



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

A REPRESENTAÇÃO DA VULNERABILIDADE  
HUMANA COMO MOTOR PARA A  
RECUPERAÇÃO DO PARADIGMA  
DO CUIDAR EM SAÚDE

Tese apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para obtenção  
do grau de Doutor em Bioética

por

Carlos Manuel Torres Almeida

Instituto de Bioética

Janeiro, 2014





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

A REPRESENTAÇÃO DA VULNERABILIDADE  
HUMANA COMO MOTOR PARA A  
RECUPERAÇÃO DO PARADIGMA  
DO CUIDAR EM SAÚDE

Tese apresentada para obtenção do grau de Doutor em Bioética

Por Carlos Manuel Torres Almeida

Sob orientação de: Professor Doutor Filipe Almeida

Professor Doutor Vítor Rodrigues

Professor Doutor Joaquim Escola

Instituto de Bioética

Janeiro, 2014



“...é precisamente porque tudo no ser humano é vulnerável, que resulta fundamental e inelutável o exercício de cuidá-lo, de atendê-lo”.

Torralba i Roselló, 2002a, p. 249



A todos aqueles que se realizam ao Cuidar do Outro, só por vezes doente ... mas sempre vulnerável



## **AGRADECIMENTOS**

Tal como na vida não nos realizamos sozinhos, também um objetivo como a realização deste trabalho necessitou de colaboração direta ou indireta de um vasto conjunto de pessoas sem as quais seria extremamente mais difícil alcançá-lo. É, por isso, justo expressarmos, aqui, algumas palavras de agradecimento sincero, ainda que muito pequeno quando comparado à grandeza dos vários contributos recebidos.

Assim, aos Professores Filipe Almeida, Joaquim Escola e Vítor Rodrigues, seremos sempre gratos pela disponibilidade e sabedoria com que nos foram orientando ao longo das várias fases do trabalho.

Aos Colegas e Amigos da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, um muito obrigado pelo acompanhamento e estímulo sempre dispensados, fundamentais para que esta Tese chegasse a “bom porto”.

A todos os que de uma forma ou de outra colaboraram ou facilitaram a recolha de dados, um muito “bem-hajam”, pela ajuda fundamental que nos prestaram.

Aos nossos familiares, salientando a esposa e filhos, e amigos, nenhum agradecimento é suficiente para toda a compreensão e apoio dado ao longo desta “caminhada” e resta-nos prometer esforçar-nos para recompensá-los com disponibilidade redobrada.

Por fim, não podemos deixar de ter presente todos aqueles que mesmo já não estando entre nós contribuíram para esta reflexão...



## RESUMO

Os enormes progressos na área da saúde dos últimos séculos facultam aos profissionais de saúde um conjunto de conhecimentos nunca antes contidos tanto ao nível anátomo-fisiológico e patológico como ao nível dos recursos e técnicas de tratamento. No entanto, em muitas instituições de saúde, ao mesmo tempo que se observa um progresso notável no se refere à investigação científica e ao desenvolvimento técnico, também parece verificar-se um grande défice na relação humana, que origina um elevado nível de insatisfação nos doentes com os cuidados prestados. Assim, o estabelecimento de uma política de Humanização que evidencie o verdadeiro significado do “Cuidar” torna-se imprescindível. Como caminho para tal desígnio, propomos a recuperação da compreensão da relação entre a vulnerabilidade humana e o cuidar - variáveis centrais do presente estudo, consubstanciadas na questão de investigação: **será que a representação da vulnerabilidade humana influencia a prática do cuidar em saúde?**

São, por isso, objetivos deste estudo perceber qual a representação da vulnerabilidade humana, quais os atributos do cuidar mais valorizados, qual a influência tecnológica nos cuidadores de saúde e qual a relação entre a representação da vulnerabilidade humana, os atributos do cuidar e a influência tecnológica.

Trata-se de um estudo correlacional, preditivo e transversal, desenvolvido em três fases distintas: estudo preliminar 1 (construção e seleção de instrumentos de medida), estudo preliminar 2 (adaptação e validação dos instrumentos - TIQ, CAQ e ERVH) e estudo final (aplicação dos instrumentos validados).

O estudo final foi realizado numa amostra (não probabilística de conveniência) composta por 1213 cuidadores (médicos, enfermeiros, estudantes de medicina e estudantes de enfermagem).

Os principais resultados indicam-nos que: *i)* A representação da vulnerabilidade humana dos cuidadores assenta em 2 dimensões: a ontológica e a natural, mas apesar deste realce são capazes de identificar no sujeito de cuidados situações de vulnerabilidade de dimensão

ética, social e cultural; *ii*) Há diferenças significativas na representação da vulnerabilidade entre os distintos grupos de cuidadores estudados; *iii*) Em relação aos atributos do cuidar, os resultados obtidos, em grande parte altos, indicam que, no geral, os cuidadores valorizam o cuidar, surgindo diferenças significativas entre os grupos estudados; *iv*) Os cuidadores com médias mais elevadas na escala da representação da vulnerabilidade humana obtêm médias mais elevadas no questionário dos atributos do cuidar.

Pensamos poder concluir que a representação da vulnerabilidade humana pode ser o motor para a adoção de um paradigma do cuidar em saúde, pelo que nos parece ser importante, num futuro próximo, desenvolver uma pedagogia da vulnerabilidade capaz de transformar os futuros cuidadores em veículos de humanização.

## ABSTRACT

The enormous progress in health in the last few centuries provided health professionals with a set of knowledge never before contained both at the anatomical-physiological and pathological level but also at the level of resources and treatment techniques. However, in many health institutions, while we observe a remarkable progress in relation to scientific research and technical development, there also seems to be a large deficit in human relationship, which causes a high level of patients' dissatisfaction with the treatments provided at these institutions. Thus, the establishment of a Humanization policy which illustrates the true meaning of "Caring" becomes essential. Baring this aim in mind we propose a retrieval of understanding the relationship between Human vulnerability and caring - key variables of this study, embodied in the research question: does the representation of human vulnerability influences practice in health care?

Therefore, this study aims to understand what the representation of human vulnerability is, which care attributes are most valued, which the technological influence on health care providers is and what the relationship between the representation of human vulnerability, the attributes of care and the technological influence is.

This is a correlational, predictive and cross-sectional study conducted in three distinct phases: preliminary study 1 (construction and selection of measuring instruments), preliminary study 2 (adaptation and validation of instruments - TIQ, CAQ and ERVH) and final study (application of the validated instruments).

The final study was conducted in a sample (non-probabilistic convenience) composed by 1213 caregivers (doctors, nurses, medical students and nursing students).

The main results indicate us that: *i)* The representation of the human vulnerability of caregivers is based on 2 dimensions: ontological and natural, but despite this enhancement they are able to identify on the subject of care situations of vulnerability in an ethical, a social and a cultural dimension; *ii)* There are significant differences in the representation of vulnerability among the different groups of caregivers studied; *iii)* In relation to the

attributes of care results are, in large part high, indicate that, in general, caregivers value the care, surging significant differences between the studied groups; *iv*) Caregivers with the highest average on the representation of human vulnerability scale obtain higher means on the attributes of care questionnaire.

We can conclude that the representation of human vulnerability can be the engine for the adoption of a paradigm in health care, so it seems to be important in the near future, to develop a vulnerability pedagogy which can transform the future caregivers in vehicles of humanization.

## ÍNDICE

PENSAMENTO.....	iii
DEDICATÓRIA .....	v
AGRADECIMENTOS.....	vii
RESUMO.....	ix
ABSTRACT .....	xi
ÍNDICE DE TABELAS .....	xix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xxiii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	xxv

INTRODUÇÃO .....	1
------------------	---

### PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

<b>1. A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE .....</b>	<b>13</b>
<b>1.1. Do cuidar arcaico ao modelo helenista .....</b>	<b>14</b>
<b>1.2. Do humanismo helénico ao tecnicismo moderno .....</b>	<b>23</b>
1.2.1. Influência da modernidade .....	26
<b>1.3. Da tecnicização à desumanização .....</b>	<b>30</b>
<b>2. O CUIDAR COMO CAMINHO DE HUMANIZAÇÃO.....</b>	<b>38</b>
<b>2.1. Em busca da humanização .....</b>	<b>40</b>
<b>2.2. Do tratar ao cuidar .....</b>	<b>55</b>
<b>2.3. Sete teses para a essência do cuidar de Torralba i Roselló.....</b>	<b>67</b>
<b>3. DA VULNERABILIDADE AO CUIDAR.....</b>	<b>84</b>
<b>3.1. Sentidos e rostos de vulnerabilidade .....</b>	<b>86</b>
<b>3.2. A vulnerabilidade do homem doente .....</b>	<b>92</b>
<b>3.3. O cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade .....</b>	<b>111</b>

### PARTE II – ESTUDOS EMPÍRICOS

<b>1. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>119</b>
<b>2. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>121</b>

<b>3. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS GERAIS</b> .....	123
<b>3.1. Objetivos e hipóteses de estudo</b> .....	124
<b>3.2. Variáveis e sua operacionalização</b> .....	127
<b>3.3. População/amostra</b> .....	128
<b>3.4. Seleção dos instrumentos de medida</b> .....	129
3.4.1. Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana em Cuidadores de Saúde (ERVH) .....	131
3.4.2. <i>Caring Attributes Questionair</i> (CAQ) .....	132
3.4.3. <i>Technological Influences Questionair</i> (TIQ) .....	134
<b>4. ESTUDO PRELIMINAR 1: ANÁLISE EXPLORATÓRIA DA RELAÇÃO VULNERABILIDADE/ CUIDADO E CONSTRUÇÃO DA ESCALA DA REPRESENTAÇÃO DA VULNERABILIDADE HUMANA</b> .....	135
<b>4.1. Considerações metodológicas</b> .....	135
4.1.1. Instrumento de recolha de dados .....	136
4.1.1.1. Pré teste .....	137
4.1.2. Recolha de dados .....	137
4.1.3. Processamento de dados .....	138
<b>4.2. População e amostra e sua caracterização</b> .....	139
<b>4.3. Apresentação de resultados</b> .....	141
4.3.1. Categorias e subcategorias encontradas .....	141
4.3.1.1. Conhecimento teórico sobre a vulnerabilidade humana .....	141
4.3.1.2. Experiências de vulnerabilidade humana .....	143
4.3.1.3. Perceção de situações de vulnerabilidade nos doentes .....	145
4.3.1.4. Influência da vulnerabilidade humana no cuidar .....	147
<b>4.4. Construção da Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana (ERVH) em cuidadores de saúde</b> .....	148
4.4.1. Levantamento/formulação dos itens .....	148
4.4.2. Seleção das unidades de análise .....	149
4.4.3. Critério de agregação dos itens .....	150
<b>5. ESTUDO PRELIMINAR 2: ADAPTAÇÃO, VALIDAÇÃO E ESTUDO DAS CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA</b> .....	151
<b>5.1. Considerações metodológicas</b> .....	151

5.1.1. Procedimentos na tradução e validação do <i>Caring Attributes Questionair</i> (CAQ) e do <i>Technological Influences Questionair</i> (TIQ) .....	152
5.1.2. Estudos de fiabilidade e validade.....	153
<b>5.2. Procedimentos, amostra e sua caracterização .....</b>	<b>154</b>
<b>5.3. Apresentação dos resultados da Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana (ERVH).....</b>	<b>157</b>
5.3.1. Análise fatorial exploratória .....	157
5.3.2. Análise de fiabilidade e consistência interna.....	161
<b>5.4. Apresentação dos resultados do <i>Caring Attributes Questionair</i> (CAQ).....</b>	<b>166</b>
5.4.1. Análise fatorial exploratória .....	167
5.4.2. Análise de fiabilidade e consistência interna.....	169
<b>5.5. Resultados do <i>Technological Influences Questionair</i> (TIQ) .....</b>	<b>174</b>
5.5.1. Análise fatorial exploratória .....	174
5.5.2. Análise de fiabilidade e consistência interna.....	176
<b>6. ESTUDO FINAL.....</b>	<b>179</b>
<b>6.1. Procedimentos metodológicos .....</b>	<b>179</b>
6.1.1. Procedimentos para análise dos dados .....	180
<b>6.2. Procedimentos, amostra e sua caracterização .....</b>	<b>180</b>
6.2.1. Caracterização da amostra.....	181
<b>6.3. Apresentação dos resultados da Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana (ERVH) em cuidadores de saúde .....</b>	<b>188</b>
6.3.1. Análise descritiva.....	188
6.3.2. Análise da normalidade das distribuições .....	190
6.3.3. Análise dos efeitos das variáveis sociodemográficas e contextuais na representação da vulnerabilidade humana .....	191
6.3.3.1. Análise da Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana (ERVH) por grupos de cuidadores.....	192
6.3.3.2. Análise da Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana (ERVH) por sexo .....	197
6.3.3.3. Análise da Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana (ERVH) por idade e experiência profissional.....	198
6.3.3.4. Análise da Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana (ERVH) por história de internamento .....	199

6.3.3.5. Análise da Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana (ERHV) por serviço .....	200
<b>6.4. Apresentação dos resultados do <i>Caring Attributes Questionair</i> (CAQ) adaptado...</b>	<b>202</b>
6.4.1. Análise descritiva.....	202
6.4.2. Análise da normalidade das distribuições .....	205
6.4.3. Análise dos efeitos das variáveis sociodemográficas e contextuais no <i>Caring Attributes Questionair</i> (CAQ) adaptado .....	205
6.4.3.1. Análise do <i>Caring Attributes Questionair</i> (CAQ) adaptado e dimensões por grupos estudados .....	206
6.4.3.2. Análise do <i>Caring Attributes Questionair</i> (CAQ) adaptado e dimensões por sexo.....	211
6.4.3.3. Análise do <i>Caring Attributes Questionair</i> (CAQ) adaptado por idade e experiência profissional.....	212
6.4.3.4. Análise do <i>Caring Attributes Questionair</i> (CAQ) adaptado por história de internamento.....	213
6.4.3.5. Análise do <i>Caring Attributes Questionair</i> (CAQ) adaptado por serviço.....	214
<b>6.5. Apresentação dos resultados do <i>Technological Influences Questionair</i> (TIQ) adaptado .....</b>	<b>215</b>
6.5.1. Análise descritiva.....	216
6.5.2. Análise da normalidade das distribuições .....	217
6.5.3. Análise dos efeitos das variáveis sociodemográficas e contextuais no <i>Technological Influences Questionair</i> (TIQ) adaptado .....	218
6.5.3.1. Análise do <i>Technological Influences Questionair</i> (TIQ) adaptado por grupos de cuidadores .....	218
6.5.3.2. Análise do <i>Technological Influences Questionair</i> (TIQ) adaptado por sexo.....	220
6.5.3.3. Análise do <i>Technological Influences Questionair</i> (TIQ) adaptado por idade e experiência profissional .....	221
6.5.3.4. Análise do <i>Technological Influences Questionair</i> (TIQ) adaptado por história de internamento.....	221
6.5.3.5. Análise do <i>Technological Influences Questionair</i> (TIQ) adaptado por serviço.....	222

<b>6.6. Estudo da relação entre a Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana (ERVH), o <i>Caring Attributes Questionair</i> (CAQ) adaptado e o <i>Technological Influences Questionair</i> (TIQ) adaptado</b> .....	223
6.6.1. Influência tecnológica e representação da vulnerabilidade.....	223
6.6.2. Influência tecnológica e atributos do cuidar .....	224
6.6.3. Representação da vulnerabilidade e atributos do cuidar .....	225
<b>7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	226
<b>7.1. Quanto à representação da vulnerabilidade humana em cuidadores de saúde</b> .....	227
7.1.1. Diferenças da representação da vulnerabilidade entre grupos .....	239
7.1.2. Efeitos das variáveis sociodemográficas e contextuais na representação da vulnerabilidade .....	244
<b>7.2. Quanto à valorização dos atributos do cuidar</b> .....	245
7.2.1. Diferenças na valorização dos atributos do cuidar entre grupos.....	250
7.2.2. Efeitos das variáveis sociodemográficas e contextuais na valorização dos atributos do cuidar .....	253
<b>7.3. Quanto à valorização da influência tecnológica</b> .....	257
7.3.1. Diferenças da influência tecnológica entre grupos .....	258
7.3.2. Efeitos das variáveis sociodemográficas e contextuais na influência tecnológica.....	260
<b>7.4. Quanto à relação entre a vulnerabilidade, atributos do cuidar e influência tecnológica</b> .....	261
7.4.1. Influência tecnológica e vulnerabilidade.....	261
7.4.2. Influência tecnológica e atributos do cuidar .....	263
7.4.3. Vulnerabilidade e atributos do cuidar .....	265
<b>CONCLUSÕES</b> .....	271
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	285
<b>ANEXOS</b> .....	301
<b>Anexo 1</b> - Guião de Entrevista .....	303
<b>Anexo 2</b> - Grelha de Análise de Conteúdo (inicial).....	307
<b>Anexo 3</b> - Distribuição das Unidades de Significação pelas Categorias/Subcategorias .....	311
<b>Anexo 4</b> - Itens da Escala da vulnerabilidade Humana para análise por especialistas .....	319
<b>Anexo 5</b> - Versão para validação da escala da representação da vulnerabilidade humana .....	325

<b>Anexo 6</b> - CAQ e TIQ originais e pedidos de autorização para adaptação (email David Arthur).....	331
<b>Anexo 7</b> - CAQ e TIQ traduzidos.....	341
<b>Anexo 8</b> - Website para aplicação do instrumento de colheita de dados para validação .....	345
<b>Anexo 9</b> - Análise KMO, <i>Bartlett test</i> e gráfico <i>scree plot</i> para a ERVH .....	349
<b>Anexo 10</b> - Análise KMO, <i>Bartlett test</i> e gráfico <i>scree plot</i> para o CAQ .....	353
<b>Anexo 11</b> - Análise KMO, <i>Bartlett test</i> e gráfico <i>scree plot</i> para o TIQ .....	357
<b>Anexo 12</b> - Autorizações e versão final do questionário .....	361

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Valores de humanização/desumanização .....	41
<b>Tabela 2.</b> Operacionalização das variáveis .....	128
<b>Tabela 3.</b> Caracterização da amostra por grupos de cuidadores segundo o sexo, estado civil, nacionalidade e idade .....	140
<b>Tabela 4.</b> Unidades de registo e de significação por categoria relativa ao conhecimento teórico sobre a vulnerabilidade humana .....	142
<b>Tabela 5.</b> Unidades de significação por categoria e subcategoria relativamente às experiências de vulnerabilidade .....	143
<b>Tabela 6.</b> Unidades de significação por categoria relativas à percepção de situações de vulnerabilidade nos doentes .....	145
<b>Tabela 7.</b> Unidades de significação por categorias relativas à influência da vulnerabilidade no cuidar .....	147
<b>Tabela 8.</b> Caracterização da amostra por grupos de cuidadores segundo o sexo, o estado civil, a idade, o tempo de serviço e o serviço .....	155
<b>Tabela 9.</b> Resultados da rotação fatorial dos itens da ERVH .....	159
<b>Tabela 10.</b> Estatísticas e <i>alfa</i> de Cronbach para avaliação da consistência interna do fator 1... 161	
<b>Tabela 11.</b> Estatísticas e <i>alfa</i> de Cronbach para avaliação da consistência interna do fator 2... 162	
<b>Tabela 12.</b> Estatísticas e <i>alfa</i> de Cronbach para avaliação da consistência interna do fator 3... 162	
<b>Tabela 13.</b> Estatísticas e <i>alfa</i> de Cronbach para avaliação da consistência interna do fator 4... 163	
<b>Tabela 14.</b> Estatísticas e <i>alfa</i> de Cronbach para avaliação da consistência interna do fator 5... 163	
<b>Tabela 15.</b> ERVH em cuidadores de saúde .....	164
<b>Tabela 16.</b> Resultados das correlações de <i>Spearman</i> entre as dimensões da ERVH .....	165
<b>Tabela 17.</b> Transformação algorítmica dos resultados de cada dimensão .....	166
<b>Tabela 18.</b> Resultados da rotação fatorial dos itens do CAQ .....	167
<b>Tabela 19.</b> Estatísticas e <i>alfa</i> de Cronbach para avaliação da consistência interna do fator 1... 169	
<b>Tabela 20.</b> Estatísticas e <i>alfa</i> de Cronbach para avaliação da consistência interna do fator 2... 170	
<b>Tabela 21.</b> Estatísticas e <i>alfa</i> de Cronbach para avaliação da consistência interna do fator 3... 170	
<b>Tabela 22.</b> Estatísticas e <i>alfa</i> de Cronbach para avaliação da consistência interna do fator 4... 171	
<b>Tabela 23.</b> <i>Caring Attributes Questionair</i> (CAQ) adaptado .....	172
<b>Tabela 24.</b> Resultados das correlações de <i>Spearman</i> entre as dimensões do CAQ adaptado.... 173	
<b>Tabela 25.</b> Transformação algorítmica dos resultados de cada dimensão .....	173

<b>Tabela 26.</b> Resultados da rotação fatorial dos itens do TIQ.....	175
<b>Tabela 27.</b> Estatísticas e <i>alfa</i> de Cronbach para avaliação da consistência interna do fator 1 ..	176
<b>Tabela 28.</b> Estatísticas e <i>alfa</i> de Cronbach para avaliação da consistência interna do fator 2 ..	176
<b>Tabela 29.</b> Estatísticas e <i>alfa</i> de Cronbach para avaliação da consistência interna do fator 3 ..	177
<b>Tabela 30.</b> <i>Technological Influences Questionair</i> (TIQ) adaptado.....	178
<b>Tabela 31.</b> Resultados das correlações de <i>Spearman</i> entre as dimensões do TIQ adaptado .....	178
<b>Tabela 32.</b> Caracterização da amostra segundo o sexo, o estado civil, a nacionalidade e a idade no global e por grupo profissional .....	182
<b>Tabela 33.</b> Estatística descritiva da ERVH/Dimensões.....	188
<b>Tabela 34.</b> Resultados do teste de normalidade <i>Kolmogorov-Smirnov</i> para a ERVH /Dimensões .....	191
<b>Tabela 35.</b> Estatística descritiva ERVH /Dimensões por grupo estudado.....	192
<b>Tabela 36.</b> Resultados do teste <i>Kruskal-Wallis</i> aplicado às variáveis ERVH/Dimensões e grupos de cuidadores.....	195
<b>Tabela 37.</b> Resultados dos testes <i>post-hoc</i> com a correção de <i>Bonferroni</i> aplicado às variáveis ERVH/Dimensões e grupos de cuidadores .....	196
<b>Tabela 38.</b> Resultados do teste <i>Mann-Whitney</i> aplicado às variáveis ERVH/Dimensões e sexo .....	197
<b>Tabela 39.</b> Resultados do coeficiente de correlação de <i>Spearman</i> entre a ERVH/Dimensões e idade e experiência profissional .....	198
<b>Tabela 40.</b> Resultados do teste <i>Mann-Whitney</i> aplicado às variáveis ERVH/Dimensões e história de internamento .....	200
<b>Tabela 41.</b> Resultados do teste <i>Kruskal-Wallis</i> aplicado às variáveis ERVH/Dimensões e serviço .....	201
<b>Tabela 42.</b> Estatística descritiva do CAQ/Dimensões.....	202
<b>Tabela 43.</b> Resultados do teste de normalidade <i>Kolmogorov-Smirnov</i> para o CAQ/Dimensões .....	205
<b>Tabela 44.</b> Estatística descritiva do CAQ/Dimensões por grupo estudado .....	206
<b>Tabela 45.</b> Resultados do teste <i>Kruskal-Wallis</i> aplicado às variáveis CAQ/Dimensões e grupos de cuidadores.....	209
<b>Tabela 46.</b> Resultados dos testes <i>post-hoc</i> com a correção de <i>Bonferroni</i> aplicado às variáveis grupos de cuidadores e às dimensões EA, ECC e EAC .....	210

<b>Tabela 47.</b> Resultados do teste <i>Mann-Whitney</i> aplicado às variáveis CAQ/Dimensões e sexo .....	211
<b>Tabela 48.</b> Resultados do coeficiente de correlação de <i>Spearman</i> entre o CAQ/Dimensões e idade e experiência profissional .....	212
<b>Tabela 49.</b> Resultados do teste <i>Mann-Whitney</i> aplicado às variáveis CAQ/Dimensões e história de internamento .....	213
<b>Tabela 50.</b> Resultados do teste <i>Kruskal-Wallis</i> aplicado às variáveis CAQ/Dimensões e serviço .....	214
<b>Tabela 51.</b> Resultados dos testes <i>post-hoc</i> com a correção de <i>Bonferroni</i> aplicado às variáveis CAQ e serviço.....	215
<b>Tabela 52.</b> Estatística descritiva do TIQ.....	216
<b>Tabela 53.</b> Resultados do teste de normalidade <i>Kolmogorov-Smirnov</i> para o TIQ .....	217
<b>Tabela 54.</b> Estatística descritiva do TIQ por grupos estudados .....	218
<b>Tabela 55.</b> Resultados do teste <i>Kruskal Wallis</i> aplicado às variáveis TIQ e grupos de cuidadores.....	219
<b>Tabela 56.</b> Resultados dos testes <i>post-hoc</i> com a correção de <i>Bonferroni</i> aplicado às variáveis grupos de cuidadores e TIQ .....	219
<b>Tabela 57.</b> Resultados do teste <i>Mann-Whitney</i> aplicado às variáveis TIQ e sexo .....	220
<b>Tabela 58.</b> Resultados do coeficiente de correlação de <i>Spearman</i> entre o TIQ, a idade e experiência profissional.....	221
<b>Tabela 59.</b> Resultados do teste <i>Mann-Whitney</i> aplicado às variáveis TIQ e história de internamento .....	222
<b>Tabela 60.</b> Resultados do teste <i>Kruskal Wallis</i> aplicado às variáveis TIQ e serviço.....	222
<b>Tabela 61.</b> Resultados do coeficiente de correlação de <i>Spearman</i> entre as variáveis ERVH/Dimensões, CAQ/Dimensões e TIQ.....	223



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Desenho de investigação .....	123
<b>Figura 2.</b> Distribuição dos enfermeiros por instituição de CSD .....	183
<b>Figura 3.</b> Distribuição dos enfermeiros por instituição de CSP.....	183
<b>Figura 4.</b> Distribuição dos enfermeiros por instituição de CCI .....	184
<b>Figura 5.</b> Distribuição dos estudantes de enfermagem por escola .....	185
<b>Figura 6.</b> Distribuição dos médicos por instituição de CSD.....	186
<b>Figura 7.</b> Distribuição dos médicos por instituição de CSP .....	186
<b>Figura 8.</b> Distribuição dos estudantes de medicina por faculdade .....	187
<b>Figura 9.</b> Histograma da ERVH e das subescalas.....	190
<b>Figura 10.</b> Histograma do CAQ e das suas dimensões .....	204
<b>Figura 11.</b> Histograma do TIQ .....	217



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C. - antes de Cristo

ADN - Ácido Desoxirribonucleico

CAPSTI - *Caring Attributes Professional Self-Concept*

CAQ - *Caring Attributes Questionair*

CCI - Cuidados Continuados Integrados

CH - Centros Hospitalares

CHNE - Centro Hospitalar Nordeste

CHTMAD - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

CHTS - Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

CHTV - Centro Hospitalar Tondela Viseu

cit. - citado

CSD - Cuidados de Saúde Diferenciados

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CVE - Conhecimento da Vulnerabilidade Extrínseca

CVI - Conhecimento da Vulnerabilidade Intrínseca

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

EPE - Entidade Pública Empresarial

ERVH - Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana

ESEMMC - Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado de Chaves

ESEnfVR - Escola Superior de Enfermagem de Vila Real

ESSB - Escola Superior de Saúde de Braga

ESSV - Escola Superior de Saúde de Viseu

ESSVC - Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo

EV - Experiência de Vulnerabilidade

FMUC - Faculdade da Medicina da Universidade de Coimbra

FMUP - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

ICBAS - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar

IJPV - Instituto Jean Piaget de Viseu

KMO - Kaiser-Meyer Olkin

nº - número

p. - página

PSNC - *Professional Self-Concept*

PV - Perceção de Vulnerabilidade

séc. - século

TAC - Tomografia Axial Computorizada

TIQ - *Technological Influences Questionair*

UBI - Universidade da Beira Interior

UCCI - Unidades de Cuidados Continuados Integrados

UTAD - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

## **INTRODUÇÃO**

---



Se eu voltasse a escrever este livro... A ciência e a técnica seriam utilizadas como se tivessem sido feitas para o homem, e não (como são presentemente e como serão ainda mais no mais admirável dos mundos novos) como se o homem tivesse de ser adoptado e absorvido por elas. (Huxley, 2003, p.11)

Aldous Huxley, na sua magnífica obra “Admirável Mundo Novo”, previa uma difícil coabitação entre o progresso científico/tecnológico e o Homem: A técnica, poderosa e dominadora, virar-se-ia contra o “pequeno” e subserviente Ser Humano<sup>1</sup>.

De facto, na atualidade, a relação do homem com o progresso científico tem sido, muitas vezes, encarada como um confronto entre adversários. Não falta, mesmo, quem aposte nos vários desfechos possíveis, que vão desde a proibição e fim de quaisquer desenvolvimentos científicos às previsões da derrota mais dramática do homem que seria a perda da sua identidade, a sua humanidade, falando-se mesmo num “futuro pós humano” (Fukuyama, 2002)<sup>2</sup>.

É, no entanto, indiscutível que “o Homem atual continua a lucrar com a (e pela) ciência, a gozar de inovações que quase diariamente ela lhe proporciona, a acreditar no seu potencial benéfico, a investir no seu fomento, a aceitá-la como indiscutível e dogmático fator do seu próprio desenvolvimento” (Osswald, 2001, p.10). Neste sentido, o desenvolvimento científico é visto não só como um direito humano como também um alto dever de quem é dotado de qualidades cognoscitivas para o seu desenvolvimento (Jonas, 1995).

Todavia, por vezes a realidade dura e cruel não deixa de nos dar exemplos em que o Homem se transformou em vítima dessa mesma tecnologia, sofrendo danos físicos e vendo mesmo ameaçada a sua própria natureza<sup>3</sup> - um preço demasiado alto a pagar pelo uso desgovernado e irracional da ciência. Por outras palavras, o olhar obsessivo para o desenvolvimento da ciência “oculta”, muitas vezes, no homem, o “dom” de olhar para si

---

<sup>1</sup> Nesta obra, o Homem que surge inicialmente como mentor do progresso científico acaba, posteriormente, por ser absorvido por ele.

<sup>2</sup> Referência à obra de Fukuyama, F. (2002). *O nosso futuro pós-humano*. Lisboa: Editores Quetzal.

<sup>3</sup> Bastará, por certo, recordar as potencialidades da energia nuclear, mas que jamais deixará de estar ligada aos horrores de Hiroxima e Nagasáqui; ou então, os desequilíbrios provocados pela ação humana em toda a biosfera planetária que coloca em risco a nossa própria sobrevivência.

próprio e para o seu semelhante. Assim, a relação entre a ciência e o “humanismo”<sup>4</sup> tornou-se de difícil harmonização.

A dificuldade em conseguir essa harmonia, nos tempos que correm, é particularmente visível no domínio dos “serviços de saúde”: talvez por estarmos diante da complexa realidade do Homem frente às suas debilidades provocadas pela doença; perante a impotência face ao sofrimento; perante a evidência da finitude. É, precisamente, neste âmbito, que o homem mais espera da ciência. Também, por isso, é aqui que, muitas vezes, não se olha a meios para conseguir avanços, gerando-se os maiores desequilíbrios e criando-se as maiores utopias.

Na verdade, vivendo numa época marcadamente tecnológica, a ciência dotou os cuidados de saúde de um poder inimaginável até então. Os progressos na área médica iniciados principalmente a partir do séc. XVII e intensificados no séc. XX, facultam aos profissionais de saúde um conjunto de conhecimentos nunca antes contidos quer ao nível anátomo-fisiológico, patológico como ao nível dos recursos e técnicas de tratamento.

No entanto, estas mudanças tecnológicas, que se foram fazendo notar nos cuidados de saúde ao longo dos últimos tempos, não deixaram de fazer emergir um vasto conjunto de dúvidas e questões sobre a forma como se vai desenvolvendo a prestação dos cuidados. E, desde logo, uma primeira evidência que nos inquieta deriva do facto de que, em muitas instituições de saúde, ao mesmo tempo que se observa um progresso notável no se refere à investigação científica e ao desenvolvimento técnico, também parece verificar-se um grande défice na relação humana, que origina um elevado nível de insatisfação nos doentes com a qualidade dos cuidados prestados. Como já referia Jaspers (1986), “desde há décadas que, simultaneamente com o progresso, se fala de crise na medicina...” (p.40) criando uma situação em que à multidão de doentes parece cada vez mais difícil encontrar os profissionais de saúde certos, levando a que possa “... dizer-se que os bons médicos se tornam mais raros, enquanto a ciência, como poder, incessantemente cresce” (Jaspers, 1986, p.13). Também, olhando para a situação em Portugal, encontramos com alguma

---

<sup>4</sup> Usamos o termo “humanismo” não como corrente filosófica ou sociológica, mas pretendendo apenas referirmo-nos a todo o esforço de defesa do Homem e das suas qualidades naturais: Unicidade, complexidade (corpo e espírito), relacionalidade, etc.

facilidade referências a este fenómeno. Walter Osswald, por exemplo, refere que os cuidados de saúde que se prestam em Portugal são geralmente de boa qualidade e que denotam uma progressão e melhoria que deveriam ser alvo de satisfação mas não impede, paradoxalmente, a existência de um generalizado sentimento de desagrado, ou mesmo de rejeição, por parte da população e que, na sua opinião, se devem em grande parte à falta de humanização dos cuidados prestados (Osswald, 2007).

Neste sentido, urge que nos questionemos sobre quais serão as razões que terão contribuído decisivamente para este estado de necessidade de uma verdadeira humanização dos cuidados de saúde.

Um dos aspetos mais apontados na bibliografia incide na excessiva tecnicização do agir do homem do séc. XXI, ou melhor, da extrema racionalização da civilização técnica atual que, como refere Gadamer (1997), se expressa de forma mais significativa a partir do “silencioso avanço do domínio técnico e do automatismo racional, que substituem a decisão pessoal do indivíduo e do grupo, em áreas cada vez mais vastas da vida humana” (p.18). Esta atitude, associada à forte influência do chamado “modelo biomédico”, muito em voga nos cuidados de saúde dos últimos séculos, pode ter levado a uma “confusão” de valores que, no nosso entender, terá sido capaz de desviar as práticas de saúde do seu objetivo central que é o Ser Humano. Os profissionais de saúde, ao centrarem-se quase unicamente no diagnóstico, na doença e nas formas de tratamento, deixam o Homem, muitas vezes, na sua doença, entregue a uma solidão despersonalizante, facto que prejudica irremediavelmente a qualidade dos cuidados de saúde, afetando-os precisamente numa das suas características mais nucleares como é a relação terapêutica, ou relação doente-profissional de saúde<sup>5</sup>.

Mas, na atualidade, poucos são os defensores deste modelo biomédico. Há algumas décadas que profissionais, formadores e clientes do sistema de saúde, defendem uma intervenção dos cuidados de saúde centrada no “sujeito dos cuidados”, vulgarmente

---

<sup>5</sup> Existe uma vastíssima literatura relacionada com este tema da relação entre o doente e o profissional de saúde. Sendo certo que em grande parte dessa bibliografia este assunto é designado como a relação médico-doente, entendemos que dado o desenvolvimento dos cuidados de saúde que se transformam cada vez mais numa realidade multidisciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico, psicólogos, etc...) pareceu-nos fazer mais sentido falar em profissionais de saúde de modo a incluir precisamente esta diversidade de atores.

referido como o doente. Faz-se a defesa de uma visão holística que permita a assunção da pluridimensionalidade e unicidade de cada homem/mulher “sujeito” de cuidados, deixando, por isso, de se defender um modelo centrado no “curar” – “To Cure” para se promover um modelo centrado no “cuidar” – “To Care”, onde:

cuidar de um ser humano no seu sofrimento, na sua dor, ou no seu processo de morte, não é um exercício automático, nem pode ser jamais uma sucessão premeditada de atos, pelo que, fundamentalmente, se trata de uma arte, de uma arte que abarca uma profunda sabedoria antropológica, ética e estética. (Torralba i Roselló, 1998, p.9)

Mas, se é certo que muitas profissões de saúde procuram realçar a importância deste paradigma do cuidado, assumido inclusive pela enfermagem como o seu grande objetivo, mas também frequentemente anunciado pela medicina e outros ramos da saúde, não deixa de ser evidente a dificuldade de o transportar para os serviços de saúde. Na atualidade, em vários países são imensos os pareceres e os estudos de organizações vocacionadas para a defesa dos utentes e da qualidade dos cuidados de saúde a apresentarem resultados muito críticos para os profissionais de saúde, parecendo querer alertar para o facto de estes terem perdido a habilidade de “Cuidar” (Commission on Dignity in Care for Older People, 2012; Department of Health, 2008; Heaslip & Board, 2012; Parliamentary and Health Service Ombudsman, 2011). Talvez por dificuldade de transmissão da mensagem do que significa na prática cuidar, ou porque os currículos continuam a ser organizados pelo modelo biomédico, o certo é que alguns estudos feitos destes cursos evidenciam que mesmo os estudantes de cursos da área da saúde, possuem uma particular predileção em aprender esquemas mentais biomédicos auxiliares e incorporar meras tarefas comportamentais como o desenvolvimento de atos simples ou de técnicas complexas (Seixas & Pereira, 2005).

Assim, uma nova questão nos surge: Como levar os cuidadores de saúde a adotar verdadeiramente um paradigma baseado no “Cuidar”?

Um primeiro passo, na nossa opinião, passará por lembrar aos profissionais geralmente obcecados exclusivamente pelos conhecimentos científicos e tecnológicos, que transformam a medicina, a enfermagem e as outras profissões no âmbito da saúde, em ciências exatas, que o Homem é tudo menos “exato”, e que corre o risco de ser esquecido

ou mesmo ultrapassado se houver um abandono total do conhecimento proporcionado pelas ciências humanas, pois elas são fundamentais para a compreensão do ser complexo que é o Homem e ajudam a criar uma visão holística que tenha em conta a totalidade do seu existir, enquanto ser racional, espiritual, social, familiar, único e irrepetível. Depois, urge promover a consciencialização de que “a ciência e técnica são, nos dias que correm, indispensáveis, mas para colocar ao serviço da pessoa” (Pinto, 1990, p.14), e que é na relação terapêutica, no “encontro clínico”<sup>6</sup> entre humanos que se encontra a face humana do sistema de saúde, o rosto da empatia, do respeito e do calor humano, que poderá contribuir decisivamente para o alcançar da homeostasia bio-psico-social do homem doente. Por fim, e tocando naquele que será o tema central deste estudo, levar os profissionais à reflexão, compreensão e aceitação de um termo, uma palavra, mas que antes de mais é um constituinte fundamental da condição do humano – “a vulnerabilidade”, noção há muito arredada da mentalidade moderna e muitas vezes esquecida no mundo dos cuidados de saúde.

A crença nos já referidos avanços técnico-científicos, trouxe de novo para a ribalta o mito da imortalidade, evidenciando profissionais de saúde com ideias de onipotência e com dificuldades em aceitar as limitações das suas capacidades, ao mesmo tempo que alguns doentes julgam que tudo pode ser curado, procurando esquecer a fragilidade e finitude que lhe é própria. Por outro lado, estudos recentes têm apontado que os cuidadores talvez se foquem excessivamente no conhecimento especializado e tecnológico como forma de se protegerem da possibilidade de se sentirem vulneráveis e de se prevenirem da possibilidade de saírem feridos da relação com a pessoa doente, revelando, desta forma, alguma dificuldade em lidarem com a sua própria fragilidade/vulnerabilidade. Ora, como refere Roselló, “a carência de uma pedagogia da vulnerabilidade tem graves efeitos na comunidade sanitária, e nos processos assistenciais em sentido amplo” (Torralba i Roselló, 2002a, p.246), pois da mesma forma que só podemos viver uma vida autenticamente humana a partir da vulnerabilidade, também só a partir do encontro entre eu (profissional)/tu (doente), ambos vulneráveis, poderemos prestar cuidados verdadeiramente humanos. Ou seja, talvez a base para fornecer cuidados humanizados, baseados na

---

<sup>6</sup> Expressão muito usada por Pedro Laín Entralgo.

compaixão e num atendimento individualizado, esteja no reconhecimento de que, tal como os doentes, somos seres humanos vulneráveis, expostos a ser feridos, pois a vulnerabilidade é uma experiência humana (Erlen, 2006). Parece-nos, por isso, que um caminho a percorrer para a mudança de paradigma se encontra, precisamente, no recuperar desta relação vulnerabilidade/cuidado, pois é “precisamente porque tudo no ser humano é vulnerável, que resulta fundamental e inelutável o exercício de cuidá-lo, de atendê-lo” (Torralba i Roselló, 2002a, p.249).

Encontramos, desta forma, as variáveis centrais do estudo que pretendemos realizar: Vulnerabilidade e Cuidado.

A associação entre estas variáveis e a sua importância nos cuidados de saúde é feita com alguma frequência em reflexões teóricas, mas do ponto de vista da investigação surge, apenas, em alguns estudos qualitativos realizados com profissionais de saúde (Heaslip & Board, 2012; Linda, 1998; Malterud, Fredriksen & Gjerde, 2009; Stenbock-Hul & Sarvimaki, 2011), parecendo confirmar a existência de uma relação entre elas. Nesse sentido, entendemos que valeria a pena aprofundar o estudo destas variáveis, tentando de alguma forma fazê-lo de modo inovador ao introduzir uma metodologia quantitativa que permite um estudo mais amplo e generalizado.

Neste contexto, a tese que aqui se apresenta está estruturada em duas partes fundamentais: enquadramento teórico e estudos empíricos que inclui a apresentação e discussão de resultados.

Na primeira parte, procuramos explicar os conceitos fundamentais em estudo, bem como a sua contextualização. Iniciamos, assim, por desenvolver uma abordagem sobre a evolução dos cuidados de saúde, desde a sua versão mais originária, instintiva ou mesmo arcaica, até aos cuidados altamente tecnológicos e especializados dos dias de hoje, tendo a preocupação de perceber as principais mudanças que foram ocorrendo quer ao nível das conceções teóricas dos cuidados, das bases organizacionais dos cuidados, quer dos modelos de relação terapêutica. Procuramos, também, compreender como o fenómeno da tecnicização contribui para a desumanização dos cuidados de saúde e como poderemos

encontrar resposta a esse fenômeno a partir da assunção de um paradigma assente no “cuidar”. Mas, porque para cuidar verdadeiramente é necessário compreender o profundo alcance deste termo que, antes de mais, representa uma atitude originária, ou mesmo, um modo-de-ser verdadeiramente humano, procuramos abordar os “elementos” do cuidar tentando explicar a sua aplicação aos cuidados de saúde a partir das sete teses do cuidar de Torralba i Roseló (2005). Por fim, debruçamo-nos sobre o conceito de vulnerabilidade, explicando o seu sentido a partir de cinco “Rostos” distintos: fragilidade, debilidade, nudez, desprezo e doença, de modo a podermos, agora, encarar o cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade.

Na segunda parte da tese, explicamos os estudos de campo. Começamos com as considerações metodológicas, onde se define o problema de investigação e se apresentam os objetivos e as hipóteses em estudo, para passarmos de seguida à apresentação dos três estudos que compõem este trabalho, bem como à explicação do processo de seleção, construção e validação dos instrumentos de recolha de dados. Partindo de um primeiro estudo preliminar, exploratório, qualitativo, através de entrevistas semiestruturadas realizadas a 12 cuidadores de saúde (4 enfermeiros, 4 médicos, 4 estudantes de enfermagem e 4 estudantes de medicina), reforçado com uma profunda pesquisa bibliográfica, obtivemos um conjunto de unidades de análise com o objetivo de construir um instrumento de medida da “Representação da Vulnerabilidade Humana em Cuidadores de Saúde”. Procedemos, também, à tradução e adaptação do “Caring Attributes Questionair” e do “Technological Influences Questionair” de Arthur e colaboradores (1999), tendo de seguida realizado um segundo estudo preliminar com uma amostra de 342 cuidadores de saúde de modo a efetuar a validação e a apreciação das capacidades psicométricas dos instrumentos selecionados.

Por fim, apresentamos o estudo final realizado a 1213 cuidadores de saúde e aí descrevemos os resultados obtidos em cada uma das variáveis do estudo, apresentamos a análise descritiva e a análise inferencial e procedemos a uma análise e discussão dos resultados obtidos, bem como enunciamos as principais conclusões.

Em suma, gostaríamos de salientar que sendo a escolha deste tema para estudo já de si desafiante pela sua complexidade, o facto de o querermos fazer com um tipo de abordagem (quantitativo) pouco usado neste tipo de temas, veio aumentar a sua dimensão, no entanto, pensamos desta forma poder contribuir para a melhor compreensão do que pensam, como vivem e como são influenciados os cuidadores por aspetos tão importantes como a representação da vulnerabilidade humana, a influência tecnológica e o cuidar e, ainda, como eles se relacionam entre si, e de que forma os podemos usar na ajuda do estabelecimentos de uns cuidados de saúde cada vez de maior qualidade e humanização.

# **PARTE I**

## **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

---



## 1. A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Uma vez, ao atravessar um rio, o 'Cuidado' viu terra argilosa. Pensativo, tomou um pedaço de barro e começou a moldá-lo. Enquanto contemplava o que tinha feito, apareceu Júpiter. O 'Cuidado' pediu-lhe que insuflasse espírito nele, o que Júpiter fez de bom grado. Mas, quando quis dar o seu nome à criatura que havia formado, Júpiter proibiu-lho, exigindo que lhe fosse dado o dele. Enquanto o 'Cuidado' e Júpiter discutiam, surgiu também a Terra (Tellus) e queria também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora ela a dar-lhe um pedaço do seu corpo. Os contendentes tomaram Saturno por juiz. Este tomou a seguinte decisão, que pareceu justa: 'Tu, Júpiter, deste-lhe o espírito; por isso, receberás de volta o seu espírito por ocasião da sua morte. Tu, Terra, deste-lhe o corpo; por isso, receberás de volta o seu corpo. Mas, como foi o 'Cuidado' a ter a ideia de moldar a criatura, ficará ela na sua posse enquanto viver. E uma vez que entre vós há discussão sobre o nome, chamar-se-á 'homo' (Homem), já que foi feita a partir do húmus (Terra), (Heidegger, 2001, pp. 218-219).

Na atualidade, poucas coisas existirão que sejam tão capazes levar o Homem para os domínios da reflexão existencial como o momento em que nos deparamos com a necessidade de cuidados de saúde. Muitas vezes, é a realidade da doença que alerta no Homem a consciência de que somos seres de cuidado e de cuidar. Neste sentido, também quando procuramos a história dos cuidados de saúde facilmente chegámos à conclusão que eles se encontram intimamente ligados à génese do próprio Homem.

Recorremos, por isso, a Heidegger, um dos filósofos mais importantes do séc. XX e que na sua obra “O ser e o tempo” nos procura explicar a essência do Homem a partir da fábula sobre o cuidado de Higino<sup>7</sup>. Há três ideias centrais que pretendemos retirar desta fábula. Em primeiro lugar, o Homem é criado a partir da natureza (Terra), ou seja, o ser humano é formado pelas mesmas energias, pelos mesmos elementos químicos que todos os outros “seres” que nos rodeiam. É também um ser enredado no tempo, projetado para uma duração temporal, sendo que nesse “espaço” está sujeito ao desgaste, à erosão, às influências do tempo e de todos os fenómenos naturais. Sofre, por isso, também da finitude própria de tudo o que faz parte da natureza – “dela nasce e para ela vai”. Associa desta forma a ideia e a realidade da morte à vida de todo o humano. Mas, o ser humano não pode

---

<sup>7</sup> Caio Júlio Higino (em latim *Gaius Julius Higinus*, Espanha, ca. 64 a.C. — Roma, 17 a.C.) foi um escritor da Roma Antiga, discípulo de Alexandre, o Polímata e amigo de Ovídio. É atribuída a este escritor e filósofo a autoria de um livro de fábulas (*Fabulae*), do qual consta o famoso texto da fábula do cuidado.

ser apenas interpretado a partir de leis biológicas... é Júpiter quem lhe insufla o espírito, essa outra dimensão que o torna dotado de maior complexidade e que obriga a que tenha de ser olhado de forma holística para que possa ser compreendido. E, por fim, porque o Homem tem a sua origem no cuidado, pertence-lhe ao longo da sua vida não podendo por ele ser abandonado, pois “é pelo cuidado que ele mantém as suas polaridades unidas e faz delas material de construção da sua existência no mundo” (Boff, 1999, p.67). Por isso, o cuidado é essencial, sem a sua presença do nascimento até à morte o ser humano veria a sua existência marcada pela desorientação, desestruturação e perda do sentido da vida. Assim, nesta trilogia fundamental para o desenvolvimento do pensamento humano – natureza (vida/morte), holismo/complexidade e cuidado – encontramos também os pontos fundamentais para a compreensão da evolução dos cuidados de saúde.

### **1.1. Do cuidar arcaico ao modelo helenista**

A incessante procura do homem pelo seu lugar na natureza foi fomentada ao longo dos tempos pelas questões tradicionais sobre a existência humana – o quem sou, de onde vim e para onde vou? Foram formuladas ao longo de toda a existência de acordo com o grau de complexidade do pensamento presente em cada momento da evolução. Mas, foi sobretudo a realidade da morte que tornou sempre presente esta inquietação, esta angústia, esta necessidade de procura de respostas por parte do Homem. A morte, apesar do seu mistério e subjetividade, a sua presença é sentida desde o início da humanidade e terá funcionado como impulsionadora do pensamento, do desenvolvimento da consciência humana. A morte é uma realidade humana e, como diz André Malraux, “o pensamento da morte é o pensamento que nos torna Homens” (Veiga, Monteiro, Teles & Guerreiro, 2000, p.85). De facto, em variadíssimos estudos antropológicos vemos que nos 13 a 15 milhões de anos que leva a história do universo, num processo de hominização de cerca de 5 milhões de anos, sabemos que há Homem, quando há 40 ou 100 mil anos se encontram os primeiros ritos funerários e os primeiros túmulos, sendo que esta característica é única, pois “não existe nenhuma indicação de que os indivíduos de qualquer outra espécie saibam que hão-de morrer inevitavelmente” (Dobzhansky, Ayala, Stebbins & Valentine, 1979, p.448). Daí

que alguns antropólogos, biólogos e etólogos (F.J. Ayala, T. Dobzhansky e W. Thorpe) reconheçam que a autoconsciência e a consciência da morte própria são o sinal de rutura do Homem com o animal.

É, também, associado à experiência da morte que surge no homem a consciência da doença e do adoecer... o ficar mais fraco, a experiência da dor e do sofrimento precedem normalmente a morte (exceto quando ela é repentina). Dá-se, assim, a constatação no ser humano de que não é inatingível, imortal mas sim sujeito à erosão, ao desgaste, às influências da natureza, factos que se vão manifestando na doença ou de outra forma na ausência de saúde.

Mas, se atrás referíamos que a autoconsciência e a consciência da morte própria são sinal de rutura do homem com o animal, surge ainda, na nossa opinião, um outro sinal não menos importante – o cuidado. De facto, ao ter consciência da morte e do adoecer, o Homem descobre ao mesmo tempo a necessidade do cuidado como resposta ao mesmo adoecer e ao morrer. A consciência da fragilidade da vida faz realçar no humano a necessidade de cuidá-la, a importância de “tomar conta” da vida, de modo a garantir a sua permanência por um período maior de tempo e, por isso, o Homem começa a cuidar dos mais fracos, dos doentes, dos feridos, de si próprio, revelando o humano essencialmente como um ser que cuida e é cuidado<sup>8</sup>, sendo esta talvez a característica mais distinta da humanidade. É neste sentido que podemos encontrar o cuidar como a “...arte que precede todas as outras, sem a qual não seria possível existir...” (Collière, 2003, p.19).

O Homem é cuidado desde que veio ao mundo, daí que talvez possamos encontrar no “cuidado maternal” o primeiro exemplo deste fenómeno: nascemos e cuidaram de nós, mas o cuidado jamais nos pode abandonar pois, ao longo de toda a existência, seremos confrontados com a necessidade da abertura compassiva e de atenção ao outro. De facto, a mãe cuida por natureza do seu filho e, como refere Torralba i Roselló (2002a), “este cuidar é um velar contínuo, de dia e de noite e cuida-o para que possa Ser, para que possa existir e

---

<sup>8</sup> O tema “cuidado” será tratado mais à frente num capítulo próprio.

alcançar progressivamente quotas de autonomia no seu existir pessoal” (p.115), mas sem nunca o deixar completamente só ou abandonado a todos os perigos ou dificuldades.

De acordo com Collière (1999), este “velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de atos que tem por fim e por função, manter a vida dos seres vivos com o objetivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo” (p.29), encontrando, desta forma, duas orientações marcantes de toda a história dos cuidados de saúde: em primeiro lugar, a procura de assegurar a manutenção da vida e da espécie e, em segundo, a constante tentativa de fazer recuar, adiar ou utopicamente vencer a morte.

A primeira orientação transporta-nos para o domínio das necessidades básicas ou vitais e, por isso, tão elementares como a alimentação e hidratação como meio de manter o equilíbrio energético, as necessidades de proteção do corpo das agressões da natureza que levam aos cuidados com o vestuário ou à descoberta de abrigo ou habitação, bem como um conjunto de práticas de tratamentos às feridas e lesões resultantes dos infortúnios da caça ou das atividades do dia a dia. Daqui resulta um conjunto de práticas correntes que se foram perpetuando, gerando rituais e crenças que atravessaram gerações. Este conjunto de cuidados que girava em torno de tudo o que gera vida, o que é fecundo, muitas vezes identificado como práticas meramente femininas, terão ao longo da evolução resultado numa orientação marcante para o que viriam a ser considerados os “cuidados de enfermagem” (Collière, 1999). A segunda, orientada para fazer recuar a morte, era dotada de outra complexidade. De facto, perante a precariedade das condições de vida, a permanência e a inevitabilidade da morte adensa gradualmente o clima de medo e de mistério. A intangibilidade de um fenómeno tão presente e ao mesmo tempo tão “distante” como a morte abre a porta para a busca de orientações metafísicas e a conceções de bem e de mal onde, normalmente a doença e a morte representam a ideia do supremo mal. Desta forma, a interpretação dos fenómenos de saúde/doença fica também associada ao mágico e ao sagrado.

