhar o mundo e os outros, que consideramos serem indissociáveis da dimensão profissional. Entendemos, pois, que as participantes obtiveram um enriquecimento global que ajudou a maturar o seu ser pessoal e engrandeceu o seu desempenho profissional. Nesta perspectiva, partilhamos da concepção de HESBEEN (2000) de que a abrangência dos cuidados de enfermagem decorre, entre outros factores, da experiência pessoal de cada enfermeiro, seja ao nível profissional ou privado e que esta constitui um auxílio à criatividade e ao profissionalismo.

A nova consciência, que nasceu no momento das vivências das participantes de terem sido cuidadas, foi claramente verbalizada e centrou-se em alguns pontos fundamentais do seu pensamento e da sua actuação no cuidar em enfermagem. Este processo conferiu a cada uma, segundo as palavras de SÖDERBERG [et al] (1999), a oportunidade de compreender a sua importância, quer como pessoa, quer como cuidador.

Foram reveladas alterações significativas que se direccionaram para a consciencialização da necessidade de uma maior auto reflexão e da premência de encetar uma nova relação com os seres *a quem*, *de quem* e com *quem cuidam* e, nesta medida, as participantes mostraram ter compreendido perfeitamente que no processo de cuidar não existem dois campos diferentes, em que num se situa o cuidador e noutro o ser cuidado, mas apenas um único campo em que ambos são co-participantes (WATSON, 2002b).

No que concerne à necessidade de uma maior actividade reflexiva, as participantes consciencializaram a necessidade de atingir um maior auto

conhecimento, reflectindo mais, e de forma mais eficaz, sobre os seus próprios limites e compreenderam que esta seria uma forma de lidarem melhor com elas próprias e de aperfeiçoarem o seu desempenho.

A necessidade de aprofundarem as reflexões sobre questões fundamentais como a sua forma de estar e agir forneceu-lhes um novo suporte pessoal e profissional e uma compreensão mais efectiva das suas limitações.

Os relatos das participantes são espelhos da preocupação com o conhecimento do limite das suas capacidades e com a necessidade de manterem o sentido do dever, de forma a promover a qualidade da sua prestação, quer no que respeita ao seu desempenho, quer nos momentos em que os valores fundamentais do cuidar tiveram que ser, por elas, transmitidos aos futuros profissionais. As participantes interiorizaram assim, uma forma consciente de reflectir que, segundo as palavras de HADDOCK (1996), se transformou numa convicção de dignidade interior sempre presente e que, a partir do contexto e da situação vividos, afectou a capacidade de promover a dignidade dos outros.

Mas as participantes desenvolveram também a capacidade de construção de um novo tipo de relação com os outros, em especial com os seres cuidados.

A relação que anteriormente desenvolviam com os seres a quem prestavam cuidados sofreu alterações profundas e foi transformada numa nova relação.

Os novos encontros com os seres cuidados adquiriram uma nova importância e fizeram surgir, nas participantes, uma nova forma de valorização do outro no contexto do cuidar. A consciencialização que as participantes realizaram em si próprias dos sentimentos e das necessidades vividas, bem como das influências, do contexto e da relação com os outros, despertou-as para uma

outra dimensão do cuidar: cuidar *respeitando o outro*, cuidar *considerando o outro*.

Mais uma vez a sua experiência de seres cuidados as fez compreender o quão importante é valorizar a condição da pessoa doente e o quão premente é tentar apreender o que aquele momento particular de doença significa para a pessoa que o vivencia. Do mesmo modo, levou-as a compreender que elas próprias constituem um elemento fundamental na superação desse momento. SHOTTON e SEEDHOUSE (1998) referem mesmo que não basta que o cuidador compreenda o sentimento ou a condição daquele a quem cuida, mas que compreenda que ele próprio (cuidador) constitui um elemento fundamental dessa condição.

As participantes revelaram também, a consciencialização de outro elemento da sua metamorfose relacional, que resultou da experiência vivida e que diz respeito à necessidade de criar uma nova e maior proximidade com os seres cuidados. Com esta nova proximidade no cuidar, as participantes pretenderam criar as condições necessárias à existência de um compromisso especial entre ambos.

Esta nova proximidade passou a envolver, no seu significado, como que um estado de fraternidade e de cumplicidade, em que a partilha espontânea de sentimentos e experiências passou a ser denominador comum nos encontros entre as participantes e os seres cuidados.

Assim, os novos encontros com os seres cuidados, em que participaram como seres cuidadores, passaram a ser guiados pela afectividade, pela atenção e pelo espírito de ajuda. Estes princípios tornaram-se elementos primordiais na relação e auxiliaram-nas a compreender que ambos (participantes e seres

cuidados) fazem parte de uma mesma humanidade. WATSON (2002b) afirma, neste contexto, a existência de uma mesma humanidade que aproxima os homens, independentemente dos seus condicionalismos ou estatutos.
A consciência da humanidade partilhada pelos seres humanos contribuiu grandemente para que as participantes desenvolvessem a capacidade de, a partir da sua própria vivência, se aproximarem dos seres cuidados de uma forma especial. É como se, mais do que compreender, tivessem conseguido finalmente penetrar na experiência e no sofrimento dos seres cuidados. WATSON (2002b) mostra-nos, neste âmbito, que o cuidador é capaz de penetrar na experiência do outro e penetrar na experiência do outro implica sentir o outro, sentir a sua condição, sentir o ser do outro no mesmo contexto situacional, com todos os medos e expectativas.

Também foi compreendido pelas participantes que, para caminhar no sentido de um cuidar pleno, se torna necessário que exista, da parte dos cuidadores, uma maior disponibilidade para os seres cuidados. A experiência de doença e de internamento contribuiu substancialmente para a compreensão, por parte das participantes, da importância do seu papel de seres cuidadores, no processo de reconstrução da plenitude da vida dos seres cuidados. MAYEROFF (1990) diz-nos, a este propósito, que cuidar constitui um processo de ajudar o outro a crescer e a atingir os seus objectivos. Mais do que ninguém, as participantes compreenderam a dimensão destas palavras, uma vez que foram, também elas, sujeitas a um processo de crescimento semelhante. Estar disponível, ter tempo para o outro, seja através de que linguagem for, passou a constituir assim, para as participantes, um princípio considerado fundamental nos encontros de cuidar.

De uma forma global, podemos afirmar que as participantes adquiriram uma nova consciência, após terem percorrido um longo caminho e que através da experiência vivida encontraram a sua própria forma de valorizar os momentos e os encontros de cuidar, agora reconstruídos e reorganizados. É como se, de acordo com SILVA (1998), tivessem encontrado o suporte para o seu viver caótico e transformado o seu próprio viver.

As participantes deixaram transparecer que compreenderam que o estabelecimento da dignidade na prática de enfermagem envolve, dando acordo às palavras de HADDOCK (1996), o reconhecimento das similaridades e das diferenças humanas e as apreciações não julgadas dos outros. Estes elementos foram determinantes para a construção de nova forma de ser enfermeiro e uma nova forma de ver os seres cuidados.

A valorização de novas vertentes do acto e do evento de cuidar, pelas participantes deste estudo, revela a sua abertura para um novo espírito pessoal e profissional.

Nesta perspectiva e de acordo com WATSON (2002b), as participantes tornaram-se capazes de transportar o encontro de cuidar para uma dimensão espiritual que transcende o tempo, o espaço e o materialismo, tendo-se aberto a uma união que permite fundir histórias de vida e campos fenomenológicos que transcendem o próprio ser humano.

Esta fusão é responsável pela descoberta de uma nova forma de ser cuja particularidade reside em ser capaz de acolher uma nova dignidade.

Valorizar, de novo, aqueles a quem cuidam, a melhor forma de os cuidar e o surgir de uma nova entrega à sua actividade quotidiana tornaram-se, para as

participantes, condições sem as quais não conseguem levar a cabo, em plenitude, a função e a arte de enfermagem. É como se repentinamente tivessem despertado para um novo paradigma e se, através desta nova forma de ser, se tivessem transcendido a elas próprias para uma dimensão onde a partilha, a aproximação, a intenção e a abertura ao outro constituíssem os verdadeiros fundamentos de uma nova forma de cuidar.

SÖDERBERG [et al] (1999) referem um estudo de SÖDERBERG, GILJE e NORBERG que estabelece a dignidade do enfermeiro como uma forma de ser, cujo processo envolve seis qualidades: *cortesia, consciência, responsabilidade pessoal, compromisso, fraternidade e defesa activa na luta pela dignidade dos doentes*[26].

Consideramos que, porque construíram uma nova consciência, ninguém melhor do que as participantes deste estudo, poderá compreender o verdadeiro sentido destes atributos.

HADDAD (2002) realizou várias pesquisas que abrangem campos que vão da medicina à física quântica e apresenta-nos a concepção holística do homem, considerada em sete níveis: o espiritual, o vibratório, o energético, o biofísico, o orgânico, o biológico e o molecular.

As influências resultantes dos vários níveis estão implícitas nas declarações das participantes e revelam o que sentiram na sua experiência vivida,

[26]Dada a escassez de estudos relativos à dignidade, ao tomar conhecimento desta pesquisa, enveredámos esforços no sentido de obter informação mais detalhada, que incluíram contactos com as editoras de revistas não publicadas em Portugal e com as próprias autoras. Todos se revelaram infrutíferos. Deixamos aqui, no entanto, a sua referência, uma vez que, ao termos tomado conhecimento da sua existência, reconhecemos a sua importância para o nosso estudo.

enquanto seres cuidados, e as transformações e reequilíbrios surgidos na sua nova forma de ser e de cuidar.

Este terreno complexo que o homem constitui obrigou a que, num processo de cura ou de cuidado, as participantes tivessem levado em consideração todos estes níveis, uma vez que não é completamente possível a compreensão definitiva do homem e dos seus processos de saúde/doença, sem que se tivessem efectuado alterações profundas no fundo delas mesmas.

É como se necessitassem de atravessar dois oceanos, o visível ou mensurável e o invisível ou quântico, para conseguirem alcançar a sua verdadeira natureza.

As participantes iniciaram uma compreensão dos outros, a partir da sua própria vivência e consideraram a dignidade dos outros a partir da sua própria dignidade. Deram, deste modo, voz às afirmações de HADDOCK (1996) de que cuidar o outro como se de si próprio se tratasse, constitui o principal elemento da dignidade humana.

Desta forma, compreenderam que atribuir dignidade aos seres de quem, a quem e com quem cuidam, depende da aceitação da dignidade delas próprias, como pessoas e como enfermeiras. Deste modo, também se tornou possível interiorizar a dignidade como fundamento moral da profissão (ARROYO [et al], 1990).

Tecendo as Últimas Considerações

Iniciámos o nosso percurso a partir de um, já distante, momento de silêncio que acudiu à nossa consciência e nela depositou uma interrogação. Esta fez despoletar a intensa necessidade de, para si, encontrar respostas. Antes de retornarmos ao silêncio que VAN MANEN (1997) refere e a partir dos elementos expostos neste trabalho, resta-nos ainda a oportunidade de realizar algumas considerações acerca da pesquisa que um dia nos propusemos levar a cabo.

Com a elaboração deste capítulo não pretendemos encerrar o estudo que realizámos, mas abrir novos caminhos, até porque, como nos ensina VAN MANEN, 1997 a investigação fenomenológica, à semelhança da poesia, constitui um trabalho de continuidade.

Apresentaremos as nossas considerações, dirigindo-nos em primeiro lugar para o fenómeno estudado e os resultados da pesquisa, seguindo-se uma nota sobre o percurso que realizámos, tecendo depois algumas considerações sobre as implicações desta pesquisa para a profissão e para a disciplina de enfermagem.

Acerca do fenómeno estudado:

A dignidade humana foi expressa e compreendida a partir das vivências das enfermeiras numa situação particular de cuidar: a de seres cuidados.

Gostaríamos, antes de nos debruçarmos propriamente sobre o fenómeno estudado, de tecer algumas considerações prévias, no sentido de transmitir a nossa consciência dos limites do estudo deste fenómeno. Assim:

- A partir das vivências das enfermeiras enquanto seres cuidados, compreendemos que a dignidade constitui um fenómeno denso e complexo e envolve o que de mais particular existe no ser humano. Estamos, pois, cientes de que os significados que a dignidade humana assume para as participantes desta pesquisa e que descortinámos na análise dos seus discursos, constituem apenas uma entre muitas possibilidades.

- Dada a delicadeza do tema em questão, a nossa interpretação dos significados desvelados tentou sempre ser direccionada para a preocupação e o cuidado de nos abstermos totalmente de tecer qualquer juízo de valor.

- Reconhecemos existir uma estreita relação e mesmo uma interacção entre os significados encontrados, que torna possível a compreensão global do fenómeno da dignidade humana no contexto descrito. Desta forma, os significados desvelados da dignidade humana, não podem ser considerados separadamente. A sua apresentação individual prende-se apenas com questões metodológicas, de forma a tornar explícitos os seus elementos constituintes e a expressá-los cada um *per si*, tendo sempre em atenção a compreensão global do fenómeno.

As experiências vividas pelas participantes apresentam-nos a dignidade expressa em três expressões significantes:

- A Dignidade como Individualidade
- A Dignidade como Identidade
- A Dignidade como Uma Nova Consciência

A dignidade como individualidade prende-se com as descrições das vivências das participantes que revelam o que existe de mais íntimo no seu ser e corresponde a uma dimensão determinada da consciência: a consciência de si.

A individualidade é revelada através da expressão de um conjunto de sentimentos vividos, de necessidades sentidas e de influências exteriorizadas pelas enfermeiras, enquanto seres cuidados e manifestada de acordo com a história e o percurso individual de cada uma.

A dignidade como identidade resulta do reconhecimento que as participantes consciencializam, em si próprias, do mundo que se lhes apresenta e do qual elas próprias são parte integrante e corresponde a uma outra dimensão da consciência: a consciência do que é exterior a si.

A identidade é expressa na valorização que as enfermeiras, enquanto seres cuidados, atribuem ao contexto institucional e à relação desenvolvida com os seus cuidadores.

A dignidade como uma nova consciência que as participantes revelam ter adquirido a partir das suas vivências, significa uma nova forma de ser e de agir perante elas próprias e perante a profissão, bem como os comportamentos profissionais daí resultantes.

A nova consciência prende-se com o desenvolvimento de uma maior e mais profunda consciência e com o nascer de uma nova forma de ser profissional.

A consciência da necessidade de uma valorização mais efectiva e constante do ser daqueles que necessitam de cuidados constitui, para as enfermeiras que participaram no nosso estudo, o novo motor para o desenvolvimento estratégias capazes de optimizarem a sua prática de cuidar.