Estas duas orientações foram, sem dúvida, desenvolvendo-se em paralelo pois, conjuntamente com a preocupação do cuidar do próximo, principalmente em situação de doença, foi aumentando a preocupação com a compreensão dos fenómenos saúde/doença,

de modo que à medida que se iam incrementando novas concepções sobre as noções de saúde ou de doença, também a forma de cuidar ou tratar dos doentes se ia atualizando. Assim, desde as concepções mágico-religiosas que apontavam as doenças como resultantes dos maus espíritos ou das iras de Deus contra os pecados humanos, até aos modelos biomédicos dos dias de hoje, foi um longo caminho percorrido, fazendo, no entanto, sobressair a importância daquele que se dedica à cura/combate da doença, seja ele o mago, o xãma, o feiticeiro tribal ou o bruxo que usa a força dos espíritos e da magia, seja o sacerdote dotado do poder espiritual e da moral, seja o curandeiro com as suas práticas mais ou menos empíricas ou, sejam os médicos e os enfermeiros ou, de uma forma mais global, os profissionais de saúde da atualidade, dotados de um vasto leque de conhecimentos científicos.

Quando se fala da história dos cuidados de saúde, muitas vezes confundida com a história da medicina, a tendência geral é de iniciar o seu conto a partir de Hipócrates, por muitos considerado o Pai da medicina e, de facto, dificilmente encontramos figura mais marcante nos cuidados de saúde. Apesar de os seus escritos serem datados do séc. V ou IV a.C., ainda nos dias de hoje influenciam o modo de exercer a medicina e, por isso, também com facilidade, quando se fala de cuidados de saúde a tendência é de organizá-los em antes e depois de Hipócrates.

Como referimos atrás, os cuidados de saúde evoluem conjuntamente com o processo de hominização e aculturação do ser humano. A procura da proteção da vida e do adiamento da morte impulsionaram a busca de melhores cuidados com a saúde, sendo que a forma de prestar esses cuidados dependiam do grau de conhecimento e tipo de cultura existente ao longo das diferentes épocas. Assim, antes de Hipócrates poderemos dizer que existiam três formas distintas de cuidar. Um primeiro modo de cuidar, que foi permanecendo no tempo até aos dias de hoje, é o que resulta dos normalmente denominados cuidados espontâneos ou instintivos. A mais fácil representação desta forma de cuidar encontra-se, sem dúvida, nos gestos instintivos da mãe que fervorosamente abraça o seu filho e o projeta contra si para desta forma o melhor proteger do frio. Trata-se, aqui, de gestos simples, quase primitivos, resultantes das capacidades naturais de todo o ser humano e que ao longo dos

tempos sempre emergem no homem quando perante o perigo ou as agressões da natureza. A segunda forma de cuidados são os denominados de “cuidados empíricos”, que consistiam no uso repetido de práticas e terapêuticas pelo simples facto de terem apresentado alguns resultados benéficos em casos similares, mas sem a preocupação de saber o porquê dessa ação ou remédio apresentar essas qualidades particulares. Por fim, os cuidados “mágico-religiosos”, baseados essencialmente nas crenças de que quer a doença quer a cura resultam de ação sobrenatural ou divina (Entralgo, 2004).

Estas duas últimas formas de cuidar estiveram muito presentes durante o tempo das primeiras civilizações, de modo que os cuidados de saúde resultavam de uma combinação de empirismo e de magia. As práticas dos tratamentos, a aplicação de “remédios” eram influenciadas pela incorporação de crenças nos espíritos, de modo que as superstições se vinculavam fortemente à etiologia das doenças (Donahue, 1985). Assim, durante largos séculos e distintas civilizações surgem essencialmente duas figuras de médico: O “médico-sacerdote”, figura mediadora dos espíritos, referência espiritual e por vezes representante das próprias leis e da moral; e o “médico-artesão”, de formação puramente empírica e praticante de manobras curativas elementares nos níveis inferiores da sociedade (Entralgo, 2003).

É na Grécia antiga, e principalmente a partir de Alcmeón de Crotona e de Hipócrates, que se procura efetuar uma passagem do pensamento mítico para o pensamento racional: do «Mythos» ao «Logos». Para Hipócrates não chegava encontrar a justificação para a saúde ou para a doença na obra dos espíritos, demónios ou deuses. A compreensão dos fenómenos de saúde e doença teriam de resultar do conhecimento da «Physis», ou seja, na perceção das leis e dos ritmos normais da natureza, de modo que “o verdadeiro acto médico consistia em ajudar a natureza a proporcionar um remédio” (Donahue, 1985, p.72). Assim, frente ao empirismo, conhecimento derivado apenas da prática da repetição, este grupo de sábios procura, agora, uma prática médica que traga alguma precisão científica, capaz de responder a questões tão simples, como o que se faz e porque se faz qualquer prática médica. Podemos dizer que surge agora uma quarta forma de cuidar – cuidados científicos – a partir do que se pode denominar de primeiro esboço de “técnica médica”

(«*tekhne iatriké*»), que impõe a quem cuida da saúde do outro a posse de um conhecimento composto por três ordens de saberes: o que é a doença e o homem enquanto doente, o que é o remédio usado para curar e porque atua o remédio numas doenças e não em outras (Entralgo, 2003). Surge, aqui, um contexto de “*Tekhnē*” como um saber que representa um determinado poder fazer, mas onde o “técnico” faz o que faz sabendo o quê e o porquê da sua ação, podendo encarar-se essa ação como uma imitação “mimesis” do que por si mesmo faz a natureza ou a produção (poiésis) de algo que antes não existia na natureza. Neste sentido, e como refere Entralgo (2003), “a «*tekhne iatriké*» (técnica médica) é o hábito imitativo e produtivo de ajudar a natureza na sua tendência para a cura, hábito iluminado pela ciência” (p.53), agora fundado sobre uma *physiologia* que representa um primeiro conhecimento científico da natureza.

O método hipocrático baseava-se, então, essencialmente em quatro princípios: *i*) observar o doente no seu todo; *ii*) estudar o doente mais do que a doença; *iii*) fazer uma avaliação imparcial; *iv*) ajudar a natureza. A estes princípios devia acrescentar-se o espírito profissional e preocupação fundamental com a ética (Donahue, 1985).

Surgem aqui dois aspetos que nos parece importante realçar. Primeiro, este poder fazer da “*Tekhnē*” surge num sentido bem diferente daquele que lhe é atribuído muitas vezes na atualidade e que mais à frente desenvolveremos. Este poder fazer, apresenta-se com a particularidade de respeitar os limites da natureza. Como refere Gadamer (1997), “o seu saber e a sua capacidade subordinam-se completamente ao curso natural, a procurar restabelecê-lo onde se viu perturbado e a fazê-lo de tal forma que a sua ação desapareça dentro do equilíbrio natural da saúde...” (p.41).

De facto, há já em Hipócrates uma preocupação pelo respeito deste equilíbrio que apela a que o “médico” se preocupe com o conhecimento total da natureza e muito particularmente da totalidade da natureza humana, representando, no fundo, a ideia de um holismo muito próprio da cultura helénica, sendo este o segundo aspeto que queremos salientar – a preocupação em adotar uma visão holística do Homem. Vigorando na cultura grega uma conceção do Homem como ser dotado de uma existência dual – corpo e espírito – seria nesta realidade complexa que se deveria entender a doença e o seu tratamento. Assim,

desde os escritos hipocráticos que os cuidados de saúde vão alternando a ideia que o desvelamento do doente não afeta apenas o corpo mas também a alma, a sua vontade e o seu sentido moral, no fundo afeta a totalidade do Homem. Também nesse sentido se poderá afirmar que o Homem era o objetivo central dos cuidados de saúde, pelo que era fundamental o seu conhecimento biológico<sup>9</sup> (os órgãos e os sistemas) e o conhecimento do que era considerado o essencial humano – a alma – o conhecimento de toda a natureza e leis naturais que o envolvem.

Na sua obra “O Mistério da saúde”, Gadamer (1997) chama a atenção para um diálogo entre Platão e o seu mestre Sócrates reproduzido no “Fédro” surgido a propósito da possível semelhança do modo de proceder na medicina e na retórica:

Sócrates: No de que há, de certo modo, idêntica maneira de proceder na medicina e na retórica.

Fedro. Como assim?

Sócrates: Em ambas é conveniente distinguir uma natureza, a do corpo numa e a da alma na outra, se te propões, não apenas por rotina e experiência mas pela arte, dar a um saúde e força, ministrando-lhe remédios e alimento, e à outra transmitir-lhe convicção e virtude que se deseja, por meio de discursos e ocupações apropriadas.

Fedro: é pelo menos natural que seja assim, Sócrates.

Sócrates: E quanto á natureza da alma, julgas possível concebê-la de maneira satisfatória, sem o conhecimento da natureza do todo?

Fedro: Se devemos acreditar em Hipócrates, que pertence aos Asclepiades, nem mesmo o corpo é possível tratar sem esse método. (Platão, 2009, p.110)

Sócrates assinala a Platão que nada podemos saber sobre a alma humana, nem sequer acerca do corpo humano, sem ter em conta o todo, o “*holon*” da natureza, sendo que “*o holon*” representa aqui «o todo» mas também o saudável, o inteiro. No fundo, este diálogo elucidaria a convicção existente na cultura helénica de que o médico ou o prestador de cuidados de saúde só seria capaz de tratar da doença, da deficiência ou do sofrimento dos seus doentes se tivesse o conhecimento não apenas da natureza da alma, mas também da natureza do todo, da complexidade humana.

O médico era, por isso, uma espécie de sábio, enquanto conhecedor das leis da natureza e da alma humana: um filósofo, biólogo e mesmo sociólogo e com grandes preocupações

---

<sup>9</sup> Dentro das limitações do conhecimento da época.

humanistas. A sua procura pelo desenvolvimento das capacidades médicas, a busca do aperfeiçoamento da arte de cuidar, ou da técnica médica, mais do que de um amor à arte ou à técnica «*philotekhnie*», resultava de um “amor” à natureza humana, ou melhor de uma amizade natural por todo o homem «*philantropia*», como aliás se pode depreender das palavras do próprio Hipócrates: “onde existe amor ao homem, *philantropia*, existe o amor à arte de curar, *philotecnia*” (Hipócrates, 258). Não havia, assim, dúvida da priorização do Homem sobre a “profissão”, sobre a técnica e, nesse sentido, “antes que ajuda técnica, antes que atividade diagnóstica e terapêutica, a relação entre médico e doente é - ou deve ser – amizade, *philia*” (Entralgo, 2003, p.48).

Chega-se, aqui, a uma dos aspetos mais importantes dos cuidados de saúde e que é a relação doente/profissional de saúde, comumente designada como relação terapêutica e que, nesta época, onde a técnica é rudimentar e os conhecimentos científicos davam apenas os primeiros passos, adquiria superior importância. Não podemos esquecer que a capacidade do médico de fazer diagnósticos dependia muito dos seus conhecimentos, do seu sentido de observação e da sua capacidade de compreensão, pelo diálogo, da pessoa doente, pelo que a relação terapêutica adquiria um papel determinante, já que do bom desenvolvimento da confiança mútua dependeria, em muito, a transmissão de informações necessárias para um bom diagnóstico. Para os gregos, o fundamento desta relação terapêutica encontrava-se na ideia de amizade (*philia*), modo genérico de relação inter-humana aqui transformada em “amizade médica”.

O conceito de amizade (*philia*) adquire particular relevo na filosofia de Aristóteles que se refere a ele como “algo do que mais necessário há para a vida” (Aristóteles, 2006, p.180). Na visão deste filósofo, a amizade resulta de uma disposição natural que direciona o ser humano no sentido do outro, sendo, por isso, agente facilitador do desenvolvimento do convívio entre humanos e, principalmente, condição fundamental para a realização da natureza humana e para o alcançar da tão ambicionada felicidade (*eudaimonia*).

Mas, a amizade nem sempre se desenvolve da mesma forma ou pelos mesmos motivos, pelo que para Aristóteles encontram-se três tipos de amizade que se podem distinguir a partir das diversas disposições de carácter e das diferentes formas de afeição que daí

resultam. Os motivos pelos quais a amizade se desenvolve são, na sua ótica, o útil (utilidade), o prazer e a virtude, sendo que a cada motivação também corresponde uma diferente forma de amizade. As amizades desenvolvidas a partir da utilidade ou do prazer não assentam naquilo que cada um dos intervenientes é, não se baseiam no “ser” dos amigos ou no facto de outrem ser em si suscetível de amizade e amor, mas sim no bem ou no prazer que dela se recebe. Nestes casos, a amizade é puramente accidental e dela resultam laços que se quebram facilmente, pois deixando de haver utilidade cessa a amizade. A amizade perfeita é a que existe entre os homens que são bons e semelhantes na virtude. A que existe entre homens de bem, que são amigos dos outros por aquilo que eles são. Como refere Aristóteles, “na verdade querem para os seus amigos o bem que querem para eles” (Aristóteles, 2006, p.184) e, por isso, esta é uma amizade mais estável e firme.

Na opinião de Pedro Laín Entralgo, é neste último conceito de amizade que se encontra a essência da arte dos cuidados de saúde. Assim, de forma muito sintética poderíamos referir que a ideia de amizade em Aristóteles traduzida para a ideia de amizade terapêutica referiria o esforço do médico/profissional de saúde na procura do bem para o seu doente e, neste sentido, a amizade desenvolvida entre o médico e o seu doente representava uma relação de respeito, atenção e busca do bem, se quisermos de outra forma assente na beneficência. No entanto, neste conceito de amizade (*philia*) aristotélico podemos encontrar ainda outra particularidade que não pode deixar de merecer alguma atenção. Há algumas situações em que o desenvolvimento da amizade admite a superioridade de uma das partes, como por exemplo, na relação entre pais e filhos ou de alguém mais velho com alguém mais novo. Estas amizades nem sempre têm o mesmo grau de reciprocidade, no entanto, na sua essência continua a salientar a ideia de um amor desinteressado, em que um, devido à sua “condição superior”, essencialmente “dá” e o outro confia que dele recebe o melhor bem, sendo que desta forma encontramos certamente a base de qualquer amor paternal ou filial ou, de outra forma, a base de qualquer relação paternalista.

Encontramos, assim, a partir da *philia* aristotélica duas características que marcam a relação terapêutica, não só na medicina hipocrática, mas ao longo de muitos séculos: i) “Paternalismo”, que representa uma relação em que o doente confiará que o seu médico

com sabedoria, retidão moral e benevolência elegerá sempre o melhor tratamento possível, da mesma forma que um filho confia nas decisões de um pai; *ii*) “Beneficência”, aliás bem presente no juramento hipocrático:

Eu juro, por Apolo, médico, por Esculápio, Higéia e Panacéia, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue: estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar meus bens; ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito; fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes.

Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva.

Conservarei imaculada minha vida e minha arte.... (Hipócrates)

Neste texto fica bem expressa a obrigação do médico em fazer sempre o bem, respeitando dessa forma a integridade e dignidade pessoal do seu doente. Assim, na medicina helénica, a relação médico/doente fundava-se numa ideia clara de beneficência, onde a fundamental obrigação de médico era libertar o doente da doença, do sofrimento, propondo-se fazer o bem do doente.

## 1.2. Do humanismo helénico ao tecnicismo moderno

Na idade média, a difusão do cristianismo traz algumas mudanças na forma de exercer a relação terapêutica. Para além da ideia de “amizade” – “*philia*” como referência da relação de benevolência entre cuidador e o doente, surge agora a ideia da proximidade, onde “A condição de ser «próximo» de outro homem, consiste em procurar o seu bem apenas pelo facto de que ele é um homem, portanto, sem necessidade de o conhecer” (Entralgo, 2003, p.75). Assim, enquanto na ideia clássica de amizade o médico procura o bem do amigo por ser a pessoa que é, ação recíproca entre virtuosos, agora, o próximo atende o seu próximo, enquanto a pessoa deste se realiza como pessoa humana. A maior inspiração para este tipo de relação encontra-se na Parábola Bíblica do Bom Samaritano:

Certo homem descia de Jerusalém para Jericó e caiu nas mãos dos salteadores que, depois de o despojarem e encherem de pancadas, o abandonaram, deixando-o meio morto. ... Mas um samaritano, que ia de viagem, chegou ao pé dele e, vendo-o, encheu-se de compaixão. Aproximou-se, ligou-lhe as feridas, deitando nelas azeite e vinho, colocou-o sobre a sua própria montada, levou-o para uma estalagem e cuidou dele. No dia seguinte, tirando dois denários, deu-os ao estalajadeiro, dizendo: ‘Trata bem dele e, o que gastares a mais, pagar-to-ei quando voltar. (Lucas:10, 30-37)

A relação que se estabelece aqui baseia-se na assunção de um imperativo moral de resposta a todo e qualquer necessitado de ajuda, a qualquer desvalido encontrado no caminho, ou próximo... No fundo, falamos de uma livre e ativa abertura da pessoa à realidade das necessidades das outras pessoas, independentemente de serem amigos ou simples próximos. Perante aquele que nos surge no caminho, perante qualquer apelo, impõe-se uma resposta seja ela tratar as feridas, aliviar as dores, dar alojamento ou assumir os seus encargos... A *philia* dá assim lugar a um novo conceito de “*Ágape*” ou “*Caritas*”, que representa uma responsabilidade incondicional pelo outro e pela promoção do bem a todos os que dele necessitam – ideia mais exata do amor cristão. No fundo, “não estamos já perante o amor da *physis* ou da «natureza» universal como individualizada na pessoa doente, mas sim diante um ele ou ela, pessoa única” (Entralgo, 2004, p.2134) que se apresenta como um vizinho, ou melhor, um próximo.

Esta cristianização dos cuidados de saúde acrescenta-lhe novas atitudes e novas práticas inexistentes até então. Contrariamente à ideia helénica de que perante os limites da natureza (doenças incuráveis) se deviam reduzir as medidas terapêuticas, ou a ação dos cuidadores, aqui não há limites para a assistência, pois onde cessa o papel da assistência técnica aumenta a necessidade de ação espiritual e, neste sentido, as preces e atos sacramentais como a extrema-unção passam a incorporar os cuidados a prestar aos doentes. Por outro lado, e de acordo com o novo conceito de proximidade, o “próximo” não tem estatuto social, é aquele que necessita de cuidados e que deve suscitar no prestador de cuidados uma resposta caritativa, estabelecendo, desta forma, a natureza igualitária do tratamento bem como o carácter gratuito da assistência, facto que a difere da prática grega onde o médico comumente obtinha como contrapartidas para a sua ação várias gratificações ou, pelo menos, aumento do prestígio social.

Apesar das diferenças existentes de acordo com os vários tipos de “amizade”, a relação terapêutica vai mantendo em grande parte as suas características de uma forma constante durante largos séculos. Assenta essencialmente na ideia de uma pessoa/doente que necessita de cuidados e num médico/cuidador possuidor de grande virtude, é uma relação interpessoal direta, natural ou se quisermos bipolar, que se desenvolve sem qualquer intromissão instrumental e na qual se dá um confronto entre dois mundos, duas personalidades. Sendo certo que esta relação só se pode realizar tendo por base o respeito pela liberdade dos dialogantes, é também claro que neste encontro um dos intervenientes se apresenta em posição de desvantagem quer física (doença) quer cultural (conhecimento sobre a doença), de modo que a sua ação resulta principalmente de um sentimento de confiança num cuidador que, para além de competência, dota o seu desempenho de atributos como benevolência, beneficência e confiança. É neste sentido que o doente estaria disposto a relatar tudo sobre as suas maleitas, todos os seus males, a responder a tudo com verdade, porque confia que no seu interlocutor encontrará não só a sabedoria para diagnosticar e tratar, mas também, e acima de tudo, uma acentuada vertente ética e afetiva que lhe garante respeito, empatia e compaixão.

Estávamos, assim, perante uma relação terapêutica dominada por preocupações humanistas assentes na defesa do respeito e do serviço à pessoa doente, por quem se deve fazer todo o bem que possa ser feito. No entanto, o facto de esta “amizade” estar dependente do conceito de médico que quer sempre o melhor para o seu doente e de que é ele quem sabe o que significa esse “melhor”, conduziu a uma sacralização da figura de médico, levando frequentemente a uma minimização do papel do doente, chegando-se por vezes a infantilizá-lo, representando-o como um indivíduo incapaz de saber o que é melhor para si ou não dotado de autonomia. Aristóteles referia com alguma frequência que a doença faz do doente um sujeito incapaz de prudência (*phronésis*), sinal do domínio de uma cultura em que, como refere Gracia (2008), “o doente (enfermo) é um *in-firmus*, um sujeito com falta de firmeza, não só física ou biológica, mas também moral com quem o médico deve atuar como se fosse uma criança pequena, portanto realizando as funções de pai” (p.64), daí a conceção clássica de que um bom doente “é um doente submisso, confiante e respeitador...” (Lazaro & Gracia, 2003, p.11). Desta forma, chega-se a um paternalismo

caracterizado por uma relação vertical e assimétrica, traduzido por um exercício médico baseado em três atitudes principais: *i)* uma atitude paternal, que impede que o doente decida sobre a sua doença; *ii)* uma atitude maternal, que procura tornar a doença o mais agradável possível para o doente; *iii)* uma atitude sacerdotal, em que atua como mediador da divindade na procura do poder sobre a vida e a morte (Gracia, 2008).

### 1.2.1. Influência da modernidade

A época moderna, que vê comumente reconhecido o seu início com o surgimento da corrente renascentista ou a partir de meio do séc. XV, marca uma profunda alteração no pensamento humano, nomeadamente no que diz respeito à forma como são abordadas as questões mundanas e sociais, ao surgir de novas concepções de ciência, à racionalização da vida e essencialmente à consciencialização da ideia de progresso. No entanto, as raízes deste paradigma poderão encontrar-se na passagem entre o séc. XIII e o séc. XIV, época em que o voluntarismo e o nominalismo do pensamento Franciscano começaram a influenciar o pensamento europeu. William de Occam, por exemplo, apontava a liberdade humana, bem como a sua habilidade criativa como resultantes de uma similaridade entre Deus e a própria pessoa, facto que eliminava a necessidade de limites “naturais” ao conhecimento científico e técnico, começando, dessa forma, a criar-se a ideia do “progresso infinito”.

É claro que um paradigma como o de uma sociedade moderna não se impõe de imediato e só a partir do séc. XVI é que o chamado “surto científico” ganha de facto novo alento, essencialmente impulsionado pelos estudos “revolucionários” de Keppler, Copérnico e Galileu.

Não é, por isso, de estranhar que os cuidados de saúde tenham sofrido significativa influência e que várias alterações fossem surgindo no seu exercício e que afetam não só o modo de tratar ou cuidar dos doentes, mas também o modo de estabelecer a relação terapêutica.

Sendo certo que até ao séc. XVIII a sociedade mantém uma forte conotação cristã, a supremacia da razão humana sobre os argumentos teológicos começa a evidenciar-se e, nesse sentido, praticantes como Paracelsius não deixam de lembrar que Deus estabeleceu uma ordem para o Mundo aquando da sua criação e isto é algo que a inquisitiva e inventiva mente do médico deve reconhecer. Consequentemente, os médicos já não se viam como ‘servos da natureza devido às suas capacidades’ como na Grécia Antiga ou durante a Idade Média em que a interpretação cristã os definia como ‘colaboradores de Deus (Entralgo, 1995).

No fundo, salienta-se a crescente convicção de que a religião deve estar confinada ao tratamento da vida do espírito e a medicina deve debruçar-se sobre a vida do corpo, embora os cientistas e os médicos se esforcem em encontrar pontos de comunicação entre estes dois mundos (Entralgo, 1995). Quanto à “relação terapêutica”, esta continua em grande parte a ser vivida a partir da ideia do amor pelo próximo. Assim, o “amor à arte” “tem o seu objetivo imediato na perfeição da natureza que a arte pode conseguir, a cura do doente, quando essa arte é a do médico” (Entralgo, 2003, p.99).

A partir do séc. XVIII, a sociedade deixou de se chamar a si própria de cristã e secularizou-se. Este fenómeno resulta essencialmente do facto de o Homem ter decidido que a orientação da sua vida deve partir, exclusivamente, das possibilidades e dos seus recursos naturais – a sua razão, a sua imaginação, a sua própria vontade e, neste sentido, também as atitudes do exercício dos cuidados de saúde se foram secularizando levando à criação de uma “filantropia moderna” que, na opinião de Laín Entralgo, se viria a manifestar de dois modos distintos de exercício. Para um primeiro grupo de médicos e de cuidadores mantém-se uma firme convicção por um respeito integral a uma noção de Homem, enquanto existência Pessoal dotada de intimidade e liberdade, características resultantes da sua realidade enquanto composto unitário da “natureza cósmica” e “espírito”. Assim, a filantropia continuava a representar uma amizade verdadeira, um compromisso pela procura do bem do amigo e pelo respeito à sua intimidade. Esta amizade secularizada seria, no fundo, “um hábito de vida humana em que se integram a amabilidade, a procura do bem do amigo, a confiança e o respeito” (Entralgo, 2003, p.113). No entanto, paralelamente a

esta corrente vai-se desenvolvendo uma crença crescente de que o Homem deve ser visto exclusivamente enquanto natureza cósmica... é uma visão apenas naturalista do Homem, mas que levada ao extremo o pode desprover da noção de Pessoa e, nesse sentido, a amizade médica converte-se apenas em camaradagem, simples associação de parceiros, unidos por um único objetivo que é a cura de determinada patologia. Este comportamento incita, mesmo que inconscientemente, o cuidador a uma sobrevalorização da doença sobre o próprio doente. A excessiva focalização sobre o conhecimento científico da natureza e sobre o domínio dos fenómenos por si produzidos, que no mundo da saúde se traduz pela obsessão por um diagnóstico objetivo e rigoroso, pode reduzir a pessoa doente a um simples “objeto de conhecimento racional” (Entralgo, 2003, p.117). Desta secundarização do doente resulta também uma subalternização da “philantropia” a uma “philoteckhnia moderna”, onde o amor à arte “indubitavelmente” passa a ser um amor ao saber técnico capaz de governar e modelar criadoramente a natureza e sempre aberto ao ‘provável melhor’ do futuro, tanto no que diz respeito ao diagnóstico como no que concerne ao tratamento” (Entralgo, 2003, p.119).

Esta nova “philoteckhnia moderna” é talvez o melhor exemplo da utopia técnica de Bacon e do seu desejo de que o médico deixasse de ser um simples servidor da natureza para se tornar num “Tutor, educador e escultor da natureza” (Entralgo, 2003, p.117), pois este pensador defendia que a generalização do pensamento científico deveria levar a um intervencionismo crescente na natureza, ao ponto de lhe poder corrigir os defeitos e de tornar, inclusive, o Homem num Ser melhorado (Andorno, 1998).

Este objetivo encontra eco em René Descartes, aliando-o, de forma clara, à prática da medicina. No seu livro “Discurso do método”, Descartes (1977) afirma mesmo que “se for possível encontrar algum meio que comumente torne os homens mais sábios e mais hábeis do que foram até aqui, creio ser na medicina que deve procurar-se” (p.83), prevendo de certa forma os imparáveis avanços da ação tecnocientífica nos cuidados de saúde. Assim, para este filósofo, os cuidados de saúde seriam uma área onde o seu método traria claramente vantagens. Neste sentido, os apelos à sobrevalorização da evidência científica, à divisão do todo em quantas partes quantas seja possível examinar e ao pensamento

metódico acabam por influenciar de forma decisiva a ação dos profissionais de saúde até aos dias de hoje, não se podendo, de todo, esquecer a visão “dualista” do Homem enquanto corpo e mente, que levou a medicina a concentrar-se exageradamente no corpo e a desvalorizar os aspetos psicológicos, sociais, ambientais e espirituais do processo saúde doença. É a chamada visão mecanicista do homem e que no fundo constitui a base do chamado “modelo biomédico”.

Cria-se, então, uma nova forma de olhar para o homem e a sua doença, a qual passa agora a ser vista apenas como resultante de alterações sofridas nos processos biológicos e químicos que atuam no organismo, e cujas causas é fundamental investigar. Daí o aumento da preocupação em encontrar diagnósticos corretos e mais objetivos que leva indiretamente à tentativa de compreensão da doença de uma forma mais individualizada, mais mecanizada, através do emprego de medidas numéricas resultantes dos exames médicos. O diagnóstico passa a ser quase exclusivamente derivado dos sinais e sintomas, de forma a que a doença seja descodificada essencialmente com base na existência de lesões anatómicas ou como patologias meramente biológicas que, inclusive, possam ser comprovadas a partir de autópsias. Desta forma, com a rápida penetração da ciência na medicina vai-se criando um clima que tornará possível a conversão do “ofício de curar” na “arte de curar” e, portanto, numa assistência de saúde cada vez mais científica e mais instrumental. Estas alterações, na opinião de Caprara (1982), trouxeram para a evidência a índole mecânica dos fenómenos dos seres vivos, podendo considerar-se que a noção de um universo orgânico e espiritual, com o qual o homem desenvolvia relações harmoniosas, é substituída pela de um mundo que passa a ser tido como uma máquina, convertida na metáfora dominante da era moderna (Almeida, Rodrigues & Escola, 2010). Não é por isso de estranhar que um dos primeiros aspetos visíveis na alteração da relação terapêutica tenha sido o aumento do seu carácter instrumental. Esta evolução instrumental foi de tal modo avassaladora ao longo dos últimos séculos, que dos pequenos instrumentos como o simples relógio ou termómetro, já atrás referidos, até aos aparelhos altamente sofisticados de tomografia axial computadorizada (TAC), endoscopias, cirurgias computadorizadas, foi um salto que transformou a tecnicização instrumental dos cuidados de saúde no seu aspeto mais visível deste início de século (Entralgo, 1983). É evidente que este curso empolgante

do conhecimento tecnológico e do progresso do poder médico gerou “um conhecimento clínico, nunca antes existente, das formas, manifestações e decurso das doenças e acerca das conceções verificáveis – anatómicas e fisiológicas – do acontecimento patológico” (Jaspers, 1986, p.39), no entanto, como refere Jonas (1995), “em virtude do seu carácter e a magnitude do seu efeito bola de neve, a capacidade tecnológica empurra-nos até metas outrora reservadas às utopias...” (p.55) e este é um risco bem real na atualidade: a criação de uma visão utópica da técnica ao serviço da saúde, quer por parte do doente, que pensa tudo ter solução, quer por parte dos técnicos de saúde, que chegam a considerar-se onnipotentes. No que concerne à doença, à medicina e aos cuidados de saúde, os profissionais da era da técnica vão desenvolvendo com alguma firmeza convicções como a da não existência de doenças mortais ou incuráveis; de que todas as doenças que hoje parecem incuráveis serão tratáveis pela medicina do amanhã; que todas as doenças podem ser evitadas ou ainda a convicção de que o progresso técnico permitirá uma penetração muito próxima nos segredos de todas as alterações patológicas (Entralgo, 2003). O resultado destas utopias é, quase sempre, um efeito “cegador” no ser humano, permitindo que esta cientificidade tecnológica passe de um simples meio (função que lhe é destinada) a fim ou vocação última da humanidade e, paralelamente, dos cuidados de saúde. Talvez por isso, Jaspers (1986) não deixe de relembrar que simultaneamente com o progresso se vai falando com muita insistência, nos últimos tempos, da crise da medicina ou dos cuidados de saúde, facto que, na nossa opinião, muito estará relacionada com o modo como as alterações provocadas na prestação dos cuidados de saúde, principalmente as vividas no modo de exercício da relação terapêutica que de uma forma gradual foi perdendo parte do seu carácter humano dando lugar à muito proferida desumanização dos cuidados de saúde.

### **1.3. Da tecnicização à desumanização**

“Ele encontrou o ponto arquimediano mas empregou-o contra si mesmo; ao que parece, esta era a condição para que ele o encontrasse” (Kafka, cit. por Arendt, 2001, p.311).

Após uma natural fase de “enamoração” entre a ciência/tecnologia e os cuidados de saúde, em que ambos se estudaram mutuamente, hoje vive-se, sem dúvida, uma relação desequilibrada, onde um dos lados é francamente dominado. Em qualquer relação (que envolva duas partes), quando isto ocorre, ou a parte dominada é completamente absorvida pela outra e deixa de ter qualquer significado na relação, ou, então, geram-se desequilíbrios e conflitos.

Como vimos, o conhecimento tecnológico entrou no mundo dos cuidados de saúde e impôs-se de forma categórica ou como referem vários autores, a “colonização tecnológica” é de facto muito intensa. Falar de “colonização tecnológica” do mundo da saúde pode parecer uma expressão demasiado forte, no entanto, não podemos desprezar as características de que se foi dotando o desenvolvimento tecnológico. Torralba i Roselló (2002a) fala do desenvolvimento de uma nova tecnologia autoritária que, apoiada numa implacável coerção técnica, se torna tremendamente dinâmica e produtiva ao mesmo tempo que vê o seu poder aumentar indefinidamente. Neste sentido, na atualidade, os avanços tecnológicos representam muito para os profissionais de saúde e tudo leva a crer que a sua importância crescerá ainda mais no futuro. Os instrumentos e os recursos biotecnológicos modernos, enquanto recursos técnicos para a ampliação das possibilidades cognoscitivas e operativas dos técnicos de saúde, cumprem a função de aumentar a confiança do doente na medicina e, por conseguinte, nas pessoas que os usam para o seu tratamento (Entralgo, 1983). No entanto, eles não podem representar tudo nos cuidados de saúde, sob o risco de se cair numa prática meramente científica que seria, na verdade, pretensiosa e reducionista. Os cuidados de saúde devem ser capazes de se manter assentes em dois pilares, “por um lado, no conhecimento científico-natural e no poder técnico; por outro no *ethos* da humanidade” (Jaspers, 1986, p.7), que impede o profissional de saúde de se esquecer da dignidade ou do valor insubstituível de cada ser individual. Quando se atribui importância exagerada aos recursos técnicos, a instrumentalização, como refere Entralgo (1983), “pode-se transformar num muro de separação entre clínico e doente” (p.348) e, neste sentido, o “aparato” tecnológico converte-se em causa de incomunicação. Talvez, por isso, nos tempos que correm, se tenha passado de cuidados de saúde menos científicos e mais humanos, para uns cuidados de saúde mais científicos, mas cada vez

menos humanos, assistindo-se a uma desagregação gradual da relação profissional de saúde-doente, imperando cada vez mais a ação tecnológica. Mas, este novo paradigma de cuidados de saúde acaba por causar alguma frustração ou incompreensão a uma maioria de doentes que reage como se cada vez fosse mais difícil encontrar, para o homem individual, o médico certo, criando por vezes a sensação de que à medida que o poder da ciência aumenta os bons profissionais de saúde se tornam mais raros ou mais difíceis de encontrar (Jaspers, 1986), levando-os a pensar que, talvez, o preço a pagar por tão grande desenvolvimento científico seja a desumanização dos cuidados de saúde.

Esta desumanização, na opinião de Vail, é marcada pela perda de atributos humanos, pela despersonalização dos profissionais de saúde que, muitas vezes, denotam particular insensibilidade e indiferença perante as necessidades emocionais dos doentes (Gafo, 1996).

Não sendo fácil apontar todas as razões que terão contribuído, direta ou indiretamente, para este facto, poderemos, no entanto, salientar algumas que nos parecem ser evidentes: Uma primeira causa, já prevista por Hans Jonas, será a “especialização” do saber em saúde. O enorme aumento da matéria de conhecimento, das suas divisões e subdivisões, a existência de métodos, cada vez mais específicos e mais subtis, provocam uma fragmentação extrema do saber total, disponível entre os técnicos de saúde (Jonas, 1995). Como refere Gadamer (1997), “a especialização da investigação superou, há muito, a orientação geral que possibilitou o saber enciclopédico do séc. XVIII” (p.17). Daí que, muitas vezes, o profissional de saúde especializado caia num estado de desorientação semelhante ao de um leigo quando se deparara com situações que vão para além do seu estreito domínio de área de conhecimento, revelando, no fundo, que o profissional de saúde da atualidade possui, cada vez mais, conhecimentos da “parte” ou “segmento” que lhe compete, mas cada vez menos da totalidade do Homem.

Desta realidade resulta a tendência, por parte do profissional, a reduzir a pessoa doente à sua patologia, ou mesmo, ao “segmento” que ele trata, denotando uma evidente inversão de ordem e a destruição do holismo necessário para um bom desempenho. O profissional de saúde, mesmo que, muitas vezes, dotado de vontade de ajudar o doente, vê-se impellido para a necessidade de objetivá-lo, ou seja, em procurar apenas conseguir um diagnóstico

objetivo e rigoroso mesmo que para tal reduza o doente a um simples objeto de conhecimento racional (Entralgo, 2003). No nosso entender, sempre que uma pessoa é “reduzida” na sua integridade dá-se “a transformação do paciente num objecto, a sua *coisificação*” (Gafo, 1996, p.26), sendo este facto um claro desrespeito pela mais importante característica do ser humano - a sua dignidade.

Não resistimos a transpor para este texto um enxerto da obra de Tolstoi “A morte de Ivan Ilitch”, que narra o encontro desta personagem com um brilhante médico da altura<sup>10</sup>:

Para Ivan Ilitch só uma questão era importante: a sua situação era perigosa ou não? O médico ignorou essa pergunta inadequada. ...Não estava em questão a vida de Ivan Ilitch, mas uma discussão entre rim solto e apêndice. E essa discussão resolveu-a o médico de um modo brilhante aos olhos de Ivan Ilitch em favor da apêndice .... O médico fez o seu resumo do mesmo modo brilhante e olhando com ar solene, e mesmo alegre, por cima dos óculos para o arguido. Pelo resumo do médico Ivan Ilitch concluiu que estava muito mal, mas que para o médico, e talvez para todos, isso era indiferente. (Tolstoi, 2008, pp. 49-50)

Apesar de recorrermos a um exemplo baseado numa obra do final do séc. XIX, não nos faltarão, certamente, exemplos da atualidade em que o doente é visto simplesmente como objeto e não como sujeito de cuidados. Na atualidade, existe também uma tendência muito presente em identificar o doente com a sua patologia, o seu “caso clínico”. É comum escutarem-se diálogos entre cirurgiões, por exemplo, em que dominam expressões como “hoje tenho duas vesículas...”, “...um estômago...” ou “vou tratar de um fêmur...”, “... a colecistite é para ter alta...”, entre outras. Inúmeras expressões que, embora muitas vezes proferidas de forma inconsciente, não deixam de revelar algo do modo de pensar e de agir de alguns profissionais. É certo que o profissional de saúde está formatado para agir de acordo com o “caso clínico” com que se depara, mas a inclinação da ciência moderna para transformar tudo em leis gerais também leva a que na saúde se procure olhar para todos os casos clínicos de igual forma. Só que, como refere Gadamer (1997), “o paciente, aquele que sofre, vê o seu ‘caso’ de um ângulo muito diferente” (p.96). O seu caso é como uma exceção que o afasta das suas relações, pensamentos e rotinas diárias e que, por isso, é diferente de qualquer outro caso vivido por outra pessoa, pois é precisamente quando a

<sup>10</sup> Encontra-se uma análise interessante das alterações da relação médico doente a partir da obra de Tolstoi no seguinte artigo: Cruz, J. (2010). A morte de Ivan Ilitch. Uma leitura bioética. *Revista Portuguesa de Bioética*, 10, 79-92.

harmonia do bem-estar individual e a entrega de si-mesmo ao mundo é perturbada que ocorre a doença e esta perturbação ocorre de modo diferenciado em cada sujeito (Gadamer, 1997).

Outro problema, que pode resultar da especialização da saúde, é a necessidade de alargamento do número de profissionais envolvidos no processo de tratamento de um doente, sendo este, também, um fator dificultativo do estabelecimento de uma relação de confiança. Ernst Schweninger, médico alemão, afirmava em finais do séc. XIX que “quando vejo um doente, ele e eu estamos como que numa ilha deserta” (Entralgo, 2003, p.185). Na atualidade, nenhum doente se relaciona com apenas o seu médico, mas com uma diversificada equipa de saúde muito pouco parecida com uma ilha deserta.

Há estudos que revelam que, num hospital<sup>11</sup>, o doente contacta diariamente com mais de 25 profissionais diferentes, o que vem alterar toda a lógica relacional que vigorou durante muito tempo: uma relação simples e direta entre doente e profissional. Portanto, uma relação bipolar dá, agora, lugar a uma relação poligonal entre doente e variadíssimos técnicos de saúde<sup>12</sup>. Curiosamente, os profissionais “dialogam” mais entre si, sobre o estado do doente do que com o próprio interessado que, geralmente, é aquele que menos sabe da sua saúde, vendo-se abandonado na luta com as suas dúvidas, angústias e receios. Deste modo, a relação entre o profissional de saúde e o doente “fica comprometida na ‘grande empresa’”. A intratabilidade das organizações de assistência médica-social e a imensa mole de clínicas ameaçam a relação do médico individual com o doente individual” (Jaspers, 1986, p.9).

Por outro lado, este aumentar do número de profissionais e de especialidades transforma as instituições de saúde em organizações extremamente pesadas e difíceis de gerir, sendo esta, para nós, outra das razões evidentes da desumanização dos cuidados de saúde.

---

<sup>11</sup> Quando falamos de hospital temos sempre em consideração os hospitais distritais ou centrais que atualmente deram lugar aos grandes centros hospitalares, já que é nas instituições maiores que habitualmente se agravam os problemas da desumanização.

<sup>12</sup> Esta temática sobre as relações poligonais é frequente abordada por Walter Osswald em diversas apresentações públicas.

Atualmente, poucas empresas existirão em Portugal que possuam tão elevado número de funcionários e tão grande procura de serviços como um hospital. Assim, estas instituições vêem-se confrontadas com a necessidade não só de dar uma resposta cada vez mais eficiente a quem a procura, como também em obter melhor rendimento possível de todos os seus recursos humanos. Nada nos pareceria incorreto, nesta filosofia, se a saúde não se tratasse de um “mundo” cheio de particularidades. Efetivamente, o objetivo central das instituições de saúde terá de ser sempre a qualidade dos cuidados prestados aos diferentes doentes que as procuram, o que os deveria transformar, em prioridade absoluta, no centro de toda a organização. Poderá parecer uma frase corrente mas, na verdade, os hospitais e outras instituições de saúde existem para os doentes, para “servir” os doentes, por conseguinte, eles são o ponto mais importante no sistema.

É aqui que, no nosso entender, as dificuldades aumentam. Na realidade, as estruturas de saúde, na busca de uma melhor organização, burocratizaram-se, rotinizaram-se e o desenvolvimento das suas atividades, na maioria das vezes, desenrola-se à medida dos profissionais e não dos doentes e, como não podia deixar de ser, o peso da burocracia nas instituições de saúde representa também, na maioria das vezes, uma vassalagem às exigências económicas. Assim, quando atrás falávamos da “colonização tecnológica”, esta expressão já não pode significar apenas a invasão dos cuidados de saúde por aparelhos ou máquinas de inúmeras funções, mas também referir-se à introdução de “novos” valores que influenciam de forma decisiva as atitudes e os procedimentos dos cuidadores. Referimo-nos, também, a uma colonização “axiológica” que introduz valores como a rapidez, a eficácia, a eficiência e a rentabilidade, normalmente mais usados ao nível da produção industrial, mas que agora vêm afetar a praxis do cuidar (Torralba i Roselló, 2002a). Desta influência resulta uma nova linguagem no “mundo” dos cuidados de saúde, que engloba termos como tempo por consulta, número de consultas por turno, número de doentes por profissional, tempos padrão atribuídos a diversas atividades terapêuticas, que parece traduzir a ideia de cuidadores estritamente limitados e controlados em benefício de organizações coletivas e despersonalizadas. Assim, se por acaso estivermos internados durante um ou dois dias, facilmente verificamos que todo o tipo de rotinas estabelecidas no serviço, servem inúmeros interesses, menos as “particularidades” de cada doente. Por

exemplo: *i)* Em quantos serviços, a hora de acordar dos doentes coincide, sempre, com a hora em que os profissionais (nomeadamente de enfermagem) têm de iniciar as atividades que estão programadas (para o fim do chamado turno da noite), sem ter em consideração os hábitos de sono de cada doente?; *ii)* Quantas vezes os horários das refeições são organizados de acordo com o horário de saída dos funcionários?; *iii)* Em quantas instituições, os horários de visitas é ainda decidido, apenas, a pensar no período em que menos “incomodam” os profissionais? Será que estas, entre outras atividades, podem contribuir para que o doente se sinta importante no meio da organização?

Por fim, referimos uma última<sup>13</sup> razão que nos parece ter franca contribuição na desumanização dos cuidados de saúde. Regressamos ao início deste capítulo, nomeadamente à reflexão acerca do desequilíbrio na relação existente entre humanismo/tecnologia. Deste desequilíbrio do domínio tecnológico resulta o fenómeno, a que resolvemos chamar, “automação da prestação dos cuidados”.

No seu livro “A condição humana”, Hannah Arendt refere, a propósito das várias alterações sociais que afetaram o homem ao longo dos tempos, que surgiria, de forma decisiva e ameaçadora, “o advento da automação...” (Arendt, 2001, p.15). Sendo certo que, a autora, se referia à possibilidade de substituição do Homem, nas suas funções laborais, por autómatos, parece-nos que as manifestações da automação surgiram antes dessa realidade... Surgiram quando o próprio Homem, o profissional, não só passou a comportar-se em função das máquinas ou aparelhos, que devia dominar, como passou, mesmo, a agir, muitas vezes, de forma mecanizada, como autómato, fazendo o mínimo de uso dos seus recursos racionais, representando, dessa forma, “...o silencioso avanço do domínio técnico e do automatismo racional, que substituem a decisão pessoal do indivíduo e do grupo” (Gadamer, 1997, pp.17-18). De facto, com o desenvolvimento desta “mega técnica” criou-se uma estrutura uniforme e absorvente que parece destinar-se à operação automática e, nesse sentido, o Homem em vez de funcionar como um ser utilizador de ferramentas, converte-se num ser passivo e servidor das máquinas e tecnologia que criou (Torralba i Roselló, 2002a). Por outras palavras, por vezes sentimos que o profissional se

---

<sup>13</sup> Ao referirmos esta última razão não queremos, com isso, dizer que não existam mais. Só que o exaustivo diagnóstico das causas de desumanização do sistema de saúde ultrapassa em muito o âmbito deste trabalho.

deixa dominar ou absorver pela ciência/tecnologia, dando razão à conclusão de Marcuse quando referia: “o conceito de razão técnica é talvez em si mesmo ideologia. Não só a sua aplicação, mas já a própria técnica é dominação metódica, científica, calculadora e calculante (sobre a natureza e sobre o homem) ...” (Habermas, 1993, p.46).

Estas afirmações poderão parecer algo radicais ou extremistas, mas não resistimos a baseá-las, mais uma vez, na observação, na experiência que tivemos oportunidade de viver, enquanto profissional e enquanto utente. Quantos exemplos não teremos de doentes que, ao dirigir-se a um serviço de radiologia, não obtêm mais do que três, simples, expressões: inspire; não respire; pode respirar. Não será este um claro exemplo de automação dos profissionais? Quantos profissionais, alertados pelo soar de um alarme, de um qualquer aparelho, não se deslocam junto doente, observam a máquina, vêem o erro e regressam ao local inicial, sem uma palavra dirigir ao doente e, muitas vezes, sem lhes dirigir, sequer, o olhar...?

Por fim, queríamos evidenciar apenas mais um e que representa um continuado exemplo de ofensa à dignidade da pessoa doente, que frequentemente fomos observando, que resulta da inabilidade de muitos profissionais de saúde, em lidar com o doente em fase terminal. Quando a patologia (a que se viu reduzido) vence, e “nada mais” pode ser feito do ponto de vista clínico, muitas vezes os profissionais agem como se terminasse o seu campo de ação, fazendo com que o doente seja votado ao abandono, ao isolamento de um quarto frio, privado do calor humano que lhe é devido, quer pelos profissionais, quer, vulgarmente, pelos próprios familiares!... Por vezes, parece-nos que se está a querer esconder a derrota dos profissionais, da técnica e da ciência, no fundo, a derrota da utopia, erradamente criada, mas está certamente a evidenciar-se a progressiva desumanização e a apagar o calor da relação humana. Este parece-nos ser o exemplo mais paradigmático de como a colonização tecnológica levou a que o exercício do cuidar passasse a ser desenvolvido naquilo a que Marc Augé (1998) designa por “não lugares”, ou seja, em espaços por vezes frios, anónimos e impessoais.

Muitos outros exemplos poderíamos dar! Infelizmente, muitos profissionais de saúde, confiantes nos seus amplos conhecimentos técnicos e científicos, esqueceram-se das suas

características mais distintas de ser humano – a solidariedade, o respeito, a empatia, a afetividade... São estas características que, no nosso entender, estão hoje deficitárias no mundo da saúde e que têm de ser recuperadas, pois como refere o Padre Feytor Pinto (1990), “a cultura da solidariedade, da tolerância, do diálogo, facilita a humanização em tempo de doença” (p.14). Assim, pensamos que, desta forma, fica claro que com a ajuda dos artefactos resultantes do desenvolvimento tecnológico, os profissionais de saúde poderão desenvolver eficazmente a sua tarefa de cuidar e, por suposto, de curar, mas o cuidar, em si mesmo, e como desenvolveremos no capítulo seguinte, não pode reduzir-se a um processo meramente técnico, pois requer a relação pessoal, a compreensão, o encontro, o diálogo, ou seja, a compaixão.

## **2. O CUIDAR COMO CAMINHO DE HUMANIZAÇÃO**

Como já referido, o passado séc. XX foi fortemente marcado pela utopia do progresso. O progresso científico prometia acabar com grande parte das doenças, com o sofrimento e até mesmo com a morte. Não admira, por isso, que grande parte da comunidade humana se tenha lançado numa espécie de nova utopia, capaz de alcançar todos os objetivos (felicidade, fim do sofrimento, realização...), assente na revolução tecnológica e económica.

Todavia, neste início de século, os resultados estão muito aquém do esperado, gerando-se muitas desilusões, contradições e desorientações. Como refere Domingues (2003), “a nova utopia tornou-se uma apatia, sem transcendência, pouca solidariedade, fuga à dor, muito enjoada e adiada, tentando fugir à responsabilidade ética e social” (p.84).

Os efeitos desta utopia de progresso fizeram-se sentir de forma bem visível ao nível dos cuidados de saúde, onde, por muito que se tenha tentado, não foi possível afastar ou vencer todo o sofrimento humano causado pela doença, e ainda se conseguiu ocultar as características mais humanas que, em nosso entender, poderiam ajudar imenso à obtenção desse objetivo. Por outras palavras, endeusou-se o desenvolvimento científico, as novas tecnologias e o domínio das máquinas, mas esqueceu-se que, na realidade, é muitas vezes a

experiência do sofrimento físico ou psicológico da doença que nos liga ao outro, que faz ressurgir, em nós, as mais admiráveis qualidades humanas, as nossas qualidades mais distintas: o altruísmo, a solidariedade, a empatia, a preocupação com o outro. Em nosso entender, são estas as características que nos tornam homens melhores, são também estas as características que podem tornar os cuidados de saúde mais humanos e, nesse sentido, melhores – cuidados de saúde de qualidade.

É, assim, necessário que o sistema de saúde seja capaz de se restabelecer, de corrigir muitos dos desequilíbrios que sofreu, e que se volte definitivamente para aquilo que é, de facto, a sua prioridade e vocação original – o serviço do homem doente. Toda a sua organização burocrática, estrutural física e humana só poderá resultar em pleno se for baseada neste serviço ao ser humano. Também todos os seus desenvolvimentos científicos e tecnológicos que não podem, nem devem, ser desprezados, só farão sentido nesta direção.

Assim, neste início de século, os cuidados de saúde encontram-se numa encruzilhada de que necessitam sair: se por um lado, os avanços dos conhecimentos científicos e tecnológicos permitem que a medicina, a enfermagem e as outras profissões no âmbito da saúde, alcancem feitos impensáveis há alguns anos atrás, por outro, como refere Pessini (2006), hoje fala-se insistentemente de “ambientes desumanizados, tecnicamente perfeitos, mas sem alma e ternura humana” (p.1), onde a pessoa humana, vulnerabilizada pela doença, deixou de ser o centro de atenções para se ver transformada num objeto de estudo, situação esta que não pode ser mais tolerada. Urge, por isso, que se rume para o restabelecimento de uma cultura de humanização capaz de resgatar o respeito pela vida humana em todas as suas dimensões (social, ética, educacional, familiar, psíquica...), presentes em todo o relacionamento humano, fortalecendo o comportamento ético capaz de articular o cuidado técnico-científico com o cuidado que incorpora o acolhimento e o respeito ao outro como ser autónomo e digno.

## 2.1. Em busca da humanização

Mas, neste sentido surge uma interrogação: que significa de facto este conceito de humanização? Será uma resposta efetiva ao referido acelerado processo técnico-científico no contexto da saúde, em que a excessiva objetivação da doença levou a que, muitas vezes, fosse vista de forma desarticulada do ser em que se desenvolve? Ou, como questionam Benevides e Passos (2005), não passa de “um novo modismo?”.