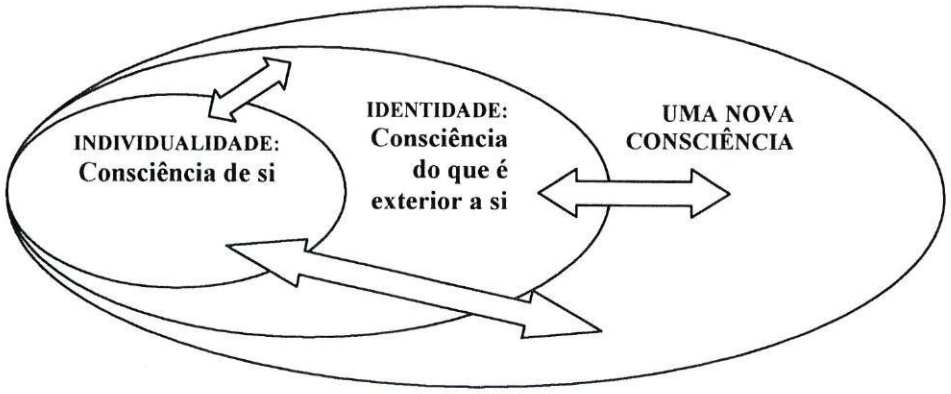
Como referimos anteriormente, é inquestionável a interacção e a interligação entre os significados encontrados.
Cada significado da dignidade vivida representa uma dimensão da dignidade humana e todos representam essa dignidade.
A dignidade, por sua vez, só pode ser compreendida de uma forma global, a partir da integração de todos os seus elementos.
Assim, a individualidade, a identidade e a nova consciência fazem parte da mesma dignidade e do mesmo processo de crescimento humano, tornando-se inevitável que cada ser humano apresenta, na sua completude, a consciência de si, a consciência do que é exterior a si e a reconstrução constante da sua consciência global.

Quando, temporariamente ou definitivamente, existe uma insuficiência ao nível da consciência de um ser humano, alguém deverá assumir a responsabilidade de zelar pela integridade dessa consciência afectada.

Apresentamos na figura seguinte e de forma esquemática, a nossa percepção da interligação dos significados desvelados de dignidade.

FIGURA 4

INTERLIGAÇÃO ENTRE INDIVIDUALIDADE, IDENTIDADE E NOVA CONSCIÊNCIA



Compreendemos com este estudo, que a vivência de dignidade pelas participantes, na situação de seres cuidados, não se reduz ao espaço e ao tempo de um curto período de internamento numa qualquer instituição hospitalar.

A análise das descrições das experiências vividas revela que a dignidade se expressa como um processo dinâmico que envolve a vivência e a consciência que, interligando-se de forma estreita e oscilando num contínuum, possibilita às enfermeiras participantes, o dinamismo consigo próprias e com os outros.

Este processo representa o seu próprio percurso vital, cujo refinamento decorre da sua evolução como seres humanos e lhes confere a capacidade de tornar conscientes as suas próprias intenções e as suas próprias acções. Da mesma forma permite-lhes avaliar, compreender e não apenas julgar, as acções que desenvolvem e o que percepcionam das acções que recebem dos seus semelhantes.
Nesta perspectiva, podemos perspectivar que a expressão da dignidade constitui um fenómeno transformador.

As participantes revelam transformações profundas de consciência, que resultam da experiência vivida. A partir dessa vivência, consciencializam um novo modo de pensar e agir que se traduz num novo desempenho e numa nova percepção da sua prática profissional.

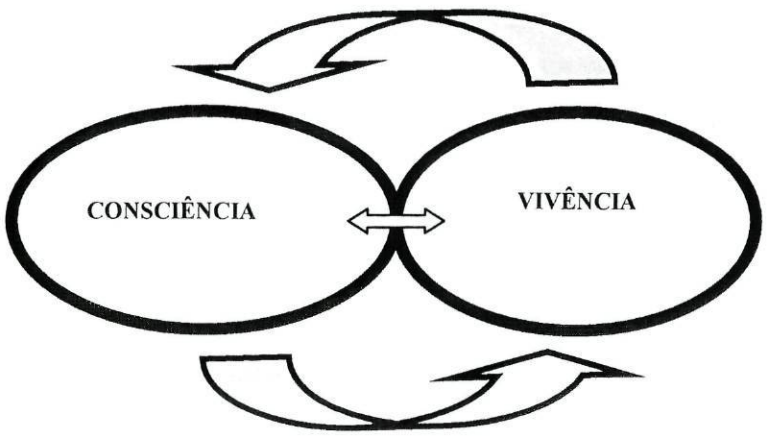
As participantes revelam o nascer de uma nova consciência a partir da experiência tão intensamente vivida. A nova compreensão do que daí decorre origina novas formas de agir e sentir, ou seja, novas vivências.
Esse facto torna claro que a nova consciência das participantes é produzida a partir da própria vivência e que a vivência é capaz de originar uma nova consciência. Cada uma – vivência e consciência - constitui, assim, causa e consequência da outra.

Estes argumentos transformam a dignidade em algo mais do que um mero conceito ou uma representação mental de uma realidade abstracta. Eles transformam a dignidade em algo revelador da própria consciência humana que induz a uma acção que representa a conformidade com essa consciência. A dignidade apresenta-se, deste modo, como algo passível de provocar transformações perceptíveis e de se tornar visível através da experiência do ser humano.

Apresentamos na figura que se segue, uma abordagem esquemática da nossa ideia de relação entre vivência e consciência:

FIGURA 5

INTERACÇÃO ENTRE CONSCIÊNCIA E VIVÊNCIA



Ao desvendar-se o fenómeno da dignidade através da compreensão das vivências das enfermeiras, enquanto seres cuidados, torna-se claro que a dignidade constitui uma baliza e um limite à arbitrariedade moral, no que concerne às actividades de cuidar.

Ela apresenta-se como um valor humano fundamental que as participantes consciencializam. *Vontade*, *responsabilidade* e *respeito,* são termos frequentemente utilizados e nos seus discursos como sendo parte importante das suas vivências, quer como seres cuidados, quer valorizados na sua condição de cuidadores.

Os resultados da pesquisa a que demos corpo não podem ser generalizados, não só devido ao tipo de abordagem escolhida e ao número de pessoas implicadas, mas também devido ao facto de não termos atingido a saturação de informações possíveis.

Contudo, não será a saturação um objectivo inatingível num estudo deste tipo?

Quer pelas concepções de teóricos citados, quer pelo manifesto das intervenientes, encaminhamos o nosso pensamento para essa assunção.

Podemos considerar, de qualquer modo, que a questão que um dia nos colocámos foi ultrapassada.

Observamos que das participantes brotaram situações vividas que compõem a construção da expressão da sua própria dignidade, incluindo os agentes favorecedores da sua preservação e da sua perda.

Uma vez que a questão colocada foi contemplada na perspectiva essencial das participantes e não direccionada apenas para o interesse do investigador, as nossas preocupações centraram-se na expressão da dignidade vivida e não na resposta concreta e sistematizada numa qualquer modalidade.

O fenómeno da dignidade humana, no cuidar em enfermagem revela, na presente pesquisa, ser dotado de uma abrangência que ultrapassa as fronteiras entre o que é pessoal e o que é profissional.

No entanto, pensámos que o desvelar de alguns dos seus mistérios pode representar o início de um caminho que conduza à compreensão integral do seu significado e, dessa forma, contribua para que a enfermagem ofereça algumas respostas aos problemas actuais relativos ao cuidado humano, ajudando a construir um paradigma que englobe pessoa em todas as dimensões, a saúde e o ambiente.

Acerca do percurso realizado

O percurso que traçámos aquando da intenção de encetar este estudo, não corresponde, de todo, àquele que verdadeiramente realizámos.

Os objectivos traçados inicialmente foram adaptados às circunstâncias com as quais fomos confrontados.

As dificuldades encontradas, os meios de que dispúnhamos e as surpresas com as quais nos fomos deparando ao longo do caminho, revelam-nos que a realização de um projecto deste tipo traz consigo uma série de factores, capazes de transformar o percurso e reconstruí-lo de forma evolutiva.

Embora a preocupação de assegurar o rigor metodológico deste estudo fosse uma constante, consciencializamos algumas limitações que não queremos deixar de salientar:

- O factor tempo tornou-se um impeditivo à possibilidade de construir uma abordagem mais profunda do fenómeno e um conhecimento mais amplo do tema.

- A nossa total inexperiência em investigação e, por consequência, na pesquisa fenomenológica, constituíram reais dificuldades que impediram uma aproximação mais íntima ao fenómeno em estudo.

- A nossa inexperiência na técnica de entrevistar pode ter constituído um factor impeditivo da descoberta de aspectos e elementos que seriam importantes desvendar para a melhor compreensão do fenómeno em estudo.

- A nossa condição de saúde débil, bem como a de familiares próximos, durante o período em que decorreu a pesquisa, constituíram também factores limitativos para a sua realização, quer no que respeita às nossas capacidades físicas, quer no que concerne às psicológicas.

- A limitação bibliográfica empobreceu o nosso suporte de apoio e a fundamentação dos significados encontrados.

No entanto, estamos cientes da forte aprendizagem que resultou da realização desta pesquisa e do facto de que essa aprendizagem não se confina apenas aos limites do trabalho aqui apresentado. Assim, passamos a especificar os pontos nos quais sentimos que a aprendizagem foi mais efectiva:

- Sentimos que enriquecemos fortemente a nossa experiência, quer através da relação que estabelecemos com as nossas participantes, quer através da nossa partilha pessoal.

- Mais do que uma aprendizagem académica, esta pesquisa constituiu para nós, uma aprendizagem de vida. Algo que não conseguimos nem pretendemos explicar, mas que sentimos ser importante, se transformou dentro de nós.

- Das vivências das enfermeiras que fomos conhecendo ao longo deste percurso, reconhecemos as nossas próprias vivências.

- Estamos conscientes de uma melhor compreensão do que pode significar a dignidade humana no contexto do cuidar em enfermagem e da importância de a respeitar.

- Aprendemos que para caminhar em qualquer sentido, é necessário que tracemos uma linha orientadora, como se de uma bússola se tratasse, que nos impeça de perder o norte, sob pena de não aportarmos no destino certo.

- Aprendemos que a persistência e a vontade de continuar a caminhar rumo a um objectivo, devem constituir os incentivos fundamentais, mesmo nos momentos em que nos sentimos impelidos a desistir daquilo em que acreditamos. Só assim poderemos ver o nascer de novos rumos.

VAN MANEN (1997) refere as transformações que ocorrem, no decurso da pesquisa fenomenológica, quer no investigador, quer em todos aqueles que nela participam, de forma directa ou indirecta.

Sentimos que algumas transformações ocorreram com a realização desta pesquisa e que se tornaram visíveis quer em nós, quer nas pessoas que participaram na sua consecução. Consideramos essas transformações significativas, pelo que gostaríamos de as deixar claras:

- No que a nós diz respeito, torna-se irrefutável que, com a concretização deste trabalho, a nossa forma de olhar a profissão, na sua vertente prática e na sua vertente pedagógica, é agora, provida de uma maior consciência connosco próprios e com os outros, que se coloca na busca da excelência cuidativa.

- Também em termos pessoais as transformações são evidentes. Por um lado, adquirimos uma nova consciência do esforço, da dificuldade e do dispêndio de forças e meios que são necessários para tornar possível uma pesquisa desta natureza. Por outro lado, verificamos existirem, hoje, alterações da nossa componente familiar e sentimos que esta

passou a ter um novo significado. O resultado obtido consiste, felizmente, no nascer de um laço mais forte e num enriquecimento mais efectivo.

- As enfermeiras, que gentilmente connosco participaram nesta pesquisa, manifestam que o processo de consciencialização a que foram submetidas, através das descrições da experiência vivida, constitui um factor desencadeante de uma nova atitude profissional. A recordação de factos significativos proporcionou-lhes a oportunidade de realizarem uma reciclagem dos seus próprios conceitos e práticas, em benefício de uma nova visão e de um novo porvir.

Assola-nos ao espírito que muita coisa fica por dizer e que uma infinidade de perspectivas fica por abordar. Se, de alguma forma, nos fosse permitido recomeçar o percurso, algumas directivas e estratégias fundamentais seriam, sem qualquer dúvida, reflectidas ou alteradas e a consciência desta possibilidade leva-nos a experimentar um misto de limitação e insatisfação.

Acerca das implicações e sugestões

A enfermagem constitui um campo abrangente e reúne, na sua essência, fontes preciosas para a saúde humana e para as actividades de cuidar. Estas situam-se no saber prático, na actividade pedagógica e na investigação em enfermagem.

Partindo das informações que apresentamos neste trabalho, podemos considerar que a dignidade se apresenta como um fenómeno humano dotado de grande complexidade e de grande interesse para a enfermagem, em todas as suas vertentes, quer no que respeita ao saber prático, à actividade pedagógica ou ao campo da investigação.

Ao nível do saber prático:

De acordo com o manancial de informações que apresentamos ao longo deste trabalho, constatamos que a vivência da dignidade redunda numa individualidade que provém duma profundidade recôndita e numa identidade, qual reconhecimento da influência do mundo, bem como a capacidade de produzir uma nova consciência própria e do mundo.

Ao deparar-se com a dignidade, seja através da reflexão ou da própria vivência do fenómeno, o ser cuidador confronta-se com valores culturais e universais que o ser cuidado expressa de forma peculiar. O ser que é cuidado aspira a que o processo de cuidar apresente, como via major da prática de enfermagem, o reconhecimento expresso desses mesmos valores, pelos seres que cuidam.

No caso presente, os seres cuidados correspondem, habitualmente, a seres que cuidam e, nesta medida, as implicações para a sua prática tornam-se ainda mais cruciais.

Não pretendemos, de todo, afirmar que só através da realização dessa viagem se poderá implementar uma nova orientação para a prática do cuidar em

enfermagem. Apenas pretendemos consciencializar o quanto é importante que os enfermeiros reconheçam o que constitui a condição humana de ser que, encontrando-se numa situação instável, necessita de cuidados.

Acreditamos, no entanto, que o testemunho pessoal corresponde a uma forma simples e profunda de promover em si próprio e nos outros a preservação da dignidade na prática profissional.

Este estudo mostra que a importância da reflexão sobre as actividades de cuidar, no decurso da prática profissional, se torna cada vez mais premente e que é também a partir dessa reflexão que a qualidade do cuidado é alcançada.

Importa salientar é que a dignidade é fundamental nos aspectos relacionais do exercício da enfermagem e nos cuidados com os doentes.

Conhecer e consciencializar os sentimentos, necessidades e expectativas dos seres cuidados contribui, em larga medida, para a procura efectiva da excelência profissional e para a necessidade de desenvolver uma abordagem mais humanista do ser humano, como preconiza WATSON (2002a, 2002b).
Esta visão não pretende ser circunscrita apenas ao contexto do internamento, mas também ao nível dos cuidados de saúde primários, das instituições e domicílios.

Na actividade pedagógica:

A actividade pedagógica assume um importante papel no ensino dos valores fundamentais em enfermagem.

Transmitir a dignidade a todos aqueles que, por opção, pretendem disponibilizar o seu espírito e a sua vida para uma área que transcende a mera actividade profissional e corresponde, essencialmente, a um estado de alma que se abre ao próximo, parece-nos um objectivo pedagógico essencial.

Nesta medida, consideramos que, a partir das informações do presente estudo, a docência em enfermagem deve continuar a direccionar-se para a consciencialização dos seus discípulos da importância dos saberes em enfermagem. Devem, os pedagogos, consciencializar os seus alunos para a importância do *saber fazer* de modo técnico, mas, principalmente, de os ensinar a reconhecer as limitações desta área do saber em enfermagem. Também entendemos ser necessária uma maior consciencialização para o *saber ser* no sentido de compreender que este constitui um *como fazer* e um saber que envolve uma personalidade, uma espiritualidade e uma afectividade, das quais resulta uma relação mais humanizada entre seres que cuidam e seres que são cuidados.

Por esta razão, a componente relacional não pode ser esquecida ou, pelo menos, desvalorizada nos currículos escolares, sob pena de se negar a própria essência da existência da enfermagem.