Na atualidade, o termo humanização aplica-se àquelas situações em que, para além de se valorizar o cuidado nas suas dimensões técnicas e científicas, se procura, também, reconhecer os direitos do doente (Fortes & Martins, 2000; Martin, 2004; Vaitsman & Andrade, 2005), respeitar a sua individualidade (Teixeira & Chanes, 2003), a sua dignidade (Freitas & Hossne, 2002; Pessini, 2004; Vaitsman & Andrade, 2005), a sua autonomia (Freitas & Hossne, 2002), a sua subjetividade (Caprara, 2003), e sem esquecer o reconhecimento do profissional também como ser humano (Almeida, Chaves & Brito 2009). Neste sentido, concretiza-se no encontro entre pessoas, entre sujeitos, no relacionamento entre profissionais e doente, pelo que o processo de humanização dos cuidados de saúde requer um exercício reflexivo acerca dos princípios e valores que norteiam a prática profissional, pressupondo a busca de um tratamento e cuidado dignos, solidário e acolhedor do sujeito doente enquanto ser fragilizado (Backes, Lunardi & Lunardi Filho, 2006). Ou seja, na humanização procura-se que a centralização dos cuidados incida no sujeito doente, na pessoa que recorre aos serviços de saúde, caracterizando-se, assim, uma assistência humanizada como aquela que é personalizada (Almeida et al., 2009). No fundo, como refere Pinto (1990), humanizar é tornar humano, cuidar da pessoa como pessoa, dar-lhe atenção e responder de uma forma positiva a toda a sua esperança, quando confiou nos serviços de saúde e a eles recorreu para reencontrar-se na plenitude da sua realização pessoal, pois como referido na Carta de Humanização do Centro Hospitalar de São João, “aos doentes, pela fragilidade humana que vestem, será devido um olhar de insuperável bondade e desmesurada atenção” (Almeida, 2008, p.9).

Em Portugal, o Hospital de São João, mostrando-se pioneiro nesta luta contra a desumanização dos cuidados de saúde, criou em 2008 o primeiro Serviço de Humanização,

afirmando que humanizar significa pôr a marca do humano em todo o processo relacional com cada um dos doentes e lutar para que as circunstâncias em que ela acontece não sejam um obstáculo à ação humanizada e humanizadora. Este serviço definiu como missão: contribuir para que todo o agir profissional se ordene pelo respeito pela dignidade do ser humano; marcar esse agir com a força identificadora do humanismo personalista que apresenta a pessoa doente como o centro de toda a ação de saúde; e, ainda, tentar fazer com que a humanização se transforme numa inspiração permanente e desejada para a modulação efetiva dos comportamentos individuais (Almeida, 2008), lembrando, desta forma, neste último ponto, que humanizar é tarefa de responsabilidade individual, de cada profissional e que, por isso, não se pugna por “especialista em humanização, mas por profissionais rendidos à força arrebatadora do Humano” (Almeida, 2008, p.9).

Assim, um primeiro passo para percebermos melhor o que significa humanização será o de tentar perceber a que nos referimos quando falamos do “Humano”. Partindo, também, desta perspetiva da necessidade de elaborar uma reflexão particular sobre o que significa ser humano, Todres, Galvin e Halloway (2009) procuraram, a partir da análise dos resultados que emergiram da variada pesquisa qualitativa existente, encontrar os valores ou as dimensões que devem nortear a prática do cuidar humanizado. Desta análise resultaram oito dimensões, sendo que cada uma se pode relacionar com o seu contrário, ou a sua negação, que significa o cuidar desumanizado (Tabela 1).

**Tabela 1.**  
Valores de humanização/desumanização

Valores de humanização	Valores de desumanização
Insiderness/Interioridade	Objectification/Objetivação
Embodiment/Corporeidade	Reductionist body/Corpo máquina, reducionismo
Togetherness/ Relacionalidade	Isolation/Isolamento
Uniqueness/Singularidade	Homogenization/Homogeneização
Agency/Agente autónomo	Passivity/Agente passivo
Personal journey/História pessoal	Loss of personal journey/Perda da história
Sense-making/Desejo de sentido	Loss of meaning/Perda de sentido
Sense of place/Sentido de pertença, enraizamento	Dislocation/Deslocalização desenraizamento

### **Insiderness/Interioridade**

De acordo com Pierre Teilhard Chardin (1998), todos os seres do universo contêm uma interioridade e uma exterioridade. Um dos aspetos que torna cada um de nós intimamente

humano é a capacidade de vivermos a partir de “dentro”, do “interior”, do “inside”. O Homem destaca-se do mundo porque se remete constantemente para si-mesmo, construindo um seu mundo pessoal a partir do sentido que atribui às coisas e aos elementos com que se depara e que o rodeiam. Por conseguinte, constrói-se enquanto identidade insubstituível e intransferível. Assim, a interioridade torna-se elemento fundamental para compreender a realidade humana pois, no fundo, é nela que radica a dimensão misteriosa do ser humano e da sua peculiar singularidade. Esse é o espaço onde cresce e se desenvolve o “eu”, onde se desenvolve a sua radical subjetividade, onde se pode descobrir a própria identidade pessoal (Torralba i Roselló, 1998).

Esta subjetividade é central em cada ser humano, uma vez que o seu sentir, o seu modo de ver as coisas, a maneira como vive e lida com as emoções, são responsáveis pela maneira como responde, como valoriza e prioriza os acontecimentos do dia a dia e nomeadamente a doença. Negligenciar esta subjetividade, esquecer a importância desta interioridade pessoal, tão importante como complexa, pode ser o erro fundamental que leva a comportamentos desumanizantes e revelados pela tendência de tentativa de objetivação exagerada de todos os doentes, reduzindo-os, muitas vezes, às suas patologias, aos seus diagnósticos e exercendo a tarefa de cuidar a partir de uma espécie de “casuística” em que se procura generalizar para todos os casos a partir de um (Todres et al., 2009).

### **Embodiment/Corporeidade**

A dimensão corpórea do ser humano, enquanto elemento constitutivo da sua identidade, é um aspeto que não pode ser desprezado. O corpo é um componente fundamental do homem e, por isso, ser humano significa, também, viver com os limites e complexidade da sua corporeidade. Na nossa interioridade sentimos e experienciamos o corpo de distintas formas e numa diversidade de manifestações: cansaço, fome, dor, limitação funcional, incapacidade, vitalidade, força, excitação ou outras experiências próprias de um corpo com que nos revelamos como um ser-no-mundo, como existentes. Neste sentido, a corporeidade humana não pode ser vista a partir de qualquer separação radical entre um corpo biológico e uma “interioridade” de dimensão psicológica ou espiritual. A corporeidade humana só

pode ser compreendida a partir da relacionalidade entre todas as dimensões do humano. Assim, como diz Mondin (1995):

...a somaticidade humana é efectivamente fenómeno, ou seja, manifestação de algo que o transcende; é o símbolo de uma realidade mais profunda ... que se chama habitualmente de alma. E é precisamente a somaticidade que expressa esta realidade íntima e profunda que ao mesmo tempo se esconde e se revela, e a torna efectiva. É no corpo onde se pode ler a bondade, a malícia, o gozo, a serenidade, a astúcia ... do homem. (p.47)

Por isso, como refere Marcel, somos no mundo, antes de mais, pelo nosso corpo. Sendo, também, da condição humana ser com os outros, então ser Homem com os outros e para os outros, tem implícita uma coexistência com seres corpóreos (Escola, 2011).

A discussão filosófica entre unidade ou dualismo, entre uma visão de homem como “unidade íntima” ou uma separação, mais ou menos radical, entre alma e corpo, atravessou grande parte da história da humanidade. Para a concepção dualista encontraremos, certamente, raízes na visão Platónica que será aquela que mais terá influenciado o pensamento ocidental e que, apesar de várias diferenças, estará mesmo na base do racionalismo cartesiano que tanto influenciou o pensamento técnico da modernidade e que facilitou a adoção do referido modelo mecanicista e biomédico aos cuidados de saúde. É certo que René Descartes não se centra tanto na ideia da separação do corpo e da alma, mas sim na sobrevalorização da consciência, da identificação do homem com os “*res-cogitum*”, mas esse pensamento acabou por reduzir o corpo quase exclusivamente às manifestações da sua materialidade.

Por outro lado, apesar de, como refere Josep Gevaert (1995), se encontrarem já nos escritos de Homero sinais claros de ausência de dualismo, pensa-se que é na visão Aristotélica e no seu feliz encontro com o pensamento cristão de Tomás de Aquino que se encontram as maiores influências para um acentuar da tónica na estrutura ontológica, onde a unidade do homem não resulta da conjugação de duas realidades diversas, mas de dois princípios correlativos: a matéria (*hyle*) e a forma (*morfe*), sendo que o corpo conquista, deste modo, uma valorização positiva. Também, olhando os filósofos da modernidade, podemos verificar que tanto Heidegger como Jasper, Satre ou Marcel sublinham na condição ontológica do

homem, o seu ser-no-mundo, o ser-em-situação, contrariando na opinião deste último a ideia de um pensamento desencarnado (Escola, 2011).

Mas, é essencialmente pela sua oposição à ideia de objetivação do corpo que recorreremos, mais uma vez, ao pensamento de Marcel. Como afirmam Todres e colaboradores (2009), podemos olhar para o corpo, apenas, de uma forma “científica”, colocando toda a ênfase no conjunto de tecidos, órgãos, aparelhos, hormonas, de sequências genéticas e, desta forma, ele pode ser estudado ao pormenor, pode ser pesado, medido, fotografado, dissecado, objetivado ou quase “coisificado”. Mas, esta “coisificação” do corpo será um dos maiores erros desta cultura essencialmente técnica e que, numa visão Marceliana, resulta de uma cultura mais centrada no “ter” que no “ser”<sup>14</sup>. Para este pensador, existe uma clara incompatibilidade entre as noções de corpo e de ter: O corpo não é algo que se “tem”, mas que se “é”... “Esta comunidade é indivisível, eu não posso dizer legitimamente: eu e o meu corpo. Dificuldade que radica em ver a minha relação com o corpo por analogia à minha relação com os meus instrumentos” (Marcel, 1935, p.24.); assim, “...o meu corpo não é algo que eu tenho, eu sou o meu corpo” (Marcel, 1927, p.185). Neste sentido, o corpo não poderá aparecer como coisa objetiva, identificável, passível de ser confundido com as coisas objetivas (Escola, 2011), por isso, Gabriel Marcel afasta linearmente qualquer possibilidade de instrumentalizar o corpo, pois tal facto significaria colocá-lo ao nível de qualquer objeto e, como analisa Torralba i Roselló (1998), “o meu eu não se une a tal objecto” (p.168). Este corpo objetivado não é um corpo pessoal, um corpo sujeito, um corpo compreendido como corporeidade<sup>15</sup>.

A humanização exige outro modo de olhar para a materialidade do ser humano, em que o corpo não seja tratado apenas como objeto de análise científica, mas como fonte de expressividade, de comunicação e de interrelação. Neste sentido, Gevaert (1995) aponta-nos três significados fundamentais do corpo humano visto à luz desta “totalidade” existencial: em primeiro lugar, significa respeito pela pessoa concreta que tem de viver a

---

<sup>14</sup> Além da reflexão sobre o corpo e sobre a existência, Gabriel Marcel dedicou-se muito à questão ontológica ou à questão do ser, centrando-se muito na diferença entre o ter e o ser. Como refere, “No fundo tudo se reconduz à distinção entre o que se tem e o que se é...” (Marcel, 1927, p.301).

<sup>15</sup> Esta distinção entre noção de corpo objetivo e o corpo vivido está também presente noutros pensadores como Ortega e Gasset (extracampo e intracampo); em Merleau-Ponty (corpo objetivo e corpo fenoménico) ou mesmo em Jean Paul Sartre (corpo-para-outrem e corpo-para-mim).

sua existência no corpo e através do corpo e assim o significado fundamental do corpo é o de ser campo de expressividade do homem, o lugar onde primeiro tem de realizar a sua própria existência; em segundo lugar, significa respeito pelo mundo material e humano a que pertence toda a pessoa, pois o corpo é fonte de intervenção humanizante no mundo; por fim, o corpo significa, também, o respeito pelos outros homens para os quais a pessoa está constitutivamente orientada e, por conseguinte, o corpo tem como significado fundamental o ser para os outros, pois ele é lugar de comunicação com o outro, de reconhecimento do outro, de convite ao encontro. É este o sentido da corporeidade, marcada por uma vivência subjetiva e pessoal, pois “cada qual vive e se desenvolve no marco da sua corporeidade sendo para ele impossível colocar-se na corporeidade alheia” (Torralba i Roselló, 1998, p.169), pelo que na corporeidade se encontra a fronteira entre o “ser e o ter”, na medida em que ao não poder ser completamente objetivada, convida-nos a olhá-la como mistério.

### **Togetherness/Relacionalidade**

Outra condição do humano que não pode ser desprezada é a de que ele se encontra em comunicação com o mundo e com os outros homens. O humano é um ser social que não pode ser olhado como se fosse uma ilha isolada de tudo e de todos os que o rodeiam. Cada “eu” é um ser-no-mundo, como refere Heidegger, mas também um ser-com-os-outros, um ser com os demais. Assim, ser com os demais, como refere Gevaert (1995), “significa que o homem nunca está só, a sua existência pessoal está sempre orientada para os demais, ligado aos demais, em comunhão com os demais...” (p.46). Ou seja, é um ser de relação ou, se quisermos, numa linguagem Buberiana, é um “eu” perante um “tu”, em que ambos se afetam e são afetados no encontro, sendo que é neste encontro que o Homem se faz autenticamente “eu” e o outro autenticamente “tu”. Para este autor, o mundo da relação funda-se na palavra princípio eu-tu, pois o eu só se torna eu dizendo tu, o que leva a concluir que “toda a vida verdadeira é encontro” (Buber, 1969, p.19).

Mas, o que significa verdadeiramente este encontrar-se com o outro Homem? O que é, de facto, o encontro inter-humano? De acordo com Laín Entralgo (1988), o encontro

produz-se “quando um homem adquire a consciência de que perante ele está outro Homem” (p. 398), sendo que um primeiro significado que se pode retirar deste encontro não é mais do que a certeza vivida de que o outro existe. Mas, para uma compreensão mais completa deste “fenómeno”, o autor propõe-nos percorrer um itinerário reflexivo sobre três pontos fundamentais no encontro: as instâncias prévias do encontro; o momento físico do encontro – a minha perceção do outro; e, por fim, o momento pessoal do encontro – a minha resposta ao outro.

Assim, para que a tomada de consciência do outro possa acontecer, existem duas instâncias prévias que, sendo diferentes entre si, funcionam como os pontos cardeais dos supostos metafísicos do encontro: uma exterior ao “eu”, suscitado pela aparição do outro; outra relativa ao “eu-mesmo”, relacionada com a disposição da minha consciência para a reta receptividade à novidade que chega.

A primeira instância resulta da aparição de uma “realidade exterior intencionalmente expressiva” (Entralgo, 1988, p.398). Quer isto dizer que o “outro” é uma realidade que me resiste, que é algo que me oferece resistência, que não posso contornar ou dela me apoderar, ao mesmo tempo que me desperta para a consciência de que não estou radicalmente só. Procurando analisar melhor o sentido desta afirmação, o autor afirma que algo é real quando oferece resistência ao originário impulso de ser sob a forma de “*inteligência sensiente*”<sup>16</sup>, que constitui a raiz da minha existência. Num primeiro momento, poderíamos pensar que esta resistência poderia impedir o desenvolvimento da minha existência plena, no entanto, se tudo me fosse absolutamente permeável, se nada me resistisse, eu estaria irremediavelmente só e nesse sentido, “sem a perceção da resistência mover-me-ia necessariamente entre essências lógicas, e não entre existências reais” (Entralgo, 1988, p.398).

Mas, para além de resistência e realidade, o outro é, também, realidade exterior, ou seja, não é a minha própria realidade, o outro com que me encontro pertence a uma esfera do que em princípio me é “alheio” ou “não-meu”; no entanto, apesar do quão forte que possa ser a ligação que estabeleço com ela, ao ponto de que a sua supressão me comova,

---

<sup>16</sup> Referência a Zubiri

transtorne e violento profundamente, não impede que “eu” seja “eu”, porque a abertura ao outro faz parte da constituição ontológica do Homem. Deste modo, a percepção do outro supõe em mim o exercício psicológico da minha atividade consciente e a capacidade psicológica de distinguir entre o “meu” e o “alheio”.

No entanto, além de exterior, a realidade do outro é ainda realidade expressiva. Como refere Entralgo (1988), “chamamos expressão, em sentido lato, à aparência de uma coisa qualquer, quando essa mesma aparência me remete para uma zona para lá da própria aparência e está nesta relação simbólica” (p.400), ou seja, como explica Ortega e Gasset, a expressão necessita de dois aspetos: um patente, que se observa, e outro latente, que não se observa de imediato mas que nos vais aparecendo. Esta expressividade tem um significado importante no encontro, pois quando nos deparamos com uma “coisa” carente de expressão, ela limita-se a completar a “visão” que me surge, sendo possível obter a sua vivência na totalidade, mas o outro, dotado de expressão viva, coloca-me diante de uma realidade expressiva, perante algo que não completa a minha visão, mas que se expressa e simboliza. A expressividade é, assim, uma função primária da vida, uma atividade vital e irreduzível, pelo que o outro é uma realidade intencionalmente expressiva, onde a sua expressão possui um radical carácter intencional e humano, pois a expressividade é fruto de uma inteligência e de uma liberdade (Entralgo, 1988).

Olhemos, agora, para a segunda instância – “instância pré subjetiva do encontro”, que se refere à adequada disposição da minha consciência psicológica para a reta percepção do outro. Para que uma realidade seja para mim “outro homem” é, antes de tudo, necessário estar consciente e a consciência deve ser capaz de distinguir a minha realidade da realidade do que não sou eu, o “vivo” do “morto”, o que é intencional do que não o é. Mas isto nem sempre acontece. Laín Entralgo refere que, por vezes, devido a uma “omnianação do mundo”, ao homem tudo possa parecer expressivo e intencional, inclusive as naturezas inanimadas e imóveis; ou por um “solipsismo psicológico”, se torne muito difícil a vivência do outro como um “tu”<sup>17</sup>. Para que essa vivência possa acontecer é necessário uma “normalidade coexistencial”, ou seja, um estado em que o Homem é plenamente

---

<sup>17</sup> “O Homem de «alma cerrada» (Bergson), o «não disponível» (Marcel), o «embargado» (Rosales) muito dificilmente vivem o outro como um tu (Entralgo, 1988, p.407).

capaz de discernir com lucidez o interior e o exterior, o vivo e o morto, o intencional e o não intencional e, por outro lado, goza de uma tranquilidade anímica ativa e aberta que o torna sensível à percepção das suas próprias possibilidades e o avisa para o que destas pode resultar, ou tirar: a constante novidade do mundo. A consciência está então pronta para conviver plenamente com o outro e, desta forma, estão abertas as portas para os dois pontos seguintes do encontro: o momento físico (a minha percepção do outro) e o momento pessoal (a minha resposta ao outro), que permitem que, de uma forma sucinta, o encontro seja “pessoal e afetante” (Entralgo, 1988), pois neste encontro não só percebo a existência do outro como tenho de responder a ela.

Chegamos, assim, a outro ponto importante e que teremos de salientar - esta realidade de coexistência, de encontro, inclui também o sentido de que “...a existência está ligada ao apelo do outro que quer ser alguém diante de mim, ou que me convida a ser alguém diante dele, no amor e na construção de um mundo melhor” (Gevaert, 1995, p.46). Por isso, há duas ideias centrais a desenvolver desta noção de encontro: responsabilidade e subjetividade.

Recuperando o tema atrás exposto da oposição à objetivação, instrumentalização do corpo que mais não seria que a instrumentalização do Homem, também o encontro eu-tu (ich-du) é diferente da relação com o mundo material, eu-isso (ich-es), porque o outro não pode ser objetivado, possuído ou dominado, “o Tu nunca é um objeto” (Gevaert, 1995, p.42). O outro é mistério que não se submete a experiência científica. Se apelarmos à filosofia de Lévinas, verificamos que, no encontro, o outro surge como “rostos”, o que significa que ele se revela, se manifesta de modo totalmente distinto das coisas objetivas; é “o que não se pode transformar num conteúdo, que o nosso pensamento abarcaria; é o incontível, levamos além” (Lévinas, 1982, p.91). O rosto está para lá de qualquer forma e impõe-se por si mesmo de modo que a sua presença é ao mesmo tempo exigência de reconhecimento e apelo à minha responsabilidade, uma vez que o rosto representa também o outro na sua nudez, na sua miséria, na sua indignação. Neste sentido, a nudez do rosto significa que o outro se virou para mim, que me inquietou apelando à minha responsabilidade sem que eu possa ser-lhe surdo (Almeida, 2007), pois ele toca no “essencial da consciência humana:

todos somos responsáveis uns dos outros, e eu mais que todos” (Lévinas, 1963, p.11). Mas, o encontro com o outro surgindo como rosto, como mistério, é também “um movimento de questionamento infinito” (Lévinas, 1967, p.176), que impele o “eu” para a procura do sentido do seu projeto de ser e, desta forma, é também no encontro com o outro que constrói a sua singularidade, pois pela interpelação se “cava a profundidade da interioridade” (Lévinas, 1967, p.176) e, por conseguinte, a relação com o rosto, sendo infinita, é também individuante “pois desperta no eu (finito) o desejo que, não tendo fim, aumenta a sua densidade como singularidade” (Almeida, 2007, p.108).

Assim, assumindo que a própria subjetividade se constrói a partir do encontro com o outro, com os outros e, neste sentido, com cada ser humano, com cada doente, existe sempre situado numa mais ou menos ampla rede de relações significativas para o seu desenvolvimento, para o seu existir; a prestação cuidados de saúde humanizados exige este encontro entre profissional e doente, em que o primeiro se deixe interpelar pelo segundo, pelo seu olhar, de modo a sentir o desafio de ser responsável por ele, pelo seu cuidado, mas sabendo que só o pode fazer respeitando a sua condição de pessoa, de ser de relação, respeitando, por isso, a sua história, a sua vertente familiar, a sua vertente social. Neste sentido, o isolamento provocado algumas vezes pela doença e, muitas vezes, exacerbado pelas normas, regras ou rotinas das unidades de saúde, pode levar a criar no doente uma rutura no sentimento de ser-com-os-outros, podendo desenvolver um sentimento crescente de alienação, de afastamento ou mesmo de rejeição pelos outros.

Assim, humanizar significa, também, respeitar as relações que constituem cada um, incentivar o sentido de pertença social e familiar de cada um e, ainda, valorizar a sua relacionalidade.

### **Uniqueness/Singularidade**

Se olharmos para os aspetos já referidos, eles apontam para um ser humano que a partir da sua interioridade, corporeidade, se constrói no agir, no viver, no encontro, no exercício da sua autonomia e, neste caminho, se constrói como ser único e singular. Como refere Ganho (1987), “é na existência humana, enquanto situação fundamental do homem, que nos

afirmamos com identidade ou mesmidade e encontramos o outro como polo correlativo da nossa ipseidade...” (p.1). Assim, independentemente de estar sujeito às influências do contexto que o rodeia ou das circunstâncias em que se vai encontrando, ele apresenta sempre uma visão única resultante da sua individualidade – a sua visão pessoal. Como refere Guardini (2000), “pessoa significa que eu não posso ser habitado por nenhum outro ... que não posso estar representado por ninguém, mas que eu-mesmo estou por mim; que não posso ser substituído por outro, porque eu sou único” (p.104). Neste sentido, a tentativa de prestar cuidados de saúde a partir de uma certa homogeneização ou estandardização assente numa ideia de que todos os doentes com a mesma patologia, ou numa igual circunstância se comportam, vivem ou sentem de forma idêntica e que, por isso, se devem aplicar sempre a mesma forma de tratar, a mesma “receita”, pode resultar numa negação da humanidade do doente. Assim, a humanização passa pelo respeito desta singularidade, pois cada doente é único, não só pela sua configuração externa mas pelo seu modo de sentir, modo de pensar, modo de valorizar os atos, modo de amar (Torrallba i Roselló, 1998).

### **Agency/Agente autónomo**

Das diversas dimensões manifestadas pelo ser humano, a autonomia é talvez a que mais contribui para a sua singularidade. Ser humano é também ser autónomo, poder fazer escolhas, traçar caminhos e ser responsável pelas suas ações. Como refere Gevaert (1995), “o Homem está em disposição de tomar em suas mãos a sua própria existência e de determinar as finalidades humanas que pretende alcançar” (p.187), querendo com isto dizer que ele possui a capacidade de encontrar o sentido ou significado para a sua própria atividade, para o modo como gere a sua existência.

Já Aristóteles apontava esta capacidade fundamental para a descoberta do sentido da sua vida, resultante da possibilidade de decidir sobre os seus atos, de julgar o bem e o mal, o justo e o injusto, como um dos traços mais distintivos da humanidade. Mas, quando falamos de autonomia, dois filósofos surgem como incontornáveis: Immanuel Kant e Jonh Stuart Mill. O primeiro, pela sua abordagem da autonomia moral e pela possibilidade que

vislumbra no Homem de, na sua “consciência”, desenhar a universalidade da norma moral; o segundo, pelo modo como trata a temática da “liberdade civil, ou social: a natureza e os limites do poder que a sociedade pode exercer com legitimidade sobre o indivíduo” (Mill, 1997, p.9). No fundo, podemos ver a abordagem do uso da autonomia pelo homem enquanto ser ético/moral e enquanto ser social, sendo que, na prática, no dia a dia, estas duas dimensões não podem ser desligadas. Assim, e apesar de mais à frente pretendermos retomar este tema, há duas ideias que queremos acentuar desde já: o uso humano da autonomia exige decisões livres mas também responsáveis, pelo que liberdade e responsabilidade não podem estar separadas.

Neste sentido, e regressando aos cuidados de saúde humanizados, respeitar a autonomia, este direito de participação nas decisões sobretudo das que dizem diretamente respeito à sua vida, à sua saúde, é uma forma de afirmação da dignidade do ser humano, pelo que qualquer tentativa de redução desta capacidade procurando transformar o sujeito doente num ser passivo, mero recetor de ações “clínicas” propostas e decididas por profissionais, vai no sentido contrário ao da humanização<sup>18</sup>.

### **Personal journey/História pessoal**

O poeta sevilhano António Machado (1973) dizia “...caminhante, não há caminho, faz-se caminho ao andar...” (p.158), referindo-se à natureza temporal e “peregrina” do Homem. Quer isto dizer que o Homem, para além de ser-no-mundo, de ser encarnado, é também um ser *in via* ou, como refere Marcel, um ser viático. Ao longo do desenvolvimento do pensamento sobre o humano e a sua essência, a metáfora do caminho e as adjectivações a ela associadas, como a do viajante, viagem, nómada, itinerante, errante ou o viandante, foram estando muito presentes, transmitindo sempre uma ideia “da condição humana como um estar a caminho, ou estar em permanente trânsito, viagem” (Escola, 2011, p.144), apresentando, assim, o Homem como um peregrino. Esta noção de peregrino encerra em si um núcleo fundamental que permite reunir em seu redor culturas tão radicalmente diferentes, como a cultura grega (de Ulisses de Homero, passando por Parménides, até

---

<sup>18</sup> Retomaremos mais à frente a temática da autonomia.

Platão), o pensamento judaico cristão, o budismo ou o islamismo, onde esta ideia está sempre presente. Ser humano é estar a caminho, pelo que em cada lugar em que se está, em cada momento que se vive, estão os caminhos já trilhados para lá chegar e os momentos já vividos até ao presente mas, são presença, também, os locais onde se quer chegar e os momentos que ainda se pretendem viver. Desta forma, o *Homo Viator* não é algo dado, algo terminado, ele é, numa linguagem heideggeriana, pro-jecto, é algo que pode chegar a ser. O Homem é, assim, um construtor de história que precisa de estar “ligado a um sentido de continuidade” (Todres et al., 2009, p.72) e que, portanto, procura viver familiarizado com um passado ao mesmo tempo que se move para a imprevisibilidade de um futuro, ou seja, é um existente que encerra em si um ter-sido, ao mesmo tempo que se desenvolve como vir-a-ser.

Num momento de doença, as vivências anteriores, as experiências já ocorridas, o conhecimento de situações sucedidas em pessoas mais ou menos próximas são, sem dúvida, significativas para a forma como cada um reage quer à doença quer às possibilidades de tratamento. Por outro lado, as possíveis implicações para o futuro programado ou o impacto na realização dos objetivos que entretanto se foram delineando, também não podem ser desprezados. Não podemos esquecer que da mesma forma que no nosso dia a dia elegemos os caminhos preferenciais por onde firmamos os nossos passos, também traçamos os rumos, os itinerários, as vias que nos conduzirão ao atingir dos nossos objetivos, das nossas finalidades. Assim, aprisionar o ser humano no momento presente, sendo este de especial fragilidade, desprezando a sua dimensão temporal, a sua história, o seu caminho, representaria uma forma clara de desumanização que pode ser mais exacerbada sempre que o sujeito doente se vê oprimido por um conjunto de comportamentos rotineiros, de ações repetitivas, muitas vezes desprovidas de reflexão, parecendo querer dizer-lhe que a vida se reduz a esse momento e a essa doença. Cada um tem por missão seguir o seu curso, num caminho que o envolve e compromete e que, por isso, não podemos impedi-lo de o trilhar. No entanto, não queremos com isto dizer que perante a doença o devamos deixar sozinho no seu caminho... por mais solitários que estejamos, os nossos passos cruzam-se sempre com os que nos acompanham e nesse

sentido, neste caminhar, o encontro com o outro que cuida pode significar a presença de um guia, de uma ajuda, de mapas, de um rumo.

Mas, que tipo de “missão” enquanto guias ou auxiliares se pode atribuir aos cuidadores? O de indicar qual o caminho a seguir? O de caminhar lado a lado devolvendo as forças ao mesmo tempo que se aponta para o futuro? Ou será, ainda, o de “carregá-lo” nos seus ombros para que não desfaleça perante as dificuldades proporcionadas pela doença?

Para Emmanuel Kant (1766), o mais importante será não perpetuar a situação de dependência e, por isso, deve-se concentrar o esforço na promoção da autonomia, na emancipação de modo a torná-lo capaz de ousar caminhar por si mesmo. E, quando o cansaço, o desânimo, o desgaste físico é muito grande, então, o cuidador deve transformar-se num guia, num mapa rumo à esperança<sup>19</sup>, sendo que é esta esperança que, na opinião de Marcel, impede que a marcha se converta numa errância (Escola, 2011).

### **Sense-making/Desejo de sentido**

Como refere Frankl (1987), o Homem é um ser em busca de sentido, ou de outra forma, um ser marcado pela presença de um “desejo de sentido”, justificado pela necessidade de reduzir uma discrepância “original” entre a sua “existência” e a sua “essência”. Assim, ser humano é, também, “cuidar do sentido das coisas, dos eventos e das experiências pessoais” (Todres et al., 2009, p.72). De facto, o Homem “busca concretamente tarefas que tenham sentido, que possam mantê-lo numa tensão-sã” (Frankl, 1987, p.43), sendo que quando o Homem encontra sentido então, e só então, se sente feliz; mas, por outro lado, também só a descoberta de um sentido o capacita para o sofrimento. No fundo, como refere Nietzsche “quem tem algo por que viver, é capaz de suportar qualquer coisa”. Com efeito, só assim o ser humano se dispõe a assumir privações e inclusive a colocar a sua vida em risco. Mas, quando V. Frankl se refere à questão da “essência”, é importante salientar que não está em causa uma “essência” do Homem, mas sim a “essência” de cada um, “trata-se da realização axiológica reservada a cada indivíduo” (Frankl, 1987, p.211), lembrando, desta forma, que a máxima “chega a ser o que és” não significa apenas “chega a ser o que podes e deves

---

<sup>19</sup> Retomaremos mais à frente esta questão da esperança.

ser” mas, também, “chega a ser o único que podes e deves ser”. Não se trata, por isso, só de que eu seja Homem, mas que chegue a ser eu mesmo (Frankl, 1987). Por conseguinte, o sentido refere-se sempre à pessoa individual e à situação concreta (já que não só corresponde a cada pessoa individual como a cada situação pessoal).

Também na doença, perante o sofrimento e a necessidade de cuidados de saúde, este “desejo de sentido” não pode ser esquecido ou desleixado. Torna-se imperioso saber interpretar, respeitar esse desejo a partir “daquele” indivíduo e naquela situação específica, única e pessoal. Quando isso nos é tirado, facilmente se pode experienciar sentimentos de deslocação, de vazio, de desnorte, ou de perda de sentido. Quando os profissionais de saúde se esquecem deste pormenor, os doentes vêem-se reduzidos a “peças”, a números ou a estatísticas e a justificação das escolhas dos próprios tratamentos se restringem, muitas vezes, às percentagens de sucesso ou insucesso, mas que na maioria das vezes não fazem qualquer sentido para os doentes porque o que é importante estatisticamente não está necessariamente em conformidade com a experiência humana individual.

Assim, desvalorizar este “desejo de sentido” é contrário a uma política de humanização dos cuidados de saúde, pois se o doente não consegue encontrar sentido para a vida que está a viver, então tem tendência para maldizê-la, para a desvalorizar ou mesmo para desistir dela.

### **Sense of place/Sentido de pertença, lar**

Simone Weill (1996), refere que “criar raízes será a necessidade mais importante e ignorada da alma humana.... O ser humano tem uma raiz em virtude da sua participação real, ativa e natural na existência de uma colectividade...” (p.51). Assim, ser humano é também pertencer a um lugar, a uma comunidade, a um habitat, a um ambiente...é construir uma morada. No fundo, é sentir-se integrado num determinado ambiente, parte de uma certa paisagem, em harmonia com tudo o que o rodeia.

A ocorrência da doença é uma experiência de desenraizamento pois, por vezes, a sua presença obriga o sujeito doente a abandonar o seu espaço, a sua casa, a sua atividade

social, a sair da sua zona de conforto. Quando isto acontece, torna-se fundamental contribuir para tornar o ambiente hospitalar, das unidades de saúde, harmonioso e acolhedor, de modo a ajudar à integração do doente no novo espaço, evitando, assim, que ele se sinta completamente deslocado. Desta forma, estaremos certamente a contribuir para uma cultura de humanização. Mas, quando tal não acontece, é fácil o surgimento de sentimentos de deslocação e inadaptação, fazendo com que o doente se sinta um estranho ou um “estrangeiro”.

## **2.2. Do tratar ao cuidar**

Descritos que estão aqueles que podem ser os valores que nos guiem a uma cultura de humanização dos cuidados de saúde, algumas questões emergem com toda a pertinência: Como podemos promover tais valores? Que caminho correr para alcançar esta humanização dos cuidados? Que soluções? Principalmente, quando, e como descrevemos nos capítulos anteriores, sabemos que predomina uma visão impessoal do Homem, numa proliferação de especializações e especialistas e onde a própria “atividade formativa se guia na maioria das vezes por uma conceção bio-engenheirística do corpo humano” (Brito, 2009, p.32).

A exigência de humanização impõe a busca de um novo paradigma para os cuidados de saúde. De facto, surge como fundamental efetuar a passagem de um modelo, centrado quase exclusivamente na doença, para um modelo de cuidados de saúde centrados no doente; de um modelo biomédico para um modelo holístico; de um modelo mecanicista para um modelo personalista; ou de forma mais simples, de um modelo centrado no “tratar – curar” (to cure) para um centrado no “cuidar” (to care). Como refere Ribeiro (1995), “o cuidar é um imperativo imposto pela falência do tratar” (p.27). Neste sentido, o termo “cuidar”, na nossa opinião, deve ganhar um novo protagonismo. Apesar de há já algum tempo se escutarem apelos à assunção de uma “ética do cuidado” no campo da saúde, a sua efetivação tem sido, no entanto, difícil. Uma das dificuldades, na opinião de Reich (1995), prende-se com o facto de muitas vezes não se conseguir olhar para a história da noção de

cuidado anterior a 1982<sup>20</sup> e, por isso, se difundir a ideia de que a ética do cuidado está demasiadamente vinculada a ideias feministas e apenas a uma corrente sobre os cuidados de enfermagem, o que representa uma visão extremamente redutora quer do “cuidar” quer da visão proposta por Gilligan.

Assim, não será fácil estabelecer um conceito completo do que significa cuidar, mas partindo da ideia de que o fundamento último da ética do cuidado assenta na relacionalidade fundamental dos seres humanos e na opção de estar em relação com a pessoa que cuida (López Alonso, 2011), procuraremos, nesta reflexão, chegar ainda mais longe e encontrar o “cuidado” enquanto “estrutura formal, ontológico-existencial do ser humano” (Torralba i Roselló, 2002a, p.112).

Não podemos, no entanto, desprezar o contributo de Carol Gilligan na aplicação da “ética do cuidar” aos cuidados de saúde, principalmente a partir da sua obra “In a different voice” (1982) e que, no fundo, acaba por influenciar decisivamente outras teóricas, como Nel Noddings, Patrícia Benner ou S. Fry. Muitas vezes vista como uma visão feminista do cuidar e da ética, ela surge num certo confronto com as éticas de justiça dominantes, baseadas sobretudo no valor da igualdade e na construção de princípios universais e que, por isso, possam ser aplicados a todos os sujeitos. Gilligan busca um modelo mais fundamentado e, a partir da consideração dos sentimentos e do ideal de solidariedade, e colocando particular ênfase na “atenção” e na “responsabilidade”, alerta para que no cuidar o sujeito não se deve abstrair da situação concreta mas que se deve converter num agente responsável que acolhe as necessidades do outro e que responde aos que necessitam de cuidados. Desta forma, aponta para a promoção do “indivíduo”, fazendo sobressair a ideia do contexto e da atenção às circunstâncias particulares e concretas de cada caso. Neste sentido, a preocupação pelo outro representa a promoção do seu crescimento pessoal e individual (Feito, 2009). Assim, fazendo um pequeno contraponto com as éticas de justiça, poderemos dizer que, à generalização de aplicação de princípios morais com a preocupação de respeito pelos direitos gerais, a ética do cuidado responde com a importância de procurar respostas adequadas a cada situação, prestando atenção às

---

<sup>20</sup> 1982 é a data em que Carol Gilligan apresenta o seu pensamento sobre a ética do cuidar na sua obra “In a different voice”.

responsabilidades, às relações sociais e à particularidade ou individualidade de cada sujeito. No fundo, podemos dizer que, a um sistema de normas e de direitos universais baseados na igualdade, Gilligan contrapõe, agora, uma alternativa baseada em normas particulares, onde se respeita a diferença e se procura a atenção à especificidade. Apesar de a autora nunca referir que os modelos da justiça e do cuidar eram irreconciliáveis, na verdade, a tensão entre as duas correntes foi durante algum tempo evidente, não sendo de estranhar que se tenha, também, acentuado a dicotomia *cure/care*, curar/tratar.

Este debate entre o “tratar – *to cure*” e o “cuidar – *to care*” há algumas décadas que tem produzido bastantes reflexões, surgindo, muitas vezes, como paradigmas completamente antagónicos ou em completo estado de anulação, parecendo que os cuidados de saúde apenas podem ser praticados sob a égide do “cuidar” ou do “tratar”. Outras vezes, também se vê desenvolver a ideia de dois paradigmas distintos associados a duas profissões distintas da área da saúde: o “*to cure*”, enquanto desígnio da ação médica e, por isso, centrado na sabedoria técnica, na prática terapêutica, orientada, sobretudo, para a eficiência; e o “*to care*”, como inspiração da prática da enfermagem, orientada pela compaixão e atenção ao outro doente, para o acompanhamento das suas necessidades básicas, sejam elas de carácter físico, social, familiar ou espiritual. Mas, talvez aqui se encontre aquele que foi o erro fundamental cometido durante algumas décadas, pois separar, quer na teoria quer na prática, a ação de curar da ação de cuidar pode não fazer nenhum sentido, pois ambas estão relacionadas. Como refere Pellegrino (1985), “it’s interesting to note at the outset that both words, *curing* and *caring*, have the same latin root: ‘*cura*’, ‘*curare*’” (p.9), e se olharmos para o sentido originário dos termos verificamos que “*cura*” evoca “atenção”, “diligência”, “zelo” e, quando associado ao verbo “*curo, curare*”, assume o significado de “cuidar de”, “olhar por”, “dar atenção”, “tratar”. Podemos encontrar nestes termos um duplo significado de esforço, preocupação, mas também de solicitude, entrega e, neste sentido, recorrendo mais uma vez a Martin Heidegger, o exercício de cuidar implica não só o esforço, a dedicação e o trabalho ou labor preocupado pelo/no outro, como também um trabalho de entrega, solicitude, resposta e responsabilização pelas necessidades alheias. Na verdade, não podemos conceber cuidados de saúde sem estas duas vertentes, o que significa que curar e cuidar não devem ser vistos

isoladamente, mas numa implicação mútua, pois, no fundo, de cada ação de cuidar se pode esperar um resultado curativo, bem como toda ação de curar pressupõe um ato de cuidado (Torralba i Roselló, 2002a). Assim, quando nos referimos à necessidade dos cuidados de saúde assentarem no “cuidar”, referimo-nos a um “cuidado” que transcende a ação sanitária e que se expressa como algo mais global que, mais do que um ato ou conjunto de atos, é a transposição de uma atitude, de um “modo-de-ser” essencial para esta realidade, uma atitude de “ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro” (Boff, 1999, p.33).

Também, no mesmo sentido, quando falamos de “cuidar” não procuramos o desenvolvimento particular de qualquer das inúmeras teorias já desenvolvidas. De facto, ao falar sobre o paradigma do cuidar são muitos os nomes e correspondentes teorias que nos vêm à memória. Começando na “ética do cuidar” de Gillian, passando pelas já referidas Nel Noddings, Patrícia Benner ou S. Fry, até Collière, Jean Watson, Regina Waldow, entre outros, nomes incontornáveis na enfermagem, ou ainda por Pellegrini, Engel, De Valck, Jaspers, ligados à medicina, são várias as teorias sobre a necessidade de os cuidados de saúde se centrarem no doente e não na doença, de percorrerem um caminho rumo a um paradigma que assente no cuidar<sup>21</sup>. No entanto, procuramos apenas perceber que itinerário, que caminho percorrer, de modo a adotar esta “nova atitude”, este “modo-de-ser”, de forma a que os cuidados de saúde assentem verdadeiramente numa “relação de cuidado”.

Não será fácil traçar este caminho que procura, como já referido, um equilíbrio entre o “curar” e o “cuidar, mas também uma harmonização entre outros dois fatores tão importantes para a saúde como a ciência/tecnologia e a defesa intransigente do humanismo. Por um lado, a tecnologia, constituindo o esforço racional e científico em desvendar os mistérios e os fenómenos biológicos que provocam no homem a doença, facilitará diagnósticos e tratamentos, facilita o “curar”; por outro, o humanismo, como avanço na compreensão do ser complexo que é o homem, ajudará a criar uma visão holística que tenha em conta a totalidade do seu existir, enquanto ser racional, espiritual,

---

<sup>21</sup> Não é nossa pretensão neste trabalho desenvolver as distintas teorias sobre o cuidar. A nossa preocupação incide apenas em vincar as diferenças ao modelo biomédico, pelo que incidiremos nos princípios principais e que são no fundo comuns a todas as teorias.

social, familiar, único e irrepetível, e que ajudará claramente ao “cuidar”. O primeiro passo a dar para esse equilíbrio, será o de colocar o homem e a tecnologia nos lugares que lhes são naturais: o primeiro, como centro e prioridade absoluta dos cuidados de saúde; a segunda, como recurso a pôr ao seu serviço, pois “a ciência e técnica são, nos dias que correm, indispensáveis, mas para colocar ao serviço da pessoa” (Pinto, 1990, p.14). Satisfeita esta condição, poder-se-á, então, mais facilmente avançar para o estabelecimento de uma relação de cuidado.

Lydia Feito, no seu livro “Ética y enfermería” aponta três elementos que devem caracterizar esta relação de cuidado: *Recetividade, relação e resposta sensível*. O primeiro elemento é a “*receptividade*”, que aponta para a importância da aceitação da pessoa “sujeito de cuidado” por parte do cuidador – “quem cuida tem de considerar a natureza, o modo de vida, necessidades e desejos da pessoa cuidada” (Feito, 2009, p.152). Neste sentido, a recetividade, o acolher do outro apela a um outro conceito fundamental – a disponibilidade.

Voltando de novo a Gabriel Marcel e à ideia do *ser-com-o-outro*, já abordada em capítulo anterior, verificamos que a disponibilidade é uma característica essencial da pessoa, sendo que esta característica não significa vacuidade, no sentido em que se refere a um “local disponível”, mas sim “aptidão de se dar ao que se apresenta e ligar-se por este dom” (Marcel, 1944, p.28); uma abertura ao outro que surge diante de si. Pessoa é, assim, vocação, isto é, resposta a um apelo, um apelo do outro ao seu reconhecimento, à sua aceitação. Ora esta aceitação, esta disponibilidade, tanto nos cuidados de saúde como na vida em geral, só pode ocorrer se o sujeito não se encontra demasiadamente fechado na sua visão “única” das coisas, no fundo, fechado em si, pois o Homem que se fecha sobre si mesmo não é disponível e, por isso, tem forte tendência de tratar o outro como objeto, o que, como já abordado, é contrário a uma filosofia de cuidado e de humanização.

O ser disponível opõe-se ao ocupado, indisponível, cheio de si próprio. Está, por isso, fora de si, “existência extática, pronto a aderir e a consagrar-se a uma causa que o excede...” (Escola, 2011, p.273). Por conseguinte, estar disponível, acolher o outro, manifestar recetividade, significa abertura ao contacto imediato com o mundo que o rodeia, com o

outro necessitado de cuidado que se lhe apresenta, e estar disposto a comprometer-se, incondicionalmente, com os seus apelos (Zilles, 1988). Neste sentido, para revelar disponibilidade é preciso voltar a olhar para a pessoa (doente) como ser multidimensional que é, e perceber que as suas dimensões cultural, psíquica, espiritual, social e familiar, não podem ser menos importantes que a biológica. Elas interagem entre si e, hoje, não há qualquer dúvida que a doença é o resultado da desarmonia surgida entre algumas destas dimensões. Assim, a orientação dos profissionais de saúde deve ser para a atenção às necessidades do doente, os desequilíbrios resultantes da sua “nova” situação seja ela física, psíquica, cultural ou social (Ribeiro, 1995). Aliás, a própria Organização Mundial de Saúde refere-se à saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental, social e não, apenas, a ausência de doença ou enfermidade” (Ferreira, 1982, p.21), revelando, assim, uma preocupação com a saúde física ou corporal, saúde mental e saúde social. Por conseguinte, quando uma pessoa chega a uma unidade de cuidados de saúde, jamais se pode reduzir à sua doença. Como diria Ortega e Gasset (1976), estamos perante o “Homem e a sua circunstância”<sup>22</sup> e, por vezes, na doença, no internamento, é esta “circunstância” (situação familiar, social e afetiva do doente) que prioritariamente deve ser estudada, pois é frequente causar maior dano à pessoa que a própria situação física. Em saúde, cada homem, cada mulher, cada doente, transporta consigo as suas angústias, as suas dores, as suas incertezas, as suas inseguranças. Quando procura uma instituição de saúde, procura de certeza competência científica, o melhor tratamento, as melhores técnicas, mas também procura resposta para os seus problemas: o que lhe vai acontecer? Ficarà a mesma pessoa? Haverá repercussões físicas? Que qualidade de vida restará? A família, como reagirá? Todas estas questões passam diariamente pela cabeça de quem está doente e têm decisiva influência nas suas atitudes face à doença, ao sofrimento e face aos próprios profissionais. Por isso, os profissionais de saúde devem “aceitar o Homem doente tal como ele é: frágil e incrédulo, agressivo e meigo, astuto e confuso...” (Carvalho, 1996, p.51). Mas, este elemento do cuidar – recetividade – transporta ainda um outro aspeto essencial. É que, a aceitação do “outro doente”, o seu reconhecimento enquanto pessoa, provoca no profissional a reflexão sobre a sua condição de humano, impelindo-o a uma resposta

---

<sup>22</sup> Referência à frase de Ortega e Gasset (1976) “Eu sou eu e a minha circunstância...”.

vivencial de solidariedade, pois quem aceita o outro na sua doença, quem se compadece do sofrimento alheio não pode mais ficar-lhe indiferente, pois tudo tem de fazer para melhorar a sua situação, e esta atitude, no fundo, não é mais do que a experiência da compaixão. Assim, o primeiro construto da tarefa de cuidar surge como o desenvolvimento da virtude da compaixão que, como refere Pellegrino (1985), traduz-se em estar preocupado com outra pessoa; sentir ou partilhar algo de sua experiência da doença e da dor; ser tocado pela situação de outra pessoa”. Desta forma, a compaixão transforma-se numa virtude que permite ao cuidador o seu crescimento moral, aproximar-se do outro e do seu sofrimento.

O segundo elemento, de acordo com Lydia Feito, é a “*relação*” e que, de facto, surge como previsível continuação do primeiro elemento descrito. Como desenvolvemos nos parágrafos anteriores, “em saúde, tem de olhar-se este homem, esta mulher, com um nome, uma profissão, uma família, uma história” (Pinto, 1990, p.16), mas este facto só é possível quando se consegue estabelecer uma relação de confiança e que, por isso, é também terapêutica. Adquire, assim, particular importância a “recuperação” da boa relação entre doente e profissional de saúde. Se, por um lado, uma boa relação é o melhor meio de conseguir um conhecimento do doente, por outro, o seu recurso ao profissional de saúde resulta, muitas vezes, da busca não só das suas capacidades científicas, mas também de companhia, de esperança, de compreensão e apoio, só possível através desta mesma relação humana (Entralgo, 1983). Neste sentido, a simples possibilidade do doente se exprimir chega a ser capaz de, só por si, aliviar a pessoa. Como refere Cheveau, cit. por Carvalho (1996), “...um sofrimento comunicado, é um pouco como um sofrimento dividido, não é mais do que um meio sofrimento” (p.50).

Assim, a relação terapêutica profissional/doente é fundamental nos cuidados de saúde, pois ela pressupõe ser a face humana do sistema, ser o rosto da empatia, do respeito e do calor humano, que poderá contribuir decisivamente para o alcançar da homeostasia biopsicossocial do Homem doente.

A relação adquire, então, um papel ativo quer ao nível de diagnóstico quer ao nível terapêutico, uma vez que o desenvolvimento de uma relação terapêutica eficaz e o demonstrar do respeito pelos valores e cultura do doente aumentam o seu grau de

motivação e responsabilização para a recuperação, facilitando a promoção do autocuidado. Ao fomentar-se a sua participação nas tomadas de decisão, não só se garante o respeito pela sua autonomia como se está a desenvolver o seu máximo potencial de saúde e bem-estar (Ribeiro, 1995), pelo que, na nossa opinião, o saber comunicar de uma forma humana constitui uma “obrigação” do profissional de saúde. Por outras palavras, é uma competência que ele deve desenvolver, apurar e atualizar com a mesma responsabilidade e importância que atribui às competências científicas. Deve, pois, o desenvolvimento desta competência ter um papel de relevo desde a formação de base dos profissionais de saúde, pois para se poder retirar a práxis do cuidar da já abordada monopolização da razão instrumental, torna-se fundamental rever os processos de formação dos cuidadores, e incorporar o estudo das “humanidades” no curriculum (Fricchione, 1993)<sup>23</sup>.

Assim, para o desenvolvimento desta competência é importante que o cuidador seja capaz de desenvolver aspetos fundamentais para a potencialização desta capacidade relacional, como o “tato”, a capacidade de escuta, a confiança...

Torralba i Roselló (2002a) refere que a questão da importância do “tato” no estabelecimento de uma relação terapêutica pode ser abordada a partir de duas perspetivas distintas – o “tato” em sentido literal que evoca o “toque”, o contacto físico, e o “tato” em sentido metafórico que nos transporta para o “saber estar”. Dois sentidos distintos mas igualmente fundamentais para o estabelecimento de uma relação de ajuda eficiente. Tomando o sentido literal, não haverá qualquer dúvida que do ponto de vista dos cuidados de saúde será praticamente impossível cuidar de um ser humano sem o “tocar”, sem o contacto da pele. Sendo certo que este contacto se submete a um imperativo ético de respeito pelo corpo do outro, pela privacidade, pela intimidade de cada ser, impedindo dessa forma que ele possa ser usado de forma abusiva ou invasiva, que pressuporia um atentado à dignidade do doente, também é verdade que quando usado com correção torna-se um grande aliado do cuidador. De facto, o doente só se sente cuidado quando sente que o cuidador está perto, está presente e, neste sentido, o “toque” pode significar aproximação

---

<sup>23</sup> Não podendo desenvolver aqui este assunto, parece-nos, no entanto, que o desenvolvimento da capacidade relacional dos profissionais de saúde tem sido muito “descuidada” no desenrolar dos vários cursos, com particular evidência nos cursos de medicina. A enfermagem, com o reafirmar do paradigma do “cuidar”, parece-nos voltar a dar a este tema a relevância que merece.

atenta do cuidador ao doente. Assim, tocar-lhe, contactar com ele, acariciar a sua mão, são ações que no universo simbólico humano significam normalmente atenção, respeito, proximidade e preocupação pelo outro (Torralba i Roselló, 2002a). O exercício do “tato” é, nesta perspetiva simbólica, fundamental não só porque representa a proximidade como manifesta vulnerabilidade e respeito pela subjetividade do outro – “precisamente, porque todo o ser humano é frágil, necessita de contacto físico de outro ser humano, pois deste modo, não se sente só e abandonado” (Torralba i Roselló, 2002a, p.100).

Já o “tato”, em sentido metafórico, transporta-nos para outro campo das relações humanas. Ter a capacidade de “saber estar” numa determinada situação, num determinado local sem incomodar, perturbar ou invadir o espaço de conforto do outro é um fator fundamental para o desenvolvimento de uma relação saudável. É facilmente reconhecível que esta não é uma tarefa fácil, pois saber sempre agir perante o outro, sabendo da diversidade de “circunstâncias”, de sentimentos, de emoções que o afetam, reveste-se de grande complexidade, mas também representa um desafio a qualquer profissional de saúde. Assim, o “saber estar” deve pautar-se pela procura da atitude correta para cada momento, pela postura adequada ao momento, de forma a nunca molestar ou causar dano ao doente...; ter “tato” é, portanto, saber estar quando o doente necessita de companhia ou saber sair quando necessita de estar só, saber dizer o que o doente precisa de ouvir ou saber calar quando a melhor forma de comunicar passa pelo silêncio, saber tocar quando o conforto físico é pedido ou saber afastar-se quando a área de conforto necessária aumenta, é a procura da resposta adequada a cada momento e cada pessoa (Torralba i Roselló, 2002a).

Outro aspeto muito importante para o desenvolvimento da relação terapêutica é a capacidade de escuta, de escuta atenta. A atenção ao outro nem sempre é manifestada por palavras ou pelo contacto físico, por vezes, o primeiro sinal de preocupação com o outro surge simplesmente da presença junto dele e da disponibilidade para estar ao seu lado. Mas, como refere Bryckzyska (1992), quando um profissional de saúde “está com um paciente, ele pode ou não estar pronto ou preparado para falar, mas a angústia e inquietação do paciente podem ser bastante evidentes para a/o enfermeira/o. Convém aqui

estar apenas terapêuticamente presente” (p.241) e, neste sentido, este estar presente transforma-se no momento ideal para o desenvolvimento desta capacidade tão importante para a relação como o é a capacidade de escuta. Estar presente para escutar não é uma atitude passiva, pelo contrário, representa um primeiro esforço de aproximação ao outro, de manifestação, de interesse e de respeito e, ainda, um primeiro passo na tentativa da sua compreensão, ato essencial para que possa ajudá-lo, sendo que, por vezes, a algumas pessoas basta sentirem-se escutadas para se sentirem ajudadas. Normalmente, as palavras expressas pelo doente estão longe de representar um discurso banal ou circunstancial..., na sua maioria, elas representam um “estado de alma”, saem do seu interior e o simples facto de as exteriorizar é um exercício terapêutico, libertador e curativo (Torralba i Roselló, 2002a).

Mas, escutar nunca foi tarefa fácil!... numa era marcadamente vivida na primeira pessoa, não é fácil esperar que alguém encontre tempo para ouvir uma voz que não a sua, ouvir preocupações que não as suas, ou ouvir queixas que não saem de dentro de si. De facto, quando alguém nos fala, muitas vezes em vez de escutarmos atentamente o que tem para nos dizer, deixámos vencer a tendência natural para comparar o discurso proferido com as nossas ideias, experiências, com a nossa história, valores, cultura, sendo que, na prática, esta atitude revela-se como uma resistência a escutar verdadeiramente o outro (Camilo & Maiorino, 2012). Assim, o primeiro passo a dar é criar disponibilidade para a escuta, para o outro, pois escutar tem de ser um processo ativo e voluntário. É importante que o profissional seja capaz de largar as suas preocupações de modo a que não desviem a sua atenção do outro, pois “só é possível escutar atentamente, se o cuidador se esforçar por calar as suas vozes interiores...” (Torralba i Roselló, 2002a, p.103), e ainda tem de ser capaz de fazer o esforço de tentar colocar-se no “mundo” emocional, cultural, sentimental do outro, sem, no entanto, perder a sua identidade. Ou seja, no fundo, a escuta deverá contribuir para o desenvolvimento da empatia que permitirá ao cuidador compreender os significados daquilo que o outro expressa a partir da sua realidade, sendo que, desta forma, escutar converte-se na receção da palavra e do sentido que provém do outro, ou seja, a escuta torna-se abertura ao mundo e aos outros.

Desenvolvendo o “tato” ou o “saber estar” e a “capacidade de escuta, estão dados passos decisivos para um último aspeto fundamental em qualquer relação, e em especial na relação terapêutica, a “confiança”. Esta é uma qualidade que não pode ficar de fora de qualquer relação, pois apenas a sua presença permite que os distintos membros dessa relação possam obter a tranquilidade de saber que do outro não virá causa de dano.

Confiar significa possuir um vínculo firmado pela fidelidade, pela fé...nesse sentido, confiar em alguém significa acreditar nessa pessoa, mas, quando falamos em confiança ao nível da relação terapêutica, devido ao particular nível de vulnerabilidade em que um dos elementos se encontra normalmente (o doente), adquire um sentido mais profundo ou mesmo mais radical. Confiar avança no sentido do “crer” no outro, neste caso no profissional de saúde, ao ponto de colocar-se nas suas mãos confiando que ele fará tudo o que estiver ao seu alcance para lhe aliviar a dor, o sofrimento ou mesmo para lhe salvar a vida. Mas, tal ato de fé não pode ser pedido de ânimo leve, pelo que para que o doente possa confiar seja fundamental que o cuidador consiga dar provas, dar garantias de o merecer, e essas garantias não podem vir apenas das suas palavras e dos seus gestos, mas também da eficiência ou da eficácia das ações que desenvolve, ou seja, da competência que demonstra (Torralba i Roselló, 2002a) e, neste sentido, a confiança transporta-nos para o terceiro elemento do cuidar que nos falta desenvolver, “**a resposta**” e que, na nossa opinião, tem de englobar dos aspetos relevantes: responsabilidade e competência.

Se atendermos à raiz etimológica do verbo responder, verificamos que deriva do verbo latino “*de spondeo*”, que significa assumir um compromisso, num sentido de carácter quase religioso. Desse original “*spondeo*” deriva o verbo “*respondeo*”, que significa responder no sentido do cumprimento de um compromisso. Tratando-se de um compromisso forte, podemos dizer que responder se encontra na base de uma responsabilidade moral face ao outro necessitado de cuidado. Assim, poderíamos começar por dizer que este terceiro elemento do cuidar, “a resposta”, nos transporta para o compromisso que o cuidador adquire face à pessoa cuidada (Feito, 2009). A sua “aceitação”, o estabelecimento de uma relação terapêutica exige agora ao cuidador que seja capaz de centrar a sua atenção na pessoa que necessita do seu cuidado, do seu

acompanhamento, e não podemos esquecer que acompanhar um ser humano frágil e vulnerável é sem dúvida exercer uma forma de responsabilidade. Como refere Jonas (1995), “responsabilidade é o cuidado, reconhecido como dever, por outro ser, cuidado que, dada a ameaça da sua vulnerabilidade, se converte em preocupação” (p.173).

Olhando para a responsabilidade a partir deste sentido essencialmente ético, verificamos que nela existe um grau elevado de exigência, de compromisso, de modo que dela não se pode esperar uma resposta ao nível dos mínimos, mas sim próxima da excelência, pelo que o profissional, o cuidador, tem de ser alguém que “assume um compromisso moral e que exige a si mesmo o desenvolvimento mais perfeito do seu trabalho” (Feito, 2009, p.135) ou, de outra forma, que busca o máximo de competência. E, aqui, chegamos ao segundo aspeto fundamental da resposta, é que ela não só é responsável como tem de ser competente, a tarefa de cuidar requer a competência profissional, pois só é possível cuidar de um ser humano de forma adequada a partir da competência assente num conhecimento global do ser humano. A competência exige ao profissional um conhecimento profundo da área do seu desempenho e, por isso, obriga-o ao desenvolvimento de uma formação contínua que não incida apenas no desenvolvimento científico e técnico mas também no desenvolvimento do conhecimento espiritual, psicológico e relacional do Homem, e essa tarefa é, por vezes, bem mais difícil de integrar no desempenho profissional do que as habilidades e os procedimentos técnicos.

Neste sentido, procurar uma resposta responsável e competente exige um esforço contínuo e equilibrado, lembrando-nos que não se pode desprezar o estudo científico e biológico que nos poderá transmitir o conhecimento dos mecanismos que conduzem à doença, fundamentais para o seu tratamento. As técnicas, altamente sofisticadas, e os meios de diagnóstico e tratamento assumem também enorme importância no gradual melhoramento dos índices da saúde das populações em geral, mas porque “o processo de cuidar e de acompanhar supera os limites da técnica contém elementos profundamente éticos” (Torralba i Roselló, 1998, p.349), devem estar ao serviço da pessoa, não substituindo o papel destinado à relação humana. Esta será uma condição fundamental para se obterem cuidados de saúde de qualidade.

Neste sentido, procurar qualidade nos cuidados de saúde é procurar o equilíbrio entre o conhecimento científico/tecnológico e o humano; é procurar cuidados prestados por profissionais de “qualidade”, por outras palavras, profissionais com posse de conhecimentos científicos sempre atualizados, experiência técnica, capacidade de utilizar os equipamentos resultantes de progresso científico/tecnológico, “qualidade científica e técnica”, e também capacidade de empatia, de estabelecimento de uma relação humana maximizada no acolhimento, no aconselhamento, no tratamento de doentes, “qualidade humana” (Pinto, 1990).

### **2.3. Sete teses para a essência do cuidar de Torralba i Roselló**

Creemos que, neste itinerário, estão certamente as bases para a assunção definitiva de um paradigma baseado no “cuidar” para a assistência de saúde. Não procuramos desenvolver nenhuma teoria especial sobre o cuidar como muitos autores já o fizeram, mas apenas refletir sobre os pensamentos base que poderão levar a atitudes de cuidado que mudarão certamente o rosto dos cuidados de saúde. Serão muitas as práticas, as atitudes, os comportamentos ou os atributos do cuidar que poderíamos desenvolver, mas por nos parecer fazê-lo com grande mestria, apresentamos sete teses para a essência do cuidar da autoria de Torralba i Roselló (2005).

#### *1. Cuidar é velar pela autonomia do outro*

O verdadeiro exercício de cuidar é aquele que encara o sujeito de cuidados como um ser único e autónomo. Queremos com isto dizer que o “homem doente” não pode ser sujeito à perda da sua identidade, individualidade ou do direito de escolha sobre como orientar a sua vida. Neste sentido, cuidar corretamente do outro exige o respeito pela sua autonomia, sendo fundamental criar-se um ambiente propício para que o doente possa viver e expressar-se de acordo com o seu modo de ser, de pensar, com a “sua lei”, com a sua realidade de ser autónomo.

A tradição excessivamente paternalista que vigorou durante largos séculos na prática dos cuidados de saúde levou a que, muitas vezes, o doente fosse sujeito às decisões da equipa de saúde sem que tenham sido consultados os seus desejos ou expectativas. O papel do doente era frequentemente minorizado, desenvolvendo-se uma relação claramente assimétrica, chegando-se, por vezes, a uma certa infantilização do doente que era tratado como se fosse um indivíduo incapaz de saber o que era melhor para si ou como se não fosse dotado de autonomia. Mas, esta passividade atribuída ao doente, resultante desta assimetria relacional, gera a partir de certa altura um movimento de reação no sentido da procura de relações simétricas entre os profissionais de saúde e os doentes. É nesse sentido que se começa a ouvir falar em expressões como “sujeito de cuidados”, na tentativa de dar ênfase ao doente enquanto “sujeito” portador da dignidade inerente a todo o ser humano, a toda a pessoa. Neste contexto, a obra “The Patient as Person” de Paul Ramsey (1970), é muitas vezes apontada como o ponto de viragem simbólico deste relacionamento, na medida em que esta obra vem lembrar que a pessoa doente não deixa de ser pessoa por estar doente e que, por isso, tem de ser olhada como uma unidade integral em que toda a sua complexidade interage com a doença, ao mesmo tempo que tem de ser reconhecida na sua dignidade incondicional e na sua condição de ser autónomo (Neves & Osswald, 2007). No entanto, a defesa da importância do respeito pela autonomia ganha maior relevância a partir do “Belmont Report”<sup>24</sup>, e da transposição do seu conceito para a “teoria dos princípios” de Childress e Beauchamp<sup>25</sup>. Nesta teoria, o surgimento da “autonomia” como princípio encontra o seu fundamento na liberdade da pessoa humana, no respeito da vontade do doente, do sujeito de pesquisa ou do cidadão implicado em saúde pública, reforçando o reconhecimento da pessoa doente enquanto sujeito de atos e de vontades, não podendo mais assumir um papel de mera passividade.

---

<sup>24</sup> Em 1974, como forma de reagir a esses escândalos, o governo norte-americano constituiu a “National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research”, com o objetivo de levar a cabo uma pesquisa e um estudo completo que identificasse os princípios éticos básicos que deveriam nortear a experimentação em seres humanos nas ciências do comportamento e na biomedicina. Após 4 anos de trabalho, elaborou o que passou a ser conhecido como o “Belmont Report”, que identificava 3 princípios éticos globais: o respeito pelas pessoas (engloba respeito pela autonomia), a beneficência e a justiça.

<sup>25</sup> 1979, na obra “Principles of Biomedical Ethics” é que Tom L. Beauchamp e James Childress tentam trabalhar estes princípios e aplicá-los a todo o campo da prática clínica e assistencial, resultando os princípios que hoje dominam a corrente principialista: Autonomia, Beneficência, Não Maleficência e Justiça.

Assim, cuidar do outro não pode ser uma forma de colonização do outro ou de vulnerabilizar as suas vontades e decisões. O respeito pelas decisões livres e responsáveis do doente é um aspeto primordial da “arte” de bem cuidar, sendo que, para isso, é fundamental dar tempo para que o doente as reflita, amadureça e as expresse tranquilamente. É, também, neste sentido que a instituição do consentimento informado nos cuidados de saúde ganhou um grande protagonismo. De facto, numa situação de prestação de cuidados de saúde, face a um adulto capaz de dirigir a sua própria vida, pensamos não restarem dúvidas de que ele deverá estar de acordo com todo o tratamento médico ou de enfermagem que lhe seja proposto. Mas, para que o consentimento seja autêntico, para que se trate do verdadeiro exercício da autonomia, ele deve ser “livre”, isto é, deve ser dado sem qualquer tipo de coação, de pressão ou fraude, e “esclarecido”, o que exige que o sujeito deva ver respondidas todas as suas dúvidas sobre o tratamento ou experiência, e que deva haver a certeza que as compreendeu. Ora, este aspeto transporta consigo um novo elemento fundamental para o exercício da autonomia – a informação. Se olharmos sob o ponto de vista do interveniente, verificamos que a promoção da autonomia cria um dever de informação, e que ocorre em todos os domínios, desde a pesquisa ou experimentação até à saúde pública, sendo que este dever de informação deve incidir sobre tudo o que o doente ou sujeito deve saber para poder decidir inteligentemente, ou seja, as informações suficientes para que possa tomar uma decisão devidamente esclarecida. Assim, essa informação deve precisar aspetos tão importantes como a natureza e o objetivo de intervenção, os benefícios esperados, os inconvenientes e riscos, a liberdade de recusar e as consequências da recusa, as alternativas possíveis e, fundamentalmente, deve ser marcada por uma total disponibilidade a responder as todas as questões que o doente ache importantes. Mas, na prática diária, deparamos com diferentes modos de agir, de estar e também de gerir esta obrigação de informar. Em ética, o “como se diz” e o “como se faz” são tão importantes como “o que dizer”, é a questão da atitude. Baseada numa prática tradicionalista será fácil, ainda, encontrar uma “atitude paternalista”, que consiste sobretudo em selecionar a informação que se dá ao doente de modo a que ele se decida no sentido que o profissional pretende, ou então, dá-se pouca informação de modo a deixar campo aberto de atuação e poder decidir o que é bom para o doente. Na verdade, esta

atitude não respeita verdadeiramente a autonomia do doente. Podemos, também, encontrar uma atitude completamente oposta a esta, “atitude informativa ou libertária”, em que se dá toda a informação de forma detalhada, a partir de um vasto conjunto de “panfletos” e depois dá-se toda a liberdade ao sujeito de decidir, de forma que ele só tem de informar o médico da sua decisão (modelo muito em voga nos Estados Unidos da América). Na nossa opinião, deixar o doente sozinho com a decisão, sem ter a preocupação de saber qual a quantidade e a qualidade da informação que ele é capaz de gerir e qual a capacidade que possui no momento para tomar decisões boas para si próprio, também não respeita verdadeiramente a autonomia.

Na verdade, apesar da enorme valorização que este princípio foi tendo ao longo das últimas duas décadas, que levou a que por vezes lhe seja atribuída uma superação do próprio valor da beneficência, não podemos defender que se crie agora uma nova assimetria, em que o cuidador deva converter-se num sujeito passivo e neutro que se limite a satisfazer as necessidades do sujeito de cuidados, como por vezes parece ser defendido por alguns modelos libertários muito em voga, por exemplo, nos Estados Unidos da América. Se um paternalismo ilimitado é inaceitável, também velar pela autonomia do outro não pode significar, em saúde, atribuir ao doente uma autonomia absoluta, como se de um Deus se tratasse, e que na prática levaria o profissional de saúde a abandonar o doente a si mesmo (Brito, 2012). Se olharmos para um mesmo princípio do respeito pela autonomia, mas agora a partir de uma visão menos anglo-saxónica, mas mais europeia, como a proporcionada pela Declaração de Barcelona coordenada por P. Kemp, verificamos que o sentido atribuído à autonomia é significativamente diferente. Se para Childress e Beauchamp parece haver uma identificação entre autonomia e dignidade humana, já para o “princípio europeu” esta associação ou identificação não está correta, pois “a raiz da dignidade ontológica está no ser e não no agir e o ser está no interior e é algo subsistente, enquanto a autonomia de uma pessoa se investiga através das suas operações, que formam parte da exterioridade do indivíduo” (Torralba i Roselló, 2002b, pp.72-73). Assim, com esta nova visão, pretende-se que se entenda que o doente, o ser humano, o sujeito moral reconhece em consciência que determinada norma é moral e tem a capacidade de a viver ou de a cumprir (Brito, 2012) e, por conseguinte, o respeito pela

autonomia vai para lá do simples aceitar de decisões do doente, mas passa também pela ajuda prestada, pelo aconselhamento, para chegar às decisões moralmente corretas e que respeitem a sua dignidade. Ora, esta abordagem da autonomia só é possível pôr em prática a partir de uma cooperação saudável, resultante de um diálogo baseado na confiança e no respeito mútuo que ajude o doente a chegar aonde quer verdadeiramente chegar (Torralba i Roselló, 2005), ou seja, uma equilibrada articulação entre a autonomia e a beneficência. Não podemos esquecer que o objetivo do cuidador terá de ser sempre a procura do bem para o doente, pelo que o respeito pela autonomia do doente terá de ser sempre articulado com a prática da virtude da beneficência. E, neste sentido, o profissional só poderá agir bem se procurar respeitar a autonomia do doente e tentar dessa forma que ele mantenha a saúde ou a recupere, ou, quando tal não é possível, ajudá-lo a “viver” a sua situação de doença. Mas, também na sua atividade, o cuidador não pode deixar de ter presente a condição humana do doente que, por isso, é um ser que simultaneamente afeta e é afetado, e que em função de toda a sua complexidade possui uma autonomia por vezes finita e condicionada (Brito, 2012). Desta forma, a melhor maneira de cuidar da autonomia do doente será o estabelecimento de uma verdadeira parceria entre doente e cuidador na assunção da responsabilidade pela saúde do doente.

No entanto, é ainda necessário chamar a atenção para um outro pormenor que surge desta visão integrada da beneficência e da autonomia: quando falamos em parceria na assunção de responsabilidades na saúde, estamos a alargar o âmbito da aplicação do conceito de autonomia em relação à ideia que muitas vezes surge do principialismo. Nesta forma de abordagem, olhar para o doente enquanto sujeito autónomo implica que se desenvolva a importância do desempenho de um papel cada vez mais ativo no âmbito dos cuidados de saúde, que exija não só a informação acerca da sua condição clínica e o respeito pelas suas decisões livres e esclarecidas, mas também o seu envolvimento e compromisso no processo terapêutico que se lhe destina (Neves & Osswald, 2007). E, neste sentido, “velar pela autonomia” do doente pode passar, agora, por ajudá-lo a descobrir as suas possibilidades e a capacitá-lo de forma a poder torná-las realidade. Cuidar de alguém não tem de ser forçosamente substituí-lo, pelo contrário, quando se cuida verdadeiramente de alguém procura-se que o sujeito de cuidado ganhe cotas de autonomia, ou seja que possa

gradualmente ir desenvolvendo o maior número de tarefas e atividades. Desta forma, cuidar tem de ser visto também com o “capacitar”, ou seja, a ajuda necessária para que alguém possa superar as suas dependências, ou então, dotá-lo de ferramentas para poder lutar contra as suas fragilidades, contra as ameaças ao seu equilíbrio ou, de outra forma, lutar pela manutenção da sua saúde.

Se tivermos, ainda, em linha de conta que a tarefa de capacitar por vezes pode estar relacionado com a tarefa de educar, então o velar pela autonomia pode também passar pela atribuição de uma cada vez maior importância à educação para a saúde como forma de ampliar o papel do doente em relação aos cuidados com a sua própria saúde. Assim, cuidar também passa por ser capaz de estabelecer programas individualizados de educação para a saúde e que, na opinião de Neves e Osswald (2007), devem ser capazes de se desdobrar em cinco planos de desenvolvimento – proteção da saúde ou prevenção da doença, precaução em relação à doença, reflexão sobre a doença, participação na assistência à doença e assunção da mortalidade. Deste modo, o ampliar do papel do doente em relação à sua saúde resulta do facto de se lhe lembrar que o “cuidado” é tão necessário na doença como nos períodos em que está saudável, e que cuidar da saúde não significa apenas restaurar um bem perdido mas, na maioria das vezes, deveria ser prevenida a sua perda, ou seja, adotados hábitos de vida saudáveis.

## *2. Cuidar é velar pela circunstância do outro*

Transportando a famosa frase de Ortega y Gasset (1976), “eu sou eu e a minha circunstância...”, para os cuidados de saúde, poderíamos traduzi-la em relação ao doente dizendo que o doente é ele e a sua circunstância... Para este filósofo, a pessoa não pode ser pensada isolada ou separada da sua história, do seu passar pelo tempo e pelo mundo. Quando falamos em circunstância, teremos de pensar em tudo o que envolve a pessoa e, nesse sentido, refere-se ao mundo social, familiar, cultural, espiritual, axiológico e económico, a tudo o que tem influência sobre a pessoa e que tem amplas implicações na sua qualidade de vida e na construção da sua identidade pessoal (Torrallba i Roselló, 2002a).

A situação de doença, de necessidade de cuidados de saúde, ou mesmo de internamento, pode criar uma complexa circunstância a que o sujeito de cuidados pode ter dificuldade em reagir ou mesmo em se adaptar. Normalmente, a circunstância do doente caracteriza-se pela dor, por um conjunto de sintomas que manifesta um certo grau de desequilíbrio motivador de doença, que leva a que os profissionais de saúde se preocupem com o desenvolvimento imediato de medidas terapêuticas que reponham o equilíbrio perdido e, como referido em capítulos anteriores, que por vezes cedam à tentação de olhar apenas para a dimensão física e biológica do doente. Mas, não podemos esquecer que juntamente com a dor surge também a ansiedade, o temor quanto ao futuro, a depressão causada pela incapacidade, ou melhor, um conjunto de sinais do agravamento de uma circunstância bem mais complexa. De facto, um “simples” internamento, por exemplo, pode alterar toda a dinâmica social, familiar e económica do doente. Assim, é fundamental perceber que para além do “ser” que sofre fisicamente de uma doença, poderemos estar, também, perante o ser deslocado da sua casa, das suas rotinas, da sua família, e que esta realidade o pode transformar num ser desenraizado e carente de um ambiente de afeto e conforto que normalmente o rodeia; que estamos, também, perante o ser afastado da sua atividade profissional e social, que pode levá-lo a sentir-se um ser improdutivo, inútil, um peso social ou, ainda, atormentado pela incerteza de manutenção do seu emprego ou do seu “status” social, e que, principalmente em tempos difíceis, não deixará de estar apreensivo com a viabilidade económica do seu futuro e da sua família; que estamos perante um ser normalmente desintegrado do seu habitat cultural, onde na maioria das vezes o seu maior ou menor grau de cultura não é suficiente para o tranquilizar perante as incertezas do seu estado clínico; por fim, que estamos, ainda perante um ser cuja situação de doença o pode colocar em confronto com as suas crenças ou valores, colocando-o num mal-estar axiológico ou perante dilemas éticos difíceis de controlar. Todas estas diferentes circunstâncias em que se encontra podem alterar significativamente as relações entre as diferentes dimensões, levando a que o comportamento do indivíduo possa ser muitas vezes imprevisível ou mesmo de difícil compreensão, mas que, por isso, não deve ser alvo de julgamentos sumários ou de valorização imediata.

Assim, não se pode cuidar do outro sem tentar compreender a sua circunstância e as chaves do seu contexto, “tanto num plano tangível como no plano intangível” (Torralba i Roselló, 2005, p.3), ou seja, sem procurar conhecer o seu contexto, familiar, social, cultural, religioso, profissional, sem tentar compreender o que o preocupa, o que o torna ansioso, o que o deprime, o que o reduz, sem tentar procurar saber o que o satisfaz ou o que lhe desagrada, sem tentar saber os seus anseios, os seus desejos ou os seus objetivos. Neste sentido, cuidar é muito mais que o simples repor do equilíbrio biológico, é procurar repor, dentro do possível, a “circunstância” que implique a menor redução da sua qualidade de vida, tarefa de extrema dificuldade na medida em que cada ser humano “possui” a sua própria circunstância.

### *3. Cuidar é resolver o corpo de necessidades do outro*

Como refere Collière (1999), “velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de atos que tem por fim e por função, manter a vida dos seres vivos ...” (p.29). Manter a vida dos seres vivos e, neste caso particular, dos seres humanos, significa reconhecer que eles possuem um corpo de necessidades muito distintas e que precisam de ser “satisfeitas”.

Tentar desenvolver um estudo completo sobre as necessidades humanas, tendo em conta a complexidade da sua existência, pode tornar-se tarefa dotada de quase impossibilidade. A indigência humana manifesta-se de formas muito distintas quer em intensidade, quer em modo de expressão. Por outro lado, não se pode esquecer a particular capacidade que o ser humano tem de se ir construindo e, desta forma, de criar para si mesmo novas necessidades que se vão tornando vitais para o seu desenvolvimento (Torralba i Roselló, 1998). Não pretendemos, por isso, desenvolver um estudo de tamanha complexidade, nem tão pouco analisar detalhadamente os estudos já elaborados sobre esta temática<sup>26</sup>. Olharemos, no entanto, para alguns desses estudos no sentido de realçarmos o vasto leque de necessidades humanas.

---

<sup>26</sup> São várias as teorias sobre a organização das necessidades humanas básicas. Ao longo do texto faremos referência a título de exemplo às teorias de Maslow, de Simone Weill ou de Martha Nussbaum, mas o importante aqui é apenas o reconhecimento do homem como um ser de necessidades e de que o cuidar é a resposta a essas mesmas necessidades.

A primeira tendência na abordagem das necessidades humanas sob o olhar dos cuidados de saúde é a de as reduzir quase exclusivamente às necessidades biológicas, àquelas que mais facilmente associamos à existência e à sobrevivência do ser humano, como o são a alimentação, a água, o vestuário, o sexo, o saneamento, entre outros, aquelas que na opinião de Maslow se encontram na base da pirâmide e que, por isso, são também o ponto de partida para as restantes necessidades. Mas, como complexo que é, o Homem possui um conjunto muito mais alargado de necessidades: Maslow, por exemplo, fala em necessidades de segurança, sociais, de estima, e de autorrealização; já Marta Nussbaum, através da sua teoria das capacidades diretamente ligada à satisfação das necessidades básicas, fala em vida, saúde corporal, integridade física, imaginação e pensamento, emoção, razão prática, filiação, outras espécies, diversão e meio ambiente controlado. Ou seja, necessidades de acordo com a realidade multidimensional do ser humano e, por isso, que abrangem as suas dimensões física e orgânica, psicológica, social, cultural, familiar, económica, entre outras. Mas, como refere Simone Weil, há ainda outras necessidades que não têm relação com a vida física mas com a vida moral, que “se não se satisfizerem o homem cai pouco a pouco num estado mais ou menos análogo à morte, mais ou menos próximo de uma vida vegetativa” (Weil, 1996, p.26), e estas são muito mais difíceis de reconhecer e enumerar. De acordo com esta filósofa, são elas a ordem, a liberdade, a obediência, a responsabilidade, a igualdade, a hierarquia, a honra, a segurança, o risco, a propriedade privada, a propriedade coletiva, a verdade e o enraizamento.

Assim, se cuidar é resolver o corpo de necessidades do outro, há passos imprescindíveis a ser dados. Em primeiro lugar, é fundamental saber fazer o levantamento das necessidades do sujeito de cuidado e, aqui, mais uma vez, ganha relevo o estabelecimento de uma boa relação terapêutica. Só com uma boa relação terapêutica, com uma boa relação de escuta, com sentido de receção do outro, podem os profissionais de saúde detetar as necessidades dos doentes. Neste sentido, não só as características já referidas anteriormente (atenção solícita, tato, escuta, confiança) são importantes, como se revela também fundamental uma prática, por vezes descurada, como a primeira colheita de dados, a história clínica ou a anamnese (conforme o nome que cada grupo profissional lhe quiser atribuir). O primeiro olhar para o doente é já de extrema importância e reclama uma visão holística capaz de ter

presente esta multidimensionalidade humana. Para esta tarefa, são essenciais as competências do cuidar como a solicitude, a comunicação, a responsabilidade pelo outro. O passo seguinte apela à competência profissional, a um corpo de conhecimentos bem cimentado, pois para responder às necessidades do outro é também necessário a realização adequada e eficiente de tarefas, técnicas que vão desde os cuidados de higiene, alimentação, administração de terapêutica, execução de pensos e curativos, à realização de cirurgias ou qualquer outro tipo de tratamento de grande complexidade; saber usar de forma racional e competente os recursos, saber trabalhar em equipa, e saber manter atualizado um registo pormenorizado da atuação e da evolução clínica.

Por fim, um outro aspeto importante que deve ser salientado e que vem de encontro ao já referido no ponto anterior, é que o cuidar das necessidades do outro nem sempre exige que o cuidador substitua o doente, mas sim que seja capaz de o dotar das ferramentas que o tornem capaz de responder às exigências das suas necessidades. Ou seja, o cuidar, tal como referimos nas páginas anteriores, exige a competência técnica e a competência ética. Exige, mais uma vez, o tratar, o cuidar e o capacitar.

#### *4. Cuidar é preocupar-se e ocupar-se do outro*

Quando se fala em cuidados de saúde, habitualmente ouve-se falar em três níveis de intervenção: cuidados de saúde primários (CSP), cuidados de saúde secundários e cuidados de saúde terciários. Com as alterações provocadas pelo aumento acentuado do envelhecimento populacional, o sistema nacional de saúde foi-se reorganizando no sentido de dar uma maior resposta às necessidades de saúde da população. Assim, na atualidade, os cuidados de saúde organizam-se em CSP, centrados essencialmente na promoção de saúde e na prevenção da doença, desenvolvidos ao nível dos centros de saúde<sup>27</sup>, em cuidados de saúde secundários e terciários especializados (diferenciados), que se desenvolvem essencialmente ao nível hospitalar e, por fim, em cuidados para doentes de evolução

---

<sup>27</sup> Usamos a expressão centro de saúde por ser, ainda, a mais comumente utilizada pelos utentes e pela população em geral. No entanto, hoje quando se fala em cuidados de saúde primários, eles são desenvolvidos por uma rede de distintas unidades que vão desde as unidades de saúde familiares, unidades de saúde pública, unidades de cuidados de saúde primários, unidades de cuidados na comunidade e unidades de cuidados na comunidade integradas (UCCI).

prolongada que se desenvolvem principalmente nas instituições da rede nacional de cuidados continuados integrados.

Num sistema de saúde demasiado centrado no tratar, não será motivo de admiração que os cuidados de saúde diferenciados (CSD) reúnam uma maior exposição e lhe seja atribuída maior importância, pelo que não será também de espantar que durante largas décadas se tenha evidenciado um enfoque desproporcionado em cuidados secundários e terciários especializados assentes num “hospitalo-centrismo”. Sabendo que neste nível de cuidados de saúde o sujeito de cuidados surge, quase sempre, em estado de doença, ou melhor, padecendo de determinada patologia, o profissional de saúde tende a ocupar-se do outro, do doente, de modo a tentar resolver o conjunto de problemas, de necessidades ou de “desequilíbrios” que ele apresenta. Fazendo a interligação com a “tese” anterior, o profissional ocupa-se do corpo de necessidades do outro, usando para o efeito todo o conjunto de competências científicas, técnicas e humanas que possui.

Mas, o ato de cuidar do ser humano permite o *(pre)ocupar-se*, o recurso a uma prática antecipatória capaz de prever e prevenir futuros problemas de saúde. É neste sentido que o verdadeiro ato de cuidar vai muito para além do momento de doença. O cuidador procura precaver o futuro e, por isso, promove a saúde, rastreia a doença e educa para hábitos saudáveis ou capazes de melhorar as condições de vida do doente. Quer isto dizer que mesmo neste “ocupar-se do outro” nos cuidados diferenciados, o profissional tem de ver para lá do momento e, nesse sentido, deve por um lado ser capaz de perceber quais as complicações, quais as emergências que podem surgir daquela situação clínica e estar preparado para agir se ocorrerem e, por outro lado, deve ser capaz de capacitar o doente de hábitos, ferramentas ou conhecimentos que, perante as alterações provocadas pela doença atual, lhe permitam responder de forma a ter a melhor qualidade de vida possível e a prevenir eventuais recaídas ou complicações. No entanto, nesta ideia da antecipação do cuidar, os CSP ganham uma enorme importância. Como refere Torralba i Roselló (2002a), cuidar o humano é antecipar o seu “poder ser”, quer dizer, é promover as capacidades, as habilidades de que pode vir a ser capaz de usar no futuro e, nesse sentido, o cuidado é tarefa de antecipação e de *“pre-visão”*. Se atendermos aos objetivos dos CSP que são

precisamente a promoção da saúde através da educação para hábitos de vida saudáveis e a prevenção da doença através do rastreio, vigilância e vacinação, então, de forma muito resumida, poderíamos defini-los como a antecipação face a eventuais agressões à saúde e previsão sobre os eventuais obstáculos que poderão surgir. Assim, cuidar, “(pre)ocupar-se” do outro é promover a existência do outro, é libertar o sujeito de cuidados dos obstáculos que podem dificultar a sua construção pessoal e, nesse sentido, “é antecipar o poder ser do outro, quer dizer, ajudar o outro a concretizar o que está chamado a ser” (Torrallba i Roselló, 2002a, p.124).

##### *5. Cuidar é preservar a identidade do outro*

Ao longo dos tempos, várias foram as definições de pessoa que se foram construindo e explicando, tarefa ingrata ou mesmo impossível como afirma Mounier, tendo em conta a complexidade de todo o ser humano. Não pretendemos, por isso, entrar em tão árduo exercício, até porque em capítulo anterior já tivemos a preocupação de desenvolver os aspetos fundamentais da pessoa humana, como a interioridade, a corporeidade, a relacionalidade, a singularidade, entre outras<sup>28</sup>. Procurámos, aí, explicar as bases para a compreensão da pessoa enquanto ser que se constrói e que se personaliza agindo de forma autónoma. Neste processo de construção, vai-se relacionando com o outro que o rodeia, com o mundo e mesmo com Deus, de uma forma muito pessoal e íntima, de modo a constituir-se como indivíduo único e irrepetível ou, se quisermos de forma mais simples, constituir-se com uma identidade própria.

Assim, cuidar de alguém é, também, respeitar e promover essa identidade criada ao longo do tempo e que não pode ser desprezada mesmo perante a redução das suas capacidades ou possibilidades de expressão que possam resultar da sua doença. Cuidar do outro não pode resultar nunca na colonização do outro ou no apagamento da sua personalidade, pois tal ato não seria mais do que reduzi-lo à representação de objeto, e o outro não pode nunca ser visto como caso objetivado mas sempre entendido como sujeito singular, cuja história

---

<sup>28</sup> Ver sub-capítulo em busca da humanizaçã, pp. 40-55.

ajudou a esculpir uma identidade própria que tem de ser respeitada, pelo que cuidar é antes de mais deixar que o outro seja.

Mas, deixar que o outro seja, não pode ser interpretado como a simples tolerância à sua existência, mas “velar para que seja ele mesmo, para que possa expressar a singularidade no mundo, a sua identidade pessoal” (Torralba i Roselló, 2002a, p.117), também não pode ser confundido com indiferença ou com o deixá-lo sozinho com a sua identidade, abandonado aos perigos, agressões, dificuldades ou sofrimentos resultantes da sua situação de doente e que facilmente poderia contribuir para a sua alienação, perturbação e para a sua conversão em quem não é. Por outro lado, e relembrando algumas características dos cuidados de saúde e da sua tendência para a rotinização e burocratização que cria espaços desprovidos de calor humano que muitas vezes ajuda à despersonalização do cuidador e do doente, cuidar tem de ser, também, uma resposta na tentativa de impedir os efeitos dessa massificação, da rotinização que “reduz” o doente a um número de cama, a uma patologia ou a um simples recetor de ações e tratamentos e que procura provocar o apagamento das diferenças e das características individuais, promovendo o impessoal.

Neste sentido, cuidar como “preservar a identidade do outro” relaciona-se com vigilância, observação discreta e atenta do outro, permitindo-lhe que se mantenha autêntico, que expresse o que é e como pensa no seu interior. É ajudá-lo, também, a olhar para dentro de si e a ver-se como realmente é, ajudando-o na sua tarefa de ser autêntico, ou seja, de certo modo poderemos dizer que velar pela sua identidade se relaciona com o velar pela sua autonomia mas, agora, acrescentando cotas de autenticidade. Só desta forma se poderá proporcionar o verdadeiro “encontro clínico”, aquele que se dá entre seres autênticos.

Chegamos, assim, a um outro aspeto importante do cuidado, que designamos por “encontro clínico” mas que simplesmente poderíamos referi-lo como o encontro cuidador-doente ou, na sua forma mais original e simples, o encontro eu-outro<sup>29</sup>. Este encontro de autenticidade em que o doente surge sempre como sujeito único, “um ente singular na história, um projeto único no mundo” (Torralba i Roselló, 2005, p.5) proporciona um encontro essencialmente ético, é o encontro eu-outro, em que, de acordo com as palavras de Lévinas

---

<sup>29</sup> Sobre a noção de encontro e os seus pressupostos remetemos para as páginas 45-49.

(1980a), o doente surge como “rostro”, apresenta-se no frente a frente “sem mediação de nenhuma imagem, na sua nudez, ou seja, na sua miséria, na sua fome” (p.174). Quando falamos em nudez, em primeiro lugar devemos pensar num doente que surge despojado de alguns elementos com que habitualmente se apresenta em público, o vestuário, os adornos, os gestos, as posturas habituais, entre outros, pois em situação de doença as pessoas perdem, muitas vezes, em maior ou menor medida, esses elementos e, por isso, apresentam-se desnudadas, prostradas, desvalidas (Feito, 2009), na “sua miséria”. Por outro lado, a nudez, enquanto aplicada ao “rostro”, representa também a abertura do ser ao infinito e, neste sentido, essa nudez faz com que o rosto seja “o que não se pode transformar num conteúdo...” (Lévinas, 1982, p.91), o que não pode ser objetivado. Ao surgir desta forma no encontro convoca o cuidador para uma resposta essencialmente de “responsabilidade e servidão” (Lévinas, 1980b, p.356).

Esta tese do cuidar inverte a vulgar assimetria relacional dos cuidados de saúde, uma vez que encontrar o outro (o doente) no seu mistério, na sua unicidade, na sua individualidade, desafia a uma relação de doação em que a presença do doente desafia o cuidador a “dizer: eis-me aqui” (Almeida, 2007; Lévinas, 1982).

Há, no entanto, um aspeto que nos parece fundamental nos cuidados de saúde, que ainda não tivemos a oportunidade de desenvolver e que tem a ver com a defesa da intimidade da pessoa doente. A resposta de cuidado exigida pelo sujeito doente origina que, por vezes, o cuidador tenha acesso à sua intimidade, seja ela física ou psicológica e, por isso, respeitar a identidade do outro tem de significar também o respeito por essa mesma intimidade.

Mas o que é, de facto, a intimidade? De que falamos quando empregamos este termo?

Partindo com a certeza de que estamos perante uma realidade difícil de definir, Feito (2009) afirma que “a intimidade é a zona espiritual mais interna e reservada de uma pessoa, é esse espaço - físico ou metafórico – em que residem aqueles aspetos que apenas se partilham com as pessoas muito próximas” (p.225), ou seja, estamos a falar de uma realidade de índole imaterial, relativa ao mais nuclear da pessoa e que pode, nesse sentido, englobar desde emoções, sentimentos e estados de ânimo que constituem a vida afetiva de

um sujeito, até à visão do próprio corpo. Na verdade, o que contribui decisivamente para a dificuldade de definir intimidade reside, na nossa opinião, no facto de cada indivíduo definir quais os limites da sua intimidade de acordo com o seu peculiar modo de ser, segundo a sua cultura, as suas crenças ou costumes.

De acordo com Vielva (2002), poderemos encontrar três dimensões fundamentais da intimidade: a primeira é entendida como liberdade perante a intrusão, isto é, a possibilidade de defesa perante a observação e invasão alheia. Esta invasão pode referir-se à presença física alheia e indesejável, desde o espaço mais imediato até à invasão da própria intimidade corporal. Em segundo, pode também entender-se a intimidade como uma margem para a autonomia pessoal e, nesse sentido, engloba a liberdade de pensamento, de consciência, de religião, de decidir em todos os assuntos de modo a que não saiam do âmbito do privado. Por fim, numa terceira dimensão, a intimidade pode estar ligada à restrição da informação acerca de si mesmo, ou seja, o direito de o sujeito de cuidado controlar a informação acerca de si e a forma como se pode ou não difundir o acesso a ela. Na verdade, o âmbito do íntimo pertence à própria pessoa, que deve ter o direito de ver resguardada essa “parte” de si, sendo que esse direito só é salvaguardado quando o cuidador não só respeita a possibilidade de não ter acesso a essa informação, como, nos casos em que ela é vital para o cuidado, dá garantias suficientes de confidencialidade.

Desta forma, e segundo o mesmo autor, o respeito pela intimidade do sujeito doente pressupõe três tipos de exigências: *i)* o respeito pela intimidade física; *ii)* o respeito pela consciência e autonomia; *iii)* o respeito pela confidencialidade.

#### *i. Respeito pela intimidade física*

As situações próprias dos cuidados de saúde exigem com alguma frequência o desvelamento de aspetos da intimidade corporal, os quais, normalmente, estariam reservados para as relações de especial familiaridade e cumplicidade. Não podemos esquecer que o corpo é normalmente considerado um espaço íntimo, principalmente quando despojado dos elementos com que o “adornamos” no dia a dia, no desenvolvimento

da nossa vida pública. Na situação de doença, a pessoa tende a perder esses elementos, encontrando-se, como já referido, frequentemente desnudada, prostrada e desvalida, sendo que esse aspeto pode contribuir para a sua fragilização. Neste sentido, respeitar o outro exige que esse desvelamento da intimidade corporal se limite aos aspetos indispensáveis, bem como se saiba limitar ao imprescindível o número de pessoas a participar no cuidado.

*ii. Respeito pela consciência e autonomia*

Esta segunda exigência de respeito pela intimidade refere-se a um dos aspetos que gera situações mais complicadas ao nível dos cuidados de saúde. Se olharmos para o doente no uso da sua autonomia, saberemos facilmente que cada decisão por ele tomada tem por base as suas crenças, a sua cultura, convicções, no fundo a sua consciência. Mas, por vezes, essas decisões “chocam” com os valores do cuidador. Havendo mecanismos que permitam ao cuidador não ter de ir contra a sua consciência, nada justifica que ele possa, de algum modo, confrontar, desrespeitar, desvalorizar ou publicitar os valores e as decisões do doente.

*iii. Respeito pela confidencialidade*

Esta terceira exigência está diretamente ligada com a obrigação profissional à confidencialidade, ao segredo. A pessoa doente pode revelar parte do seu mundo interior, pode mesmo partilhar parte do mais profundo de si, facto que deve suscitar no cuidador o “respeito próprio de estar perante algo de certo modo único e sagrado, o mistério da pessoa” (Vielva, 2002, p.117) e, por isso, deve ser tratada com lealdade que exigirá não compartilhar com os outros essa confidência.

*6. A prática do cuidar exige o autocuidado*

Torralba i Roselló (2005), refere que “só é possível cuidar corretamente do outro se o agente que cuida se sentir devidamente cuidado” (p.6). De facto, só é possível cuidar do outro quando o cuidador também é capaz de cuidar de si, de se estimar a si próprio, quando se respeita enquanto ser humano e se preocupa com a sua própria pessoa e, nesse sentido,

quando é capaz de tratar do complexo conjunto das suas necessidades, sejam elas físicas, familiares, sociais e espirituais.

A tarefa de cuidar, quando exercida de forma comprometida, reveste-se de grande exigência, fazendo com que na sua atenção e responsabilidade por responder ao outro-sujeito de cuidados, por vezes, o cuidador possa esquecer-se ou descuidar o cuidar de si. Mas, a abertura ao outro só pode existir na totalidade quando o cuidador vê resolvidas as suas necessidades ou carências, pois cuidar do outro, apoiá-lo, transmitir-lhe serenidade, acompanhá-lo, exige ao cuidador serenidade e tranquilidade.

Nos últimos anos muitos têm sido os investigadores que se dedicaram ao estudo das causas e dos efeitos do “desgaste” provocado pelo exercício do cuidar, nomeadamente sobre a prevalência da síndrome de *burnout* em profissionais de saúde. Esta síndrome está normalmente associada à exaustão provocada pela exigência profissional, pelo pouco tempo dedicado a aspetos tão fundamentais para o autocuidado como a alimentação, o descanso, o tempo em família, o lazer, entre outros. A esta exaustão associa-se com frequência uma despersonalização do profissional e um sentimento de baixa realização e de baixa autoestima. Este desenvolvimento pode levar a que o profissional tenha dificuldades em lidar com as emoções dos seus doentes, podendo levá-los a tratá-los de forma impessoal e desumanizada (Souza & Silva, 2002), o que no fundo revela dificuldade em cuidá-lo.

Assim, o cuidar de si mesmo adquire grande importância, pois este ato de cuidar-se relaciona-se diretamente com a autoestima e com o amor-próprio. Neste sentido, velar pela saúde física, mental e espiritual do cuidador é antes de tudo uma tarefa sua, mas também uma função das instituições e dos sistemas de saúde, devendo estes estar atentos à possibilidade de, muitas vezes, o modo como se organizam, as suas exigências burocráticas ou mesmo de trabalho se tornarem na principal causa de erosão e desgaste do prestador de cuidados e o exercício ético de deixar o outro ser quem é, ou quem está chamado a ser, só é possível a partir do testemunho moral de outro ser que busca a excelência da sua pessoa através do autocuidado (Torralba i Roselló, 2002a).

### *7. A prática do cuidar fundamenta-se na vulnerabilidade*

Dissemo-lo na introdução deste trabalho e referimo-lo agora de novo: O homem é um ser constitutivamente vulnerável e também, por isso, é um ser-de-cuidado. Vulnerabilidade e cuidado são, neste sentido, realidades inseparáveis. É do facto de sermos vulneráveis que surge a possibilidade do cuidado, pelo que podemos dizer que a vulnerabilidade é a “força motriz do cuidar”, a “causa indirecta dessa actividade” (Torralba i Roselló, 2005, p.7), mas é ao mesmo tempo o limite insuperável do cuidar. É da compreensão deste fenómeno “paradoxal”, da compreensão desta dupla realidade humana de “ser-de-cuidado” e “cuidador” que, na nossa opinião, pode resultar um verdadeiro exercício do “cuidar” na assistência de saúde. É, também, por isso que este tema será alvo do próximo capítulo teórico deste trabalho.

## **3. DA VULNERABILIDADE AO CUIDAR**

Torralba i Roselló (2005), afirma que “a prática do cuidar se fundamenta na vulnerabilidade” (p.6), característica constitutiva de todo o ser humano que apela ao cuidado e que, ao mesmo tempo, representa o limite do cuidar. Por isso, este traço da humanidade não pode ser afastado de um lugar privilegiado na sua reflexão sob o risco de causar danos irreparáveis. De acordo com MacIntyre (2001), a vulnerabilidade e dependência são dimensões incontornáveis da vida humana, no entanto, apesar de essa dimensão constituir um traço distintivo da condição humana, tão medular como a capacidade de adquirir uma linguagem ou de argumentar, a experiência da vulnerabilidade, seja a própria ou a dos outros, como impulsionadora de juízos e de compromissos, foi excluída da vida científica, social e mesmo filosófica, sendo este, na sua opinião, um dos maiores erros do pensamento atual.

Também nos cuidados de saúde, a ideia de vulnerabilidade tem estado muito arredada da mentalidade atual e esta carência de uma “pedagogia da vulnerabilidade” teve evidentes implicações na sua prática, como tivemos oportunidade de desenvolver em capítulos anteriores. Não deixa de ser paradoxal que perante a sobrevalorização do homem biológico,

no qual deveriam ser percebidas e encontradas as causas e as curas de toda e qualquer doença, que perante tão grandes avanços no conhecimento dos processos bio fisiológicos que comandam o desenrolar da vida humana, se tenha, ao mesmo tempo, desprezado um outro aspeto da incontornável animalidade da natureza humana que é a nossa condição de animais dependentes e vulneráveis, característica que, aliás, compartilhamos com todos os animais não humanos. De facto, “todo o ser humano está potencialmente exposto a sofrer uma incapacidade extrema, é possível que, mais tarde ou mais cedo, necessite de alguém que seja um segundo eu e fale em seu nome” (MacIntyre, 2001, p.162). Se há coisa que o desenvolvimento da vida humana, ao longo dos muitos séculos da sua história, nos ensinou é que não é possível o ser humano sobreviver sem o auxílio de outros, já que a sua existência desde os momentos iniciais da vida, em que está sujeita a uma longa fase de maturação física e mental na qual a fragilidade e a dependência em relação aos pais é evidente, passando pela vida adulta e chegando à velhice é marcada notoriamente por momentos de maior ou menor vulnerabilidade. O reconhecimento desta dependência, a aprendizagem e a compreensão do Homem como um ser vulnerável, a aceitação das próprias fragilidades, pode envolver os agentes (cuidadores e sujeitos de cuidado) em redes de reciprocidade que chamem a sua atenção para o *factum* humano da dependência, da vulnerabilidade da vida e da situação de incapacidade, ao mesmo tempo que estas circunstâncias se podem transformar num convite ao debate sobre os princípios do trato justo (MacIntyre, 2001) ou, dito de outra forma, um convite à reflexão sobre a importância das virtudes do cuidar.

Como já abordado anteriormente, no dia-a-dia dos profissionais de saúde, no uso da sua linguagem diária, existe muitas vezes a tentação de falarem dos doentes ou de quem padece de uma lesão ou de alguma incapacidade, como o objeto de intervenção ou, quando estes têm presente a sua condição de sujeitos morais, referem-nos como objeto de benevolência por parte dos cuidadores. Mas, a vulnerabilidade do doente não fica plenamente amparada pela simples busca da ação benevolente, a sua condição pede um conjunto mais amplo de contribuições do cuidador que abarcam aspetos como o carinho, a intimidade, a proteção e a atenção. A vulnerabilidade, por si, estabelece uma outra dimensão na relação, pois a doença, a fragilidade, exigem que os seres humanos

estabeleçam algum tipo especial de relação com todos aqueles que experimentam a mesma condição de ser humano vulnerável. No fundo, como refere Masiá Clavel (1997), a tomada de consciência da universalidade da vulnerabilidade convida a razão humana ao estabelecimento de uma filosofia humana do cuidado da pessoa vulnerável. É por isso que, na nossa opinião, se pode e deve recentrar o cuidar em saúde a partir de uma perspectiva de vulnerabilidade.

### **3.1. Sentidos e rostos de vulnerabilidade**

O primeiro passo para o entendimento do cuidar a partir da vulnerabilidade será de tentarmos perceber o que significa ser vulnerável. Nem sempre é fácil percebermos o significado ou o sentido dos termos empregues no dia a dia. A polissemia atribuída a algumas palavras, ou expressões, fazem com que o seu significado mude de acordo com a situação ou a circunstância em que a empregamos e, nesse sentido, também o termo vulnerabilidade, no “mundo” da saúde, é usado com diferentes sentidos. Neves (2006), no seu artigo “sentidos da vulnerabilidade: características, condições, princípio”, desenvolve três usos para o termo vulnerabilidade: função adjetivante, condição (humana) universal e princípio bioético.

Se fizermos uma pesquisa pelas bases de artigos de saúde ou bioética, o emprego mais comum do termo vulnerabilidade surge como referência à imperiosa proteção devida aos mais vulneráveis perante a experimentação científica, e ainda em textos de saúde pública e epidemiologia, em inúmeras referências a grupos mais vulneráveis à contaminação ou propagação de determinadas patologias. Falar de vulnerabilidade associado à experimentação científica transporta-nos para o “Belmont Report”, enquanto um dos primeiros textos de bioética com referências a este tema. Neste relatório, a noção de vulnerabilidade surge essencialmente com o objetivo de procurar classificar situações particulares de pessoas ou grupos que as coloquem em maior risco perante o interesse da ciência. A história é fértil em situações em que, em nome do progresso científico, se colocaram pessoas que se encontravam em situações de menor proteção (crianças, órfãos,

idosos, prisioneiros, populações pobres, etnias, etc.), em risco acrescido de sofrerem danos ou agressões resultantes de atos experimentais. Nesse sentido, o uso do conceito de vulnerabilidade está essencialmente associado à identificação das características de grupos ou pessoas que as torna mais suscetíveis ou menos protegidas perante as investidas dos abusos científicos. Já no segundo caso, no emprego associado à saúde pública e à epidemiologia, a ideia de vulnerabilidade está associada não só às condições sociais ou físicas e até genéticas do indivíduo, mas também às condições do meio ambiente, às características da sociedade em que está inserido, levando ao uso de terminologias como “populações vulneráveis” ou “grupos de risco”. Esta utilização procura referenciar grupos de pessoas que, em consequência de um conjunto de condições associadas ao seu meio envolvente, são expostas a uma maior suscetibilidade ao “dano”, à agressão, à doença. No fundo, está subjacente a ideia de que existem “espaços de vulnerabilidade” compostos por algo como um “clima” ou um conjunto de condições favoráveis que expõem as pessoas a maiores riscos, a situações de falta de poder ou controlo, à impossibilidade de mudarem as suas circunstâncias e, portanto, à desproteção (Feito, 2007). A vulnerabilidade surge, assim, como uma qualificação atribuída a pessoas ou populações que resulta de características particulares, momentâneas ou ocasionais, pelo que o uso do termo surge como uma “função adjetivante” (Neves, 2006).