Na investigação em enfermagem:

A curiosidade e a insatisfação constituem aquilo que faz avançar o homem no seu rumo ao conhecimento e ao desenvolvimento.

A pesquisa oferece importantes subsídios para o desenvolvimento de saberes e abre novos caminhos cujas repercussões positivas são óbvias, tanto ao nível da actividade prática como ao nível do campo teórico. Esta espiral, onde se enredam todos os tipos de conhecimento em enfermagem, constitui, ela mesma, a razão de ser da profissão e da disciplina.

Após a realização deste estudo partilhamos da convicção de que este e outros fenómenos, cruciais para a prática e para a conceptualização em enfermagem, continuam insuficientemente investigados. Assim, entendemos que:

- A dignidade humana, enquanto fenómeno importante da enfermagem necessita de ser largamente desenvolvida, numa combinação que verse o essencial da questão em enfermagem: o ser que necessita de cuidados em toda a sua unicidade e importância, por outras palavras, em toda a sua dignidade.
- A dignidade constitui um tema que não se encerra em aspectos estanques e divididos e que, portanto, torna-se difícil a sua separação entre dignidade pessoal e dignidade profissional. Deste modo a análise científica da dignidade humana exige a pesquisa de uma multiplicidade de factores que lhe estão subjacentes ou associados. Isto equivale a dizer que a dignidade, por ser um fenómeno multidimensional, exige a realização de estudos multifactoriais.
- A dignidade humana deve ser desenvolvida em enfermagem, através da realização de estudos em que a relação entre os enfermeiros com os outros elementos da equipa multidisciplinar e com os utentes constitua preocupação dominante.

Através das considerações sobre o fenómeno estudado, o percurso realizado, os significados encontrados e as implicações na profissão e na disciplina de enfermagem, bem como a apresentação de sugestões, acreditamos estar a dar continuidade e a oferecer um pequeno contributo para o desbravar de novos caminhos que conduzirão ao enriquecimento e ao desenvolvimento da enfermagem e, por consequência, do conhecimento em geral.

No entanto, à medida que fomos construindo a nossa análise final, fomos invadidos por um sono que nos agita em vez de nos repousar (PESSOA, 1994).

Na nossa mente pululam novas necessidades de compreensão do fenómeno da dignidade sob outras perspectivas, novos rumos se deslindam e novas perguntas vão aflorando ao nosso espírito.

Não podemos deixar de pensar que a dignidade constitui um fenómeno que ultrapassa a condição humana de ser doente, correspondendo também à simples condição de ser humano ou mesmo de ser que se relaciona com os seus semelhantes.

Assim, algumas questões começam a pulular na nossa mente:

De que forma se manifesta a dignidade nas relações entre os profissionais de enfermagem?

Que expressões assume a dignidade, na relação dos enfermeiros com os outros profissionais de saúde?

Como é entendida a dignidade pelos enfermeiros, enquanto seres que cuidam, na relação quotidiana com todos aqueles que por eles são cuidados?

Como vivenciam os enfermeiros a relação com os doentes em fase avançada de doença? Como entendem a dignidade neste contexto?

Como o saber e o conhecimento acompanham o homem ao longo da sua existência, resta com eles a esperança de que a nossa vontade de descobrir novos modos de compreender a dignidade humana, constitua um elemento impulsionador para o enriquecimento profissional e humano.

Dissemos, em algum momento do nosso trabalho, que VAN MANEN (1997) considera a que pesquisa fenomenológica constitui, entre outras coisas, uma actividade poetizante.

É, pois, de forma poética, que deixamos uma mensagem de aprendizagem e de esperança, que expressamos através das palavras de ANTÓNIO ALEIXO (1978):

E assim, lição por lição
Que a pouco e pouco aprendemos
De outros; a outros daremos,
Que a muitos outros darão.

Referências Bibliográficas

A bibliografia utilizada ao longo do trabalho foi referida no texto, de forma abreviada. Apresentamos, em seguida, as referências bibliográficas que utilizámos na nossa pesquisa (bibliografia lida na íntegra e bibliografia de consulta), baseadas nas normas portuguesas, expressas no Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos, elaborado pelos Responsáveis das Bibliotecas das Escolas Superiores de Enfermagem (1997).

ABBAGNANO, Nicola – *História da Filosofia, volumes 1 a 3*. Lisboa, Editorial Presença, 1991

ALEIXO, António – *Inéditos*. Loulé, Edição de Vitalino Martins Aleixo, 1978.

ALEXANDER, J.[et al] - *Madeleine Leininger: Teoria de los cuidados transculturales.* In MARRINER-TOMMEY, Ann et Al – *Modelos y Teorias de Enfermeria*. Barcelona, Ediciones Rol, 1989.

ARROYO, M. P.[et al] – *Ética y Legislación en Enfermeria*. Madrid, Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1996.

BARNHART [et al] - *Jean Watson : Teoria del Cuidar Transpersonal*. In MARRINER-TOMMEY, Ann et Al – *Modelos y Teorias de Enfermeria*. Barcelona, Ediciones Rol, 1989.

BENNER, Patricia – *De Iniciado a Perito*. Coimbra, Ed. Quarteto, 2001.

BENNER, Patricia – *The Roles of Emboidment, Emotion and Life World for Rationality and Agency in Nursing*. Nursing Philosophy, vol.1, Julho 2000, [s.i.].

COLLIÈRE, Marie Françoise – *Promover a vida*. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989, ISBN 972-95420-0-7

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA – *Reflexão Ética sobre a Dignidade Humana*. Trabalho Realizado em Lisboa e divulgado a 5 de Janeiro de 1999, (documento disponibilizado pela internet).

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA, 3ª Edição anotada por CANOTILHO, Gomes e MOREIRA, Vital, Coimbra, Coimbra Editora, 1993.

CUNHA, António Geraldo da - *Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa*, 2ª Edição. Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1986 (13ª impressão revista em Agosto de 2000).

CREED & MASSER – *Greatest Love of All* (song book). In CREED, MASSER [et al] - *Whitney Houston*. 1994.

DUROZOI, C. e ROUSSEL, A. - *Dicionário de Filosofia*. Tradução de M.F.S. Correia. Porto, Porto Editora, 2000, ISBN 972-0-05270-8

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM CIDADE DO PORTO – *Guia de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos* – Trabalho elaborado pelos responsáveis das Bibliotecas das Escolas Superiores de Enfermagem da Zona Norte, Porto, 1997.

EDITORA DICCIONÁRIOS - *Dicionário da Língua Portuguesa.* 6ª edição, Porto, Porto Editora, 1992, ISBN 972-0-05001-2.

EDITORA DICCIONÁRIOS – *Diccionário Geral Português Español* – Barcelona, Ed. Bibliograf, 2000.

ELHART, Dorothy [et al] – *Princípios Científicos de Enfermagem.* Lisboa, Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos Lda, 1983.

ESPITIA, Edelmira Castillo – *La Fenomenologia Interpretativa como Alternativa para Estudiar los Fenomenos Humanos.* Revista Investigacion y Educacion en Enfermeira, Medellín, 2000, vol. XVIII, nº1.

FERREIRA, Clarisse Aparecida – *Investigación Cualitativa – una Estatégia para la Calidad de la Prática en Enfermeria.* Revista Investigación Y Educación en Enfermeria, Medellín, 1997, vol. XV nº2.

FERREIRA DA SILVA, João – *O Doente, o Sofrimento e os Profissionais de Saúde: uma Experiência Hospitalar*, in *O Sofrimento do Doente: Leituras Multidisciplinares.* Braga, Ed. Teresa McIntyre, 1995.

FREITAS, Maria Teresa de Ornelas e Vasconcelos Alves Morna – *Vivências das Enfermeiras no Envolvimento da Família nos Cuidados*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, 2002.

GEORGE, Julia B. – *Teorias de Enfermagem*. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1993.