Outro significado do termo vulnerabilidade está associado ao seu emprego enquanto “princípio bioético” presente, por exemplo, na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO, 2005), onde o “respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual” surge como um dos quinze princípios formulados. Mas, a sua primeira aplicação, neste sentido, surge na Declaração de Barcelona (1998)<sup>30</sup>. A vulnerabilidade surge entre os quatro princípios propostos por P. Kemp: vulnerabilidade, dignidade, autonomia e integridade. Nesta Declaração, a vulnerabilidade é apresentada exprimindo dois sentidos distintos: a função adjetivante, atrás explicada, e ainda como condição humana universal, que desenvolveremos a seguir. Ou seja, este princípio sublinha a

---

<sup>30</sup> Declaração resultante do Programa Biomed II financiado pela Comunidade Europeia dirigido pelo Dr. P. Kemp e que procurou encontrar e fundamentar princípios fundamentais de Bioética condizentes com a cultura europeia.

importância de proteção, cuidado, dos grupos cujas condições os tornam particularmente vulneráveis, realçando aqueles cuja autonomia, dignidade ou integridade pode ser mais facilmente ameaçada; e, ainda, a proteção de todo o ser humano que, independentemente da posse da sua autonomia, dignidade ou integridade, não pode afastar de forma definitiva a “finitude e fragilidade” da sua vida, pelo que a possibilidade de ser ferido em qualquer momento deve criar o dever moral de não ferir (Neves, 2006).

Por fim, falta-nos desenvolver o significado de vulnerabilidade como condição humana universal, sendo esta a aplicação que pretendemos associar ao desempenho do cuidar, referimo-nos a uma vulnerabilidade “como parte da condição humana” (Renaud, 2005, p.405), como realidade constitutiva do ser humano, sendo que desta forma ganha um sentido mais amplo, universal.

Vulnerabilidade deriva do termo latino “*Vulnus*”, que significa “ferida”. Mas, como refere Renaud (2008a), ferida evoca, pelo menos de modo simbólico, a abertura sangrenta, dolorosa e sofrida. Neste sentido, de uma forma simples, poderíamos dizer que vulnerabilidade representa a irredutível suscetibilidade do humano para ser ferido, para o sofrimento ou de um modo radical para o desgaste e finitude. No fundo, vulnerabilidade significa a fragilidade e precariedade própria do ser humano, uma exposição a qualquer situação de ameaça ou à possibilidade de sofrer dano.

No seu exercício de viver, o ser humano está exposto a múltiplas situações que o afetam e o fazem perigar: o perigo de adoecer, de ser agredido, de fracassar, de morrer, entre outros, de modo que nos atrevemos a dizer que viver humanamente também significa viver na vulnerabilidade e vivê-la na sua total e complexa realidade. Assim, sendo o ser humano um ser pluridimensional, é também nessa sua totalidade que vive e expressa a sua vulnerabilidade, pois como refere Renaud (2005), ela “abrange a existência de cada ser humano na sua individualidade mais concreta, isto é, na sua singularidade” (p.405). Portanto, viver na vulnerabilidade implica estar suscetível a receber ou a padecer de algo mau ou doloroso como, por exemplo, uma doença, mas também à possibilidade de ser ferido física ou emocionalmente, ou ainda poder ser persuadido ou tentado, ser submetido a situações de “não poder”, lembrando-lhe que não é invencível, que não tem controlo de

todas as situações, que é possuidor de limitações. Também, neste mesmo sentido, quando falamos de “dano”, este tem de ser entendido na multiplicidade de possibilidades de se manifestar. É certo que o “dano” mais evidente será a ferida, a dor e, no caso mais extremo, a morte, mas ele pode também ser psíquico ou emocional, abrindo desta forma a porta ao sofrimento. Mas, há ainda o dano moral causado pela maldade ou injustiça ou pela possibilidade do desprezo (Feito, 2007). Poderíamos assim dizer que tanto a vulnerabilidade como a causa do “dano” se podem expressar na multiplicidade das dimensões da vivência humana.

Javier de la Torre (2012), fala de quatro rostos da vulnerabilidade: a fragilidade, a nudez, a possibilidade de desprezo e a falibilidade.

A ideia da vulnerabilidade como fragilidade, Javier de la Torre explica-a a partir de M. Nussbaum (1986) e da obra “The fragility of goodness: luck and ethics in greek tragedy and philosophy”, onde a autora desenvolve o conceito de “fortuna moral” (“moral luck”), aplicando-o ao ser humano, lembrando que, no desenvolvimento da sua existência, está exposto à fortuna ou ao infortúnio. Se atentarmos que infortúnio vem de fortuna e que esta deriva do termo grego “*Tiké*”, que significa eventos sobre os quais os agentes humanos não têm controlo, verificamos que a vida humana pode ser submetida a situações difíceis ou impossíveis de dominar. Assim, a “boa fortuna” pode chegar em qualquer momento - uma doença que se cura, um casal infértil que dá à luz, um desempregado que arranja emprego, um jackpot de uma qualquer lotaria... - mas, desta mesma forma, também pode surgir a “má fortuna”, como uma doença inesperada, o acidente impensável e para o qual não estávamos preparados, a perda do lugar de trabalho, entre inúmeras possibilidades de situações que nos podem arrastar para a ruína. É certo que quase todos estes factos, todas estas imprevisibilidades, podem ser reparados, mas normalmente exigem tempo..., tempo para curar, tempo para sarar as feridas, tempo para recuperar a autoestima, tempo para recuperar a dignidade e a esperança (De la Torre, 2012).

Neste sentido, o tão desejado e proclamado Homem autónomo, autossuficiente, regulador e construtor da sua vida vê-se comprometido por um aspeto tão simples e tão arbitrário como a fortuna ou o infortúnio. Pode exclamar, ou interrogar-se continuamente sobre “porquê

eu?”, “porquê a mim?” ou mesmo sentir a “injustiça moral” do acontecimento, mas a verdade é que a boa ou má sorte pode influenciar a sua vida em todo o momento. Assim, todas as atividades e relações apontadas como importantes no ser humano, como inseparáveis da constituição da vida boa (o amor, a amizade, as relações humanas, as atividades sociais e políticas), são por definição vulneráveis ao risco, à fortuna, à incerteza. Até a vivência do amor nos torna mais vulneráveis, pois de certa forma nos expõe mais à fortuna ou ao infortúnio, ao medo da não correspondência, ao risco de ser afastado, à possibilidade da dependência, e ao sempre presente risco da perda. No entanto, o amor não agudiza apenas a vulnerabilidade, ele potencia também o próprio amor tão necessário e essencial para uma vida verdadeiramente humana.

Um segundo rosto da vulnerabilidade é a nudez ou, de forma mais compreensível, surge da exposição ao outro na sua nudez, na sua autenticidade, na sua simplicidade. Falar de “nudez” e “rosto” transporta-nos de imediato para o universo Levinasiano e para a relação entre o “eu” e o “outro”, enquanto originariamente ética. Neste sentido, poderíamos referir que nos estamos a debruçar sobre uma vulnerabilidade ética, assente no desafio à responsabilidade de todo o “eu” perante qualquer “outro” desnudado. O ser humano é um ser social e, por isso, exposto ao outro, sempre sujeito ao encontro. Mas, o encontro verdadeiro é aquele que acontece face a face, em que o outro se apresenta pelo “rosto”, um “rosto” que não se limita à face mas que está para além da percepção (Almeida, 2007). Neste sentido, apresentar-se pelo “rosto” significa apresentar-se “...na sua nudez, ou seja, na sua miséria e na sua fome” (Lévinas, 1980a, p.174), sendo que essa nudez é ao mesmo tempo exigência de resposta, de responsabilidade. Uma responsabilidade pelo outro que não é algo optativo, mas que surge como que uma chamada a qual estamos impedidos de rejeitar. Para Lévinas, o outro que me surge como rosto, que me olha através de “um desnivelamento metafísico” (Lévinas, 1980a, p.59) impele-me a entender a sua miséria, a sua necessidade de justiça, levando o “eu” a descobrir-se como responsável (Almeida, 2007). Assim, a “subjetividade humana” é uma responsabilidade pelo outro, uma vulnerabilidade extrema ao rosto do outro, o “eu” vulnerável à vulnerabilidade do outro (De la Torre, 2012).

O terceiro “rostos” da vulnerabilidade surge sob a forma de desprezo. A nossa condição de ser social coloca-nos permanentemente frente ao outro, frente à sociedade, na qual nos inserimos e na qual buscamos um papel mais ou menos relevante, mas que seja fundamental para a construção da nossa identidade. Nesta exposição social, cada homem vê-se perante a possibilidade de ser respeitado ou desprezado, de ser reconhecido ou ignorado. De acordo com Charles Taylor, num contexto de pluralidade cultural como aquele em que vivemos, o reconhecimento da identidade individual, da nossa identidade é uma necessidade fundamental para a realização de qualquer ser humano. A “política de reconhecimento” deste autor aponta não só para a necessidade de correção das desigualdades ou discriminações, mas também para o estímulo à aceitação das diferenças, da pluralidade, da diversidade cultural. Assim, neste pressuposto, “o não reconhecimento ou o reconhecimento incorreto podem afetar negativamente, podem ser uma forma de agressão, reduzindo a pessoa a uma maneira de ser falsa, destorcida, que a restringe” (Taylor, 1994, p.45). Desta forma, a falta de reconhecimento e o desprezo causam dano, oprimem, aprisionam a pessoa num modo de ser que não “é” porque é falso e, por isso, tornam-na vulnerável. Esta possibilidade, de acordo com De la Torre (2012), supõe um “perigo profundo que fere e desmorona a identidade da pessoa” (p.18).

Por fim, o quarto rosto da vulnerabilidade surge pela debilidade/falibilidade. Esta ideia é particularmente desenvolvida por Paul Ricoeur em “L’homme faillible”, segundo livro da obra “Philosophie de la volonté”. Aí, o autor apresenta-nos o homem marcado pela constante tensão provocada pela sua finitude face à sua ânsia de infinitude. Tensão que o transforma num ser frágil enquanto ser incapaz de ser “aquilo que é”, de nunca ser ele próprio. Esta característica global consiste numa espécie de “não coincidência do homem consigo mesmo” (Ricoeur, 2009, p.37), sendo que é esta desproporção que o expõe à possibilidade de falhar, à falibilidade, e que não é mais que a abertura da porta ao mal. Neste sentido, a debilidade/falibilidade exprime-se na possibilidade do fracasso, da queda, do mal moral, do desmoronamento, sendo que, mais uma vez, a sua existência relacional o coloca numa conjuntura dialógica de ser “sujeito do mal” e, ao mesmo tempo, “sujeito ao mal”, de “pecador” e “vítima do pecado”, ou seja, coloca-o no centro da reflexão sobre a relação entre o mal cometido e o mal sofrido (Vieira, 2002).

Para explicar esta “falha”, esta fragilidade humana, o autor desenvolve o que ele chama de “patética da miséria”, onde a miséria é “limitação originária e mal original” (Ricoeur, 2009, p.46), é referência de uma insuportável condição de mortal que leva o homem a tentar iludi-la, a ocultá-la, só que esta ilusão promove um homem fraco, impotente, falível. Assim, este quarto rosto da vulnerabilidade transporta-nos para o homem enquanto veículo do mal, lembrando que a maioria dos sofrimentos dos homens é infligida pelo próprio homem, pela violência, pelo erro.

### **3.2. A vulnerabilidade do homem doente**

Descritos os quatro “rostos” de vulnerabilidade, apontados por Javier de la Torre, não podemos, no entanto, deixar de nos centrar de novo naquele que começou por ser o objetivo principal desta reflexão: a associação da noção de vulnerabilidade humana aos cuidados de saúde, e é a partir desta associação que entendemos ser necessário desenvolver aquele que nos parece podermos designar como o quinto “rosto” da vulnerabilidade humana – o “homem doente”.

O Homem é também um ser permanentemente exposto à possibilidade de adoecer, sendo que é na condição de doente, ou de sujeito necessitado de cuidados de saúde, que a pessoa vive especialmente o carácter vulnerável da sua condição humana, pois muitas vezes a doença é “senão a mais comum, a mais evidente expressão da vulnerabilidade humana” (Vieira, 2002, p.19). A doença que nos limita, que dói, que corrói, que nos inclina, que tornando-se quase omnipresente nos provoca a ausência, o vazio ou sentimentos de impotência, transforma-se num vasto conjunto de manifestações da nossa fragilidade, lembrando que essa vulnerabilidade resulta da nossa condição de corporal e mortal, mas também da nossa capacidade de sentir, pensar, de ser com os outros, de ser moral. Ela provoca, na maioria das vezes, uma radical transformação da vida da pessoa humana, uma mudança que vai muito além da estrutura somática do ser humano, mas que se manifesta mesmo na sua integridade (Torralba i Roselló, 1998). Neste sentido, a enfermidade pode definir-se como uma alteração global e plurirrelacional da pessoa, pois a doença “não se

trata de uma mudança meramente epidérmica ou acidental, mas sim de uma mutação transcendental do ser humano que altera globalmente o seu Ser e a sua estrutura tanto desde o ponto de vista exterior como desde o ponto de vista interior” (Torrallba i Roselló, 1998, p.252).

Assim, no plano da corporeidade, a doença por vezes altera profundamente a organização, apresentação e percepção da própria materialidade. Sinais como o “fácies hipocrático”, que transmite um rosto de dor e de sofrimento profundo, a palidez acentuada da face ou da pele em geral, o peso do cansaço excessivo revelado no corpo por falta de forças, de agilidade ou pela dificuldade de “arrastamento”, o súbito e, por vezes, extremo emagrecimento, são características corpóreas da doença. Por vezes, é a partir da enfermidade que o ser toma a consciência da complexidade do seu corpo e da sua permanente exposição à possibilidade de experimentar alguma desordem ou processo de caotização. Como refere Lévinas (1980a), “a vida testemunha, em seu medo profundo, a inversão sempre possível de corpo-amo em corpo-escravo, de saúde em doença. Ser corpo é, por um lado, manter-se ser dono de si, e por outro, sustentar-se sobre a terra...” (p.182). Quer isto dizer que quando a pessoa adocece, dá-se conta de que pode não regular nem dirigir o seu corpo, tornando-se de certa forma escrava do seu próprio corpo, e é nesta situação que o ser humano pode sentir o seu corpo como um peso a carregar e, por vezes, superior às forças sentidas. Desta forma, podemos dizer que a doença faz realçar a natureza corpórea da existência humana, ou seja, a determinação corporal da identidade ou, de outra forma, a enfermidade, evidencia as limitações a que pode estar sujeito, revela o carácter perecível e frágil da corporeidade.

Mas este adoecer afeta também a interioridade humana, as expectativas, os sonhos e objetivos, as emoções, as recordações, os próprios valores, a sua capacidade reflexiva e argumentativa e até as suas crenças metafísicas e transcendentais, e estes são os aspetos por vezes mais invisíveis da doença mas de tão grande importância na qualidade de vida do humano, como os sinais físicos. A doença é também uma vivência profunda da experiência pessoal que pode mesmo transformar o rumo do projeto pessoal de cada indivíduo. A história de cada um constrói-se no tempo e no ocupar de um mais ou menos amplo e variado espaço de ação e interação e não podemos esquecer que a experiência de doença é

por vezes marcada pela dependência, pela dor, afastamento do mundo social e profissional. Durante o episódio de doença, toda a percepção do tempo pode ser alterada, por vezes até parecer ser suspenso... o seu ritmo de vida, de desenvolvimento de atividades normais pode ser manifestamente alterado devido às incapacidades surgidas, fazendo com que o tempo possa parecer muito mais acelerado que o normal e, por isso, insuficiente para a realização de tudo o que se projeta. Por outro lado, a doença pode decretar a imobilidade, a permanência em casa, a pausa nas atividades normais, transformando a vida do indivíduo doente na espera pela cura, pelo restabelecimento, correndo o risco de sentir o alongar do tempo, a lentidão das horas. Pode ainda perder o poder total de organização do seu tempo e de, independentemente de ser rápido ou lento, muito ou pouco, ele pode passar a ser organizado apenas em função dos cuidados necessários, dos cuidadores ou mesmo das instituições a que recorrer. Ou seja, “a doença que vai corroendo a sua entidade, faz com que a noção de tempo e de duração perca a sua verdade objetiva, fixando-se numa subjetividade plena de confusões; o que interessa relativamente são as refeições, o sono, a evacuação, tratamentos, etc.” (Domingues, 2008, p.24). Também o espaço do desenrolar da sua vida pode sofrer alterações. Se por razões terapêuticas a pessoa fica privada de realizar o seu dia a dia normal e se vê restrita a um local físico como o seu quarto, a sua casa ou um quarto de hospital, esse facto representa uma clara mutilação da sua dinâmica vivencial, condenando-o à monotonia da paisagem fixa que lhe reservaram (Torrallba i Roselló, 1998).

Assim, neste plano interior, a experiência de doença pode constituir uma rutura no decurso da vivência pessoal e com possíveis consequências no seu futuro imediato ou longínquo e, por isso, pode marcar decisivamente o seu modo de “vir-a-ser”, pois o ser humano, perante as marcas da sua fragilidade, não se resume à tristeza ou infelicidade momentânea, mas fica marcado pela cicatriz, recordação da dor (Feito, 2007).

Não podemos, ainda, esquecer que a enfermidade altera também o mundo afetivo e relacional do ser humano. São muitas as razões que podem levar à alteração da vivência relacional e afetiva, desde logo, um primeiro aspeto pode estar relacionado com a possível necessidade de retirar o sujeito doente do seu meio ambiente, da sua casa, da sua família.

Deste modo, ocorre a transformação das pessoas que entram no “jogo” da relação, podendo evidenciar-se uma substituição dos habituais “próximos” por novos “próximos”, desconhecidos ou mesmo distantes com propensão para o estabelecimento de uma relação completamente assimétrica. E, quando tal ocorre, às incapacidades infligidas pela enfermidade adicionam-se as incapacidades impostas por uns seres humanos a outros, ocasionadas pelas múltiplas relações de interação. Estas podem implicar uma espécie de poder, um poder-sobre, que consiste em uma relação de domínio entre agente cuidador e sujeito do cuidado, sendo que esta assimetria pode abrir as portas a todos os tipos de intimidação, de manipulação, ou simplesmente de instrumentalização que corrompem as relações de serviço entre humanos (Ricouer, 2009). Por outro lado, mesmo quando tal não acontece, a presença de uma pessoa doente no seio de uma comunidade ou uma família, altera, habitualmente, o ritmo e a direção do desenrolar das relações no âmbito dessa família. A pessoa doente “exige” uma maior focalização, atenção e pode produzir uma certa dependência que pode originar no doente uma reação de gratidão e amabilidade perante o esforço de cuidado que recebe, como pode originar sentimentos de culpa, de peso familiar, tornando-o “amargo” ou mesmo depressivo. Na verdade, é muito difícil perceber a influência que a doença pode ter no ser humano ao nível das relações afetivas, uma vez que cada ser humano reage de forma muito pessoal à sua doença, a pessoa doente expressa-se nas suas relações de forma diferente, pois “tem uma visão distinta do outro e um grau de penetração na intimidade do outro que só é possível a partir da experiencia do adoecer” (Torrallba i Roselló, 1998, p.272).

Por isso, perante a doença todos os elementos humanos estão condicionados, os sistemas biológicos, a situação social, histórica e a personalidade individual, e todos juntos dão-nos este rosto de vulnerabilidade que é o “sujeito doente” (Feito, 2007). Um rosto de homem doente que se reveste, ainda, de uma característica distinta dos anteriores. Ele pode ser o mais definido e mais indefinido dos rostos, pois a doença coloca o ser humano perante tal vulnerabilidade que pode fazer com que ele, num determinado momento, se possa apresentar com todos os rostos já descritos. O doente pode apresentar-se em total fragilidade face ao infortúnio da doença; no seu leito de hospital, normalmente surge na sua nudez, na miséria, que interpela aqueles que o olham e lhes pede uma resposta à sua

situação; apresenta-se com a debilidade própria de quem sente que pode estar a pagar pelos seus erros ou pelas suas faltas, ou de quem é vítima de um mal que não merecia; e, por fim, no permanente receio de ver a sua situação, as suas queixas desprezadas ou não valorizadas.

Neste sentido, pensamos que se reveste de particular importância que os profissionais de saúde sejam capazes de perceber as distintas formas de manifestação e vivência da vulnerabilidade. Tendo em conta a complexidade de que se reveste a tarefa de identificar a vulnerabilidade do outro, sujeito de cuidados, parece-nos importante procurar ainda uma melhor compreensão desta diversidade de possíveis manifestações de vulnerabilidade do homem doente, partindo da ideia de Torralba i Roselló (1998), no seu livro “*A antropologia do cuidar*”, em que aponta cinco tipos de vulnerabilidade que um sujeito pode expressar: ontológica, ética, natural, social e cultural.

#### *i. Vulnerabilidade ontológica*

A vulnerabilidade ontológica representa a ideia de um ser humano constitutivamente vulnerável porque não é autossuficiente, mas limitado, dependente e determinado pela sua finitude, ou seja, a ideia de vulnerabilidade surge marcadamente associada à morte.

O sentir-se doente, o estar doente provoca, muitas vezes, uma rutura na relação do ser humano com o mundo. Perante uma ameaça como a doença, o sofrimento, a incapacidade e principalmente perante a possibilidade da morte, perante o desconhecido, o Homem doente pode ver-se acossado do que Pellegrino definiu como “crise ontológica”, que o afeta na sua totalidade física, psicológica, social e espiritual. É comum que, face a uma nova situação que estabeleça uma nova definição de valores, ou que pelo menos questione a sua organização habitual, se questione sobre as suas prioridades, mas principalmente se questione sobre o sentido do seu “ser”, da sua existência (Waldow & Borges, 2008).

De facto, a morte está inscrita na condição humana, sendo este um dos aspetos mais decisivos da sua vida, que o coloca mesmo perante a questão do sentido da sua existência. Talvez, por isso, um filósofo como Martin Heidegger tenha definido o Homem como o ser-

para-a-morte. Este filósofo, descreve o Homem como um existente permanentemente marcado pela angústia resultante da sua limitação temporal enquanto ser mortal, frágil, sujeito a incompletude, onde a angústia não é mais do que o “sentimento que traduz psicologicamente uma experiência mais radical, a da finitude” (Renaud, 2008b, p.8) ou, de outra forma, representa o confronto individual com a possibilidade sempre real de deixar de existir.

Apesar de vivermos numa época onde toda a cultura procura ocultar, afastar a ideia da morte ou, como refere Philippe Ariés, onde a morte se transformou em tabu ou algo interdito, há momentos em que somos confrontados com a sua existência ou com a possibilidade de esta ocorrer, sendo a doença um desses momentos privilegiados. Por vezes, é perante os primeiros sintomas de uma doença, perante a fragilidade e a perda de capacidades por ela provocada que a ideia da morte, como destino inevitável, se torna presente na mente do Homem, recordando-lhe que a vida é preciosamente precária e que talvez daí venha o seu enorme valor. Desta forma, olha para a morte como o limite absoluto das suas possibilidades, projetos e esperanças, transformando-se, assim, na ameaça mais forte e mais fragilizante, uma vez que a consciência dessa “possibilidade da impossibilidade”, como refere Heidegger, converte-se em dupla vulnerabilidade pois o ser humano não só morre como tem consciência de que vai morrer. A reflexão sobre esta ideia da “morte própria” conduz-nos a pensar numa ligação entre o seu fascínio e o desespero que pode apossar-se de cada um no confronto com a significação da morte. Para Marcel, o pensamento da nossa morte impõe-se como o único acontecimento intransponível, inultrapassável e, nesse sentido, pode representar o perigo de exercer sobre cada indivíduo um fascínio avassalador capaz de esmagar por completo todo o seu campo de experiência impedindo a alegria de viver, empedernindo a criatividade e obstaculizando todas as iniciativas (Escola, 2011).

Por outro lado, a morte, apesar de presença consciente, não deixa de ser um mistério em que o doente pode saber que vai morrer mas não sabe o que é morrer, não sabe o que o espera. Já Epicuro defendia a impossibilidade de experienciar a própria morte, referindo que “o mal mais terrível, a morte, não nos toca. Com efeito, enquanto nós existimos, a

morte não está; quando a morte está, nós não existimos mais” (Epicuro, cit. por Diógenes de Laercio, 1964, p.243), ou seja, utilizando, mais uma vez, uma linguagem Heideggeriana, o Dasein, o existente morto deixou de existir pelo que já não está aí para nos falar, não pode relatar nem viver a experiência da própria morte. Por conseguinte, não nos é dado experimentar a nossa morte: “eu posso sentir dores corporais, a angústia da morte, a situação da morte aparentemente inevitável e vencer o perigo, mas a impossibilidade de experimentar a morte não se pode anular; ao morrer, sofro a morte mas nunca a experimento” (Jaspers, 1958, pp. 93-94). Ao morrer, como refere Escola (2011), “o eu é atingido por um sofrimento ligado ao não saber absoluto...” (p.404), e na ausência de qualquer retorno, impossibilitado de me recuperar a mim mesmo a partir do nada, encontramos-nos impotentes diante da morte. Assim, a consciência da possibilidade da morte pode de certa forma transformar-se no “confronto” com o sentido que atribuí à sua existência. Neste confronto, ele pode ficar entregue à ideia do “nada” “*neant*” sartriano, do absurdo, do sem sentido que desafia à desistência, ao abandono de qualquer tipo de sofrimento, uma vez que uma vida sem sentido também não deve ser sofrida. É aqui que, se não for “cuidado”, se for abandonado a esta circunstância, o doente se vê sem outra possibilidade que não seja deixar-se levar pela morte, vivendo a experiência suprema da sua impotência e passividade.

Se nos lembrarmos, ainda, que a morte, como refere Norbert Elias (2001), “tanto como processo quanto como imagem mnemónica, é empurrada mais e mais para os bastidores da vida social durante o impulso civilizador” (p.19), então, também para os próprios doentes isso pode significar que eles enquanto “potenciais moribundos” podem ser empurrados para os bastidores, para o isolamento e, neste sentido, a morte pode ser uma convocatória a “uma experiência íntima da sua radical insegurança e da sua desamparada solidão” (Torralba i Roselló, 2002a, p.73).

Esta proximidade com o fim, com o seu limite, produz angústia, o temor e tremor, uma radical sensação de intempérie, pois ela pode significar a desvertebração do indivíduo e, se vivida na solidão, talvez não reste mais ao doente senão “chamar a morte, carregá-la nas suas costas, meio morto de angústia mortal...” (Rosenzweig, 1994, p.94).

Mas há outra forma de viver esta crise ontológica com a presença do outro que lhe dedica a sua atenção, compaixão, o cuidado. A presença de um cuidador sensibilizado e habilitado para o ajudar e apoiar nas suas vulnerabilidades pode ser a resposta necessária para que esta “reflexão” possa agora ser vivida com tranquilidade e segurança de modo que, mesmo na situação mais extrema, onde a morte é uma possibilidade iminente, esta possa ser, como refere Pierre Teilhard Chardin (1998), uma realidade vigorosa, uma realidade que desperta e que convida o Homem doente a criar, a pensar, a procurar sentido e a desenvolver uma consciência mais clara. E, neste sentido, a partir desta relação de cuidado com o outro, poderemos encontrar uma visão diferente e até uma outra compreensão do mistério da morte. Toda a reflexão acima descrita e muito centrada na visão de Heidegger e um pouco em Sartre, tem como foco central a “própria morte”, no “eu”, sendo que este ponto de vista pode partir do que Marcel designa por “solipsismo existencial” (Marcel, 1944). Tanto Marcel como Jaspers, fiéis a um pensamento dialógico, abordam o mistério da morte a partir da “morte do outro”, “a morte do próximo”, daquele com quem me relaciono, com quem estou em comunicação. A morte do próximo tem para estes autores papel fundamental para a compreensão deste mistério. A morte daquele que me é querido representa o corte mais fundo da experiência vivida: “eu permaneci só, quando no último momento o deixei só, sem poder segui-lo ... a solidão diante da morte parece absoluta, para o que morre, como para o que permanece” (Jaspers, 1958, p.92). Neste sentido, a morte do outro aparece como corte numa relação, como causa de incomunicação, como separação. Só que neste corte, a comunicação que parece sofrer um dano irreparável, pode descobrir-se com raízes mais fundas, de modo a que a morte se possa converter na sua manifestação, e a comunicação perpetue o seu ser como realidade eterna (Escola, 2011). De facto, “quem foi verdadeiramente amado continua a ser uma presença existencial” (Jaspers, 1958, p.93), pelo que não se pode confundir esta “solidão” com a “solidão absoluta” atrás descrita. Por outro lado, a resistência desta “relação” abre a porta à transcendência, pelo que a experiência a partir da morte do outro pode ajudar à vivência da própria morte, na medida em que a “sobrevivência” da relação com o outro pode surgir como indicador de um caminho de esperança.

## ***ii. Vulnerabilidade ética***

A vulnerabilidade ética pode ser vista sob duas perspetivas. Uma ligada ao risco e ao fracasso moral, e uma outra em que a vulnerabilidade resulta da abertura ao outro, da natureza relacional do ser humano que o dota de ser responsável pelo outro. No fundo, poderemos transportar agora para o rosto do Homem doente o rosto da falibilidade e o rosto da nudez.

A primeira perspetiva, como desenvolvido no capítulo anterior, é especialmente bem tratada por Paul Ricoeur em “*Finitude et culpabilité*”, onde o autor aborda a compreensão do Homem na sua dupla dimensão de ser falível e sujeito do mal. Como referido, este autor apresenta que a mediação entre os polos da finitude e da infinitude que o ser humano deveria realizar é essencialmente frágil e vulnerável, resultando daí a falibilidade do ser humano. Ora, o estado de doença é talvez o momento em que mais difícil se torna para o sujeito harmonizar a relação entre esses dois polos, pois facilmente se pode transformar num confronto entre a vontade infinita de viver e a presença evidente de sinais de finitude. Mas, a ideia de falibilidade do ser humano significa, também, reconhecê-lo como capaz de tomar sobre si a responsabilidade do mal e, assim, dizer que o Homem é falível significa afirmar que “o Homem leva marcado constitutivamente a possibilidade do mal moral” (Ricoeur, 2009, p.27), ou seja, no fundo aponta para a sempre presente possibilidade do ser humano agir incorretamente, de se enganar ou mesmo de fracassar nos seus projetos. Mas, sendo que o seu fracasso, o seu agir o afeta tão diretamente a si como ao outro com quem interage, pois essa afetação é recíproca, então, desta forma vive também marcado pela possibilidade de ser vítima do mal, pelo que o homem falível é também o homem frágil, pois é ao mesmo tempo sujeito do mal e sujeito ao mal. Ou seja, o ser humano não é apenas a liberdade que toma sobre si a responsabilidade do mal, mas também aquele cuja liberdade se encontra tolhida, vitimada pelo mal, calada pelo sofrimento imposto (Greisch, 2001). Desta perspetiva surge a necessidade de realçar a distinção entre mal sofrido, vivido, isto é, o sofrimento que afeta o sujeito, o doente, física e psicologicamente, e o mal cometido, muitas vezes designado por mal moral, “o pecado”, e que é aquele que cada um reconhece como suscetível de imputação, de acusação e de censura. Quer isto dizer que o

mal que afeta o ser humano na sua constituição frágil, na sua vulnerabilidade, comporta em si o enigma do sofrimento quer do inocente que o experimenta, quer do culpado que sofre a pena atribuída e a culpa (Vieira, 2002).

Assim, perante o homem doente, não haverá dúvida que nos encontramos face a um ser que padece de um mal sofrido no corpo ou na alma, que se manifesta pela dor física, pela fraqueza ou pela depressão e que o afeta e fragiliza. Este mal sofrido pode não ser compreendido pelo doente, pode não ser apreendido pela sua responsabilidade e, por isso, encarado como não merecido ou injustificado. Neste caso, a revolta contra o mal, contra o sofrimento, contra a doença torna-se presente e resulta, muitas vezes, num agravar do sofrimento e da vulnerabilidade do doente. Mas, e porque a doença e a presença da possibilidade do fim de vida convida, por vezes, à reflexão sobre as práticas e comportamentos pessoais, há variadíssimas situações em que na procura de justificações para o seu estado, tende a encontrá-las nos seus comportamentos, hábitos de vida, ou então nos erros do seu agir, nas “faltas” ou no “mal cometido”, culpabilizando-se pelo sucedido, chegando mesmo a encarar o seu sofrimento como a retribuição do mal praticado, a punição de um qualquer pecado individual. Neste sentido, nos cuidados de saúde, resulta desta vulnerabilidade ética a presença de um Homem doente que, para além de todos os danos sofridos pela sua patologia, se vê facilmente angustiado devido a sentimentos de revolta, injustiça ou de culpabilidade e castigo.

Mas há, ainda, o outro sentido de vulnerabilidade ética que nos interessa realçar nos cuidados de saúde. Nesta segunda perspetiva de vulnerabilidade ética, não procuramos refletir sobre a possibilidade de falhar ou ser responsável ou afetado pelo mal, mas sim aflorar a questão do dever moral de proteger o sujeito mais frágil, mais vulnerável e dessa forma perceber o impacto provocado no outro, o cuidador, pela presença do homem doente. Se fomos dizendo que o rosto do homem doente é complexo e por vezes difícil de definir, também nos parece correto dizer que perante os cuidados de saúde ele se apresenta na sua nudez, na sua miséria, na sua total fragilidade. No fundo, recuperamos o “rosto da nudez” já abordado.

A doença é por vezes a via para que o homem manifeste a sua mais completa nudez e transparência, convertendo-o num ser fundamentalmente vulnerável que através do rosto exprime o seu desamparo ou a sua necessidade de atenção. Como refere Lévinas (1980a), “a nudez do rosto é indigência...” (p. 48) e, por isso, é ao mesmo tempo apelo, exigência de resposta, o despontar de uma obsessão originária de todo o Homem pelo outro. Ou seja, podemos dizer que a vulnerabilidade do homem doente apela a uma outra vulnerabilidade humana, neste caso do cuidador, que é “a obsessão pelo outro ou o encontro com o outro” (Lévinas, 1972, p.93). Este autor define vulnerabilidade como subjetividade, pelo que “a subjectividade é pois originária e irredutivelmente dependência ao outro, exposição e, por isso, vulnerabilidade” (p.104). Ou seja, vulnerabilidade resulta do encontro com o outro, na obsessão pelo outro, ou de forma talvez mais simples, da responsabilidade pelo outro. Nesta perspetiva, a vulnerabilidade transforma-se num imperativo ético, numa espécie de mandamento de todo o ser humano para com o próximo. No fundo, podemos dizer que a vulnerabilidade nos remete para o cuidar do outro, para a impossibilidade de permanecer passivo ou imutável. Obriga a colocar-me totalmente ao serviço do outro de modo a procurar mitigar essa vulnerabilidade, na tentativa de devolução da sua autonomia física, moral, intelectual, obriga-me a não abandonar o outro, “a edificar a esperança, quer seja no sentido imanente, quer no sentido transcendente” (Torralba i Roselló, 2002a, p.74).

### ***iii. Vulnerabilidade natural***

Para tentarmos explicar esta perspetiva de vulnerabilidade natural do ser humano recorreremos, mais uma vez, a Heidegger, à sua obra “*O ser e o tempo*” e à sua explicação da essência do Homem a partir da fábula sobre o cuidado de Higino. Apesar do profundo e complexo sentido que podemos encontrar nesta obra e na análise desta fábula, há algumas ideias fundamentais que pretendemos aqui realçar. Na análise Heideggeriana, o ser humano, o Homem, o “*Dasein*”, tem de ser compreendido a partir da sua realidade de ser-no-mundo e, por isso, inserido num meio ambiente, num ecossistema com o qual interage, tem também de ser pensado como um ser situado no tempo e sujeito aos efeitos mais ou menos devastadores do seu desenrolar e tem, ainda, de ser visto enquanto ser criado a partir da natureza, pelo que o Homem é em si mesmo natureza. Assim, quando falamos em

vulnerabilidade natural apontamos a um ser que sofre de uma dupla realidade de exposição à natureza e de ser natureza.

A natureza na qual nos inserimos não é imutável nem passa incólume às mudanças, às transformações, à ação e erosão provocada pelo passar do tempo. De facto, a natureza, o meio ambiente, está sujeita a alterações contínuas, a transfigurações muitas vezes resultantes da ação humana. A natureza é em si mesmo frágil e muito vulnerável, exposta à manipulação, à transformação e à colonização. O desenvolvimento científico vivido nos últimos séculos provocou inúmeras intervenções na natureza, violando o que, na opinião de muitos pensadores, são as leis naturais e a lógica das leis da vida, fazendo com que tenham ocorrido incalculáveis alterações a nível da fauna, da flora, do clima, a nível de todas as suas dimensões e que se manifestaram de diferentes formas, que vão desde a extinção de espécies a alterações na morfologia terrestre, ao surto de fenómenos climatéricos como o aquecimento global, a frequente presença de catástrofes como furacões, tornados, marmotos, cheias, secas prolongadas, entre outros. Neste sentido, a vulnerabilidade natural derivada da exposição à natureza resulta da possibilidade de ser afetado por um diversificado conjunto de fenómenos como é o caso das doenças resultantes de contágio por agentes naturais, pelos efeitos de catástrofes naturais ou da ação das diferenças de temperatura ou, ainda, pelos possíveis efeitos das próprias ações humanas no seu dia a dia, muitas vezes capazes de provocar uma vasta diversidade de acidentes. Todas estas alterações que supõem câmbios estruturais no envolvimento ambiental do ser humano acabam por ter repercussões na sua forma de viver, na sua busca de realização, no uso da sua liberdade, pois como refere Torralba i Roselló (1998), se o ser humano é um todo integrado e aberto à realidade, a deterioração da realidade natural afeta gravemente a sua estrutura pessoal, a sua forma de viver, de trabalhar e até de amar. Perante isto, o rosto do homem doente é também, muitas vezes o rosto surpreso, impotente e ao mesmo tempo temerário perante a violência, a inconsistência e a imprevisibilidade das manifestações da natureza que o afetam.

Mas, há ainda um outro ponto de vista a ter em conta quando falamos de uma vulnerabilidade natural do ser humano. O Homem, criado a partir da natureza, ou seja, o

Homem é em si mesmo natureza e por isso está sujeito às mesmas leis, à mesma possibilidade de desgaste, às influências do tempo e de todos os fenômenos naturais. Sofre também da finitude própria de tudo o que faz parte da natureza. É certo que não podemos, nem pretendemos definir aqui o que é o Homem, tarefa demasiado complexa e já muito tentada. Também é certo que não é nossa intenção reduzir o Homem à simples ideia de ser natural, ou natureza viva. Mas, não podemos desprezar essa “parte” da constituição humana. O Homem é também uma estrutura material resultante da evolução do universo e, por isso, é igualmente resultado de um conjunto de interrelacionamentos ocorridos entre elementos químicos responsáveis por toda a complexificação dos diferentes seres vivos. Neste sentido, ver o “homem doente” como natureza é sobretudo lembrar que ele é um corpo, um conjunto de sistemas, de células, de sinapses, um ADN, que tem projetado uma duração, ou se quisermos, um “prazo de validade” e que tem sempre presente a possibilidade de “avariar”, de adoecer, de entrar em falência e assim, quando falamos de vulnerabilidade natural, referimo-nos à exposição a um diversificado conjunto de fenômenos que podem resultar da sua constituição biológica ou genética, como é o caso da doença ou do normal envelhecimento<sup>31</sup>. É desta existência natural que por vezes surgem os primeiros sinais de confronto dessa realidade com os sentimentos de invulnerabilidade, de infinitude que muitas vezes são responsáveis por um sem número de riscos corridos pelo Homem ao longo da sua existência.

Como referia Nietzsche (1998), o “corpo sou eu” e reconhecendo que é no corpo que existo, também é verdade que é nesse mesmo corpo que se objetiva de forma mais contundente a vulnerabilidade do homem doente – é o sentir do enfraquecer, da dor, da rigidez, do mau funcionamento e também de sinais mais simples como as primeiras rugas, os primeiros cabelos brancos ou a perda ou redução de capacidades auditivas e visuais... No entanto, se podemos dizer que a doença coloca o Homem perante a sua natureza sujeita a desgaste, a ameaças, à possibilidade do fim, ela também o coloca perante o desejo de sobreviver e de procurar algo mais... Como refere Masiá Clavel (2010), o “corpo pessoal” ou a “pessoa

---

<sup>31</sup> Apesar de estarmos aqui, a sublinhar a dimensão “natureza”, física e biológica do corpo humano, já deixamos bem claro que o Homem “vive” o seu corpo como corporeidade que é um conceito muito mais alargado e complexo da vivência corporal do Homem e que poderemos rever nas páginas... No entanto, é também importante não esquecer a dimensão física da doença e as suas manifestações no corpo que representam também uma forma de vulnerabilidade Humana.

corporal” que somos abre-se ao “mais além” de três formas: como desejo de sobrevivência, como ameaça de morrer e, por fim, como forma de questionamento por uma possibilidade de existência de um “mais além” da morte.

Assim, a vulnerabilidade natural pode colocar-nos perante o homem doente, que sofre de dor física, de emagrecimento, de desgaste, ou perante um homem que sofre pela evidência da sua finitude e com o confronto com o seu desejo de não morrer ou, ainda, perante o homem que se questiona e procura um sentido para tudo aquilo que está a passar e, neste sentido o homem doente pode expressar-se pelo esgar de dor, pelo gemido, pelo choro, pelo ar de apreensão, de medo, de desilusão, pela evidente vontade de lutar, de vencer ou simplesmente pela tranquilidade de quem encara com naturalidade a sua “dorida” existência natural.

#### *iv. Vulnerabilidade social*

A pessoa é um ser social. Isto quer dizer que é um ser que se constrói, realiza em íntima interação com os outros seres humanos, com a sociedade, que resulta da sua natureza o estabelecimento de vínculos no mundo afetivo. No fundo, e como por mais de uma vez já o referimos, somos seres abertos ao outro e com profunda capacidade de relação e de encontro, sendo que é nas relações humanas que encontramos a melhor possibilidade de desenvolvimento das nossas potencialidades, da nossa realização. Mas, esta realização pessoal pode desenvolver-se num plano de amizade, amor, respeito, em suma, ela pode ocorrer num plano positivo. No entanto, existe também a possibilidade contrária de que a procura da realização pessoal ocorra num ambiente adverso, marcado pela violência, pelo desrespeito ou pela sua instrumentalização (Torralba i Roselló, 1998). Neste sentido, nesta existência social, relacional, podemos manifestar a total complexidade das nossas capacidades, mas também de seres frágeis e vulneráveis, pois não podemos deixar de atender de que somos uma pele fina e frágil que pode facilmente ser ferida, que somos um corpo que pode abraçar mas ao mesmo tempo pode ferir, que pode aproximar-se ou promover o afastamento, ou seja, como refere De la Torre (2012), é a partir no mundo

social, da relações humanas que “nos tornamos responsáveis, amamos, amadurecemos, reconhecemos e cuidamos” (p.18), mas também é aí que nos manifestamos como:

...vulneráveis na pele e no corpo, na vida e na morte, no amor e no sofrimento, nos afetos e nas relações racionais, na lembrança e no esquecimento. Somos vulnerabilizados pelos outros e pelo infortúnio, pelo desprezo e pelo falso reconhecimento, pelo esquecimento e o abandono, pela falta de amor e de cuidado. (De la Torre, 2012, pp.18-19)

Assim, quando nos referimos a uma vulnerabilidade social, apontamos para a possibilidade que todo o ser humano tem de se transformar em vítima de agressão, de ser humilhado, verbal ou fisicamente, de se ver exposto à insegurança, ao risco, ao ultraje, à falta de proteção.

Apesar da proclamação da defesa da dignidade humana concedida a todo e qualquer ser humano, e de essa dignidade dever sobressair quando a pessoa se encontra em maior estado de vulnerabilidade, a verdade é que nos dias de hoje é fácil encontrar situações em que ela é esquecida e mesmo violentada e, por isso, muitas vezes um mau estar social, um papel social incapaz de provocar sentimentos de realização pessoal pode transformar-se em causa de doença.

Por outro lado, perante a doença e a necessidade de cuidados de saúde, a pessoa pode ver-se facilmente num estado de vulnerabilidade social resultante de um vasto conjunto de situações derivadas desse estado. Geralmente, a imagem que se tem de um internamento não é muito positiva, pois existe a convicção que, na maioria das vezes, perante essa necessidade, o doente é privado das suas “rotinas” sociais: pode ser afastado da família, das pessoas com quem habitualmente convive, do seu espaço, do seu mundo, o que pode facilmente fazê-lo sentir-se perdido e inseguro, daí existir uma predisposição da pessoa doente para resistir à separação, dos seus “próximos”, para o receio da solidão ou ainda para o medo da perda de autonomia provocada pela possibilidade de passar a ver a sua vida comandada por um conjunto de profissionais que na sua grande maioria lhe são completamente estranhos. De facto, é vulgar ver-se perder todo o seu “estatuto” social para passar a simples condição de doente, perder a sua identidade, a sua subjetividade para ser apenas mais um num sistema que, como já referimos, muitas vezes é frio, impessoal,

rotineiro e burocrático e, por fim, vê-se reduzido à sua doença e por isso desprovido da sua personalidade e, como se não bastasse, ser submetido a todo o tipo de intrusões quer físicas, psicológicas ou mesmo familiares capazes de lhe provocar sentimentos de humilhação, agressão e desrespeito. A uniformidade, o anonimato com que por vezes se é tratado, a frieza das máquinas que marcam o ambiente hospitalar, as constantes “invasões” para exames ou colheitas de produtos biológicos e principalmente a pouca disponibilidade por vezes encontrada para serem escutados, agrava a ansiedade e a sensação de perda de identidade, a perda do papel, da função, do estatuto com que vivia a sua vida antes da doença. Desta forma, a doença, o sofrimento pode com alguma frequência ajudar a cavar fossos de separação, onde mais do que a distância física o doente se vê afetado pela distância psicológica. Por vezes, sob falsos pretextos de não fatigar, de economizar energias, de não perturbar o doente, criam-se distâncias sistemáticas, muros de comunicação (Domingues, 2008), deixando o Homem doente rodeado pela conspiração de silêncio - “meias verdades e silêncios acompanham o doente sem que ninguém se sente a seu lado e fale com ele” (De la Torre, 2012, p.20). Perante tal realidade, corre-se o risco de ver o Homem doente assumir o rosto de solidão, de desânimo, de desistente, de quem se sente um peso para si, para o seus e até para aqueles que o curam... o rosto de um homem que pensa ter perdido todas as suas capacidades humanas. E, esta perda de capacidades é também uma forma de vulnerabilidade social.

Para Ricoeur, as capacidades que definem o ser humano são: *i*) a capacidade de decidir, de fazer (poder, atuar, criar acontecimentos na sociedade e na natureza), de narrar e de narrar-se (poder contar, construir a sua própria história); *ii*) a capacidade de imputabilidade (a assunção de ser autor dos atos e, portanto, responsável, capaz de atribuir-se a assumir as consequências das suas ações); *iii*) e a capacidade de prometer (o compromisso face ao futuro com a palavra, que se faz patente na ação, ser confiável), (Feito, 2007). Se estivermos atentos à realidade do homem doente não é difícil ver estas capacidades subtraídas pela doença, pelos seus efeitos no corpo e principalmente na mente humana, mas quando as associamos à vulnerabilidade social, esta perda de capacidades não resulta diretamente da patologia, da enfermidade mas do facto de todas elas necessitarem de um interlocutor e, por isso, pedem reconhecimento por parte de outrem, por parte do cuidador.

Assim, a vulnerabilidade social, aqui resulta da tomada de consciência da dificuldade de reconhecimento por parte dos outros, pela possibilidade de ser abandonado, ignorado ou desprezado... recuperando o doente o rosto do desprezo; resulta da falta de poder, da impossibilidade ou incapacidade de lutar contra os elementos, os poderes institucionalizados (Feito, 2007).

#### **v. *Vulnerabilidade cultural***

Pode parecer banal referir que o ser humano é um ser cultural, no entanto, não deixa de ser uma verdade insofismável e merecedora de ser constantemente lembrada. De facto, o Homem é um ser que cria cultura, consome cultura e expressa-se de acordo com sistemas culturais, mas apesar de vivermos numa época de globalização, de fácil propagação do conhecimento, ele é incapaz de absorver toda a cultura, todo o conhecimento, todo o saber, o que faz com que qualquer indivíduo, qualquer pessoa esteja sujeita a momentos de ignorância. Ora, é precisamente nesta possibilidade de ignorância que se expressa a vulnerabilidade cultural do ser humano, ou seja, no desconhecimento que tem em distintas ordens de saber. Como refere Torralba i Roselló (1998), “a ignorância é a máxima expressão da vulnerabilidade cultural” (p.249), no entanto, ela não se expressa sempre com a mesma intensidade ou com o mesmo grau. Mas, a sua ocorrência pode transformar o ser humano num sujeito facilmente manipulável, instrumentalizável ou desprotegido perante qualquer abuso de poder.

A vulnerabilidade cultural ocorre com muita persistência nos cuidados de saúde, sendo que, na nossa opinião, ela pode derivar de três situações principais: *i*) a falta de conhecimento do doente sobre a sua situação; *ii*) a dificuldade de diálogo entre duas “culturas diferentes” (profissionais e doente); *iii*) a falta de conhecimento dos profissionais.

É perfeitamente natural que o indivíduo desconheça os motivos da sua doença, o porquê do seu desenvolvimento, o rumo que irá tomar e que tratamento deverá fazer para a combater. Há um conjunto de questões que passam pela mente do homem doente e que frequentemente chegam mesmo a ser verbalizadas e que revelam a enorme fragilidade cultural, falta de conhecimento ou de domínio face à sua situação. Perguntas como “o que

se passa comigo?”, “mas que doença é que tenho?” revelam a profunda falta de conhecimento da situação vivida, e muitas vezes ainda reforçada pelo desconhecimento sobre as possíveis formas de evolução – “isto vai piorar?”, “tem cura?”, “vou morrer?”. Mas, não bastando esta vulnerabilidade cultural sobre o que se passa consigo, o doente vê-se também perante a ignorância sobre o que estão a “fazer consigo” – “que tratamentos são estes?”, “será que são eficazes? “vão provocar dores?”, são também questões frequentemente escutadas. Neste sentido, se esta vulnerabilidade não for combatida por uma relação terapêutica eficaz, baseada no respeito, na empatia, na solicitude e na verdade, ela tende a acentuar-se e a transformar-se em causa de insegurança, de angústia e de sofrimento para o doente. Esta experiência da angústia pode ser vivida de diferentes formas que traduzem a peculiar e subjetiva significação deste estado de alma, como referia Teixeira (1999), a propósito dos sentimentos manifestados por uma doente - *“a parte inteligente da minha pessoa fica reduzida a uma contemplação do drama interno”* ou então como *“dor de alma – padecendo de uma maneira física – e sofrimento do corpo – com uma paciência e uma entrega quase morais”* - qualquer uma destas situações traduz a passividade (imobilismo) inerente à experiência de ansiedade, passividade (imobilismo) face ao desconhecido.

Por outro lado, este desconhecimento torna-se, também, num fator de clara diminuição da autonomia, pois na ausência de conhecimento não lhe é permitido tomar decisões sobre a sua vida, sobre a sua saúde, não lhe restando outra possibilidade que não seja submeter-se à autoridade dos profissionais de saúde, sendo que esta relação entre os profissionais de saúde e o doente se pode tornar particularmente assimétrica, deixando este último demasiado dependente da beneficência dos primeiros. É certo que nos últimos anos muito se refletiu e muito foi feito em matéria da defesa da autonomia do doente, salientando o seu direito à informação sobre a sua situação de saúde e sobre os tratamentos que lhe são propostos. As leis sobre o consentimento informado disso são exemplo, no entanto, sabe-se que a operacionalização desta cultura informativa esbarra em algumas dificuldades. Uma das principais dificuldades será sem dúvida o “choque” entre diferentes culturas, entre uma cultura científica e tecnológica dos profissionais de saúde, centrada naquilo que são os objetivos das suas profissões – curar a doença e tratar o doente –, no estabelecimento de

diagnósticos, no apresentar de soluções terapêuticas e no avançar de prognósticos mais ou menos reservados e, por isso, manifestada numa linguagem muitas vezes técnica, recheada de termos inacessíveis para a maioria dos sujeitos, e uma cultura fomentada na experiência pessoal, na sua história de vida, nas suas expectativas, nos seus valores e princípios, e que muitas vezes mais do que diagnósticos querem é saber se a dor passa ou não e de que forma o seu dia a dia e da sua família pode ficar afetado, tudo isto expresso pela linguagem que lhe é comum no desenrolar da sua vida social. Quando isto ocorre, o Homem doente pode facilmente vestir o rosto do incompreendido, do irritado por não se fazer entender ou simplesmente do desvalorizado por sentir que os seus objetivos não são tidos em conta pela equipa de saúde.

Há, ainda, um outro aspeto importante a salientar nesta vulnerabilidade cultural no mundo dos cuidados de saúde, é que ela não afeta somente o doente. Os profissionais, apesar de todos os seus conhecimentos, também se vêm afetados por estes momentos de “ignorância”, pois apesar dos avanços científicos produzidos, nem todos os fenómenos de saúde e doença foram identificados, de modo que todos os dias há profissionais a ter que lidar com a sua impotência e incapacidade de curar o sujeito doente. Por outro lado, também é hoje ponto assente que a mesma patologia, os mesmos fenómenos, podem manifestar-se de forma diferente de doente para doente, pelo que os profissionais de saúde devem ser capazes de perceber e aceitar o saber experiencial dos doentes, que são quem melhor entende as manifestações da doença no seu próprio “eu”. Assim, esta vulnerabilidade cultural dos profissionais pode desempenhar um papel determinado no comportamento do próprio cuidador e influenciar, também, o comportamento do seu doente, e por isso as relações entre profissionais de saúde e o doente. Mas esta fragilidade não tem de ser forçosamente toda ela negativa, o medo de falhar, tão frequente quando se inicia a atividade clínica, sendo uma fonte de ansiedade do cuidador pode não constituir, em si, uma situação de risco para o doente, pois a consciência da inexperiência, dessa vulnerabilidade, pode ser uma garantia de maior cuidado e de sagesa na procura de apoios que assegurem os melhores cuidados aos doentes (Teixeira, 1999).

### 3.3. O cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade

Começamos este itinerário abordando o cuidado como “modo-de-ser” ou, se quisermos, apresentando o ser humano como um ser de cuidado. Deste ponto de partida, fomos desenvolvendo o modo como um “cuidar” originário”, arcaico e instintivo foi derivando para a prática de cuidados de saúde cada vez mais científicos e mais institucionalizados. Desta institucionalização e tecnicização resultou um fenómeno como o da desumanização dos cuidados de saúde que, na nossa opinião, nos obriga a olhar de novo para o significado de “cuidar” e fazê-lo a partir da perspectiva da vulnerabilidade. Procuramos, por isso, explicar o significado do “cuidar” no que concerne, principalmente, na sua aplicação aos cuidados de saúde e compreender melhor o complexo alcance da vulnerabilidade humana, a diversidade das formas com que se pode manifestar, tendo em particular atenção a vulnerabilidade do homem doente. É agora tempo de procurar perceber de que forma estes dois fatores, “cuidado” e “vulnerabilidade”, se podem influenciar mutuamente. Um estudo intitulado “*when doctors experience their vulnerability as beneficial for the patients*”, de Malterud, Fredriksen e Gjerde (2009), revela que em algumas condições as experiências de vulnerabilidade dos médicos poderiam ser úteis, inclusive, a sua partilha com os doentes não teria de ser necessariamente negativa, podendo mesmo funcionar como uma força. Neste mesmo sentido, um estudo de Sorlie, Torjuul, Ross e Kihlgren (2006) aponta como uma das principais conclusões a necessidade de compreensão da vulnerabilidade dos doentes para a prestação de cuidados capazes de causar satisfação nos doentes. Parece evidenciar-se nestes estudos essa relação da vulnerabilidade com o modo de prestação dos cuidados.

Como refere Lydia Feito (2007), “necessitamos de sentir a nossa vulnerabilidade para afirmar a nossa humanidade” (p.16), ou seja, precisamos ter presente algo tão original como o facto de que todo o ser humano é frágil, é vulnerável e, por isso, necessita ser cuidado. O reconhecer a nossa limitação, a nossa vencibilidade, fragilidade e vulnerabilidade pode converter-se numa fonte de preocupação com os outros e, também, numa fonte de confiança nos outros, pois a nossa comum vulnerabilidade liga-nos ao resto das pessoas (Feito, 2007). Ora, se o fundamento do cuidado se encontra precisamente na

relacionalidade dos seres humanos, no encontro entre sujeitos, converte-se assim no encontro entre sujeitos que cuidam e que necessitam de cuidados, mas ambos vulneráveis.

Na nossa opinião, só a partir deste encontro entre sujeitos que se reconhecem como vulneráveis se pode desenvolver um verdadeiro processo de cuidado, só neste encontro face a face é que o profissional de saúde, o cuidador, pode dar conta da imensidão inabarcável que se impõe a partir do rosto do “outro doente”, e que vai muito para lá do conhecimento que os seus estudos científicos e as suas capacidades técnicas lhe podem proporcionar. Este encontro, para além de procedimentos e de atividades técnicas, apela a comportamentos que favoreçam não só o “estar com” mas essencialmente o “ser com” e, nesse sentido, os procedimentos, intervenções ou técnicas realizadas com o doente só se podem concretizar como cuidado no momento em que são mostrados comportamentos como respeito, consideração, gentileza, atenção, carinho, solidariedade, interesse, compaixão, entre outros (Waldow & Borges, 2008), comportamentos que realçam, antes de mais, um imprescindível respeito pela dignidade de cada sujeito.

Há ainda um aspeto que nos parece importante refletir... Adela Cortina refere que a defesa da dignidade não pode construir-se sem a tomada de consciência da vulnerabilidade dos seres humanos e que é o mesmo que dizer que as pessoas são dignas de respeito mas também de compaixão. No entanto, há algumas questões que nos surgem e que pensamos merecerem reflexão, sendo a primeira: centrados como estão os profissionais de saúde numa medicina de sucesso, será que ainda guardam lugar para refletir sobre as fragilidades e vulnerabilidades intrínsecas a todo o ser humano?

Não haverá dúvida de que, como já referido, toda a cultura tecnológica que “domina” os cuidados de saúde na atualidade, procura afastar a ideia de “derrota”, a fragilidade, a vulnerabilidade do pensamento dos seus profissionais, no entanto, também não deixa de ser uma evidência que esses cuidadores vivem, no seu dia-a-dia, rodeados por essa mesma fragilidade e vulnerabilidade, pela doença, pela dor e pela morte. Nesse sentido, podem tentar não pensar muito nela, mas não conseguem ocultá-la na sua totalidade e, por isso, não é de estranhar que, como refere Almeida e colaboradores (2010), os profissionais de saúde, quando confrontados com o questionamento sobre a vulnerabilidade humana o tema

lhes surja quase como surpresa, como algo que praticamente não se pensa, não se reflete ou que se esquece que está presente na vida, no dia-a-dia, mas que quando se aprofunda uma conversa, uma entrevista, é possível constatar que em algum momento já refletiram ou sentiram mesmo a sua vulnerabilidade. Esta constatação revela uma das características singulares da vulnerabilidade humana que resulta do facto de ela não só estar sempre presente na vida do Homem como, apesar de tudo, este estar consciente da sua presença. De facto, tudo na natureza pode sofrer da erosão, do desgaste, da fragilidade própria, mas apenas o Homem tem consciência dessa realidade. Assim, qualquer indivíduo que por breves momentos reflita sobre a vida, acaba por se confrontar com a vulnerabilidade humana, com a fragilidade que afeta todos os registos que escalonam a nossa existência (Renaud, 2008b). Desta forma, podemos dizer que todos temos uma certa experiência da fragilidade humana e, por isso, *à fortiori*, os cuidadores de saúde que lidam diariamente com a doença ou o sofrimento já sabem por “experiência” o que é ser frágil (Renaud, 2005). No entanto, quando aqui referimos experiência falamos obviamente de uma vivência essencialmente teórica, vivida mais no campo das ideias, pelo que num mundo onde toda a cultura tende a afastar a imagem das fraquezas ou limitações humanas podemos questionar se essas ideias serão suficientes para se transformar em consciência efetiva da vulnerabilidade e, por isso, se possuem em si a força necessária para levar o sujeito a alterar comportamentos (Renaud, 2005). Pensamos assim ter respondido à primeira questão que formulámos, o que nos transporta de imediato para a segunda: Como formam os profissionais de saúde a sua representação de vulnerabilidade humana?

Numa primeira fase, certamente a partir deste “saber teórico” atrás referido mas que, como refere Isabel Renaud, é manifestamente insuficiente. Na sua opinião, surgem outros dois fatores fundamentais para a formulação de tal representação: a experiência e o acompanhamento da vulnerabilidade. Apesar de, como referido, todos termos algum conhecimento da vulnerabilidade uma vez que é possível deduzi-la do conhecimento teórico da identidade humana, é pela experiência efetiva do sofrimento que ela se torna um dado real na nossa vida (Renaud, 2008b). Mas, como podemos viver de facto esta experiência? O que nos leva a experienciar esta vulnerabilidade/fragilidade humana?

De facto, há duas espécies de experiências de vulnerabilidade que é necessário distinguir: uma primeira, que resulta de um sofrimento que nos atinge diretamente e que pode ser sentido no corpo, na mente ou no espírito. Pode ser resultado de doença, do progressivo envelhecimento, da exposição a agentes agressores (calor, frio, catástrofes, acidentes, agressões...), mas traduz-se por um “sofrer” efetivo dos sinais evidentes da fragilidade e vulnerabilidade própria. Há, ainda, uma segunda forma de experiência que se manifesta em nós pela exposição ao sofrimento do outro. As catástrofes naturais, as imagens de violentos acidentes que nos entram diariamente em casa pela televisão, as imagens de sofrimento dos mais desfavorecidos, e sobretudo as doenças que diariamente se desenvolvem nos outros que nos rodeiam, causam em nós um forte desconforto, um desgosto ou mesmo um sofrimento que só praticando uma insensibilidade pouco própria do humano poderíamos evitar. Esta é também uma forma de experienciar o sofrimento e a vulnerabilidade, mas é sobretudo a exposição ao sofrimento do próximo que nos é querido que nos provoca a angústia e o sofrimento. Este sentir da vulnerabilidade pode surgir da possibilidade de projetarmos em nós a fragilidade do outro, mas que ocorre principalmente devido à nossa frustração e à desilusão face à impotência perante o sofrimento do outro. Como refere Renaud (2008b), “é a impotência de ajudar que causa o maior sofrimento, quando sem recursos se assiste à doença, ao fracassar ou à degradação de um ser amado” (p.11).

Por fim, há ainda o acompanhamento da vulnerabilidade que no caso particular dos profissionais de saúde constitui parte relevante do dia a dia profissional. Ele lida com a doença, com a dor e com o sofrimento do doente e, por isso, este será um aspeto determinante na construção da sua representação da vulnerabilidade humana.

Chegamos, assim, à terceira questão: de que forma esta representação poderá afetar o seu modo de prestar os cuidados de saúde?

O contacto com o “outro” doente pode funcionar como o despertar para a realidade de que o poder curativo das profissões de saúde é limitado, no entanto, é precisamente nessa situação que mais é preciso cuidar. É neste acompanhamento de cuidado que o profissional de saúde vê surgir o apelo ao desenvolvimento de um vínculo empático, ao desenvolvimento da empatia, ao desenvolvimento desta característica que lhe permite

“compreender”, sentir-se interpelado, incomodado face aos sentimentos do próximo: a sua alegria, tristeza, dor ou sofrimento (Almeida, 2007), ou seja, o acompanhamento da doença, da vulnerabilidade põe a manifesto a abertura da existência humana ao “outro” e do seu carácter de necessitado de ajuda solícita.

A atitude de cuidado requer uma sensibilidade ao sofrimento do outro que não deriva exclusivamente de aspetos afetivos, mas principalmente do reconhecimento do outro ser humano como igual, com a mesma vulnerabilidade, fragilidade, suscetibilidade à doença, e que, por isso, precisa de atenção, ou seja, de compaixão num sentido etimológico de “padecer com” (Feito, 2009), no fundo, a atitude de cuidado requer um vínculo empático entre sujeito cuidador e sujeito de cuidado. Quando falamos em vínculo empático, ou em empatia, somos transportados para um fenómeno que ao longo dos tempos foi alvo de variadíssimos estudos e que, apesar de algumas diferenças e conceção, é visto como a capacidade que permite a aproximação entre humanos, fazendo com que o “eu” e o “outro” não devam olhar-se como estranhos ou ausentes, pois como refere Stein (1985), pela empatia “ninguém é completamente indiferente à felicidade ou à miséria dos outros” (p.183). No entanto, não ser completamente indiferente não significa alegrar-se ou ficar triste porque o outro assim está, mas sim “ser capaz de viver a sua alegria ou a sua tristeza nele” (Torrallba i Roselló, 2005, p.888), ou se quisermos de uma forma talvez mais simples, significa a não apropriação dos seu sentimentos mas tentar “vivê-los” do modo como “nele” se manifestam, a partir dele.

Mas, a empatia não pode ser vista apenas enquanto elo de ligação aos sentimentos do outro, ela tem de ser vista também numa relação estreita com o sentido de compaixão e de solicitude, “a dor dos outros é a nossa dor”, isto é, a empatia pelos outros leva à preocupação, à partilha do sofrimento, à responsabilização pela ajuda, de modo que pela empatia nos tornamos responsáveis pelo outro, pelo seu cuidado (Almeida, 2007). Isto significa que se pode abrir um caminho a uma prática da solicitude surgida a partir da experiência da fragilidade, da vulnerabilidade. Como desenvolvido por Nussbaum (1998), ver alguém como vítima ensina-nos algo sobre a vida: que as pessoas podem sofrer dano sem que possamos evitá-lo, apesar de todos os nossos esforços, o qual nos impele a prestar

ajuda. E, também, que não somos diferentes da vítima, que também somos vulneráveis e podemos sofrer o mesmo dano, o qual faz pensar no que desejaríamos na mesma situação evocando, dessa forma, uma já milenar regra de ouro: “fazer pelos outros o que gostaríamos que nos fizessem”. Uma constatação que exige educar para a solicitude e para a responsabilidade diante do outro vulnerável e que nos leva à promoção do cuidado (Feito, 2007).

## **PARTE II**

### **ESTUDOS EMPÍRICOS**

---



## 1. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

A relação entre a ciência e o “humanismo”<sup>32</sup> tem sido de difícil harmonização. A dificuldade em conseguir essa harmonia, nos tempos que correm, é particularmente visível no domínio dos “serviços de saúde”: talvez por estarmos diante da complexa realidade do Homem frente às suas debilidades provocadas pela doença; perante a impotência face ao sofrimento; perante a evidência da finitude. É, precisamente, neste âmbito, que o Homem mais espera da ciência. Também, por isso, muitas vezes não se olha a meios para conseguir avanços, gerando-se os maiores desequilíbrios e criando-se as maiores utopias.

Assim, em muitas instituições de saúde, observamos, hoje, que há um progresso notável no que refere à investigação científica e ao desenvolvimento técnico, porém, há um grande défice na relação humana que, por nada, pode ser substituída (Pinto, 1990).

As novas técnicas, altamente sofisticadas, capazes de permitir mais fáceis diagnósticos, melhores recursos em cuidados intensivos ou novos processos de intervenções cirúrgicas são, muitas vezes, “endeusadas” e vistas pelos profissionais de saúde como o seu principal objeto de estudo. Esta evidência levou Jonas (1995) a alertar que “em virtude do seu carácter e a magnitude do seu efeito bola de neve, a capacidade tecnológica empurra-nos até metas outrora reservadas às utopias...” (p.55). E este é um risco bem real na atualidade: a criação de uma visão utópica da técnica ao serviço da saúde, quer por parte do doente (que pensa tudo ter solução), quer por parte dos técnicos de saúde, que chegam a considerar-se onipotentes. O resultado destas utopias é, quase sempre, um efeito “cegador” no ser humano, permitindo que esta cientificidade tecnológica passe de um simples meio (função que lhe é destinada) a fim ou vocação última da humanidade e, paralelamente, dos cuidados de saúde.

A crença nos já referidos avanços técnico-científicos trouxe de novo para a ribalta o mito da imortalidade, evidenciando profissionais de saúde com ideias de onipotência e com

---

<sup>32</sup> Usamos o termo “humanismo” não como corrente filosófica ou sociológica, mas pretendendo apenas referirmo-nos a todo o esforço de defesa do Homem e das suas qualidades naturais: Unicidade, complexidade (corpo e espírito), relacionalidade, etc.

dificuldades em aceitar as limitações das suas capacidades, ao mesmo tempo que alguns doentes julgam que tudo pode ser curado, procurando esquecer a fragilidade e finitude que lhe é própria. Esta atitude é grandemente responsável pela adoção de comportamentos centrados quase exclusivamente num conhecimento bio fisiológico e técnico em detrimento da atenção holística ao ser humano portador de doença. É a centralidade do curar “to cure”, uma ação virada para a doença mas, muitas vezes, com pouca atenção ao humano portador de tal distúrbio. Estas práticas parecem dar razão a Torralba i Roselló (2002a) quando afirma que “a carência de uma pedagogia da vulnerabilidade tem graves efeitos na comunidade sanitária, e nos processos assistenciais em sentido amplo” (p.246). De facto, na atualidade poucos são os defensores deste modelo biomédico. Há algumas décadas que profissionais, formadores e clientes do sistema de saúde, defendem uma intervenção dos cuidados de saúde centrada no “sujeito dos cuidados”, vulgarmente referido como o doente. É a defesa da visão holística que permite a assunção da pluridimensionalidade e unicidade de cada homem/mulher “objeto” de cuidados. Não se defende, assim, o “curar” – “to cure” mas sim o “cuidar” – “to care” e:

...cuidar de um ser humano no seu sofrimento, na sua dor, ou no seu processo de morte não é um exercício automático, nem pode ser jamais uma sucessão premeditada de actos, pelo que, fundamentalmente, se trata de uma arte, de uma arte que abarca uma profunda sabedoria antropológica, ética e estética. (Torralba i Roselló, 1998, p.9)

Assim, parece-nos que um caminho a percorrer para recentrar a prática dos cuidados de saúde no “cuidar”, seria precisamente o de recuperar esta relação vulnerabilidade/cuidado.

Chegámos, assim, ao fulcro central e ao problema principal da nossa investigação que se situa precisamente no estudo desta relação vulnerabilidade/cuidado. É neste sentido que nos surge a questão: **Será que a representação da vulnerabilidade humana influencia a prática do cuidar em saúde?**

## 2. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Para uma mais fácil explicação do desenvolvimento desta investigação, optámos por desenvolvê-la em três fases distintas. À primeira fase chamamos de estudo preliminar 1 que, como refere Hil e Hill (2012), é um estudo de pequena escala mas que pode fornecer informação revelante ao investigador. Neste caso, procurámos confirmar a pertinência dos dados que obtivemos da literatura sobre as variáveis em estudo e, principalmente, elaborar um questionário novo sobre a temática em estudo (vulnerabilidade). Assim, a preocupação centrou-se em perceber a representação que os “prestadores de cuidados” faziam da vulnerabilidade humana e se na sua opinião ela influenciava, de alguma forma, o modo como prestavam os cuidados de saúde. Partindo sempre da ideia que as nossas representações são formadas a partir do conhecimento teórico dos fenómenos em conjunto com as experiências vividas ou presenciadas desses mesmos fenómenos, procuramos compreender/interpelar (sobre) os conhecimentos e as experiências que levaram os cuidadores a refletir sobre a vulnerabilidade humana. Pareceu-nos, assim, que a forma mais adequada seria a realização de entrevistas.

Nesta primeira fase podemos, assim, encontrar dois objetivos/preocupações principais: um primeiro que consiste, através da análise das entrevistas, em tentar perceber melhor o significado de vulnerabilidade humana para os cuidadores e procurar compreender se a relação estabelecida teoricamente entre vulnerabilidade e cuidar tinha algum tipo de significado nos discursos dos cuidadores, ou seja, averiguar se os cuidadores encontravam alguma relação entre a representação da vulnerabilidade humana e o modo como prestavam os cuidados de saúde, procurando identificar quais os comportamentos afetados por esta relação e se de alguma forma se enquadrariam num paradigma do “cuidar” em saúde.

Um segundo objetivo, que consiste em recolher, através da análise de conteúdo e de forma dedutiva, as unidades de significação (frases com um sentido significante) que caracterizem os aspetos fundamentais sobre a vulnerabilidade humana, para cada área proposta por um guião semiestruturado da entrevista exploratória. Nesta análise, foi

desenvolvido um esquema de classificação e codificação dos dados de acordo com categorias previamente definidas com base no nosso quadro teórico, com as que emergiram da aplicação do pré teste do guião da entrevista e do conteúdo das próprias entrevistas. Identificadas e agrupadas por categorias as unidades de significação, procedemos à adaptação em formato de item (afirmação, mantendo o conteúdo semântico e de sintaxe), capaz de ser colocado como questão suscetível de ser respondida em formato tipo likert de frequência, recorrendo para esse efeito a um grupo de júris, especialista no estudo do ser humano e dos cuidados de saúde.

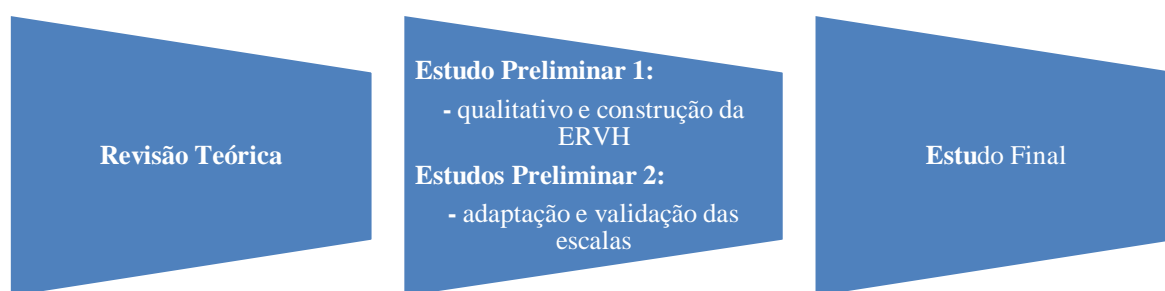
Este procedimento metodológico teve como objetivo construir um instrumento de medida (escala) que fosse aceite e compreendido pelos prestadores de cuidados, válido e fiel, no sentido psicométrico.

Numa segunda fase, estudo preliminar 2, procuramos relançar o processo alargando a seu âmbito de aplicação, fazendo chegar a um grupo maior de “cuidadores” o produto da primeira fase de investigação e proceder à validação e estudo das características psicométricas dos instrumentos de recolha de dados.

É, então, colocado aos cuidadores o conjunto de afirmações resultantes das entrevistas e da revisão teórica, com o intuito de verificar a frequência com que esses atributos são percecionados por cada “cuidador” e de que forma eles se aglutinam ao redor de determinada dimensão. O objetivo é agora testar as capacidades psicométricas do instrumento resultante, testar a validade, a fidedignidade e a estrutura dimensional ou fatorial dos componentes que cada categoria teórica integra no modelo concetual.

Ainda, nesta fase, introduzimos mais duas escalas que nos permitissem a análise de outras duas variáveis: o “Questionário dos Atributos do Cuidar”, que nos permitirá posteriormente avaliar a relação entre as duas variáveis principais em estudo (vulnerabilidade e cuidar), e o “Questionário da Influência Tecnológica”, que nos permitiu introduzir no estudo uma nova variável que surge apontada com grande pertinência na revisão bibliográfica.

A terceira fase consiste no estudo final a partir da aplicação de todos os instrumentos validados aos grupos de prestadores de cuidados selecionados: estudantes de enfermagem e de medicina e profissionais de enfermagem e de medicina de modo a procedermos a uma análise explicativa e comparativa das variáveis em causa.



**Figura 1.** Desenho de investigação

### 3. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS GERAIS

A escolha de uma metodologia de investigação depende essencialmente dos objetivos que o investigador se propõe a atingir. Assim, definida a questão central da investigação à volta das relações entre a representação da vulnerabilidade humana e a valoração dos atributos do cuidar em saúde, a análise a efetuar apontava para um estudo de relação entre variáveis que anunciava a utilização de uma metodologia quantitativa. Esta metodologia permite realizar uma análise a partir da mensuração e comparação entre diversos fatores, bem como um estudo de comparação individual dos diferentes prestadores de cuidados de saúde, uma análise longitudinal a partir das diferentes experiências profissionais ou, ainda, comparar valores medianos ou modais dos diferentes contextos de prestação de cuidados.

No entanto, as características das variáveis em causa requerem um estudo mais aprofundado que nos permita a compreensão do fenómeno da elaboração da representação da vulnerabilidade humana, sendo necessário, para isso, uma abordagem holística que se preocupe em entender “os indivíduos e seu ambiente, em todas as suas complexidades”

(Pollit & Hungler, 1995, p.270), só possível a partir do uso de metodologia qualitativa. Neste sentido, optámos pela utilização de metodologia mista, ou seja, a partir da combinação de dados qualitativos e quantitativos, pois como sustentam Pollit e Hungler (1995), a combinação criteriosa destes dois métodos de pesquisa “é capaz de levar mais-valias importantes à natureza multidimensional da realidade que, de outra forma, poderia ser intangível” (p.287), além de permitir a supressão de carências de um tipo ou de outro de dados.

Por outro lado, o facto de nesta tese incorporarmos abordagens diferentes, bem como um conjunto diverso de objetivos, torna também difícil uma classificação quanto ao tipo de investigação, no entanto, poderemos dizer que se trata de um estudo correlacional, preditivo e transversal.

É correlacional, uma vez que visa estabelecer relações entre conceitos ou variáveis (Fortin, Côté & Fillion, 2009), nomeadamente entre a representação da vulnerabilidade humana e o cuidar, pois procura-se com este estudo descobrir quais os conceitos em jogo e determinar se há ou não relações entre eles. É preditivo porque, ao mesmo tempo se pretende “determinar a natureza das relações (força e relação) entre as variáveis” (Fortin et al., 2009, p.243). Por fim é transversal, uma vez que se procura examinar em simultâneo um ou vários grupos de indivíduos, num determinado período de tempo (Fortin et al., 2009).

### **3.1. Objetivos e hipóteses de estudo**

A definição dos objetivos que orientarão os presentes estudos não pode ser feita sem ter presente o modelo de investigação já descrito, bem como as características das diferentes fases do estudo. Neste sentido, e para uma mais fácil orientação, entendemos apresentar o objetivo geral que, no fundo, preside a todos os procedimentos metodológicos e, depois, separadamente, os objetivos de cada fase do estudo de acordo com as suas características.

***Objetivo geral***

Estudar o fenômeno da representação da vulnerabilidade humana nos cuidadores de saúde e a sua influência na valorização dos atributos do cuidar em saúde.

**A) 1ª Fase do estudo - Estudo Preliminar 1 - Estudo exploratório da representação da vulnerabilidade e construção da escala da representação da vulnerabilidade humana em cuidadores de saúde*****Objetivos específicos:***

- Encontrar variáveis importantes a incluir na investigação principal;
- Definir fatores que possam estar relacionados com a representação da vulnerabilidade humana nos cuidadores de saúde;
- Selecionar um conjunto de perguntas adequadas para a inclusão no instrumento de mensuração válido e fiel da representação da vulnerabilidade humana;
- Verificar a adequação do conjunto de perguntas selecionadas para o instrumento de mensuração da representação da vulnerabilidade humana.

**B) 2ª Fase do estudo - Estudo Preliminar 2 - Validação e estudo das características psicométricas dos instrumentos selecionados*****Objetivos específicos:***

- Traduzir, adaptar e validar um instrumento de mensuração de avaliação da interpretação dos atributos do cuidar representativo das principais teorias do “cuidar em saúde”;
- Traduzir, adaptar e validar um instrumento de mensuração de avaliação da influência tecnológica nos prestadores de cuidados;
- Validar um instrumento de mensuração da representação da vulnerabilidade humana em cuidadores de saúde;
- Avaliar as propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados.

### **C) 3ª Fase do estudo – Estudo final/Generalização do estudo**

#### ***Objetivos específicos:***

- Analisar os efeitos de algumas variáveis sociodemográficas e contextuais na representação da vulnerabilidade humana;
- Identificar, caracterizar e comparar a representação da vulnerabilidade humana nos diferentes grupos estudados;
- Identificar, caracterizar e comparar a valoração dos atributos do cuidar nos diferentes grupos estudados;
- Analisar os efeitos de algumas variáveis sociodemográficas e contextuais na valoração dos atributos do cuidar;
- Perceber o nível de influência tecnológica nos diferentes grupos estudados;
- Analisar os efeitos de algumas variáveis sociodemográficas e contextuais na influência tecnológica;
- Analisar os efeitos da influência tecnológica na valoração dos atributos do cuidar;
- Analisar os efeitos da influência tecnológica na representação da vulnerabilidade humana;
- Determinar o tipo de influência que a representação da vulnerabilidade humana exerce sobre a valoração dos atributos do cuidar nos prestadores de cuidados.

#### **Hipóteses**

Tendo em conta os objetivos já delineados, partimos para a elaboração de um conjunto de hipóteses. Segundo Fortin (2003a), “a hipótese é um enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis. ... Combina o problema e o objetivo numa explicação ou predição clara dos resultados esperados de um estudo” (p.102). Desta forma, as hipóteses incluem as variáveis em estudo, a população alvo e o tipo de estudo a realizar, servindo de orientação à metodologia e procedimentos deste estudo.

**H<sub>1</sub>** - Quanto maior for a experiência profissional maior é a representação da vulnerabilidade humana.

- H<sub>2</sub>** - Quanto maior for a experiência profissional maior é a valoração dos atributos do cuidar.
- H<sub>3</sub>** - Quanto maior for a experiência profissional maior é apreciação da influência tecnológica.
- H<sub>4</sub>** - A representação da vulnerabilidade humana varia consoante o grupo de cuidadores.
- H<sub>5</sub>** - A valoração dos atributos do cuidar varia consoante o grupo de cuidadores.
- H<sub>6</sub>** - A influência tecnológica varia consoante o grupo de cuidadores.
- H<sub>7</sub>** - Os cuidadores com historial de internamentos hospitalares têm uma representação da vulnerabilidade humana mais completa.
- H<sub>8</sub>** - Os cuidadores com historial de internamentos hospitalares valorizam mais os atributos do cuidar.
- H<sub>9</sub>** - Os cuidadores com maior influência tecnológica valorizam menos os atributos do cuidar.
- H<sub>10</sub>** - Os cuidadores com maior influência tecnológica têm uma representação da vulnerabilidade humana menos completa.
- H<sub>11</sub>** - A representação da vulnerabilidade humana leva a uma maior a valoração dos atributos do cuidar.

### **3.2. Variáveis e sua operacionalização**

As variáveis de um estudo representam normalmente o que se pretende estudar e, por isso, estão presentes nos objetivos. Para Fortin e colaboradores (2009), “as variáveis são as unidades de base da investigação. Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações perceptíveis de mudar ou variar no tempo. As variáveis

tomam diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados” (p.171). Desta forma, definimos as variáveis constantes da Tabela 2.

**Tabela 2.**

Operacionalização das variáveis

<b>Variável dependente</b>	<b>Operacionalização</b>
Prática do cuidar em Saúde	<i>Caring attributes Questionair - adaptado (CAQ).</i>
<b>Variável independente</b>	
Representação da vulnerabilidade humana	Escala da representação da vulnerabilidade humana em saúde.
Influência tecnológica	<i>Technological Influences Questionair- adaptado (TIQ).</i>
<b>Variável de atributo</b>	
Sexo	É a “ característica física de diferencia o ser humano”, “conjunto de pessoas que possuem a mesma morfologia relativamente ao aparelho sexual, mulheres e homens” (Dicionário da língua portuguesa contemporânea, 2001, p.3406). Definição operacional: masculino, feminino.
Idade	É o “intervalo de tempo que entre a data de nascimento (dia, mês e ano) e as 0 horas da data de referência” (Instituto Nacional de Estatística, 2004, p.17).
Estado civil	Solteiro, casado, divorciado, união de facto, viúvo.
Profissão	Médico, enfermeiro, estudante de enfermagem, estudante de medicina.
Instituição	Instituição onde o profissional/estudante trabalha/estuda.
Serviço	Local onde o profissional exerce funções. Para uma mais fácil aplicação desta variável agrupamos os distintos serviços pelo nível de cuidados a que pertencem: CSD; CSP; CCI; Outros.
Tempo de Serviço (Experiência profissional)	Número de anos em que exerce a atividade profissional.
Nacionalidade	País onde nasceu e de que é cidadão; pátria; naturalidade.
Historial de internamento	Existência de casos em que houve necessidade de internamento em instituições de saúde. Operacionalização: Sim, não?; Há quanto tempo?

### 3.3. População/amostra

Segundo Polit e Hungler (1995), população é toda a agregação ou conjunto de casos que cumpre com um conjunto pré determinado de critérios. Fortin (2003b) também refere que uma população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. Ora, tendo em conta os nossos objetivos, procurávamos que o critério essencial a definir seria o de serem “cuidadores” de saúde. Sendo certo que neste grupo poderíamos encontrar uma diversidade imensa de entidades, desde cuidadores informais a profissionais de distintas profissões da saúde, foi nossa opção definir como população os dois grupos profissionais que lidam mais de perto com os doentes – médicos e enfermeiros – sendo que, no sentido de uma maior riqueza de resultado, definimos ser importante estudar estes dois grupos em dois momentos distintos do seu percurso: em formação (alunos com experiência de ensinamentos clínicos) e em atividade profissional. Desta forma, para a generalização deste estudo partíamos de um universo

composto por todos os profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) e de estudantes finalistas (medicina e enfermagem) e que, para uma mais fácil concretização no estudo final, entendemos limitar às instituições localizadas no norte do país.

O termo amostragem tem a ver com o processo de escolher parte de uma população de forma a representar o todo (Polit & Hungler, 1995). Uma amostra com base em tal definição consiste num subconjunto de unidades que compreendem a população. Apesar do uso do conceito “amostragem” não ser absolutamente pacífico no âmbito da investigação, é, no entanto, usado pela maioria dos autores deste tipo de investigação. Assim, nesta terminologia da amostragem, as unidades que integram as amostras e as populações podem conhecer-se como elementos que constituem a unidade básica a respeito da qual se obtém informação. A obtenção de amostras é uma fase indispensável na investigação à qual muitas vezes se presta pouca atenção.

Para chegarmos a uma amostra podemos utilizar várias técnicas de amostragem: probabilística e não probabilística. A seleção da amostra e os procedimentos necessários para a sua definição foram distintos consoante a fase do estudo, pelo que optámos por descrevê-los separadamente. No entanto, perante as imensas dificuldades encontradas em obter colaboração que nos permitisse partir para outro tipo de amostra, no geral, tivemos que optar por um método de amostragem por quotas, de forma a obter uma amostra representativa segundo algumas variáveis pré-identificadas da população em estudo (Hill & Hill, 2012), e não probabilística por conveniência.

### **3.4. Seleção dos instrumentos de medida**

Na seleção dos instrumentos de medida a utilizar no estudo, foram tidos em conta alguns aspetos fundamentais, o modelo teórico como ponto de referência, a metodologia de investigação seguida, os objetivos traçados e os instrumentos já existentes para medir as variáveis e os construtos em estudo.

Relativamente ao modelo teórico de referência sobre a representação da vulnerabilidade humana, pela sua característica exploratória, requer a construção de um instrumento que

incorpore e meça o construto em causa, com fidelidade e validade. Dada a complexidade do tema e o facto de existirem poucos estudos sobre esta temática, não encontramos nenhum instrumento que permitisse dar seguimento aos nossos objetivos, pelo que nos propusemos, desta forma, a construir e validar a Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana (ERVH).

Mantendo a nossa perspetiva de estudar a relação da vulnerabilidade humana com a adoção do paradigma do “cuidar” em saúde, era necessário adicionar ao estudo uma escala que avaliasse os atributos do cuidar e que fosse um instrumento de fácil preenchimento e rápida interpretação.

O estudo sobre o significado do “cuidar” em saúde leva já largos anos e o desenvolvimento de várias teorias. No entanto, grande parte das abordagens a esta temática surgiram a partir de metodologias qualitativas, sendo que só mais recentemente surgiu um crescente interesse para a aplicação de metodologias quantitativas na compreensão estatística da natureza dos atributos do cuidar. Depois de realizada longa pesquisa, surgiram alguns instrumentos criados para essa finalidade, e da literatura percorrida duas versões se salientam: CDI (*Caring Dimensions Inventory*) de Watson e Lea e CAPSTI (*Caring Attributes Professional Self-Concept*) de Arthur e colaboradores.

Após análise e avaliação destes dois instrumentos, a nossa opção recaiu sobre o modelo de Arthur e colaboradores, o CAPSTI, que é um instrumento constituído por 3 escalas que permitem, cada uma, avaliar uma dimensão diferente: a PSNCI (*Professional Self-Concept of Nurses Instrument*), que avalia o autoconceito do profissional de saúde; o CAQ (*Caring attributes Questionair*), que avalia os atributos do cuidar; e o TIQ (*Technological Influences Questionair*), que avalia a influência tecnológica no profissional de saúde. A nossa opção por este modelo deveu-se essencialmente a dois fatores: em primeiro, o CAQ pareceu-nos traduzir uma “ideia” de cuidar mais consentânea com a expressa pelo nosso modelo teórico; em segundo, tendo em conta que para muitos autores a “influência tecnológica” é apontada como um dos fatores com importante relação quer no “cuidar” quer na construção da representação da vulnerabilidade, a introdução no estudo de um

instrumento (TIQ) que nos permitisse introduzir a análise de esta nova variável pareceu-nos sem dúvida uma mais-valia.

É, ainda de referir que apenas a PSNCI não se adequa aos objetivos do nosso estudo, mas dado que as escalas podem ser usadas separadamente, foi possível abandonar o seu uso.

### 3.4.1. Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana em Cuidadores de Saúde (ERVH)

A ERVH é um instrumento desenvolvido e validado por nós e que tem como objetivo tornar possível a avaliação da representação da vulnerabilidade humana. Trata-se de um instrumento composto por 4 dimensões de avaliação dos diferentes constituintes da representação da vulnerabilidade: o conhecimento (teórico) da vulnerabilidade intrínseca; o conhecimento (teórico) da vulnerabilidade extrínseca, experiência da vulnerabilidade/fragilidade (experiência da própria vulnerabilidade ou da vulnerabilidade/fragilidade do outro); e a perceção de situações de vulnerabilidade na pessoa que necessita de cuidados de saúde.

O resultado final apura-se a partir da soma parcelar da totalidade dos itens.

Na sua versão final, a ERVH é constituída por 50 itens distribuídos pelas 4 dimensões do instrumento e são apresentados para autopreenchimento numa escala de nível de concordância, com uma amplitude de resposta de seis opções, variando entre “discordo totalmente”, “discordo bastante”, “discordo parcialmente”, “concordo parcialmente”; “concordo bastante” e “concordo totalmente”, cotadas de 1 a 6 pontos. Tendo em conta a diferente amplitude de variação entre as várias dimensões, o resultado final quer para a escala total, quer para as dimensões, apura-se a partir da soma parcelar da totalidade dos itens a dividir pelo número de itens, pelo que o resultado varia entre 1 e 6 pontos.

A resposta à ERVH é individual e o respondente deve ter em conta, verdadeiramente, aquela que é a sua opinião e não a procura da resposta que socialmente pode parecer certa.

### 3.4.2. *Caring Attributes Questionair (CAQ)*

A introdução de escalas que permitam uma avaliação quantitativa dos atributos do cuidar é bastante recente, praticamente só a partir da década de 80 é que se desenvolveram grandes esforços nesse sentido. Tal como referido no ponto anterior, das diferentes possibilidades de utilização de escalas optámos pelo uso do CAQ de Arthur e colaboradores (1999) e devido às razões já enunciadas, juntamente com o facto de ser um instrumento já usado em vários países de distintos continentes, de apresentar características psicométricas bastantes sólidas e de ser de fácil compreensão e preenchimento, surgiu o desafio de traduzir e validar à população portuguesa este instrumento. Desta forma, além de dar seguimento à consecução dos nossos objetivos, daremos também um contributo para a continuidade do estudo sobre o significado do cuidar e da sua importância, quer para os prestadores quer para os recetores de cuidados.

A aplicação do CAQ é individual, e apesar de ser, originalmente, dirigido a profissionais de enfermagem, foi nossa preocupação fazer uma adaptação de modo a poder ser aplicado não só a profissionais de enfermagem mas também a profissionais de medicina, a estudantes de enfermagem e a estudantes de medicina.

Na sua primeira versão, o CAQ era composto por 60 itens, sendo que posteriormente num estudo internacional (11 países) foi adaptado para uma versão mais simples constituída por apenas 31 itens. Assim, o CAQ é um instrumento que utiliza uma escala de concordância, sendo que para cada item existe uma amplitude de resposta de 5 opções, variando entre “discordo”, “tendo a discordar”, “incerto”, “tendo a concordar” e “concordo”.

Apesar de os resultados da versão inicial serem encontrados a partir do somatório normal dos itens, os resultados finais da amostra internacional, quer para a escala total quer para as dimensões, tendo em conta a diferente amplitude de variação entre as várias dimensões, foram apurados a partir da soma parcelar da totalidade dos itens a dividir pelo número de itens, pelo que o resultado varia entre 1 e 5 pontos. De modo a podermos comparar resultados, optámos pelo mesmo método.

Os 31 itens estão agrupados nas seguintes subescalas:

*1. Comunicação do cuidar:*

Esta subescala inclui itens que descrevem comportamentos que o profissional de saúde demonstra quando encoraja ativamente o processo de comunicação. O item definitivo (fator de carga 0,68) é “conversar com o doente”, e é apoiado por outros itens que mencionam comportamentos, como tratar as pessoas respeitando a sua individualidade, demonstrando empatia, tocando e ajudando a tornar as experiências mais agradáveis. Outros itens dizem respeito aos comportamentos que promovem o “empowering” (respeito pela autonomia), tal como ajudar o doente a pensar com clareza, a explicar os cuidados, educar o autocuidado e manter os familiares informados.

*2. Cuidar como “advocacy”:*

Os itens desta subescala relacionam-se com as atividades dos profissionais de saúde, que asseguram a qualidade dos cuidados, e resultam da especificidade profissional. O item definitivo (“trabalha em colaboração com os colegas para assegurar a continuidade dos cuidados”), (fator de carga 0,73), é apoiado por outro item que se refere ao “falar em nome do doente”. Outros itens focam-se na prevenção da ocorrência de complicações/problemas, o saber fazer, e ser capaz de documentar os cuidados.

*3. Envolvimento no cuidar:*

Nesta subescala, os itens referem-se à participação do doente no processo de cuidar. O item principal, que capta a essência desta subescala, diz respeito a evitar o doente (fator de carga 0,71), enquanto outros itens mencionam o colocar as necessidades do hospital à frente das do doente, esperar que o doente faça o que lhe dizem, não dar informações ou não envolvê-los nos seus cuidados ou não demonstrar preocupação. Curiosamente, todos esses itens são mencionados no instrumento como negativos, tendo por isso uma cotação invertida.

#### *4. Aprender a cuidar:*

Os itens desta subescala foram originalmente escritos para uma reflexão pedagógica das perspetivas do cuidar. Eles dizem respeito ao como e onde os profissionais de saúde aprendem a cuidar e questionar se o “cuidar” é uma atividade planeada ou espontânea. O item principal é “cuidar é aprendido por modelagem em contexto clínico”.

#### *3.4.3. Technological Influences Questionair (TIQ)*

Este instrumento aparece inicialmente como parte integrante do CAPSTI e a sua inclusão surge da necessidade de estudar a relação ente os atributos do cuidar e a influência tecnológica, uma variável muito mencionada na literatura, mas quase sempre estudada de forma qualitativa. Por esse facto, entendemos também traduzir e validar esta escala para a população portuguesa.

O TIQ é um instrumento que utiliza uma escala de concordância e é constituído por 14 itens, sendo que para cada item existe uma amplitude de resposta de 5 opções, variando entre “discordo”, “tendo a discordar”, “incerto”, “tendo a concordar” e “concordo”, cotadas de 1 a 5 pontos, variando entre 14 e 70 pontos. Também para esta escala, nos estudos internacionais, os resultados finais foram apurados a partir da soma parcelar da totalidade dos itens a dividir pelo número de itens, pelo que o resultado varia entre 1e 5 pontos.

A sua aplicação é individual e, tal como o instrumento anterior, apesar de ser originalmente dirigido a profissionais de enfermagem, foi nossa preocupação fazer uma adaptação de modo a poder ser aplicado não só a profissionais de enfermagem mas também a profissionais de medicina, a estudantes de enfermagem e a estudantes de medicina.

#### **4. ESTUDO PRELIMINAR 1: ANÁLISE EXPLORATÓRIA DA RELAÇÃO VULNERABILIDADE/CUIDADO E CONSTRUÇÃO DA ESCALA DA REPRESENTAÇÃO DA VULNERABILIDADE HUMANA**

Ao decidirmos desenvolver uma temática como a representação da vulnerabilidade humana nos profissionais de saúde, prevíamos de ante mão algumas dificuldades. Como referido, surgem na bibliografia várias considerações teóricas sobre a pertinência da temática que procuramos estudar e, também, em alguns estudos de investigação, embora poucos e de pequena escala, no sentido de averiguar a relação entre a vulnerabilidade e o cuidar em saúde. Neste sentido, propusemo-nos desenvolver um primeiro estudo preliminar, exploratório, que nos permitisse obter alguns dados sobre esta temática, conceitos, ideias, fatores ou variáveis que fossem úteis para uma posterior generalização do estudo. Também, devido à complexidade do tema e a alguma originalidade na forma como o pretendíamos tratar, não conseguimos encontrar na pesquisa bibliográfica efetuada instrumentos suscetíveis de adaptação ao presente estudo. Por essa razão, entendemos que o melhor caminho a seguir seria o de construir um instrumento de medida capaz de sustentar o construto teórico

##### **4.1. Considerações metodológicas**

Seaman (1987), cit. por Fortin, Côté e Vissandjée (2003), definiu investigação científica como um processo sistemático de recolha de dados observáveis e verificáveis, a partir do empírico (o que conhecemos através dos sentidos), com vista a descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos. Quando se fala de conhecimento através dos sentidos, aponta-se para um conhecimento vivido ou intuitivo. É neste tipo de conhecimento que, muitas vezes, se encontra a orientação para o desempenho prático ou mesmo para a elaboração de questões científicas. Só que, se “o pensamento intuitivo é, por vezes, suficiente para a conduta na vida prática, ele é, no entanto, menos fiável, quando se trata de uma questão de actividade científica” (Fortin et al., 2003, p.16).

Assim, para dar resposta às preocupações por nós elaboradas para esta fase, é importante a escolha do método que, neste caso, contribua para a resposta ou para a objetivação do conhecimento intuitivo (investigação do tipo exploratório), mas em que a grande preocupação, mais do que quantificar ou analisar frequências, se centra na compreensão do significado do fenómeno. Neste sentido, e de acordo com o tema em estudo e os objetivos traçados, optámos por um estudo qualitativo, exploratório.

A abordagem qualitativa, segundo Carmo e Ferreira (1998), permite ao investigador ver os fenómenos na sua globalidade de uma forma holística, tentando compreender as perspetivas daqueles que vão estudar. Ainda relativamente aos estudos qualitativos, Coutinho (2005), refere que do ponto de vista concetual, o objeto de estudo na investigação não são os comportamentos, mas as intenções e situações, ou seja, trata-se de investigar uma ideia, de descobrir significados nas ações individuais e nas interações sociais a partir da perspetiva dos atores intervenientes no processo.

#### 4.1.1. Instrumento de recolha de dados

A recolha de informação é extremamente importante para a realização de um trabalho de investigação. O instrumento de recolha de dados é um utensílio utilizado pelo investigador com o intuito de obter informação necessária para a realização do seu trabalho de pesquisa (Gil, 1995). A seleção do instrumento de recolha de dados está dependente dos objetivos e do nível da questão de investigação. Segundo Fortin, Grenier e Nadeau (2003), “...cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém e o objecto de estudo de medida, as questões de investigação colocadas...” (p.240).

Desta forma, como método de recolha de dados utilizámos a entrevista semi-estruturada, com categorias pré estabelecidas, tendo em conta a natureza do estudo, pois segundo Fortin e colaboradores (2003), a entrevista é o método mais usado nos estudos qualitativos. Polit e Hungler (1995), referem que as entrevistas têm várias vantagens, tendo em conta o elevado índice de respostas, a riqueza de dados, de sentimentos e até de expressões que é possível ao investigador recolher.

O guião da entrevista possuía questões abertas de orientação que nos permitiu a formulação de outras subquestões, consoante o relato do entrevistado, tendo em vista o interesse em atingir o objetivo da entrevista, enriquecendo desta forma o conteúdo da informação recolhida através das respostas.

#### 4.1.1.1. Pré teste

Segundo Marconi e Lakatos (1990), o pré teste “consiste em testar o instrumento de pesquisa sobre uma pequena parte da população do universo da amostra antes de ser aplicado definitivamente” (p.29). Assim, antes da aplicação definitiva da entrevista, decidimos efetuar um pré teste de modo a testar o instrumento de recolha de dados, averiguando a sua operatividade e validade. Desta forma, procurámos despistar se existiam dificuldades de compreensão, perguntas de excessiva complexidade ou quaisquer outros problemas com o guião da entrevista. Efetuámos a entrevista a uma amostra de 4 cuidadores (1 estudante de enfermagem, 1 estudante de medicina 1 médico e 1 enfermeiro). Após a aplicação e análise das entrevistas, procedemos a ligeiras reformulações nas questões de forma a torná-las mais claras no sentido de darem melhor resposta ao nosso objetivo de investigação. Desta reformulação resultou a versão final do guião de entrevista (*Anexo 1*).

#### 4.1.2. Recolha de dados

A fonte de dados para este processo de investigação foi, como referido, a entrevista, procurando obter declarações dos diferentes sujeitos acerca das suas vivências, opiniões, sentimentos e conhecimentos.

No decurso da entrevista, foi utilizado como recurso a gravação em suporte magnético, permitindo o registo de todas as palavras e informações relevantes por parte dos entrevistados. Assegurámos que todas as entrevistas decorressem em circunstâncias idênticas, respeitando o tempo, a participação voluntária e assegurando o anonimato e

confidencialidade individual da informação obtida, bem como a disponibilização dos resultados do estudo.

#### 4.1.3. Processamento de dados

Para o tratamento e análise dos dados, procedemos à transcrição das entrevistas, respeitando o conteúdo dos discursos de forma a não enviesar os resultados e assegurar os princípios éticos no estudo. Numa fase posterior, procedemos à organização do conteúdo, exploração das informações obtidas, organização e interpretação semântica de acordo com as categorias e subcategorias previamente estabelecidas. Para o tratamento da informação, utilizámos a análise de conteúdo<sup>33</sup>, que consiste na atribuição de significado aos dados reduzidos e organizados (Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 1994), tendo sido desenvolvido o esquema de classificação e codificação dos dados de acordo com as categorias<sup>34</sup> que previamente definimos com base no nosso quadro teórico, nas que emergiram da aplicação do pré teste e no conteúdo das entrevistas (*Anexo 2*).

A análise dos dados constituiu a última etapa da investigação, sendo para isso necessário a compreensão profunda dos dados de forma a poder ordená-los convenientemente, dando-lhe uma significação precisa (*Anexo 2*). Para além de uma descrição do tema em estudo, o método de investigação qualitativa contém extratos de entrevistas ou conversações que servem para apoiar as interpretações ou as teses do investigador.

---

<sup>33</sup> Polit e colaboradores (2004), dizem que “o investigador deve prever um mecanismo que lhe permita ter acesso a parte dos dados sem ter que reler repetidamente todo o conjunto de dados. Esta fase da análise é essencialmente reducionista – os dados devem ser convertidos em unidades menores mais controláveis, que possam ser recuperadas e revistas” (p.361).

<sup>34</sup> Na pesquisa qualitativa são utilizadas categorias analíticas para descrever e explicar fenómenos sociais, as quais podem ser obtidas gradualmente a partir dos dados, ou usadas dedutivamente, no início ou no decorrer da análise, como uma forma de abordar os dados (Pope, Ziebland & Mays, 2005).

## 4.2. População e amostra e sua caracterização

Nesta pesquisa, procurou-se assegurar a presença da diversidade de sujeitos ou de situações em estudo, de modo a garantir que nenhuma situação importante fosse esquecida (Guerra, 2006). Neste sentido, procurámos representantes dos quatro grupos pré-definidos e optámos por uma amostragem de conveniência por esta técnica nos permitir uma melhor acessibilidade às pessoas.

No que concerne à definição da dimensão da amostra, é importante realçar que nas pesquisas qualitativas se estuda, normalmente, um número limitado de pessoas, uma vez que não está em causa a realização de inferências globais (Ghiglione & Matalon, 2001). Por outro lado, a definição da dimensão da amostra deve ser influenciada por dois fatores: a diversidade e a saturação. Dentro de cada área, foram escolhidos os entrevistados tendo em conta a sua disponibilidade e características de comunicação e interação. Quanto ao aspeto da saturação, este representa o momento em que se deve parar a recolha de dados de modo a não atingir um nível de saturação das informações. Rousseau e Saillant (2003) também referem que “uma amostra de grande tamanho é de evitar em investigação qualitativa, porque gera um enorme amontoado de dados, difícil de analisar” (p.156). Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), “na pesquisa qualitativa o tamanho da amostra deve ser determinado a partir da necessidade de informações. Assim, um princípio orientador na amostragem é a saturação dos dados” (p. 237), isto é, “amostrar até ao ponto em que não é obtida nenhuma informação nova e é atingida a redundância” (p.237). Com base no que foi referido, e tendo em conta os objetivos definidos para este estudo preliminar, a amostra foi constituída por 12 prestadores de cuidados distribuídos uniformemente pelos 4 grupos. Temos, assim, 3 alunos de enfermagem, 3 alunos de medicina, 3 profissionais de medicina e 3 profissionais de enfermagem.

### Caracterização da amostra

Como atrás referido, a nossa amostra é, assim, constituída por 12 cuidadores, sendo 3 alunos de enfermagem, 3 alunos de medicina, 3 profissionais de medicina e 3 profissionais de enfermagem (Tabela 3).

**Tabela 3.**

Caracterização da amostra por grupos de cuidadores segundo o sexo, estado civil, nacionalidade e idade

Variáveis	Enfermeiros	Médicos	Estudantes de enfermagem	Estudantes de medicina
	n	n	n	n
Total	3	3	3	3
<b>Sexo:</b>				
Masculino	1	3	1	-
Feminino	2	-	2	3
<b>Estado civil:</b>				
Solteiro	-	-	2	3
Casado	3	3	1	-
<b>Nacionalidade:</b>				
Portuguesa	3	3	3	3
<b>Idade:</b>				
Mínima	22	24	21	23
Máxima	60	70	34	33
Média	34,9	38,9	22	23,8

A maioria dos entrevistados, como se pode verificar a partir da Tabela 3, é do sexo feminino (7), verificando-se apenas (5) do sexo masculino. Em função dos grupos de cuidadores, o grupo profissional dos médicos é constituído por elementos exclusivamente masculinos e o grupo dos estudantes de medicina é exclusivamente feminino.

Verifica-se, quanto ao grupo etário, que a maioria dos entrevistados se situa entre os 20 e os 25 anos, sendo esta faixa etária, que representa o extremo inferior etário, composta exclusivamente por estudantes. Na faixa oposta dos 46 aos 50 anos, apenas encontramos 2 elementos, um médico e um enfermeiro. A maioria dos estudantes encontrava-se a frequentar o último ano de curso, com exceção de 1 aluno de enfermagem que frequentava o 3º ano.