GRANDE, Nuno R. – *Apontamentos de Ética fornecidos pelo Professor, no âmbito do VIII Mestrado de Ciências de Enfermagem*. Porto, ICBAS, 2000.

HADDAD, M. – *Le Declin du Cancer*. Paris, Éditions Fractal, [s.d.].

HADDOCK, Jane – *Towards Further Clarification of the Concept "Dignity"*. Journal of Advanced Nursing, 1996, nº24.

HEIDEGGER, Martin – *Ser e Tempo, partes I e II*. Petrópolis, Editora Vozes, 2001.

HENRY, C. E TUXILL, A – *Concepts of the Person: Introduction to the Health Professionals Curriculum*. Journal of Advanced Nursing, 1987, nº12.

HESBEEN, Walter – *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures, Edições Lusociência, 2000, ISBN 972-8383-11-8.

KANT, Immanuel – *Crítica da Razão Prática*. Lisboa, Edições 70, 1994, ISBN 972-44-0153-7

KANT, Immanuel – *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Lisboa, Edições 70, 1995, ISBN 972-44-0306-8

KOHEN, M. [et al] - *Beyond Body Image: The experience of Breast Cancer*. Revista ONF, 1998, vol.25, nº5.

JACONO, Brenda – *Caring is Loving*. Journal of Advanced Nursing, 1993, nº18.

LA CUESTA, Carmen de – *Caracteristicas de la Investigación Cualitativa y su Relación con la Enfermeria*. Revista Investigación y Educación en Enfermeria, Medellín, 1997, XV (2).

LAKATOS, Eva Maria e MARCONI, Marina de Andrade – *Metodologia Científica*. São Paulo, Editora Atlas, 1992.

LAZURE, Hélène – *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa, Edições 70, 1994.

LEININGER, Madeleine – *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practices*. New York, McGraw-Hill Inc. College Custom Series, 1995.

LOPES, Francisco Sá – *Enfermagem – Legislação*. Coimbra, Almedina, 1999

MAIRIS, Elaine D. – *Concept Clarification in Professional Practice – Dignity*. Journal of Advanced Nursing, 1994, nº19.

MANEN, Max Van – *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. London, The Althouse Press, 1997.

MARCOS, Badeia – *Ética e Profissionais de Saúde*. São Paulo, Livraria Santos Editora, 1999.

MAYEROFF, Milton – *On Caring*. New York, Editor Harper & Row, 1990.

McINTYRE, Teresa Mendonça – *Abordagens Psicológicas ao Sofrimento do Doente*, in *O Sofrimento do Doente: Leituras Multidisciplinares*. Braga, Ed. Teresa McIntyre, 1995.

MERLEAU-PONTY, Maurice – *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo, Edições Martins Fontes, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Carta dos direitos e deveres dos doentes*. Folheto distribuído pela ARS, Lisboa, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Doentes – direitos e deveres*. Folheto distribuído pela Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde, Lisboa [s.d.]

MIRANDOLA, Giovani Pico della – *Discurso sobre a Dignidade do Homem.* Lisboa, Edições 70, 1999, ISBN 972-44-0198-7

MORSE, Janice e FIELD, Peggy Anne – *Nursing research: The Applications of Qualitative Approaches*. London, Ed. Chapman & Hall, 1996.

MORSE, Janice [et al] - *Comparative Analysis of Conceptualization and Theories of Caring*. Journal of Nursing Scholarship, 1991, vol.23, nº2.

NORDGREN, Strina e FRIDLUND, Bengt – *Patients Perceptions of Self Determination as Expressed in the Context of Care*. Journal of Advanced Nursing, 2001, nº35 (1).

OLIVEIRA, Maria Irene da Silva – *Vivências da Mulher Mastectomizada: Abordagem Fenomenológica da Relação com o Corpo*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, 2000

OSSWALD, Walter – *A Relação Enfermeiro-Doente e a Humanização nos Cuidados de Saúde*. Cadernos de Bioética, nº23, Coimbra, Edições Centro de Estudo de Bioética 2000.

PESSOA, Fernando – *Antologia Poética.* Lisboa, RBA Editores, 1996.

POLIT, Denise F. e HUNGLER, Bernardette P. – *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre, Edições Artes Médicas, 1995.

RENAUD, Michel – *O Encontro com o Outro*. Cadernos de Bioética, nº23, Coimbra, Edições Centro de Estudo de Bioética, 2000.

RENAUD, Michel - *A Dignidade Humana. Reflexão Retrospectiva e Prospectiva*, in Cadernos de Bioética, nº 23, Coimbra, Ed. Centro de Estudos de Bioética, 2000

RIBEIRO, Maria do Céu Vasconcelos – *Garantia dos Direitos dos Doentes: a Justiça no Cuidado*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto,1999.

RICOEUR, Paul – *Teoria da Interpretação*. Porto, Porto Editora, 1995.

RODRIGUES, Custódio – *O que é e tem sido a Psicologia*. Porto, Edições Contraponto, 1992, ISBN 972-646-027-1.

RODRIGUES, Custódio – *Motivação*. Porto, Edições Contraponto, 1998, ISBN 972-646-104-9.

RUFIN, Jean-Christophe – *O Boticário do Rei*. Porto, Edições Asa, 2000.

SALE, Diana – *Garantia de Qualidade nos Cuidados de Saúde*. Lisboa, Edições Princípia, 1998.

SANTOS, Antônio Silveira Ribeiro dos – *Dignidade Humana e Reorganização Social*. 2002 (documento disponibilizado por internet).

SERRÃO, Daniel e NUNES, Rui – *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto, Porto Editora, 1998, ISBN 972-0-06033-6.

SÈVE, Lucien – *Para uma Crítica da Razão Bioética*. Lisboa, Ed. Instituto Piaget, 1997.

SHOTTON, L. e SEEDHOUSE, D. – *Pratical Dignity in Caring*. Nursing Ethics, 1998, vol.5, nº3.

SILVA, Alcione Leite da – *O Cuidado no Encontro de quem Cuida e de quem é Cuidado,* in MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Júlia Marques – *Marcas da Diversidade: Saberes e Fazeres da Enfermagem Contemporânea.* Porto Alegre, Edições Artmed, 1998.

SIMÕES, Mário - *Consciência e estados modificados de consciência em psicoterapias.* In Revista Portuguesa de Psicologia, Lisboa, 1996, volume XI, nº2/3.

SIM-SIM, Maria Margarida Santana Fialho – *Mães-Meninas – Meninas-Mães: Abordagem Fenomenológica da Maternidade na Adolescência.* Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Católica, Lisboa, 1997.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIÊNCIA E ÉTICA "PEDRO HISPANO" – *Ciência e Ética na Saúde*. Porto, Ed. Estudos, 1991

SÖDERBERG, Siv. [et al] – *Struggling for Dignity: The Meaning of Women's Experiences of Living with Fibromyalgia.* Qualitative Health Research, 1999, vol.9, nº5.

SWANSON, Kristen, M. – *Desenvolvimento empírico de uma teoria de cuidar de médio alcance*. tradução de Alice dos Mátires, Nursing Research, May/June 1991.

TERSARIOL, M. – *Dicionário de Língua Portuguesa.* Lisboa, 1956 [s.n.].

THINES, G. e LEMPEREUR, Agnés – *Dicionário Geral das Ciências Humanas*. Lisboa, Edições 70, 1984.

TORRINHA, Francisco - *Dicionário Português – Latim*, 2ª Edição-E. Porto, Ed. Domingos Barreira, 1939.

VALENTE, Irene – *A Evolução do Pensamento Ocidental e sua Influência na Enfermagem*. Revista Cuidar, 1995, anoIII, nº3.

VIEIRA, Margarida – *A Importância Ética da Decisão no Cuidar em Enfermagem*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 1994.

WATSON, Jean – *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Tradução de João Enes, Loures, Ed. Lusociência, 2002a.