Os enfermeiros entrevistados têm na sua totalidade mais de 20 anos de experiência profissional, enquanto no grupo profissional dos médicos, 1 tem entre 5 e 10 anos de experiência e 2 têm entre 11 e 15 anos de serviço, e quase a totalidade dos profissionais

possui uma especialização com exceção de um dos enfermeiros entrevistados que é enfermeiro de cuidados gerais.

### **4.3. Apresentação de resultados**

Concluídos os procedimentos necessários para a análise de conteúdo e partindo dos objetivos e das questões que serviram de base para esta investigação, em primeiro lugar passamos a enumerar esquematicamente as categorias e subcategorias encontradas para cada questão de investigação, sendo que para facilitar a compreensão e exemplificar cada categoria ou subcategoria, optámos por apresentar unidades de significação para cada uma delas. Por se tratar de um estudo preliminar exploratório, não foi nossa preocupação fazer uma análise aprofundada dos resultados, uma vez que apenas procurávamos dados, categorias, variáveis que viessem a contribuir para o estudo final. No entanto, analisamos os resultados das entrevistas juntamente com a discussão dos resultados finais.

Apresentamos também aqui todos os desenvolvimentos efetuados para a criação do questionário da representação da vulnerabilidade.

#### **4.3.1. Categorias e subcategorias encontradas**

De acordo com o exposto, procurámos encontrar categorias e subcategorias a partir de quatro pontos fundamentais que estavam vertidos nas questões: conhecimento teórico da vulnerabilidade, experiências de vulnerabilidade, percepção de situações de vulnerabilidade nos doentes e, por fim, relação da vulnerabilidade com a prestação dos cuidados.

##### **4.3.1.1. Conhecimento teórico sobre a vulnerabilidade humana**

Para análise das respostas a esta primeira questão sobre o conhecimento teórico que os prestadores de cuidados têm sobre a vulnerabilidade humana, partimos de cinco categorias pré definidas de vulnerabilidade: ontológica, ética, social, natural e cultural, conforme

descrito por Torralba i Roselló (2002a) na obra “*Ética del cuidar*” e desenvolvido no enquadramento teórico (Tabela 4).

**Tabela 4.**

Unidades de registo e de significação por categoria relativa ao conhecimento teórico sobre a vulnerabilidade humana

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>Unidades de significação</b>
Vulnerabilidade ontológica	•••••	#7 - “A vulnerabilidade/fragilidade humana consubstancia uma ideia de fraqueza ... Pela vulnerabilidade o ser experimenta o próprio quebrar...”. #10 - “Fragilidade humana é a consciência de que somos limitados ...”.
Vulnerabilidade natural	•••	#1 - “Acho que nestas situações de doença toda a gente é vulnerável ... Acho que toda a gente passa por isso”. #11 - “Eu entendo como sendo algo que é biológico, está sujeito a agressões do meio e está vulnerável a isso”.
Vulnerabilidade ética	•••	#6 - “É ter a capacidade de perante uma situação em que nos expomos perante outra pessoa ... é não mostrar aquela frieza, aquela dureza e sermos capazes de nos pormos no lugar do outro e perceber as suas dificuldades e as suas fraquezas...”. #3 - “...Por exemplo no estado de doença as pessoas estão vulneráveis porque estão dependentes dos outros...”.

Apesar de termos partido de cinco categorias de vulnerabilidade, da análise das entrevistas, verificámos que as respostas obtidas assentam apenas em três dimensões: a *ontológica*, que representa a ideia de um ser humano constitutivamente vulnerável porque não é autossuficiente, mas limitado e determinado pela sua finitude. Esta dimensão é a mais referida (por 6 dos entrevistados). A *vulnerabilidade natural*, definida como a derivada das agressões biológicas e das alterações naturais que provocam a doença e o envelhecimento, é também apontada em três entrevistas. A esta dimensão está associada a ideia do ser humano enquanto ser da natureza e que, por isso, também sujeito à sua ação e erosão. Surgem ainda referências, em três entrevistas, à ideia de *vulnerabilidade ética*, em que a vulnerabilidade resulta da abertura ao outro. Esta dimensão tem um duplo sentido, pois quando se fala de vulnerabilidade ética decorrente da abertura existencial ao outro, levanta-se, por um lado, a questão da exigência ou do dever moral de atender, proteger ou cuidar do sujeito mais frágil e, por outro, a possibilidade ou o risco do fracasso moral.

## 4.3.1.2. Experiências de vulnerabilidade humana

Para análise dos discursos face à questão colocada sobre “*quais as situações que provocam nos prestadores de cuidados de saúde a experiência de vulnerabilidade humana*”, partimos de duas categorias distintas: a experiência vivida a partir do eu e a experiência a partir do outro. Após análise dos discursos, verificamos que estas duas categorias se equivalem em termos de referências pelos participantes e que cada uma delas orientou para a formulação de várias subcategorias (Tabela 5).

**Tabela 5.**

Unidades de significação por categoria e subcategoria relativamente às experiências de vulnerabilidade

<b>Categoria: Experiência a partir do “eu”</b>		
<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>Unidades de significação</b>
Doença/acidentes/envelhecimento	•••••	#4 - “quando adoecemos somos suficientes para superar ou pensar que naquele momento somos tão frágeis e que pouco conseguimos ajudar...”. #7 - “Quando nos levantamos, gostaríamos de não sentir o cansaço; quando nos vemos ao espelho preferiríamos não ver os traços do envelhecimento...”.
Injustiça social	••	#8 - “...períodos de vida desde o desemprego...”. #3 - “senti-me vulnerável devido essencialmente injustiça, impotência e desilusão com pessoas que admirava muito...”.
Gestão de expectativas pessoais	•••••	#8 - “... É algo que está desde cedo porque mesmo os adolescentes quando têm de lutar pelas notas, etc.. é normal que haja situações de maior ou menor vulnerabilidade que tem também a ver com a capacidade de superar ou não as expectativas que às vezes criam...”. #2 - “Muitas vezes devido a desilusão com situações...”.
Gestão de situações novas/difíceis	••	#5 - “algumas desilusões que tenha tido que por vezes uma pessoa acha que não é capaz de as superar mas que depois consegue e por aí em diante...”. #6 - “quando entrei para a faculdade é uma coisa assim tão nova, e uma pessoa vai sozinha, ... porque era uma coisa completamente .... Era um bocado assustador...”.
<b>Categoria: Experiência a partir do “outro”</b>		
<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>Unidades de significação</b>
Perda ou acompanhamento do sofrimento de significativos	•••••	#4 - “pessoas que nos falham e que nos faltam e de pensarmos na falta que nos fazem...”. #7 - “...quando conhecemos situações de doença, acidente ou morte de pessoas, familiares ou outras, com as quais partilhamos, de um modo ou outro, alguns afectos apreendemos o significado da vulnerabilidade/fragilidade...”.
Comparação com a vulnerabilidade do outro	••••	#10 - “...a vulnerabilidade dos outros leva-me a refletir sobre a minha própria vulnerabilidade...”. #8 - “Também no desempenho das minhas funções como enfermeiro de saúde mental por vezes também sinto um bocado os problemas e as vulnerabilidades dos doentes...”.
Exigência de resposta (ética) ao outro	••	#4 - “Eu sinto-me mais frágil quando não consigo ajudar alguém que queira ...”. #5 - “...penso muitas vezes nisso é quando estiver perante um doente ... Porque aquela pessoa está a contar que eu não esteja tão vulnerável como ela e isso preocupa-me um bocado”.

A percepção/experiências de vulnerabilidade provocadas a “partir do eu” é referido por 10 entrevistados e apontam para quatro subcategorias: “doença/acidentes próprios/envelhecimento”; “injustiça social”; “gestão de expectativas”; “gestão de situações novas/difíceis”.

A subcategoria “doença/acidentes próprios/envelhecimento”, que podíamos classificar como vulnerabilidade natural, é a mais referida (6 dos entrevistados) e está essencialmente ligada às experiências de doença e de acidentes pessoais. A segunda mais referida (5 entrevistados) é a “gestão de expectativas”, que demonstra a facilidade de fazer planos para a vida, de se traçar objetivos, mas depois existir um constante receio de não os concretizar e de não corresponder às expectativas criadas.

A referência quer a situações de “injustiça social” quer a dificuldades de lidar com “situações novas” da vida, principalmente aquelas que parecem trazer maiores dificuldades surgem com menor expressão.

A análise das entrevistas consubstancia, ainda, a ideia desenvolvida na reflexão teórica de que a experiência de vulnerabilidade pode ser provocada “a partir do outro”. Este tipo de experiência é referida por 8 entrevistados e aponta de igual forma para três subcategorias: “perda e o acompanhamento do sofrimento de significativos”, “comparação com a vulnerabilidade do outro” e “exigência de resposta ao outro”.

Nesta categoria, a experiência de vulnerabilidade a partir do outro, resulta sobretudo da exposição à perda e ao sofrimento de significativos (familiares e amigos), sendo que esta subcategoria está presente no discurso de 7 entrevistados. Em relação à subcategoria “comparação com a vulnerabilidade dos outros”, surgem 4 referências, deixando transparecer a ideia de que tal como muitas vezes nos reconhecemos nos outros, também as nossas fragilidades podem ser perceptíveis a partir das fragilidades dos outros. Nesta categoria, surgem ainda referências (2 entrevistas) à “exigência de resposta ao outro”, alertando para a ideia de vulnerabilidade ética já referida na análise da primeira questão. Aqui é expressa com um sentido diferente, ou seja, a vulnerabilidade não resulta pela obrigação de uma resposta responsável ao outro, mas essencialmente das limitações

naturais dessa resposta plasmado num sentimento de revolta ou impotência de não conseguir fazer mais.

#### 4.3.1.3. Percepção de situações de vulnerabilidade nos doentes

Para análise dos discursos obtidos a partir das respostas à questão sobre as situações de vulnerabilidade que os cuidadores percebem nos doentes, era nossa convicção que os doentes manifestam de forma diferente as vulnerabilidades vividas perante o estado de doença, bem como que cada profissional percebe de forma muito individual essas manifestações, por isso, não partimos com um quadro categorial definido à priori.

Os discursos produzidos pelos entrevistados permitiram averiguar quais as situações reconhecidas como de maior vulnerabilidade. Assim, apesar de inicialmente partirmos com a ideia de identificar causas e manifestações de vulnerabilidade, entendemos não as tratar de forma separada, passando a enquadrá-las sobre a designação de “*situações de vulnerabilidade*” (Tabela 6).

**Tabela 6.**

Unidades de significação por categoria relativas à percepção de situações de vulnerabilidade nos doentes

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>Unidades de significação</b>
Vulnerabilidade psicológica	•••••	#2 - “A ansiedade é talvez o aspeto que torna o doente mais vulnerável chegando mesmo a manifestar-se fisicamente”. #7 - “Mas a fragmentação pode não ser aparente no corpo e, no entanto, corroer o ser por via da angústia, da dor e do sofrimento”. #10 - “...Muitas vezes pensa que já deu tudo o que teve e que agora resta o sofrimento e expressa, no fundo por essa derrota, por essa falta de luta contra a vulnerabilidade mesmo”.
Vulnerabilidade física	•••	#11 - “... às vezes estão em estados em que em coma ou depressão da vigília em que a própria psicologia não é óbvia e esse estado físico demonstra essa fragilidade...” #4 - “Fisicamente ... é aquilo que nós mais vimos ou aquilo que é mais notório e nos salta mais à vista é mesmo fisicamente ... são pessoa fisicamente debilitadas...”.
Solidão	••••	#3 - “...a solidão, o facto de estarem ali sozinhos e verem que dependem dos outros, isso acaba por deixa-los mais fragilizados...”. #4 - “Mas sentimos quando são doentes que estão internados que são doentes que estão longe da sua família, da sua rotina e acabam por ficar deprimidos...”.
Desconhecimento	••	#3 - “...as pessoas que se calhar têm menos conhecimento sobre a sua situação clínica ... o próprio medo de saber porque há muita incógnitas na cabeça das pessoas...”. #6 - “...Muitas pessoas estão lá sem saberem o que têm e o que vai acontecer e acho que isso ainda lhes dificulta o processo de recuperação”.

Depois de uma análise mais pormenorizada e detalhada dos discursos obtidos, emergem quatro categorias: “*vulnerabilidade psicológica*”, “*vulnerabilidade física*”, “*solidão*” e “*desconhecimento*”.

A identificação da “*vulnerabilidade psicológica*” nos doentes é sem dúvida a que mais se destaca nos discursos analisados, sendo referida por 7 dos entrevistados, privilegiando os aspetos relativos à irritabilidade e angústia, à somatização e sensação de derrota. O primeiro aspeto, referida por 5 entrevistados, prende-se com a ideia do sofrimento psicológico, com a angústia provocada pela doença, enquanto o segundo refere-se às questões da somatização do mal-estar psicológico e foi apontado por 3 entrevistados. Outro aspeto que surge evidenciado tem a ver com a “sensação de derrota” manifestada por vezes em comportamentos depressivos ou manifestações de desistência.

A categoria “*vulnerabilidade física*” é identificada por 3 entrevistados e refere-se essencialmente às “marcas no corpo” deixadas pela doença e que, por vezes, são por demais evidentes. O emagrecimento, as expressões de dor, as alterações do estado de consciência, o progressivo desenvolvimento de um estado de debilidade física, são sinais comuns da doença.

Em relação à categoria “*solidão*”, é pertinente referir que embora a vulnerabilidade social não tenha surgido como categoria nos discursos produzidos quanto ao conhecimento teórico, sobre a vulnerabilidade emerge, no entanto, quando questionados sobre as situações de vulnerabilidade que percecionam nos doentes a partir de referências às situações de solidão, que é identificada como provocada pelo afastamento dos seus familiares e por muitas vezes surgir sozinho nas instituições de saúde, pelo facto de, por vezes, sentirem que o seu sofrimento não é compreendido e, por fim, a sensação de que ninguém os ouve ou quer saber das suas queixas.

O “*desconhecimento da situação*”, categoria referida por apenas 2 entrevistados e, tal como na anterior, também se enquadra numa categoria que não foi explicitada enquanto conhecimento teórico sobre a vulnerabilidade, uma vez que o fenómeno do

desconhecimento da situação de saúde por parte do doente se enquadra perfeitamente na dimensão da “vulnerabilidade cultural”.

#### 4.3.1.4. Influência da vulnerabilidade humana no cuidar

Após análise dos discursos, surgiram cinco categorias: “relação de ajuda e empatia”, “qualidade do cuidar”, “*respeito pela pessoa*”, “*consciência da limitação*” e “*autodefesa do profissional*” (Tabela 7).

**Tabela 7.**

Unidades de significação por categorias relativas à influência da vulnerabilidade no cuidar

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>Unidades de significação</b>
Relação de ajuda/empatia	••••••	#4 - “...acho que com a experiencia da vulnerabilidade ... acho que nos percebemos mutuamente melhor”. #2 - “Sim definitivamente, dá-nos mais sensibilidade para determinadas questões e de alguma maneira conseguimos colocar-nos no lugar do outro”.
Qualidade do cuidar	•••	#10 - “De estarmos a cuidar, entre aspas, de uma vida, leva-nos a pensar ... cada atitude leva-nos a pensar às vezes mais do que uma vez ou duas aquilo que vamos fazer precisamente a seguir ... isso leva-nos a ser mais refletidos em cada ação que fazemos e que tomamos... Em cada atitude que se toma...”. #8 - “...Sim sim ... não sei se por trabalhar há muito tempo em saúde mental eu acho que devemos estar muito mais presentes nessas alturas de maior vulnerabilidade porque é quando eles precisam de nós”.
Consciência das limitações	••	#10 - “portanto, desta dicotomia onde a vulnerabilidade está presente, a vulnerabilidade do doente em relação à vida e a vulnerabilidade do médico que não sabe tudo...”. #6 - “Eu acho que isto de não querermos ser frios e mostrar que nós não temos fraqueza nenhuma e que podemos tudo ... eu acho que é importante mostrarmos mesmo aos doentes e às pessoas que trabalham connosco que cada pessoa passa por tudo...”.
Respeito pela pessoa	••	#4 - “... acho que uma pessoa ao aperceber-se do doente, utente ou o cliente como um ser frágil acaba por encarar as coisas de forma diferente ... não friamente, apenas olhar para ele como um modelo anatómico e estudá-lo e não ... olhá-lo como uma pessoa que tem sentimentos e que também sofre por isso...”. #11 - “ Reconhecer que estamos a lidar com pessoas, reconhecer nas pessoas a fragilidade, que naquele momento particular estão mais frágeis acho que nos deve alertar para um cuidado completamente diferente...”.
Autodefesa	•••	#8 - “Por outro lado também melhora os meus mecanismos de <i>coping</i> ...”. #10 - “...a vulnerabilidade pode tornar-se numa fortaleza para nós pois o facto de nós tomarmos consciência de que somos vulneráveis, que somos limitados em muita coisa pode realmente tornar-nos mais fortes, mas para isso é preciso treinarmos essa consciência”.

A categoria “*relação de ajuda/empatia*” é sem dúvida a mais agregadora, sendo apontada por 8 entrevistados.

As categorias “*qualidade do cuidar*” e “*autodefesa do profissional*” são ambas referidas por 4 entrevistados. A primeira, transporta a ideia de que o facto de termos tido a experiência de vulnerabilidade somos mais atentos aos cuidados que prestamos e a ser mais refletidos. A segunda, a autodefesa do profissional, refere-se ao facto de que algumas vezes do entendimento das nossas vulnerabilidades podem surgir novas forças, ou seja, podem constituir uma nova fortaleza. Surgem ainda referências (2 entrevistas) à categoria “*consciência da limitação*”, indiciando o facto de que na percepção da vulnerabilidade individual se reconhece as limitações na capacidade do cuidar.

Quanto à categoria “*respeito pela pessoa*”, aparece também referida e aponta para a importância do compromisso com a dignidade do sujeito de cuidados.

#### **4.4. Construção da Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana (ERVH) em cuidadores de saúde**

Assim, a partir de um primeiro estudo exploratório, iniciámos o desencadear de ações metodológicas que nos permitissem a construção de uma escala de avaliação da representação da vulnerabilidade humana, partindo de uma abordagem idealista, subjetiva e de raciocínio indutivo, executando movimentos “do particular para o geral” (Feldman, 1998, p.137), utilizando como técnica de recolha de dados a entrevista, uma vez que, como refere Fortin e colaboradores (2009), a entrevista é indicada em estudos exploratórios e entre outras funções permite “examinar conceitos e compreender o sentido de um fenómeno tal como ele é percebido pelos participantes” (p.375).

##### **4.4.1. Levantamento/formulação dos itens**

A nossa opção recaiu sobre a entrevista semiestruturada, orientada para a resposta que, segundo Lessard-Hérbert e colaboradores (1994), tem uma função preparatória na procura de significados ou unidades de registo que, depois de depurados, pudessem construir os itens e subescalas de um instrumento de medida da representação da vulnerabilidade

humana por parte dos profissionais de saúde. Com esta estratégia metodológica pretendemos construir um instrumento de medida em que os itens não resultassem apenas da assunção de modelos teóricos propostos por diversos autores, mas que, em grande parte, fossem apurados a partir das percepções, experiências e conhecimentos que os próprios cuidadores têm sobre o tema. Com esta metodologia pensámos garantir uma mais fácil compreensão do instrumento construído pois, no fundo, a sua aplicação seria na prática o “devolver” aos cuidadores dos resultados que deles se extraíram e, por isso, com uma linguagem e terminologia mais familiar.

Desta “devolução” resulta um movimento de transição paradigmático, adotando agora uma atitude positivista, objetiva e de raciocínio dedutivo, partindo “do geral para o particular” (Feldman, 1998, p.137), com o intuito de poder usar os dados para a sua generalização.

#### 4.4.2. Seleção das unidades de análise

Nesta fase, procedeu-se à seleção das unidades de análise ou unidades de registo, tendo em linha de conta os objetivos do estudo. Optámos pela análise de unidades sintáxicas que, segundo Gauhtier (2003), “reenviam a elementos gramaticais tais como a palavra ou a frase. Pode considerar-se todas as palavras de um texto ou não tomar senão palavras-chave ou palavras-tema, efectuar uma análise sobre os substantivos, adjetivos, verbos, advérbios” (p.352). Utilizámos grelhas de análise fechada (*Anexo 3*), determinando à partida, as categorias de forma dedutiva propostas a partir da revisão teórica (modelo concetual), possibilitando testar as predições ou hipóteses (Gauhtier, 2003), mas por outro lado, permitir a emergência dos dados de outras categorias ou que simplesmente que as unidades sintáxicas sejam desprezadas e retiradas do estudo. De forma a sistematizar a metodologia de análise, em cada entrevista foram elaboradas algumas regras de aplicação da grelha de análise.

Obtivemos por este processo 80 unidades de registo (*Anexo 4*) que foram distribuídas pela estrutura previamente definida para o instrumento de recolha de dados, para posteriormente serem analisados por júris.

#### 4.4.3. Critério de agregação dos itens

Nesta fase, procurou-se garantir a validade do conteúdo, encontrando mecanismos de controlo que permitissem evitar enviesamentos, pois podem ocorrer com alguma facilidade distorções etnocêntricas nas análises dos dados, uma vez que “o observador pertence normalmente a uma cultura ou subcultura diferente das dos sujeitos observados” (Lessard-Hérbert et al., 1994, p.160). Considerou-se, por isso, a construção de itens que fossem facilmente percebidos pelos respondentes em relação ao aspeto suscitado, procurando que cada um pudesse conter apenas uma ideia, apresentar clareza, evitar frases muito longas, expressões extremadas ou negativas, conter termos variados na sua composição e ser adequado aos sujeitos.

Depois de construídos, os itens foram submetidos à análise dos juízes. O objetivo desse procedimento foi verificar a adequação da estruturação do instrumento nas diferentes partes propostas, a adequação dos itens a cada categoria proposta e, por fim, a análise semântica da representação comportamental dos atributos latentes nos itens. Pasquali (1999), sugere que “uma meia dúzia de juízes é suficiente para essa tarefa e que os itens que não atingirem uma concordância de aplicação aos fatores de cerca de 80% devem ser descartados do instrumento-piloto por apresentarem problemas” (p.54).

Para isso, organizou-se um questionário, composto por 3 partes, de avaliação dos diferentes constituintes da representação da vulnerabilidade: o conhecimento (teórico) da vulnerabilidade/fragilidade, experiência da vulnerabilidade/fragilidade (experiência da própria vulnerabilidade ou da vulnerabilidade/fragilidade do outro) e a perceção de situações de vulnerabilidade na pessoa que necessita de cuidados de saúde. Este questionário foi enviado, por correio eletrónico, a seis especialistas (Doutores). Dado a complexidade do tema e a sua transdisciplinaridade, procuramos juízes de várias áreas, sendo 1 em psicologia, 1 em enfermagem, 3 em filosofia e um em medicina.

Após a análise dos juízes, 68 dos 80 itens originalmente construídos foram mantidos. Na sequência, os itens foram submetidos à análise semântica. O objetivo desse procedimento foi verificar se todos os itens eram compreensíveis por todos os membros da população à

qual o instrumento se destinava. Duas grandes preocupações nortearam essa tarefa: uma primeira que seria verificar se os itens eram inteligíveis para os diferentes grupos a estudar, e uma segunda para saber se as demais partes do questionário também estavam apropriadas (clareza e facilidade de utilização da escala, compreensão das questões referentes aos dados demográficos e forma estética do questionário como um todo). Para isso, foram constituídos quatro pequenos grupos (um por cada grupo a estudar) com os quais foram analisados os questionários, item por item de modo a que os itens com problemas fossem sendo corrigidos e testados.

Cumpridas as etapas de construção da escala para medir a representação da vulnerabilidade humana dos profissionais de saúde — análise dos juízes e análise semântica — o questionário resultou em 67 itens, sendo 27 relativos ao conhecimento (teórico) da vulnerabilidade/fragilidade humana (1ª parte); 24 relativos à experiência da vulnerabilidade/fragilidade humana (2ª parte); e 16 relativos à percepção das causas e manifestações de vulnerabilidade na pessoa que necessita de cuidados de saúde (3ª parte), (*Anexo 5*).

## **5. ESTUDO PRELIMINAR 2: ADAPTAÇÃO, VALIDAÇÃO E ESTUDO DAS CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA**

Antes de se avançar para o estudo final é necessário proceder-se à adaptação e validação das escalas selecionadas, realizar uma análise das suas qualidades psicométricas e, se necessário, efetuar algumas alterações ou afinações de modo a objetivar e otimizar os instrumentos de recolha de dados. É principalmente com esses objetivos que realizámos esta fase do estudo.

### **5.1. Considerações metodológicas**

Para se proceder à adaptação e validação das escalas escolhidas, é necessário desenvolver algumas ações: desde logo a tradução e adaptação de escalas de acordo com as boas

práticas de investigação; avaliação das propriedades psicométricas das escalas, procedendo a estudos de fiabilidade e estudos de validade e, ainda, análise das correlações entre os fatores encontrados de modo a averiguar a forma como cada um contribui para a escala total.

#### 5.1.1. Procedimentos na tradução e validação do *Caring Attributes Questionair* (CAQ) e do *Technological Influences Questionair* (TIQ)

A tradução e adaptação de escalas exigem rigorosos procedimentos que ultrapassam em muito a simples tradução. É necessário atender aos contextos culturais, quer da cultura de origem do teste, quer da cultura de destino, implicando, assim, não só a tradução mas uma adaptação global à nova situação. A finalidade é então que o teste meça da mesma forma o construto original, ainda que para isso tenha de se ajustar às particularidades da população em estudo (Hambleton & Kanjee, 1995; Muñiz, 1994; Muñiz & Hambleton, 1996).

Nesta fase do estudo, propusemo-nos a dois objetivos principais: a tradução e adaptação das escalas originais (*Anexo 6*) à realidade portuguesa e a sua adaptação a outro grupo profissional da saúde (médicos), diferente daquele que esteve na sua origem (enfermeiros), de modo a constituir um instrumento de medida válido sobre a valoração dos atributos do cuidar por parte dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros).

Assim, seguindo as orientações dos *experts* em investigação, procedemos à tradução do CAQ e do TIQ para língua portuguesa, cumprindo cinco etapas. A primeira, tradução da escala da língua original (inglês) para o português foi realizada por dois profissionais bilingues. Solicitou-se a estes peritos que usassem uma linguagem simples mas que, mais do que uma tradução à letra, procurassem captar o significado dos diferentes itens. Após as traduções individuais, foi-lhe pedido que analisassem as duas traduções e resolvessem as discrepâncias encontradas de modo a construir um único documento.

Após esta fase, recorreremos a outros dois júris bilingues para efetuar a retrotradução ou “tradução inversa” (Muñiz & Hambleton, 1996), comparando depois os resultados.

Posteriormente, diligenciámos uma revisão independente por dois peritos fluentes em inglês, seguindo recomendações de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993). Assim, após explicação prévia sobre os objetivos e as populações em estudo, pediu-se que efetuassem uma comparação entre as duas versões da escala (original e a obtida após retrotradução). Foi-lhe realçada a importância de terem presentes os conceitos de equivalência semântica, de analisarem o significado global de cada pergunta, bem como das opções de resposta e, ainda, da sua adequação ao instrumento original. Com o objetivo de afinar possíveis dificuldades na compreensão de algum dos itens, foi aplicado um pré teste a 12 indivíduos da área da saúde (profissionais e alunos de enfermagem e medicina). Ao verificar-se a inexistência de dificuldades de compreensão e preenchimento, passámos à aplicação definitiva do instrumento traduzido para português (*Anexo 7*).

#### 5.1.2. Estudos de fiabilidade e validade

Para avaliar as propriedades psicométricas das escalas ERVH, CAQ e TIQ, procedemos a estudos de fiabilidade e estudos de validade e, ainda, a uma análise das correlações entre os fatores encontrados de modo a averiguar a forma como cada um contribui para a escala total. Os estudos de fiabilidade têm como objetivo permitir verificar o grau de confiança ou de exatidão que podemos ter na informação obtida, ou seja, a fiabilidade de uma medida refere a capacidade desta ser consistente. Os estudos de validade reportam-se à validade do conteúdo, à validade de critério e à validade de construto. Estas duas avaliações tornam-se necessárias na medida em que, como refere Marôco e Garcia-Marques (2006), “qualquer medida para ser válida enquanto medida de um dado constructo, tem necessariamente que ser fiável. Pelo que, a fiabilidade surge como condição necessária, mas não suficiente para a validade” (p.67).

Assim, de modo a obtermos estes dois tipos de validade, cruzamos os dados obtidos a partir de uma análise fatorial exploratória com os valores de *alpha* de Cronbach e das correlações entre item e item total. Neste sentido, estabeleceram-se os seguintes critérios:

- Para a análise fatorial, utilizou-se o método de extração das componentes principais (*principal component*), seguindo-se da rotação dos fatores, para que se possa obter uma solução fatorial mais clara e objetiva, maximizando assim os pesos fatoriais dos itens (Brown, 2006), sendo que para o efeito optámos pelo método de rotação ortogonal (*varimax rotation*);
- Para a determinação de fatores e retenção de itens e seguindo as sugestões de Cid, Rosado, Alves e Leitão (2012), que são recomendadas por diversos autores (Blunch, 2008; Brown, 2006; Hair, Black, Babin & Anderson, 2006; Henson & Roberts, 2006; Kahn, 2006; Preacher & MacCallum, 2003; Worthington & Whittaker, 2006), utilizaram-se os seguintes critérios: *i*) Critério de *Kaiser* – fatores com valor próprio (*eigenvalue*) igual ou superior a 1 ( $EV \geq 1$ ); *ii*) Peso fatorial (*factor loadings*) dos itens igual ou superior a 0.4 ( $FL \geq 0.40$ ); *iii*) Inexistência de itens com pesos fatoriais relevantes (acima de 0.30) em mais do que um fator. Se isso acontecer e se a diferença entre eles não for igual ou superior a 0.15, devemos considerar a eliminação do item (Leitão, 2002; Worthington & Whittaker, 2006); *iv*) A percentagem da variância explicada pelos fatores retidos deve ser no mínimo de pelo menos 40%; *v*) Cada fator não pode ter menos de três itens;
- Para complementar com a análise de fiabilidade, estabeleceu-se que a consistência interna do fator (*alpha* de Cronbach) deve ser no mínimo de 0,70, valor mínimo considerado razoável; a correlação item/item total não deve ser inferior a 0,4 para a ERVH e 0,3 para a CAQ e TIQ<sup>35</sup> e a consistência interna do fator não deve aumentar se o item for eliminado (Hill & Hill, 2012).

## 5.2. Procedimentos, amostra e sua caracterização

Tendo em conta os critérios de inclusão no estudo já definidos e com o intuito de reduzir o universo de prestadores de cuidados passíveis de pertencer à população alvo, optámos por uma amostragem por quotas, de forma a obter uma amostra representativa segundo

---

<sup>35</sup> Para a análise das escalas CAQ e TIQ resolvemos manter os valores usados pelo autor das escalas, daí a diferença de valor mínimo para as correlações item/item total.

algumas variáveis pré identificadas da população em estudo (Hill & Hill, 2012) e não probabilística de conveniência, tipo bola de neve. Optámos, assim, por efetuar uma recolha de dados online, tendo por base os contactos de email que possuíamos, escolhendo alvos identificados de cada grupo a estudar e apelando à disseminação dos instrumentos dentro de cada grupo a partir dos seus contactos de email. Para o efeito, elaboramos um website (*Anexo 8*) contendo todas as explicações necessárias sobre o estudo que estávamos a desenvolver, com os devidos pedidos de participação no estudos e com um link de acesso às escalas.

Após disseminação por correio eletrónico dos instrumentos de recolha de dados e depois da análise dos inquéritos recebidos, em função dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra ficou constituída por 342 indivíduos (Tabela 8).

**Tabela 8.** Caracterização da amostra por grupos de cuidadores segundo o sexo, o estado civil, a idade, o tempo de serviço e o serviço

Variáveis	Enfermeiros		Médicos		Estudantes de enfermagem		Estudantes de medicina	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	138	40,4	54	15,8	107	31,3	43	12,6
<b>Sexo</b>								
Masculino	27	19,6	25	46,3	19	17,8	9	20,9
Feminino	111	80,4	29	53,7	88	82,2	34	79,1
<b>Estado Civil</b>								
Solteiro	53	38,4	31	57,4	106	99,1	43	100
Casado	78	56,5	21	38,9	1	0,9	-	-
Divorciado	5	3,6	1	1,9	-	-	-	-
União de facto	2	1,4	-	-	-	-	-	-
Viúvo/a	-	-	1	1,9	-	-	-	-
<b>Idade</b>								
Mínima	22	-	24	-	21	-	23	-
Máxima	60	-	70	-	34	-	33	-
Média	34,9	-	38,9	-	22	-	23,8	-
<b>Tempo de Serviço</b>								
Mínima	0	-	1	-	-	-	-	-
Máxima	35	-	45	-	-	-	-	-
Média	12,48	-	13,56	-	-	-	-	-
<b>Nível de cuidados</b>								
CSD	79	57,2	38	70,4	-	-	-	-
CSP	34	24,6	10	18,5	-	-	-	-
Outros	-	-	6	11,1	-	-	-	-

Da análise da Tabela 8, verificámos que 40,4% (138) da nossa amostra é constituída por profissionais de enfermagem, 31,3% (107) são alunos finalistas do curso de licenciatura em

enfermagem, 15,8% (54) são médicos e 12,6% (43) são alunos finalistas do curso de medicina.

Os profissionais de enfermagem que participaram neste estudo são maioritariamente do sexo feminino (80,4%), e em relação à idade situam-se entre os 22 e os 60 anos, sendo que a média de idades encontrada é de 34,9 anos. Quanto à experiência profissional, ela varia desde o estar a iniciar funções até os 35 anos de serviço, sendo que a média obtida é de 12,48 anos de serviço. Maioritariamente (57,2%) desempenham funções em CSD, 24,6% exerce nos CSP enquanto uma mais pequena percentagem (15,2%) exerce em outro tipo de serviços (diagnóstico, serviços domiciliários, etc.). Há ainda a registar 4 (2,9%) profissionais que no momento da recolha de dados se encontravam no desemprego.

Nos profissionais de medicina é onde se encontra uma distribuição mais equitativa por género, em que 46,3% são do sexo masculino e 53,7% são do sexo feminino. As idades situam-se entre os 24 e os 70 anos, sendo que a média de idades encontrada é de 38,9 anos. Quanto à experiência profissional encontrada, ela varia desde apenas 1 ano de serviço e, neste caso, encontrando-se ainda no internato geral, até os 45 anos de serviço, em que a média obtida é de 13,56 anos de serviço. Maioritariamente (70,4%) desempenham funções em CSD, 18,5% exercem nos CSP enquanto uma menor percentagem (11,1%) exerce em outro tipo de serviços (diagnóstico, consultórios privados).

Os alunos de enfermagem estudam numa larga maioria na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real (ESEnfVR) – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD), com 57,9%, o que facilmente se explica pela proximidade com o investigador, havendo no entanto a participação de estudantes de outras instituições de ensino em enfermagem. Mais uma vez o sexo feminino é predominante, representando 82,2% da amostra encontrada. Quanto à idade, ela oscila entre os 21 e os 34 anos, em que a média se situa nos 22 anos de idade. Os estudantes são quase na totalidade solteiros, encontrando-se apenas um com estado civil de casado.

Quanto aos estudantes finalistas de medicina que participaram neste estudo, eles são maioritariamente (79,1%) do sexo feminino e são na sua totalidade, solteiros. Quanto à

instituição onde frequentam o seu curso, a maior representação é da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), com 44,2%, seguida da Faculdade da Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), com 27,9% e, por fim, 18,6% e 9,3% são da Universidade da Beira Interior (UBI) e do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar (ICBAS), respetivamente. Quanto à idade, ela oscila entre os 23 e os 33 anos, sendo que a média se situa nos 23,8 anos de idade.

### **5.3. Apresentação dos resultados da Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana (ERVH)**

Na elaboração de uma escala deve-se ter a preocupação que os resultados do seu total correspondam a um único sentido de resposta. Por isso, num primeiro passo dado procedemos à inversão dos valores dos itens que se apresentavam em sentido contrário (*p25 e p50*).

#### **5.3.1. Análise fatorial exploratória**

Para servir de critério de adequabilidade de análise fatorial usaram-se os testes de Kaiser-Meyer Olkin (KMO) e de esfericidade de Bartlett. O valor obtido de 0,863 do KMO, sugere, segundo a literatura, que é claramente recomendável para aplicação de uma análise fatorial (valores acima de 0,60 indicam que a análise é boa), (*Anexo 9*).

Por outro lado, ainda que não tão fidedigno, o facto de o teste de esfericidade de Bartlett ser significativo (valores associados a um  $p < 0,05$ ), de acordo com Hill e Hill (2012) e Marôco (2007), diz-nos que as variáveis são correlacionáveis (*Anexo 9*).

Numa primeira análise fatorial exploratória pelo método de extração das componentes principais (*principal component*), utilizando o Critério de *Kaiser* – fatores com valor próprio (*eigenvalue*) igual ou superior a 1 ( $EV \geq 1$ ), obtemos uma distribuição dos itens por 16 fatores que explicam 64,044% da variância total. Realizámos, então, uma análise Scree

*Plot* que, de acordo com Tinsley e Tinsley (1987), será um bom teste para indicar o número real de factores quando se usa o método de extração de componentes principais. Este método consiste no cálculo das diferenças entre *eigenvalues*. A curva ou as diferenças dos valores definem o *Scree* (o ponto onde a curva se torna horizontal), sendo que os factores que ficam à esquerda do *Scree* são os factores reais. Após análise *Scree Plot* (*Anexo 9*), optamos por nova análise, agora forçando a 5 factores de modo a tentar estabelecer um método mais consistente de análise da escala.

Na Tabela 9, encontram-se os resultados obtidos a partir de uma análise exploratória pelo método de extração das componentes principais (*principal component*), forçando-se a cinco componentes principais, seguido da rotação dos factores, pelo método de rotação ortogonal (*varimax rotation*). A organização nos cinco factores justifica no seu conjunto 41,00% da variância total (fator 1 - 12,39; fator 2 - 8,84; fator 3 - 8,25; fator 4 - 7,49 e fator 5 - 4,97).

A distribuição dos itens pelos cinco factores obtidos pela análise de componentes principais (Tabela 9) diverge da ideia original de divisão em três factores, embora na distribuição encontrada exista uma clara predominância dos itens pertencentes a cada uma das escalas iniciais. Existem ainda alguns itens cuja aplicação dos critérios estabelecidos sugere a sua eliminação. Duma primeira observação, eliminámos os itens 7, 17, 18, 20, 23, 37, 50, 52, 53, 54 e 66 por apresentarem peso fatorial superior a 0,3 em mais do um fator ou por apresentarem uma carga fatorial inferior a 0,4.

Assim o **fator 1** surge composto por 21 itens: (28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51), itens que teoricamente estariam agrupados como refletindo a experiência da vulnerabilidade. Os valores de saturação situam-se entre 0,405 do item 49 (“sinto-me particularmente vulnerável perante situações de injustiça social”) e 0,711 do item 30 (“A consciência da minha mortalidade faz-me pensar na minha fragilidade”).

**Tabela 9.**  
Resultados da rotação fatorial dos itens da ERVH

Itens	Fatores				
	1	2	3	4	5
P1				,532	
P2				,623	
P3				,616	
P4				,631	
P5			,573		
P6			,602		
P7			,437	,502	
P8			,520		
P9			,743		
P10			,744		
P11			,770		
P12			,732		
P13				,573	
P14				,609	
P15				,411	
P16			,406		
P17					
P18					
P19					,416
P20					
P21			,443		
P22				,501	
P23					
P24					,515
P25					-,618
P26				,432	
P27				,419	
P28	,480				
P29	,667				
P30	,711				
P31	,586				
P32	,514				
P33	,593				
P34	,540				
P35	,584				
P36					,420
P37					
P38	,547				
P39	,534				
P40	,636				
P41	,441				
P42	,651				
P43	,633				
P44	,499				
P45	,643				
P46	,596				
P47	,523				
P48	,492	,423			
P49	,405				
P50					
P51	,594				
P52					
P53		,414		,422	
P54					
P55					,473
P56		,458			
P57		,412			
P58		,505			
P59		,638			
P60		,605			
P61		,675			
P62		,635			
P63		,702			
P64		,537			
P65		,647			
P66					
P67		,545			

O *fator 2* surge aqui constituído por onze itens (56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 67) que teoricamente tentariam expressar a perceção de situações de vulnerabilidade nos utentes dos serviços de saúde. Estes itens apresentam valores de saturação na sua maioria superiores a 0,60. No *fator 3* evidenciam-se nove itens (5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 21), todos eles teoricamente pertencentes à subescala que pretende avaliar o conhecimento teórico da vulnerabilidade, quase todos com valores de saturação altos (superiores a 0,6), com exceção do item 21 que apresenta uma carga fatorial de 0,443.

No *fator 4* encontramos dez itens (1, 2, 3, 4, 13, 14, 15, 22, 26, 27), todos eles teoricamente também pertencentes à subescala que pretende avaliar o conhecimento teórico da vulnerabilidade. As cargas fatoriais destes itens vão desde 0,411 do item 15 (A vulnerabilidade expressa-se numa condição pessoal de diminuição física ou psicológica) até 0,623 do item 2 (a ideia da vulnerabilidade recorda-nos que temos de viver com a mortalidade).

Apesar destes dois fatores agruparem itens que teoricamente nos pareciam pertencer a uma única dimensão, a análise fatorial separa as afirmações que demonstram uma noção da vulnerabilidade intrínseca do indivíduo resultante da morte e da doença no fator 4, enquanto no fator 3 agrupa as afirmações que retratam um conhecimento da vulnerabilidade que surge a partir da exposição ao outro e à sociedade. Esta divisão parece-nos perfeitamente adequada ao nosso modelo teórico e talvez capaz de facilitar a análise e compreensão dos resultados obtidos.

Por fim, no *fator 5* encontramos cinco itens (19, 24, 25, 36, 55), que pertenciam às distintas classes teóricas e se apresentam agrupadas com saturações mais baixas que os fatores anteriores.

Relativamente aos resultados das comunalidades, alguns autores sugerem a sua análise de modo a verificar se os itens atingem níveis aceitáveis que indiquem que uma boa parte da variância dos resultados de cada item é explicada pela solução fatorial encontrada. Neste sentido, Worthington e Whittaker (2006) sugerem que com valores abaixo de 0,4 se deve considerar a hipótese da sua eliminação, no entanto, segundo os mesmos autores, o valor

das comunalidades deve ser sobretudo um elemento auxiliar na decisão de retenção de itens e não um critério principal para a sua eliminação, devendo essa decisão resultar da combinação dos vários critérios definidos no estudo. Assim, apesar de existirem ainda alguns itens com valores de comunalidades abaixo do referido 0,4, decidimos mantê-los até os cruzarmos com os valores dos estudos de fiabilidade.

### 5.3.2. Análise de fiabilidade e consistência interna

Tal como referido nos critérios de validação para análise de fiabilidade e da consistência interna, decidimos analisar os valores de *alpha* de Cronbach e determinar o coeficiente de correlação de Pearson entre cada item e a escala a que pertence, pois esta correlação indica-nos “se cada parte se subordina ao todo”, ou seja, se cada item se define como um todo “operante” do “construto geral” que pretende medir (Vaz-Serra, 1994). Apenas considerámos as correlações item/total da escala com  $r > 0,4$  (Tabelas 10, 11, 12, 13 e 14).

**Tabela 10.**

Estatísticas e *alfa* de Cronbach para avaliação da consistência interna do fator 1

Itens	Média quando é retirado o item	Variância quando é retirado o item	r Item-total corrigida	<i>alpha</i> s/Item
P28	85,11	235,639	,498	,916
P29	86,91	223,189	,601	,914
P30	86,25	221,058	,683	,912
P31	86,39	224,946	,573	,914
P32	85,55	229,541	,537	,915
P33	85,44	227,893	,619	,913
P34	85,65	230,016	,562	,914
P35	85,89	227,489	,619	,913
P38	86,22	228,497	,537	,915
P39	85,43	229,709	,514	,916
P40	85,34	229,837	,627	,913
P41	85,72	231,705	,422	,918
P42	85,11	231,045	,678	,913
P43	85,59	223,963	,574	,914
P44	85,49	228,353	,508	,916
P45	85,57	225,266	,605	,914
P46	85,80	228,997	,565	,914
P47	85,40	229,235	,578	,914
P48	85,33	232,338	,568	,915
P49	85,32	235,047	,471	,916
P51	85,54	227,488	,629	,913
<b><i>alpha</i> Cronbach – 0,920</b>				

Para o *fator 1*, para o qual manteremos a designação de escala “experiência de vulnerabilidade”, que é constituída por vinte e um itens, obtivemos um valor de *alpha* de 0,920 que, de acordo com Hill e Hill (2012), é considerado excelente (Tabela 10). Quanto aos valores de correlação item-total, eles situam-se entre 0,422 correspondente à afirmação “Enquanto (futuro) profissional de saúde há alturas em que me questiono sobre se serei vulnerável ao sofrimento do outro” e 0,683 obtidos no item 30 (A consciência da minha mortalidade faz-me pensar na minha fragilidade).

**Tabela 11.**

Estatísticas e *alfa* de Cronbach para avaliação da consistência interna do fator 2

Itens	Média quando é retirado item	Variância quando é retirado o item	r Item-total corrigida	<i>alpha</i> s/Item
P56	47,39	43,219	,472	,833
P57	47,89	40,424	,411	,846
P58	47,62	40,712	,511	,831
P59	47,39	41,552	,592	,823
P60	47,50	42,081	,563	,826
P61	47,48	41,652	,635	,821
P62	47,46	40,045	,544	,828
P63	47,18	41,277	,599	,823
P64	46,58	44,544	,481	,833
P65	47,17	42,246	,562	,826
P67	47,17	43,307	,508	,831
<b><i>alpha</i> Cronbach – 0,852</b>				

Para o *fator 2*, para o qual mantemos a designação de escala referente à “percepção da vulnerabilidade dos doentes”, obtemos na análise fatorial uma constituição de onze itens (Tabela 11). Para esta dimensão, obtemos um *alpha* de 0,852. Se observarmos a Tabela 11, verificámos que as relações item-total se encontram entre 0,411 e 0,635, respeitando desta forma os critérios estabelecidos.

**Tabela 12.**

Estatísticas e *alfa* de Cronbach para avaliação da consistência interna do fator 3

Itens	Média quando é retirado item	Variância quando é retirado o item	r Item-total corrigida	<i>alpha</i> s/Item
P5	27,63	42,207	,570	,857
P6	27,12	44,561	,570	,854
P8	26,88	44,659	,496	,864
P9	27,14	41,732	,746	,835
P10	27,81	42,125	,648	,846
P11	26,88	42,937	,745	,837
P12	26,96	43,702	,672	,844
P21	26,80	46,145	,530	,858
<b><i>alpha</i> Cronbach – 0,869</b>				

Em relação ao *fator 3* encontrado e ao qual mantivemos a designação de escala do conhecimento da “Vulnerabilidade extrínseca”, composta por nove itens. Da análise dos resultados da comunalidade, do valor da correlação de Pearson item/total e inclusive do sentido semântico, verificamos que o item 16 não reunia critérios de inclusão, pelo que foi eliminado. Assim, para este fator, agora com 8 itens, obtivemos um *alpha* de 0,869. Quanto aos valores de correlação obtidos, todos os itens apresentam valores de *r* relativamente altos (Tabela 12).

**Tabela 13.**

Estatísticas e *alfa* de Cronbach para avaliação da consistência interna do fator 4

Itens	Média quando é retirado item	Variância quando é retirado o item	r Item-total corrigida	<i>alpha</i> s/Item
P1	42,65	34,814	,507	,782
P2	42,59	32,754	,560	,775
P3	42,30	34,708	,549	,778
P4	42,65	33,515	,570	,774
P13	42,72	34,079	,424	,793
P14	42,52	34,325	,471	,786
P15	42,55	35,568	,417	,792
P22	42,19	36,356	,436	,790
P26	42,14	35,651	,463	,787
P27	42,65	33,813	,423	,794
<b><i>alpha</i> Cronbach – 0,807</b>				

Em relação ao *fator 4* encontrado, composto por dez itens, e ao qual atribuímos a designação de escala do conhecimento da “Vulnerabilidade intrínseca”, encontramos um valor de *alpha*=0,807 (Tabela 13). Quanto aos valores de correlação obtidos, todos os itens apresentam valores de *r* superiores aos 0,4 estabelecidos como critério mínimo. Em relação aos valores das comunalidades, verificamos que alguns itens obtêm valores inferiores a 0,4, no entanto, a sua eliminação demonstra diminuir os valores de consistência interna do fator, pelo que decidimos mantê-los.

**Tabela 14.**

Estatísticas e *alfa* de Cronbach para avaliação da consistência interna do fator 5

Itens	Média quando é retirado item	Variância quando é retirado o item	r Item-total corrigida	<i>alpha</i> s/Item
P19	16,37	6,431	,201	,007
P24	16,42	7,455	,088	,145
P25	14,43	10,573	-,303	,455
P36	16,02	6,238	,193	,008
P55	15,92	6,385	,265	-,055 <sup>a</sup>
<b><i>alpha</i> Cronbach – 0,130</b>				

Quanto ao *fator 5* obtido na análise fatorial com o agrupamento de cinco itens, este revelou ser problemático. Desde logo pareceu-nos difícil do ponto de vista de modelo teórico esta associação de itens, sendo improvável encontrar uma relação entre eles. Este facto acabou por ser confirmado após análise da fiabilidade e da consistência interna. Assim, se atendermos à Tabela 14, verificamos que o valor de *alpha* obtido é de 0,130, que é completamente inaceitável e que todos os itens obtêm valores de correlação item/total inferiores a 0,40. Perante este cenário, optámos pela exclusão dos itens e correspondente fator. Assim, após os estudos de validade e fiabilidade realizados, a ERVH fica com a configuração apresentada na Tabela 15.

**Tabela 15.**

ERVH em cuidadores de saúde

<b>Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana em Cuidadores de Saúde</b>	<i>alpha</i>
<b>Conhecimento da vulnerabilidade Intrínseca (CVI)</b>	
- A experiência humana é marcada pela vulnerabilidade.	
- A ideia da vulnerabilidade recorda-nos que temos de viver com a mortalidade	
- A vulnerabilidade faz parte da realidade constitutiva do ser humano; é condição universal da humanidade.	
- A vulnerabilidade chama a atenção para o carácter perecível, isto é, finito de todo o existente.	
- A Doença é uma expressão concreta da vulnerabilidade humana.	
- É na enfermidade que o sujeito tem a máxima perceção da sua vulnerabilidade.	<b>0,807</b>
- A vulnerabilidade expressa-se numa condição pessoal de diminuição física ou psicológica.	
- Quando somos confrontados com as fatalidades do dia a dia, como acidentes ou catástrofes, tomamos consciência da nossa vulnerabilidade.	
- O reconhecimento da vulnerabilidade/fragilidade humana é a base do cuidar.	
- A ideia da vulnerabilidade recorda-nos que devemos cuidar do outro como sujeito frágil.	
<b>Conhecimento da vulnerabilidade Extrínseca (CVE)</b>	
- Quem se torna próximo do outro torna-se inevitavelmente frágil e vulnerável.	
- O ser humano é vulnerável porque está exposto às atitudes e reações do outro.	
- Todos os seres humanos, sãos ou enfermos, são vulneráveis, pois estão sujeitos ao mal.	
- O Ser humano é vulnerável porque está exposto ao risco de fracassar.	<b>0,869</b>
- A vulnerabilidade é a exposição ao ultraje, quer dizer, ao insulto, à agressão, à humilhação.	
- A vulnerabilidade tem a ver com a facilidade do homem ser “ferido” sentimentalmente.	
- A vulnerabilidade tem a ver com a facilidade do homem ser “ferido” espiritualmente...	
- A exposição à vulnerabilidade do outro desperta sentimentos próprios de fragilidade.	
<b>Experiência da vulnerabilidade (EV)</b>	
- Por várias vezes a doença ou a perda de capacidades levaram-me a pensar na fragilidade pessoal.	
- A lembrança frequente de que posso ser atingido pela morte condiciona a minha forma de viver.	
- A consciência da minha mortalidade faz-me pensar na minha fragilidade.	
- Ao longo da minha vida a experiência de sofrimento físico evidenciou a minha fragilidade.	
- Ao longo da vida senti-me vulnerável principalmente perante experiências de sofrimento psicológico ou espiritual.	
- Sinto-me particularmente vulnerável quando me sinto impotente perante uma situação difícil na vida.	
- Sinto-me particularmente vulnerável quando me sinto impotente perante a dificuldade do outro.	
- A minha fragilidade é-me consciente cada vez que não consigo atingir os meus objetivos.	
- Quando me sinto mais fraco fisicamente costumo pensar na minha fragilidade.	
- Quando olho para alguém que me é querido, e vislumbro os sinais do seu envelhecimento, sou levado a refletir na vulnerabilidade do ser humano.	<b>0,920</b>
- Em situações de doença, perante a incerteza do diagnóstico, sinto-me particularmente frágil/vulnerável.	
- Enquanto profissional de saúde, há alturas em que me questiono sobre se serei vulnerável ao sofrimento do outro.	
- Algumas situações ou acontecimentos negativos envolvendo familiares ou amigos fazem-me sentir mais vulnerável.	
- Perante a morte de outras pessoas dei comigo a refletir sobre a certeza da minha própria morte.	
- Preocupa-me que no meu exercício profissional não seja capaz de responder perante as situações mais complexas.	
- Quando, por algum motivo, tenho de ficar longe da minha família, sinto-me mais vulnerável.	
- Em situações em que tenho de recorrer aos cuidados de saúde, sinto-me particularmente frágil/ vulnerável.	
- Perante situações de solidão sinto-me mais vulnerável.	
- Sinto-me mais frágil quando não consigo ajudar alguém que precisa de mim.	
- Sinto-me particularmente vulnerável perante situações de injustiça social.	
- O acompanhamento de pessoas doentes e em estado de particular fragilidade reavivaram-me a consciência da minha própria vulnerabilidade.	