WATSON, Jean – *Enfermagem Pós-Moderna e Futura: um novo paradigma para a enfermagem* – Tradução de João Enes, Loures, Ed. Lusociência, 2002b.

Dig. Interno do Grupo Dignidade Cerrilho

ERRATA

FOLHA	LINHA	ONDE SE LÊ	DEVE LER-SE
15	2	Esteve sempre	está
20	10	propomos	propusemos
21	20	se é necessário cuidar	é necessário cuidar
27	19/20 25	questões que orientaram a Apresentamos	questões orientadoras da Apresentaremos
42	19/20	justificar que actos	justificar actos
45	5	(SERRÃO E NUNES, 1998)	(SERRÃO E NUNES, 1998, p.193 e 210)
46	Nota de rodapé	persona	*persona*
48	3	à evolução sua	à sua evolução
60	6	a importância do desenvolvimento do conceito de dignidade, -	a importância de contribuir para o desenvolvimento do conceito de dignidade,
62	20/21	afirma *que ciência sem consciência, não é mais do que a ruína da alma*	afirma que "*ciência sem consciência, não é mais do que a ruína da alma*"
63	1 23	me referido LAKATOS	em referido por LAKATOS
72	11	serão	foram
79	16	nos fazer	nos fazem
82	11 17	através dos poucos autores aspirarmos saber	através dos autores aspirarmos a saber
83, 84, 85 - folhas reestruturadas (em anexo)			
86	18	mas termo amostra	mas o termo amostra
92, 93, 94 – folhas reestruturadas (em anexo)			
97	23	acerca a sua	acerca da sua
98, 99, 100, 101 – folhas reestruturadas (em anexo)			
116	17	chegar aos temas	estruturar os temas
132	13	t udo	tudo
152	23	pessoa	*pessoa*
154	21	apreçam	pareçam
160	7	forma	foram

FOLHA	LINHA	ONDE SE LÊ	DEVE LER-SE
165	18	assim	também
167	18	sobreviveram	sobreviverem
174	17/18	energia de alta frequência	*energia de alta frequência*
192	11/12	desenvolvimento estratégias	desenvolvimento de estratégias
194	12	perspectivar	afirmar
199	15	Das	Nas
201	7	constitui	constituiu
203	13	salientar é	salientar assim,
205	17	e que, portanto, torna-se	tornando-se, portanto,
210	22	*Whitney Houston*, 1994	*Whitney Houston*. London, Edited by Virgin, 1994

de enfermagem, deparámos com uma insuficiente investigação do fenómeno, a qual resulta num insuficiente desenvolvimento do conceito.

As dificuldades por nós sentidas no que se refere à compreensão da dignidade e das formas de a vivenciar, também nos criam a necessidade de tentar desenvolver capacidades de cuidar, que vão de encontro ao ser de todos aqueles a quem prestamos cuidados. Entendemos não o conseguir sem uma reflexão que possa conduzir a um conhecimento mais efectivo.

Também fomos guiados pela nossa insuficiente compreensão do significado da dignidade humana, assim como daqueles com quem costumamos trocar impressões ou discutir situações contextuais onde nos parece que a dignidade necessita ser discutida e reflectida. A delicadeza de algumas situações que vivenciamos no nosso quotidiano, incitam-nos para a necessidade de compreender algo mais sobre o significado vivido da dignidade humana.

Para que se torne possível dar um passo rumo à compreensão da dignidade humana no cuidar em enfermagem, partimos do preceito de que a dignidade constitui um conceito crucial na profissão de enfermagem e de que se torna possível a sua demonstração através de situações contextuais (RENAUD, 2000; MAIRIS, 1994).

As questões que orientaram a nossa pesquisa e as posteriores reformulações a que foram sujeitas mantiveram-se vivas no nosso espírito e foram adquirindo gradual intensidade, que se traduziu na nossa necessidade crescente de procurar encontrar e conhecer expressões da dignidade, através da experiência

humana, no contexto do cuidado de enfermagem, perspectivando sempre a compreensão do seu significado.

Seguindo os conselhos de POLIT e HUNGLER (1995) e de VAN MANEN (1997), utilizamos a forma interrogativa de enunciação do problema que pretendíamos investigar. Esta forma apresenta como vantagem a simplicidade e constitui um convite à procura de uma resposta, de uma compreensão. Também se revela como uma tentativa de nós próprios nos questionarmos acerca do fenómeno, a partir do âmago do nosso ser.

Assim, considerámos pertinente questionar para o nosso estudo:

Que significado adquire a dignidade humana no cuidar em enfermagem para os enfermeiros enquanto seres cuidados?

A partir da questão principal, foram várias as questões que se enquadraram nesta problemática, tais como:

Que formas de expressão encontram os enfermeiros para a dignidade, enquanto seres cuidados? Como a consideram na sua vivência?

Que significados contextuais assume a dignidade, quando vivenciada pelos enfermeiros como seres cuidados?

Tornou-se, a partir daqui, possível estabelecermos como objectivo final do nosso estudo:

Conhecer o significado da dignidade para os enfermeiros, através da compreensão das suas vivências de terem sido cuidados.

Gostaríamos de referir neste momento, alguns aspectos significativos, que dizem respeito à questão orientadora, aos objectivos e aos critérios de selecção das participantes da pesquisa.

A questão orientadora inicial e os objectivos com os quais pretendíamos realizar este estudo prendiam-se com o desvelar do significado da dignidade humana no cuidar em enfermagem, na perspectiva dos enfermeiros enquanto seres cuidadores. Da mesma forma, também os critérios de escolha das participantes se encontravam relacionados com essa perspectiva inicial.

No entanto, foi ao longo do processo de pesquisa (durante os momentos de colheita de informação) que os mesmos foram sendo sujeitos a reflexão, da qual resultou a sua reformulação e o novo curso a dar à pesquisa.

No que se refere à questão orientadora e aos objectivos, estes passaram a ser direccionados para a perspectiva dos enfermeiros enquanto seres cuidados. Quanto aos critérios de selecção das participantes, entendemos que a sua reformulação passaria por acrescentar algumas premissas, uma vez que os critérios anteriores não punham em causa o novo curso da pesquisa.

A descrição deste percurso será apresentada no capítulo seguinte.

As vivências dos enfermeiros de dignidade humana, quer na sua actividade de cuidar, quer como seres cuidados, apresenta-se como um fenómeno inteiramente subjectivo, pelo que adquire um molde que é fornecido pelo contexto onde as experiências ocorrem. A expressão da dignidade apresenta, segundo RENAUD (1999) um conteúdo vivido que, de acordo com MAIRIS (1994), pode ser pode ser compreendido a partir das vivências de cada homem.

Por estas razões, assumimos o compromisso de tentar analisar e compreender, em todos os momentos da pesquisa, as concepções e os significados das vivências descritas do ponto de vista de quem as viveu (VAN MANEN, 1997).

1. Obtendo as Descrições da Experiência Vivida

Quando partimos para a realização deste trabalho, o nosso objectivo inicial direccionava-se para a pesquisa das vivências dos enfermeiros enquanto cuidadores e foi neste contexto que partimos para a pesquisa de informação, junto das participantes. No entanto, esse momento foi decisivo para a reformulação do mesmo e foi responsável por, encontrando um novo caminho, conferir o desenho final ao estudo.

Transmitiremos então, um pouco do que foi o nosso percurso, no momento em que o objectivo inicialmente previsto se transformou na ideia final de pesquisar a dignidade humana no cuidar em Enfermagem a partir das vivências dos enfermeiros enquanto seres cuidados.

Após a formulação da questão inicial, da eleição da perspectiva em que propusemos estudar o fenómeno e da escolha das participantes da pesquisa, demos início ao que VAN MANEN (1997) denomina como a investigação da experiência, tal como é vivida. Este processo consiste na aproximação ao contexto da pesquisa, através da elaboração das formas de nos inteirarmos das experiências vividas, bem como nos encontros com os participantes, cujas vivências pretendemos ver descritas.

De acordo com VAN MANEN (1997), em fenomenologia, a ênfase é sempre dada ao significado da experiência vivida. O objectivo da pesquisa fenomenológica é centrado na colheita das experiências dos outros e nas suas

reflexões sobre essas experiências, por forma a sermos capazes de melhor compreender um aspecto especial dessa experiência no contexto da experiência global.

Para proceder ao estudo da experiência vivida, VAN MANEN (1997) fornece várias orientações. Indica a entrevista como forma de obter material narrativo, afirmando que esta pode constituir um recurso para melhor compreender a profundidade dos significados da experiência humana vivida e possibilitar o desenvolvimento de uma relação de diálogo entre entrevistador e entrevistado.
LA CUESTA (1997) também refere que as *entrevistas em profundidade*, cujo fim se centra na obtenção de experiências vividas em todas as suas dimensões, constituem um instrumento adequado à investigação fenomenológica.
As entrevistas fenomenológicas são ainda designadas por VAN MANEN (1997) como *entrevistas hermenêuticas* ou *conversacionais* que constituem, entre outros, momentos de reflexão conjunta sobre o tópico em mãos.
MORSE (1996) define-as como apenas *entrevistas*. As mais adequadas são, segundo esta autora, as entrevistas semi estruturadas, por constituírem simultaneamente uma forma de colheita de informações e uma forma de análise dessas mesmas informações.

Apoiados nestas concepções, fundamentámos assim, a nossa decisão de realizar encontros com os enfermeiros, onde, através de conversas com alguma estruturação, pudéssemos adquirir elementos passíveis de analisar posteriormente, sob a forma de textos.

Optámos por uma entrevista semi estruturada para proceder à colheita das descrições vivenciais, que gravámos em suporte audio, com fita magnética. A entrevista estava orientada para as questões relacionadas com a prática de cuidados. Pretendíamos com estas questões, por um lado dirigirmo-nos para o fenómeno que nos propúnhamos estudar, por outro permitir às participantes, a escolha das vivências que achavam mais significativas.
A este propósito, VAN MANEN (1997) afirma que a entrevista hermenêutica deve ser dirigida ao fenómeno, de modo a que o investigador não se perca numa grande quantidade de informação.

Também seguimos as orientações de VAN MANEN (1997) quando estimulámos as participantes a descreverem as suas vivências, de acordo com o que provinha do seu interior, tal como tinha sido vivido.
Ao longo das entrevistas, fomos estimulando a descrição das vivências e trocando impressões sobre elas.

Dada a nossa inexperiência em realizar e conduzir entrevistas realizámos previamente, três entrevistas com enfermeiros conhecidos, que não faziam parte da nossa selecção, mas que se voluntariaram para nos ajudar a aperfeiçoar a nossa forma de estar e de agir perante esta técnica de colheita de informação. Essas entrevistas não tinham como objectivo, serem utilizadas no nosso estudo e resultaram num processo agradável e positivo de aprendizagem para todas. Com esta etapa, seguimos os conselhos de MARTINEZ citado por FREITAS (2003).
Após a etapa de treino, demos início à realização das entrevistas com as participantes. A duração das entrevistas oscilou entre os 25 e os 55 minutos.

Por toda esta conjuntura, foi nosso desejo alterar a estrutura do estudo.
Entendemos que esta medida não iria alterar em muito os nossos objectivos iniciais, na medida em que eles se prendiam com a descoberta do significado da dignidade e esses eram mantidos.

No nosso espírito pululavam questões de ordem ética, no que respeita às duas primeiras participantes entrevistadas.
Munimo-nos de alguma coragem e comunicámos de novo com as duas primeiras participantes.
Encetámos uma conversa onde trocamos impressões e lhes expusemos as nossas dúvidas e receios. Esse momento foi decisivo e dele proveio uma grande ajuda das participantes, que nos estimularam a tomar a decisão final, o que muito lhes agradecemos.
Após nos terem ajudado a decidir, foram convidadas a participar no estudo, na perspectiva de seres cuidados.
Mostraram agrado e muito interesse pelo novo curso dos acontecimentos mas não aceitaram o convite, por não pretenderem expôr as suas vivências pessoais.
Também se mostraram contentes por terem contribuído para o aperfeiçoamento da técnica de entrevista.

Estes argumentos deram-nos um novo alento e demos, então, início à restruturação necessária ao prosseguimento da pesquisa.

Quanto à questão orientadora, esta foi reformulada e foi-lhe conferida a sua expressão final: **Que significado atribuem os enfermeiros à dignidade**

humana no cuidar em enfermagem, a partir da vivência de terem sido cuidados?

As questões que orientaram a condução das entrevistas foram reestruturadas, e passaram a ser as seguintes:

- Descreva-me uma situação vivida no contexto hospitalar, na condição de ser cuidado, em que sinta que a dignidade tenha sido a questão principal.
- O que sentiu nessa situação?
- Que reflexões realizou, a propósito da situação vivida?

Reformulámos também a nossa selecção das participantes. Nas entrevistas anteriores as participantes tinham relatado a sua vivência de situações de internamento hospitalar. Assim, acrescentámos este requisito aos critérios iniciais de escolha, uma vez que pretendíamos agora que as participantes tivessem, para além das características mencionadas anteriormente, uma experiência de internamento.

Estávamos confinados a 14 participantes e por fim, ficámos reduzidos a 11, devido ao facto das restantes não possuírem história de internamento. Através do diálogo, foi explicado a essas três participantes o novo caminho a seguir, o que foi entendido sem qualquer tipo de reticência ou constrangimento, acabando, mesmo, por se ter criado situações que produziram momentos de convívio bastante agradáveis.

Não estabelecemos como certo o número de participantes que pretendíamos entrevistar para a nossa pesquisa.

A nossa resolução enquadrou-se numa forma de agir que seria desenvolvida conforme o desenrolar dos acontecimentos. Estávamos, por isso, conscientes de que poderíamos necessitar de um número maior de participantes, uma vez que em investigação fenomenológica, ao pretender obter uma variedade de descrições significativas das experiências vividas do fenómeno em questão, o investigador é confrontado com um conjunto de significados que a partir de um certo número, tendem a tornar-se equivalentes (FERREIRA, 1997). Também valorizámos a perspectiva de SIM-SIM (1997) de que a orientação da quantidade de participantes se relaciona com a riqueza de conteúdos dos protocolos e com a redundância das declarações.

Assim, foram realizadas as 11 entrevistas e todas as participantes nos brindaram com uma grande riqueza de informações.

Foram respeitados, durante a condução das entrevistas, os momentos, silêncios e emoções das participantes. O seu fim dependeu quer do esgotamento da informação, quer da incapacidade de recordar algo mais da experiência vivenciada.

O conjunto de participantes do nosso estudo era, à data da colheita de informações, caracterizado da seguinte forma:

Relativamente à idade:

- Uma participante com quarenta e quatro anos.
- Uma participante com quarenta e dois anos.

- Duas participantes com quarenta e um anos.
- Três participantes com trinta e cinco anos.
- Duas participantes com trinta e quatro anos.
- Uma participante com trinta e três anos.
- Uma participante com trinta e dois anos.

Relativamente ao estado civil:

- Nove participantes casadas.
- Uma participante solteira.
- Uma participante divorciada.

Relativamente à formação profissional:

- Cinco participantes possuíam o grau de equivalência à licenciatura em enfermagem através da realização de cursos de estudos superiores especializados.
    - Três especialistas na área Medico Cirúrgica.
    - Uma especialista na área da Pediatria.
    - Uma pós graduada na área de Administração de Serviços de Enfermagem.
- Seis participantes possuíam o grau de bacharel em enfermagem ou equivalente, das quais, uma apresentava uma pós graduação na área de Anestesia.