## Continuação da Tabela 15

Perceção de situações de vulnerabilidade (PV)	
- Na pessoa doente a vulnerabilidade vive-se sobretudo ao nível psicológico, levando inclusive a manifestações físicas dessa fragilidade.	
- As pessoas mais frágeis do ponto de vista psicológico são as mais doentes.	
- O que realmente provoca sofrimento no doente é a sensação de derrota pela consciência de que já nada pode ser feito.	
- É sobretudo o afastamento da família e do seu ambiente do dia a dia que torna o doente mais frágil.	
- A vulnerabilidade da pessoa doente resulta da perda das suas rotinas e hábitos diários (sociais, familiares, profissionais, etc.).	
- A pessoa doente que recorre aos cuidados de saúde é vulnerável porque, muitas vezes, se vê na sua solidão.	0,852
- A maior fragilidade da pessoa doente é, muitas vezes, provocada pelo facto de, nas instituições de saúde, ser tratado como um ser despersonalizado.	
- Muitas vezes a pessoa doente torna-se frágil quando, no internamento, é tratada de forma “rotineira”, sentindo a perda da sua identidade pessoal.	
- A fragilidade da pessoa doente manifesta-se tanto física como social ou psicologicamente.	
- Muitas vezes a maior vulnerabilidade da pessoa doente resulta de não ter ninguém com quem partilhar o seu sofrimento.	
- Por vezes a maior vulnerabilidade da pessoa doente resulta do sentimento de que já não é capaz de controlar a sua vida.	

Obtivemos, assim, quatro dimensões que, com esta nova distribuição, justificam 43,77% da variância total. Todas as dimensões obtêm um valor de *alpha* de Cronbach superior a 0,8 e, no caso da subescala da experiência da vulnerabilidade, apresenta mesmo valores superiores a 0,9, podendo ser considerados excelentes. Para a totalidade da escala obtivemos um *alpha* de 0,936.

Realizados os estudos de validade e fiabilidade procedemos, ainda, a uma análise das correlações entre as dimensões encontradas de modo a averiguar a forma como cada uma contribui para a escala total (Tabela 16).

**Tabela 16.**Resultados das correlações de *Spearman* entre as dimensões da ERVH

	(CVI)	(CVE)	(EV)	(PV)
(CVI)	1,000			
(CVE)	,494**	1,000		
(EV)	,457**	,446**	1,000	
(PV)	,318**	,374**	,482**	1,000

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).\*\*

Da análise das correlações entre as diferentes dimensões encontradas (Tabela 16), verificamos que todas elas apresentam valores positivos com valores intermédios variando entre 0,318 e 0,494. O facto de existir correlação significativa é revelador de que são componentes da variável global, por outro lado, os valores intermédios também são indicadores de que cada componente/fator representa um aspeto diferente da representação da vulnerabilidade humana.

Em jeito de conclusão, após análise dos resultados apresentados, podemos referir que a ERVH possui qualidades psicométricas iniciais bastante razoáveis.

Tendo em conta que a distribuição dos itens pelas dimensões é feita de uma maneira heterogénea, que poderia dificultar uma análise comparativa dos resultados, entendemos ser importante proceder à sua homogenização que permitirá uma comparação direta dos valores de cada dimensão. Para o efeito, entendemos que a melhor forma de apresentar os resultados globais seria a partir do somatório dos itens a dividir pelo número de itens, variando assim entre 1 e 6 (Tabela 17).

**Tabela 17.**

Transformação algorítmica dos resultados de cada dimensão

Conhecimento intrínseco	$\frac{(p1 + p2 + p3 + p4 + p13 + p14 + p15 + p22 + p26 + p27)}{10}$
Conhecimento extrínseco	$\frac{(p5 + p6 + p8 + p9 + p10 + p11 + p12 + p21)}{8}$
Experiência da vulnerabilidade	$\frac{(p28 + p29 + p30 + p31 + p32 + p33 + p34 + p35 + p38 + p39 + p40 + p41 + p42 + p43 + p44 + p45 + p46 + p47 + p48 + p49 + p51)}{21}$
Perceção das causas e manifestações	$\frac{(p56 + p57 + p58 + p59 + p60 + p61 + p62 + p63 + p64 + p65 + p67)}{11}$

#### 5.4. Apresentação dos resultados do *Caring Attributes Questionair* (CAQ)

Após procedimentos de tradução de acordo com os processos descritos na metodologia, e após a análise dos inquéritos recebidos, em função dos critérios de inclusão e exclusão, verificamos que 47 instrumentos apresentavam erros de preenchimento pelo que, agora, a amostra ficou constituída por 295 indivíduos.

Para avaliar as capacidades psicométricas da escala dos atributos do cuidar e analisar os resultados obtidos pela sua aplicação, entendemos que o mais correto seria manter a metodologia usada pelo autor no sentido de facilitar a comparação de resultados. Assim, após procedermos à inversão dos valores dos itens que se apresentavam em sentido contrário (p2, p5, p10, p13, p16, p25, p26, p27), realizámos os estudos de validade e fiabilidade a partir do conjunto de critérios já definidos.

### 5.4.1. Análise fatorial exploratória

Para servir de critério de adequabilidade de análise fatorial usamos os testes de KMO e de esfericidade de Bartlett. O valor obtido de 0,882 do KMO sugere, segundo a literatura, que é claramente recomendável para aplicação de uma análise fatorial (valores acima de 0,60 indicam que a análise é boa), (*Anexo 10*). Por outro lado, ainda que não tão fidedigno, o facto de o teste de esfericidade de Bartlett ser significativo (valores associados a um  $p < 0,05$ ), de acordo com Hill e Hill (2012) e Marôco (2007), diz-nos que as variáveis são correlacionáveis (*Anexo 10*), pelo que podemos proceder à análise fatorial (Tabela 18).

**Tabela 18.**

Resultados da rotação fatorial dos itens do CAQ

Itens	Fatores			
	1	2	3	4
C1	,336		,373	
C2		,340		
C3		,316		
C4		,488		
C5				,521
C6		,677		
C7		,746		
C8		,673		
C9	,307	,347		
C10				,513
C11		,656		
C12	,305	,611		
C13				,597
C14	,596			
C15	,633			
C16				,484
C17	,635			
C18	,600			
C19	,659			
C20	,605		,303	
C21	,477			
C22				-,484
C23	,662			
C24	,642			
C25				,542
C26				,659
C27	-,323		-,465	
C28			,613	
C29			,759	
C30			,637	
C31			,753	

Na Tabela 18 encontramos os resultados obtidos a partir de uma análise exploratória pelo método de extração das componentes principais (*principal component*), forçando-se a quatro componentes principais de modo a respeitar a organização estrutural da escala original, seguido da rotação dos fatores, pelo método de rotação ortogonal (*varimax rotation*). A organização nos quatro fatores pretendidos justifica, no seu conjunto, 41,685% da variância total (fator 1 - 13,68; fator 2 - 11,121; fator 3 - 8,683; fator 4 - 8,198).

A distribuição dos itens pelos quatro fatores obtidos pela análise de componentes principais (Tabela 18) diverge da distribuição encontrada na amostra internacional e por isso diferente da proposta pelo autor. No entanto, existe uma clara predominância dos itens pertencentes a cada uma das escalas iniciais. Existem ainda alguns itens cuja aplicação dos critérios estabelecidos sugere a sua eliminação.

Assim, o **fator 1** surge composto por nove itens: cinco itens pertencentes à escala original de “**Advocacy**” (19, 20, 21, 23, 24) e ainda os itens 14, 15, 17 e 18 que teoricamente seriam da escala da comunicação. De uma análise semântica ao conteúdo destes itens, parece-nos que esta diferença é facilmente justificável pelas diferenças culturais, pois ações como o respeito pela confidencialidade ou a gestão da informação a dar aos familiares são vistas pelos profissionais mais como uma forma de defender os interesses do doente (advocacy) do que propriamente como critérios de comunicação. Os valores de saturação situam-se entre 0,477 do item 21 (“Cuidar é falar em nome do doente...”) e 0,659 do item 19 (“Cuidar é prevenir a ocorrência de eventuais complicações”).

O **fator 2** surge aqui constituído por nove itens, dos quais sete pertencem à escala da “**Comunicação**” (itens 3, 4, 6, 7, 8, 11, 12), pelo item 2 “Cuidar não é significativo para a condição de saúde do doente” que pertenceria à escala do envolvimento do cuidar, e ainda pelo item 9 “Cuidar é demonstrar competências profissionais” que originalmente pertence à escala da advocacy. Os itens da comunicação, com exceção do item 3 que apresenta uma saturação de 0,316, apresentam valores elevados de saturação (> 0,600), sendo que o item 7 “Estou a cuidar quando converso com o doente” é o que apresenta maior valor (0,746).

No **fator 3** evidenciam-se seis itens, cinco pertencentes à escala da aprendizagem do cuidar quase todos com valores de saturação altos (0,613; 0,759; 0,637; 0,753), e ainda o item 27 que pertenceria à escala do envolvimento no cuidar.

Por fim, no **fator 4** encontramos seis dos oito itens que constituem a escala do envolvimento original (5, 10, 13, 16, 25, 26) todos com saturações entre 0,484 e 0,659, e ainda o item 22 (“Estou a cuidar quando falo em nome do doente em relação aos seus cuidados”) que supostamente pertenceria à escala de advocacy.

Relativamente aos resultados das comunalidades, seguimos os mesmos critérios usados na escala anterior e, nesse sentido, apesar de existirem ainda alguns itens com valores de comunalidades baixo, decidimos mantê-los até os cruzarmos com os valores dos estudos de fiabilidade.

#### 5.4.2. Análise de fiabilidade e consistência interna

Tal como o autor da escala, para o objetivo descrito determinámos o coeficiente de correlação de Pearson entre cada item e a escala a que pertence, sabendo que no estudo original foi usado como critério de inclusão os itens com  $r > 0,3$ , e foi determinado o coeficiente *alpha* de Cronbach (Tabelas 19, 20, 21 e 22).

**Tabela 19.**

Estatísticas e *alfa* de Cronbach para avaliação da consistência interna do fator 1

	Média quando é retirado item	Variância quando é retirado o item	r Item-total corrigida	<i>alpha</i> s/Item
C14	36,13	16,312	,488	,790
C15	35,97	17,020	,556	,790
C17	36,06	16,184	,529	,786
C18	36,44	14,988	,507	,788
C19	36,05	15,725	,640	,775
C20	36,40	14,641	,577	,777
C21	36,64	14,776	,374	,820
C23	36,43	14,709	,565	,779
C24	35,98	16,625	,553	,787
<b><i>alpha</i> Cronbach – 0,834</b>				

Para o **fator 1**, para o qual manteremos a designação de escala “**Advocacy**”, que é constituída por nove itens, obtemos um valor de *alpha* de 0,834 (Tabela 19) que é superior

ao valor do estudo original (0,78). Quanto aos valores de correlação item-total, eles situam-se entre 0,374 correspondente à questão “Cuidar é falar em nome do doente quando o profissional de saúde se apercebe que algo prejudicial (para o doente) pode ser feito” e 0,640 obtidos na questão “Cuidar é prevenir ocorrências de eventuais complicações”.

**Tabela 20.**

Estatísticas e *alfa* de Cronbach para avaliação da consistência interna do fator 2

	Média quando é retirado item	Variância quando é retirado o item	r Item-total corrigida	<i>alpha</i> s/Item
C3	27,73	6,734	,327	,749
C4	27,83	6,565	,448	,707
C6	27,75	6,309	,495	,695
C7	27,48	7,563	,561	,694
C8	27,63	7,228	,505	,694
C11	27,46	7,501	,566	,692
C12	27,62	7,440	,482	,701
<b><i>alpha</i> Cronbach – 0,777</b>				

Para o *fator 2*, para o qual mantemos a designação de escala referente à “**Comunicação do cuidar**”, obtemos na análise fatorial uma constituição de nove itens. No entanto, após analisarmos a desadequação semântica do item 2 e do item 9 do resto do fator e dos valores baixos de comunalidade, juntamente com um valor de correlação item/item total inferior a 0,3 que vai contra os próprios critérios do autor, decidimos eliminar esses itens. Assim, para a escala agora constituída por sete itens obtemos um *alpha* de 0,777, mais baixo que o obtido pelo autor (0,89), mas facilmente justificável pela diminuição de número de itens em relação à escala original (de 11 para 7). Se observarmos a Tabela 20, verificámos que as relações item-total se encontram entre 0,327 e 0,566, respeitando desta forma os critérios estabelecidos.

**Tabela 21.**

Estatísticas e *alfa* de Cronbach para avaliação da consistência interna do fator 3

	Média quando é retirado item	Variância quando é retirado o item	r Item-total corrigida	<i>alpha</i> s/Item
C28	10,53	6,543	,406	,691
C29	10,23	5,872	,569	,592
C30	10,49	5,992	,433	,682
C31	10,16	6,028	,569	,595
<b><i>alpha</i> Cronbach – 0,709</b>				

Em relação ao *fator 3* encontrado, mantivemos a designação de escala da “**Aprendizagem do cuidar**”. Após análise cuidada, eliminamos o item 27 por desadequação semântica e o

item 1 por apresentar valor de  $r < 0,3$ . Assim, para esta escala agora composta por quatro itens, o  $\alpha$  obtido (0,709) (Tabela 21) é superior ao obtido pelo autor na amostra internacional (0,62). Quanto aos valores de correlação obtidos, todos os outros itens apresentam um valor de  $r$  superior a 0,3.

**Tabela 22.**

Estatísticas e  $\alpha$  de Cronbach para avaliação da consistência interna do fator 4

	Média quando é retirado item	Variância quando é retirado o item	r Item-total corrigida	$\alpha$ s/Item
C5	13,95	3,161	,404	,583
C10	14,12	2,883	,318	,619
C25	14,20	1,958	,450	,551
C26	14,06	2,411	,541	,462
<b><math>\alpha</math> Cronbach – 0,647</b>				

Para o **fator 4**, que entendemos representar por Escala do “**Envolvimento do cuidar**”, foi aquela que neste estudo demonstrou resultados que mais se afastam dos obtidos pelo autor e que merecem alguma reflexão. De uma análise dos sete itens obtidos pela análise fatorial, verificamos que o item 22, em virtude do seu conteúdo semântico, não se adequa a esta dimensão, pelo que foi eliminado, e os itens 13 e 16 apresentam valores de  $r < 0,3$  indo contra os critérios estabelecidos pelo que foram também eliminados. Assim, esta dimensão passa a ser constituída apenas por quatro itens, acima do valor estabelecido como mínimo (3 itens), mas substancialmente diferente da escala original (8 itens). Com esta composição obtemos um valor de  $\alpha$  de 0,647 (Tabela 22), significativamente mais baixo que o original (0,79), mas que mais uma vez se pode justificar pela redução do número de itens.

Quanto aos valores de correlação item-total obtidos, todos estão dentro dos critérios previamente definidos.

Em jeito de conclusão, após análise dos resultados apresentados, podemos referir que a tradução e adaptação da escala dos atributos do cuidar para a língua portuguesa possui qualidades psicométricas iniciais bastante razoáveis, embora apresente diferenças na sua constituição em relação à escala inicial, relevando desde logo a diminuição do número de itens para vinte e quatro. Não podendo explicar totalmente as causas desta diferença, pensamos ser, no entanto, importante salientar as diferenças culturais existentes entre a população portuguesa e o conjunto de países do estudo original e, ainda, sendo talvez este

o ponto mais significativo, o facto de a nossa amostra ser mais heterogénea uma vez que, contrariamente ao primeiro estudo que incidiu apenas em enfermeiros, a nossa amostra é composta por enfermeiros, médicos e estudantes de ambas as áreas. Segundo o autor David Arthur (1999), a escala tem tendência a encontrar valores de *alpha* mais baixos em amostras mais heterogéneas, no entanto, com estas alterações obtemos um *alpha* para o total da escala de 0,848, valor próximo dos 0,88 obtidos pela escala original na amostra internacional.

Assim, após os estudos de validade e fiabilidade realizados, o CAQ (adaptado) fica com a configuração apresentada na Tabela 23.

**Tabela 23.**  
*Caring Attributes Questionair* (CAQ) - adaptado

Escalas	<i>alpha</i>
<b>Advocacy</b>	
Estou a Cuidar quando trato a informação do doente de forma confidencial.	
Estou a Cuidar quando dou explicações ao doente sobre os seus cuidados.	
Estou a Cuidar quando estou a orientar o doente para o autocuidado.	
Cuidar é manter os familiares informados sobre o doente de acordo com prerrogativas negociadas entre ambos.	
Cuidar é prevenir a ocorrência de eventuais complicações.	0,834
Cuidar é saber o que fazer numa emergência.	
Cuidar é falar em nome do doente quando o profissional de saúde se apercebe de que algo prejudicial (para o doente) poderá ser feito.	
Estou a Cuidar quando estou a documentar os cuidados prestados ao doente.	
Estou a Cuidar quando estou a trabalhar em colaboração com colegas para assegurar a continuidade dos cuidados.	
<b>Comunicação do cuidar</b>	
Cuidar é Tratar todos os doentes respeitando a sua individualidade.	
Cuidar é ser empático.	
Estou a cuidar quando “toco” o doente nos momentos em que este necessita de conforto.	0,777
Estou a cuidar quando converso com o doente.	
Cuidar é ajudar a tornar o internamento mais agradável.	
Cuidar é comunicar com o doente.	
Estou a Cuidar quando ajudo o doente a clarificar o seu pensamento.	
<b>Envolvimento do cuidar</b>	
Estou a cuidar quando estou a evitar o doente.	
Cuidar é colocar as necessidades do hospital à frente das do doente.	
Estou a Cuidar quando não envolvo o doente no planeamento do seu cuidado.	0,647
Os profissionais de saúde que se baseiam no “Cuidar” não se sentem preocupados com o bem-estar dos outros.	
<b>Aprendizagem do cuidar</b>	
O Cuidar aprende-se através do ensino das técnicas de aconselhamento.	
O Cuidar é aprendido por observação no contexto clínico.	0,709
Os Profissionais de Saúde aprendem sobre o cuidar nas escolas.	
Os Profissionais de Saúde aprendem sobre o cuidar ao observar o trabalho de outros Profissionais.	

Tal como na escala anterior, após encontrada configuração final, entendemos analisar as correlações entre os diferentes fatores encontrados de modo a reforçar a validade de construto (Tabela 24).

**Tabela 24.**

Resultados das correlações de *Spearman* entre as dimensões do CAQ adaptado

	Advocacy	Comunicação	Envolvimento	Aprendizagem
Advocacy	1,000			
Comunicação	,501**	1,000		
Envolvimento	,072	,237**	1,000	
Aprendizagem	,292**	,253**	-,028	1,000

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).\*\*

Da análise das correlações entre as diferentes dimensões encontradas, verificamos que se encontram valores positivos entre toda as dimensões com valores intermédios, variando entre 0,237 e 0,501. O facto de existir correlação significativa é revelador de que são componentes da variável global, por outro lado, os valores intermédios também são indicadores de que cada componente/fator representa um aspeto diferente da representação da vulnerabilidade humana. Existe, também, a ausência de correlação entre a dimensão “envolvimento do cuidar” com as dimensões “aprendizagem” e “advocacy”, facto que pode indicar uma menor participação na variável global. No entanto, analisando as correlações dos itens desta dimensão com o total, verificamos que todas são positivas, justificando deste modo que todos eles contribuem para a escala total.

Tal como procedemos na escala anterior, e respeitando os procedimentos dos autores, tendo em conta que a distribuição dos itens pelas escalas é feita de uma maneira heterogénea, os resultados finais, quer da escala total quer das dimensões, é encontrado a partir do somatório dos itens a dividir pelo número de itens (Tabela 25).

**Tabela 25.**

Transformação algorítmica dos resultados de cada dimensão

Advocacy	$\frac{(p14 + p15 + p17 + p18 + p19 + p20 + p21 + p23 + p24)}{9}$
Comunicação	$\frac{(p3 + p4 + p6 + p7 + p8 + p11 + p12)}{7}$
Envolvimento	$\frac{(p5 + p10 + p25 + p26)}{4}$
Aprendizagem	$\frac{(p28 + p29 + p30 + p31)}{4}$

### 5.5. Resultados do *Technological Influences Questionair* (TIQ)

Tal como efetuado com o CAQ, também resolvemos enveredar pela tradução e adaptação deste instrumento de avaliação da influência tecnológica nos profissionais de saúde. Nesta fase do estudo, propusemo-nos a dois objetivos principais: a tradução e adaptação da escala original à realidade portuguesa e a sua adaptação a outro grupo profissional da saúde (médicos) diferente daquele que esteve na sua origem (enfermagem), de modo a validar uma posterior aplicação a estes grupos profissionais. A metodologia utilizada foi a já descrita na metodologia.

Procedendo de acordo com o efetuado nas escalas anteriores, num primeiro passo dado procedemos à inversão dos valores dos itens que se apresentavam em sentido contrário (p3, p4, p6, p7, p8, p9, p11). Para avaliar as propriedades psicométricas da escala (TIQ) e tendo por base as indicações do autor da escala, David Arthur (1999), procedemos também a estudos de fiabilidade e estudos de validade e, ainda, a uma análise das correlações entre os fatores encontrados de modo a averiguar a forma como cada um contribui para a escala total, tal como descrito atrás.

#### 5.5.1. Análise fatorial exploratória

Para servir de critério de adequabilidade de análise fatorial usaram-se os testes de Kaiser-Meyer Olkin (KMO) e de esfericidade de Bartlett. O valor obtido de 0,813 do KMO sugere, segundo a literatura, que é claramente recomendável para aplicação de uma análise fatorial (*Anexo 11*).

Por outro lado, ainda que não tão fidedigno, o facto de o teste de esfericidade de Bartlett ser significativo (valores associados a um  $p < 0,05$ ), de acordo com Hill e Hill (2012) e Marôco (2007), diz-nos que as variáveis são correlacionáveis (*Anexo 11*).

Apesar de o autor da escala a usar nos diversos estudos como sendo unifatorial, submetemo-la a análise fatorial exploratória pelo método de extração das componentes

principais (*principal component*), utilizando o critério de *Kaiser* – fatores com valor próprio (*eigenvalue*) igual ou superior a 1 ( $EV \geq 1$ ), de modo a ver se essa organização se confirmava. Dessa análise fatorial obtemos uma distribuição dos itens por três fatores que explicam 49,712% da variância total (fator 1 - 22,250; fator 2 - 16,547 e factor 3 - 10,914), (Tabela 26).

**Tabela 26.**

Resultados da rotação fatorial dos itens do TIQ

Itens	Fatores		
	1	2	3
T1			,702
T2		,363	,424
T3	,448		-,573
T4	,684		
T5			,570
T6	,390		
T7	,679		
T8	,757		
T9	,760		
T10	,327	,629	
T11	,726		
T12		,706	
T13		,655	
T14		,795	

A distribuição dos itens pelos três fatores obtidos pela análise de componentes principais (Tabela 26) diverge assim da ideia original do autor, mas merece uma análise mais cuidada. Assim o *fator 1* surge composto por seis itens (4, 6, 7, 8, 9, 11), que se encontram todos na negativa e que para tratamento requerem a inversão dos *scores*. Os valores de saturação situam-se entre 0,390 do item 6 (“Devido ao uso de mais tecnologia os profissionais de saúde sentem-se frustrados quando um doente morre”) e 0,760 do item 9 (“Tenho dúvidas sobre os benefícios da tecnologia para a minha (futura) profissão”).

O *fator 2* surge aqui constituído por quatro itens (10, 12, 13, 14), redigidos na positiva e no sentido da valorização da tecnologia em saúde. Estes itens apresentam valores de saturação altos, superiores a 0,60.

No *fator 3*, evidenciam-se quatro itens (1, 2, 3, 5).

Relativamente aos resultados das comunalidades, manteremos os critérios anteriormente descritos.

### 5.5.2. Análise de fiabilidade e consistência interna

Tal como referido nos critérios de validação para análise de fiabilidade e da consistência interna, decidimos analisar os valores de *alpha* de Cronbach e determinar o coeficiente de correlação de Pearson entre cada item e a escala a que pertence, pois esta correlação indica-nos “se cada parte se subordina ao todo”, ou seja, se cada item se define como um todo “operante” do “construto geral” que pretende medir (Vaz-Serra, 1994). Apenas considerámos as correlações item/total da escala com  $r > 0,3$ .

De uma análise cuidada dos itens, verificamos que o item 6 não só apresenta um valor de comunalidade baixo (0,220) como o valor de  $r$  é inferior aos 0,3 pretendidos. Assim, optámos pela sua exclusão, facto que inclusive aumenta o valor de *alpha* (Tabelas 27, 28 e 29).

**Tabela 27.**

Estadísticas e *alfa* de Cronbach para avaliação da consistência interna do fator 1

	Média quando é retirado item	Variância quando é retirado o item	r Item-total corrigida	<i>alpha</i> s/Item
T4	14,74	12,588	,569	,759
T7	15,06	12,275	,537	,772
T8	14,53	12,658	,558	,763
T9	14,20	12,788	,631	,741
T11	14,43	13,069	,604	,750
<b><i>alpha</i> Cronbach – 0,800</b>				

Para o *fator 1*, o qual designaremos como “**Valorização negativa da influência tecnológica**”, agora constituído por cinco itens, obtivemos um valor de *alpha* de 0,80 (Tabela 27) que, de acordo com Hill e Hill (2012), é considerado Bom. Quanto aos valores de correlação item-total são, na sua totalidade, superiores a 0,5.

**Tabela 28.**

Estadísticas e *alfa* de Cronbach para avaliação da consistência interna do fator 2

	Média quando é retirado item	Variância quando é retirado o item	r Item-total corrigida	<i>alpha</i> s/Item
T10	11,42	5,034	,481	,638
T12	11,43	4,953	,516	,618
T13	11,93	4,318	,438	,680
T14	11,28	4,739	,527	,609
<b><i>alpha</i> Cronbach – 0,709</b>				

Para o *fator 2*, para o qual atribuímos a designação de “**Valorização positiva da influência tecnológica**”, obtemos na análise fatorial uma constituição de quatro itens. Analisando pormenorizadamente o comportamento de cada item, verificamos que todos cumprem os critérios estabelecidos.

Assim, para esta dimensão obtemos um *alpha* de 0,709, que é um valor baixo, mas que para vários autores é considerado aceitável, sendo ainda de referir que dimensões com poucos itens têm frequentemente valores de *alpha* mais baixos. Se observarmos a Tabela 28 verificamos que as relações item-total se encontram entre 0,438 e 0,527.

**Tabela 29.**

Estatísticas e *alfa* de Cronbach para avaliação da consistência interna do fator 3

	Média quando é retirado item	Variância quando é retirado o item	r Item-total corrigida	<i>alpha</i> s/Item
T1	11,01	2,741	,039	-,273 <sup>a</sup>
T2	10,36	3,347	,162	-,333 <sup>a</sup>
T3	12,04	3,917	-,253	,325
T5	11,23	2,836	-,010	-,168 <sup>a</sup>
<i>alpha</i> Cronbach – 0,01				

Quanto ao *fator 3*, desde logo nos pareceu difícil esta associação. Assim, após uma análise mais cuidada, verificamos que todos eles apresentavam valores de *r* muito abaixo dos estabelecidos (Tabela 29), pelo que optámos pela exclusão destes itens.

Em jeito de conclusão, após análise dos resultados apresentados, podemos referir que a tradução e adaptação do TIQ para a língua portuguesa possui qualidades psicométricas iniciais bastante razoáveis, embora apresente diferenças na sua constituição em relação à escala inicial, relevando desde logo a diminuição do número de itens de catorze para nove. Também é de referir que contrariamente à escala original que se apresenta unidimensional, no nosso estudo encontramos uma organização em duas dimensões. Não podendo explicar totalmente as causas desta diferença, pensamos ser, no entanto, importante salientar as diferenças culturais existentes entre a população portuguesa e o conjunto de países do estudo original e ainda, sendo este talvez o ponto mais significativo, o facto de a nossa amostra ser mais heterogénea, uma vez, que contrariamente ao primeiro estudo que incidiu apenas em enfermeiros, a nossa amostra é composta por enfermeiros, médicos e estudantes de ambas as áreas. Segundo o autor, David Arthur (1999), a escala tem tendência a

encontrar valores de *alpha* mais baixos em amostras mais heterogéneas, no entanto, com estas alterações obtemos um *alpha* para o total da escala de 0,777 que é superior ao obtido pela escala original (0,75).

Assim, após os estudos de validade e fiabilidade realizados, o TIQ, versão adaptada, fica com a configuração apresentada na Tabela 30.

**Tabela 30.**

*Technological Influences Questionair* (TIQ) adaptado

<i>Technological Influences Questionair - adaptado</i>	<i>alpha</i>
<b>Tecnologia negativa</b>	
O maior uso de meios tecnológicos colocou a os profissionais de saúde em segundo plano.	0,800
A tecnologia e o uso de máquinas interferem na prestação adequada de cuidados ao doente.	
O uso de máquinas leva os profissionais de saúde a negligenciar os seus doentes.	
Tenho dúvidas sobre os benefícios da tecnologia para a minha (futura) profissão.	
A tecnologia destabilizou as várias profissões da saúde.	
<b>Tecnologia positiva</b>	
Geralmente a tecnologia potencia o bem-estar do doente e os seus cuidados de saúde.	0,709
O domínio da tecnologia ajuda os profissionais de saúde a controlar o seu ambiente de trabalho.	
A tecnologia traz significado ao trabalho dos profissionais de saúde.	
O domínio da tecnologia é uma ferramenta importante no desenvolvimento do estatuto das várias profissões de saúde.	

Tal como na escala anterior, após encontrada configuração final, entendemos analisar as correlações entre os diferentes fatores encontrados de modo a reforçar a validade de construto (Tabela 31).

**Tabela 31.**

Resultados das correlações de *Spearman* entre as dimensões do TIQ adaptado

	Tecnologia positiva	Tecnologia negativa
Valorização positiva da influência tecnológica	1,000	,372**
Valorização negativa da influência tecnológica	,372**	1,000

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).\*\*

Da análise das correlações entre as duas dimensões encontradas, verificamos que elas apresentam valores positivos com valores intermédios (0,372). O facto de existir correlação significativa é revelador de que são componentes da variável global, por outro lado, os valores intermédios também são indicadores de que cada componente/fator representa um aspeto diferente da representação da vulnerabilidade humana. Estas correlações reforçam também a possibilidade de se poder usar a escala total, sendo que, de

modo a podermos ir de encontro aos estudos do autor da escala, nos estudos que se seguem optaremos também por utilizar apenas a escala total e não trabalhar com as subescalas.

Em jeito de conclusão, após análise dos resultados apresentados, podemos referir que o TIQ possui qualidades psicométricas iniciais bastante razoáveis.

## **6. ESTUDO FINAL**

Este estudo final consiste na aplicação dos instrumentos de recolha de dados selecionados, agora devidamente adaptados e validados, aos grupos de prestadores de cuidados selecionados: estudantes de enfermagem e de medicina e profissionais de enfermagem e de medicina. Procuramos agora uma amostra bastante mais representativa que nos permita proceder a uma análise explicativa e comparativa das variáveis em causa.

### **6.1. Procedimentos metodológicos**

Tendo como principal objetivo analisar as relações que se estabelecem entre as diferentes variáveis em estudo (representação da vulnerabilidade humana, valoração dos atributos do cuidar em saúde e a influência tecnológica), a análise a efetuar aponta para a utilização de uma metodologia quantitativa. Esta metodologia permite realizar uma análise a partir da mensuração e comparação entre diversos fatores, bem como um estudo de comparação individual dos diferentes prestadores de cuidados de saúde, uma análise longitudinal a partir das diferentes experiências profissionais ou, ainda, comparar valores medianos ou modais dos diferentes contextos de prestação de cuidados. Estamos, assim, perante um estudo quantitativo, correlacional, preditivo e transversal.

### 6.1.1. Procedimentos para análise dos dados

A análise de dados e a apresentação dos resultados foi feita de forma sequencial, respeitando a organização das variáveis e partes constituintes dos instrumentos de recolha de dados. Nesta análise, recorreremos à estatística descritiva e inferencial.

Em relação à estatística descritiva, determinámos frequências, medidas de tendência central, medidas dispersão, medidas de associação, de acordo com as características das variáveis em estudo, e utilizaram-se representações gráficas dos resultados.

Em relação à estatística inferencial e após análise da normalidade da distribuição amostral, a partir da aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov, utilizaram-se testes não paramétricos. De facto, a amostra em estudo, em função de seu tamanho e heterogeneidade, não apresentou aderência às condições de simetria e normalidade exigidas para que sejam aplicados satisfatoriamente testes paramétricos, tais como as técnicas de análise de variância (*ANOVA*) e o cálculo do coeficiente de correlação linear de *Pearson*. Desta forma, nesta investigação foram utilizados testes não paramétricos, nomeadamente o teste de *Kruskal-Wallis*, um dos testes não-paramétricos mais utilizados para testar a existência de diferenças significativas entre duas ou mais populações ou o teste *Man-Whitney* quando se pretendeu averiguar a diferença apenas entre duas amostras. Procuramos, ainda complementar os resultados do teste de *Kruskal-Wallis* com o recurso ao teste de *post-hoc* e ao teste Bonferroni, que nos permitem averiguar onde realmente se encontram as diferenças apontadas. Para análise do tipo de relação existente entre as diferentes variáveis, quer a intensidade e a direção desta associação ou correlação, utilizamos o coeficiente de correlação *Spearman* que é uma medida de associação não paramétrica entre duas variáveis pelo menos ordinais (Marôco, 2007)

## 6.2. Procedimentos, amostra e sua caracterização

Fortin e colaboradores (2009), definem população como “...todos os elementos (indivíduos, objetos) definidos em função de critérios precisos com vista a serem incluídos

num estudo” (p.577), Desta forma, para a generalização deste estudo partíamos de um universo composto por todos os profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) e de estudantes finalistas (medicina e enfermagem) de instituições localizadas no norte do país. Dadas as imensas dificuldades encontradas em obter colaboração que nos permitisse partir para outro tipo de amostra, optámos por um método de amostragem por quotas, de forma a obter uma amostra representativa segundo algumas variáveis pré identificadas da população em estudo (Hill & Hill, 2012), e não probabilística de conveniência.

Após as dificuldades encontradas no pré estudo para obtermos um número de respostas necessário em alguns grupos estudados, pareceu-nos que de forma a garantir, nesta fase, o sucesso da recolha de dados, deveríamos combinar a recolha presencial com a difusão do instrumento por email. Assim, iniciamos um conjunto de ações no sentido de obtermos autorização para a aplicação dos instrumentos em alguns centros hospitalares (CH), agrupamentos de centros de saúde (ACeS), escolas de enfermagem e faculdades de medicina (*Anexo 12*). Das autorizações obtidas, umas vinham no sentido de fazer a recolha de forma presencial (escolas de enfermagem, FMUP e UBI), outras na disponibilização da difusão dos instrumentos via correio eletrónico institucional (CH, ACeS e ICBAS). Para a recolha de dados online, os procedimentos foram os descritos anteriormente no estudo preliminar 2, e juntamente com os instrumentos enviamos também a cada profissional um pedido de difusão dos instrumentos pela sua lista de endereços de modo a tentar aumentar o número de respostas. A recolha de dados decorreu entre junho de 2012 e abril de 2013.

### 6.2.1. Caracterização da amostra

Após análise e validação dos instrumentos recebidos, a nossa amostra ficou constituída por 1213 cuidadores de saúde.

**Tabela 32.**

Caracterização da amostra segundo o sexo, o estado civil, a nacionalidade e a idade no global e por grupo profissional

Variáveis	Enfermeiros		Médicos		Estudantes de enfermagem		Estudantes de medicina	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Total</b>	<b>483</b>	<b>39,8</b>	<b>160</b>	<b>13,2</b>	<b>400</b>	<b>33</b>	<b>170</b>	<b>14</b>
<b>Sexo</b>								
Masculino	74	15,3	65	40,6	88	22,0	37	21,8
Feminino	409	84,7	95	59,4	312	78,0	133	78,2
<b>Estado civil</b>								
Solteiro	146	30,2	82	51,3	345	93,8	170	100
Casado	310	64,2	73	45,6	17	4,3		
Divorciado	25	5,2	3	1,9	6	1,5		
União de facto	1	0,2	-	-	2	0,5		
Viúvo/a	1	0,2	2	1,3	-	-		
<b>Nacionalidade</b>							170	100
Portuguesa	481	99,6	157	98,1	395	98,8		
Francesa	-	-	-	-	2	0,5		
Brasileira	-	-	-	-	1	0,3		
Espanhola	-	-	2	1,3	-	-		
Outros	2	0,4	1	0,6	2	0,5		
<b>Idade</b>								
Mínima	22	-	24	-	20	-	22	-
Máxima	60	-	70	-	47	-	33	-
Média	36,43	-	37,38	-	23	-	23,76	-
Mediana	35	-	33	-	22	-	23	-
Moda	28	-	25	-	21	-	23	-
Desvio padrão	9,153	-	12,02	-	3,74	-	1,42	-
<b>Tempo de serviço</b>								
Mínima	0	-	1	-	-	-	-	-
Máxima	38	-	45	-	-	-	-	-
Média	13,31	-	12,38	-	-	-	-	-
Mediana	12	-	8	-	-	-	-	-
Moda	6	-	1	-	-	-	-	-
Desvio padrão	9,063	-	11,83	-	-	-	-	-
<b>Nível de cuidados</b>								
CSD	395	81,8	128	80,0	-	-	-	-
CSP	58	12,0	28	17,5	-	-	-	-
CCI	15	3,1	1	0,6	-	-	-	-
Outros	15	3,1	3	1,9	-	-	-	-

Da análise da Tabela 32, verificamos que 39,8% (483) da nossa amostra é constituída por enfermeiros, 33% (400) são alunos finalistas do curso de licenciatura em enfermagem, 13,2% (160) são médicos e 14% (170) são alunos finalistas do curso de medicina.

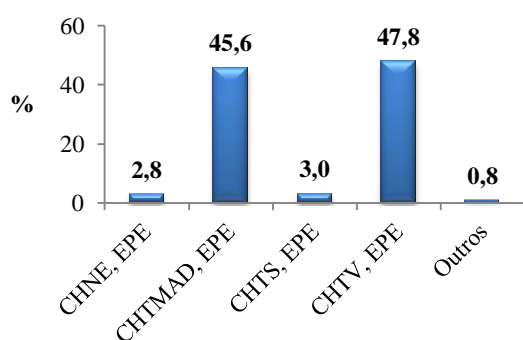
### A) Caracterização dos profissionais de enfermagem

Da análise da Tabela 32, podemos verificar que o grupo dos enfermeiros é maioritariamente constituído por elementos do sexo feminino que representa 84,7% (409)

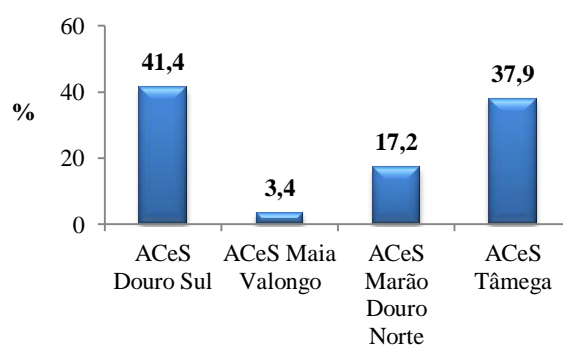
contra apenas 15,3% do sexo masculino. A quase totalidade do grupo estudado é de nacionalidade portuguesa (99,6%), e quanto ao estado civil, podemos verificar que maioritariamente (64,2% - 310), são casados. Regista-se, também, que 30,2% são solteiros, 5,2% divorciados e, ainda, existem 0,2% em estado de viuvez e 0,2 que vive em regime de união de facto. Em relação à idade, podemos verificar que a média de idade dos respondentes é de 36,43 anos, com um desvio padrão de 9,153, variando entre os 22 e os 60 anos. A mediana situa-se nos 35 anos e a moda nos 28 anos.

Quanto ao tempo de serviço, ele varia entre o zero, ou seja, existem 4 enfermeiros que ainda não iniciaram a sua atividade profissional e que se encontram no desemprego, e os 38 anos de serviço. A média é de 13,31 anos de serviço, a mediana situa-se nos 12 e a moda nos 6 anos de serviço.

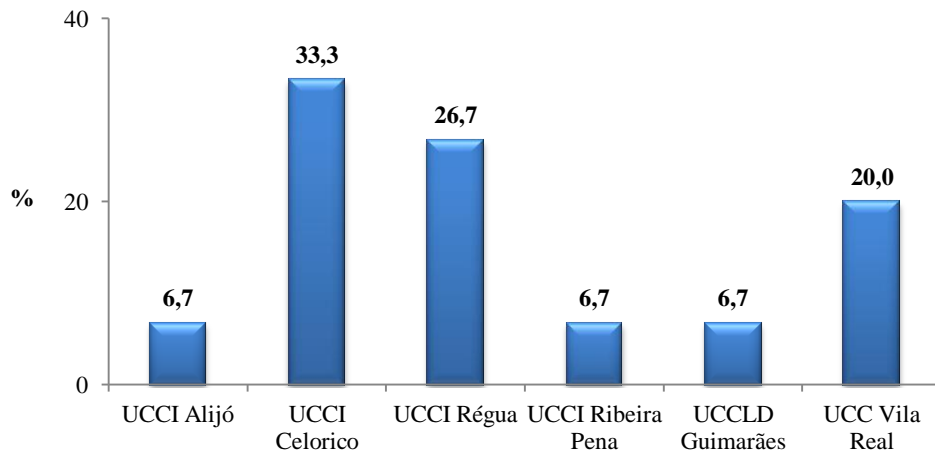
Atendendo agora ao nível de cuidados/serviço onde os enfermeiros desempenham a sua profissão, podemos verificar que o grande grupo da amostra (81,8%) presta cuidados diferenciados em instituições hospitalares, seguido dos profissionais dos CSP (12,0%) e dos que trabalham na rede de cuidados continuados integrados (3,1%). Existem ainda alguns profissionais (3,1%) que exercem a sua profissão noutro tipo de cuidados, como unidades de apoio ao diagnóstico e serviços privados de saúde. São, assim, diversas as instituições onde exercem os cuidados (Figuras 2, 3 e 4).



**Figura 2.** Distribuição dos enfermeiros por instituição de CSD



**Figura 3.** Distribuição dos enfermeiros por instituição de CSP



**Figura 4.** Distribuição dos enfermeiros por instituição de CCI

Os enfermeiros dos CSD que integram do grupo estudado, exercem funções no variadíssimo conjunto de serviços pertencentes, essencialmente, a dois CH: 47,8% no Centro Hospitalar Tondela Viseu (CHTV), EPE e 45,6% no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD), EPE. Existem ainda profissionais do Centro Hospitalar Nordeste (CHNE), EPE (2,8%), do Centro Hospitalat Tâmega e Sousa CHTS (3%) e de outras instituições (0,8%), (Figura 2).

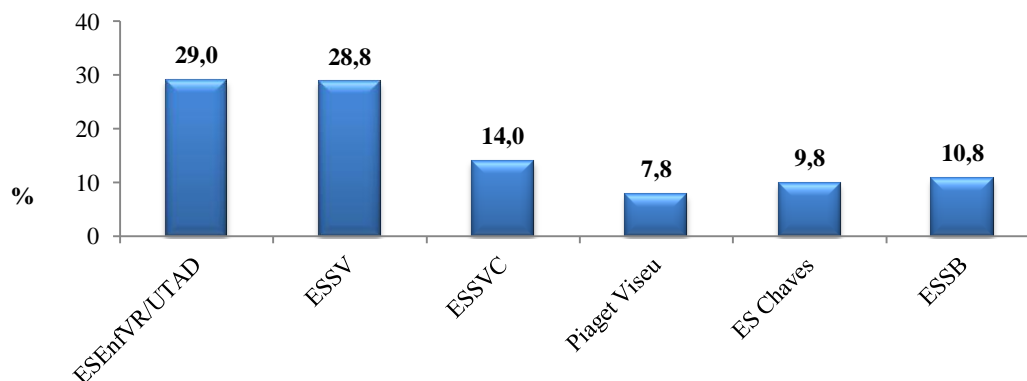
Em relação aos enfermeiros que trabalham nos CSP, o maior grupo (41,4% - 24) pertence ao ACeS Douro Sul, 37,9% (22) são do ACeS do Tâmega, do ACeS Douro Norte são 17,2% (10) e existem ainda 3,4% (2) do ACeS Maia/Valongo (Figura 3).

Quanto às unidades de cuidados continuados integrados (UCCI), como podemos observar na Figura 2, as mais representadas são a Unidade de Celorico de Basto (33,3% - 5) e a Unidade da Régua (26,7% - 4), (Figura 4).

## **B) Caracterização dos estudantes de enfermagem**

Olhando para a Tabela 32, podemos verificar que o grupo de estudantes finalistas de enfermagem é maioritariamente constituído por elementos do sexo feminino, que representam 78% (312), enquanto os estudantes do sexo masculino são apenas 22% (78). Verifica-se também que, na sua quase totalidade, 98,8% (395) é de nacionalidade

portuguesa e quanto ao estado civil, a maioria (93,8% - 375) é solteira. Em relação à idade, podemos verificar que a média de idade dos finalistas de enfermagem é de 23 anos, com um desvio padrão de 3,74. A idade mínima é de 20 anos e a máxima de 47, sendo que a mediana se situa nos 22 e a moda nos 21 anos.



**Figura 5.** Distribuição dos estudantes de enfermagem por escola

Da análise da Figura 5, podemos observar que os estudantes são provenientes de seis instituições de ensino superior de enfermagem, sendo que a ESEnVR e a Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) são as mais representadas, com 29% (116) e 28,8% (115), respetivamente. Os restantes estudantes repartem-se pela Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo (ESSVC), com 14% (56), pela Escola Superior de Saúde de Braga (ESSB), com 10,8% (43), pela Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado de Chaves (ESEMMA), com 9,8% (39) e pelo Instituto Jean Piaget de Viseu (IJPV), com 7,8% (31).

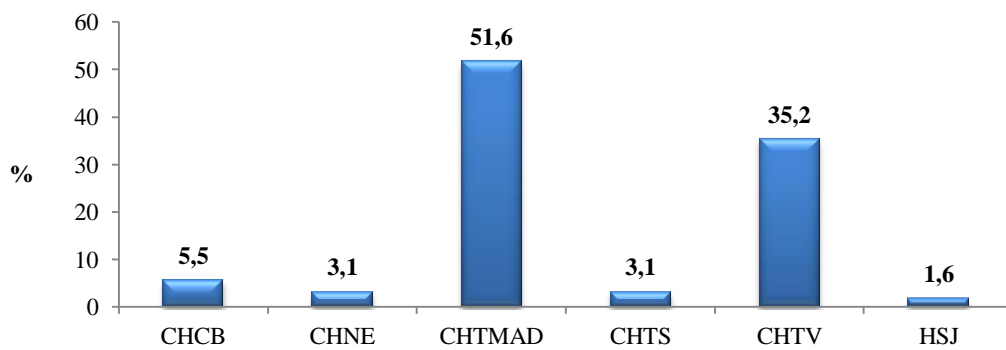
### C) Caracterização dos médicos

Da análise da Tabela 32, podemos verificar que o grupo de médicos é maioritariamente constituído por elementos do sexo feminino, que representam 59,4% (95) contra 40,6% do sexo masculino. A quase totalidade do grupo estudado é de nacionalidade portuguesa (98,1%), e quanto ao estado civil podemos verificar que cerca de metade (51,3% - 82) é solteira e que 45,6% (7) é casada. Regista-se, também, que 1,9% é divorciada e, ainda,

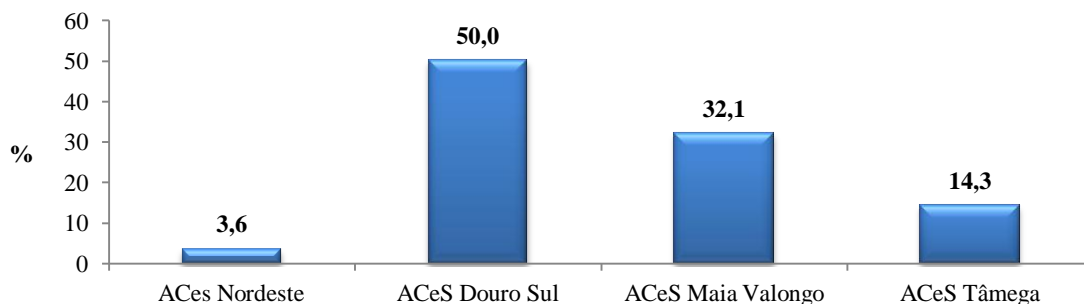
existe 1,3% em estado de viuvez. Em relação à idade, podemos verificar que a média de idade dos respondentes é de 37,38 anos, com um desvio padrão de 12,029, variando entre os 24 e os 70 anos. A mediana situa-se nos 33 anos e a moda nos 25 anos.

Quanto ao tempo de serviço, ele varia entre 1 ano e os 45 anos de serviço. A média é de 12,38 anos de serviço, a mediana situa-se nos 8 e a moda em 1 ano de serviço.

Atendendo agora ao nível de cuidados onde os médicos desempenham a sua profissão, podemos ver que o grande grupo da amostra (80% - 128) presta CSD, em instituições hospitalares, seguido de 17,5% (28) de médicos que estão ligados aos CSP. Encontramos apenas 0,6% (1) que exerce na rede de cuidados continuados integrados e 1,9% (3) distribui-se por outro tipo de serviço como, por exemplo, unidades de diagnóstico.



**Figura 6.** Distribuição dos médicos por instituição de CSD



**Figura 7.** Distribuição dos médicos por instituição de CSP

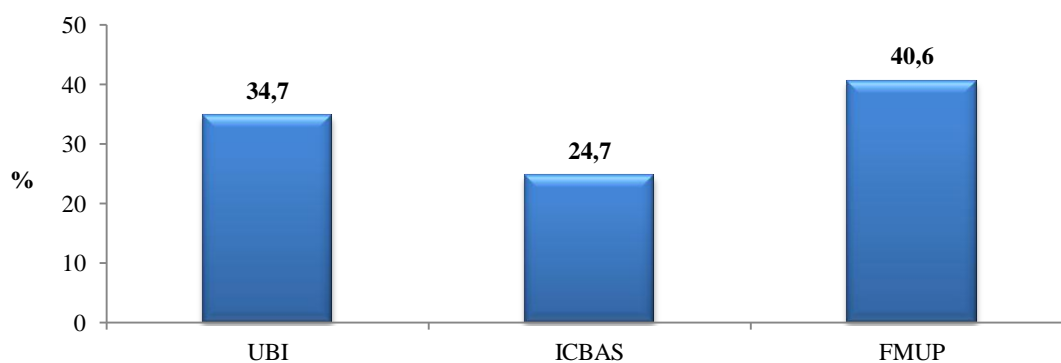
Da análise da Figura 6, podemos verificar que os médicos que exercem nos CSD distribuem-se por seis instituições diferentes, salientando-se, no entanto, dois CH: o

CHTMAD, EPE, com 51,6% (66) e o CHTV, EPE, com 35,2% (45) e que, no seu conjunto, significam mais de 80% da amostra estudada.

Em relação aos médicos que trabalham nos CSP, o ACeS Douro Sul representa exatamente metade da amostra, com 50% (14), seguindo-se o ACeS Maia/Valongo, com 32,1% (9), o ACeS do Tâmega, com 14,3% (4), e o ACeS Nordeste, com apenas 3,6% (1), (Figura 7).

#### D) Caracterização dos estudantes de medicina

Olhando para a Tabela 32, podemos verificar que o grupo de estudantes finalistas de medicina é maioritariamente constituído por elementos do sexo feminino, que representam 78,2% (133), enquanto os estudantes do sexo masculino são apenas 21,8% (37). Verifica-se também que, na sua totalidade, 100% (170) são de nacionalidade portuguesa e, quanto ao estado civil, são solteiros. Em relação à idade, podemos verificar que a média de idade dos finalistas de medicina é de 23,76 anos, com um desvio padrão de 1,42. A idade mínima é de 22 anos e a máxima de 33, sendo que a mediana se situa nos 23 e a moda nos 23 anos.



**Figura 8.** Distribuição dos estudantes de medicina por faculdade

Da análise da Figura 8, podemos observar que os estudantes são provenientes de três faculdades de medicina, sendo que a FMUP é a mais representada, com 40,6% (69), seguida da UBI, com 34,7% (59) e, por fim, o ICBAS, com 24,7% (42).

### 6.3. Apresentação dos resultados da Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana (ERVH) em cuidadores de saúde

Como forma de organizar os resultados obtidos, iniciamos a sua apresentação pelas estatísticas descritivas da escala e das suas dimensões, seguidas pelos estudos de análise da normalidade da distribuição amostral e, logo após, apresentamos a análise inferencial e as hipóteses em estudo, com os respectivos testes de hipóteses e resultados.

#### 6.3.1. Análise descritiva

Para a análise descritiva procedemos ao estudo das medidas de tendência central (média, mediana, moda e percentis) que nos permitem caracterizar o valor da variável do estudo que ocorre com mais frequência, e as medidas de dispersão (assimetria e achatamento) que revelam a dispersão das observações em torno das medidas de tendência central (Marôco, 2007). Fizémo-lo quer para a escala no seu total, quer para as suas dimensões: CVI (Conhecimento da Vulnerabilidade Intrínseca), CVE (Conhecimento da Vulnerabilidade Extrínseca), EV (Experiência de Vulnerabilidade) e PV (Perceção de Vulnerabilidade).

**Tabela 33.**

Estatística descritiva da ERVH /Dimensões

Escalas	ERVH	CVI	CVE	EV	PV
Média	4,24	4,54	3,76	4,14	4,52
Mediana	4,26	4,60	3,75	4,19	4,55
Moda	4,04	4,50 <sup>a</sup>	4,00	4,48	4,64
Desvio padrão	,585	,687	,814	,749	,675
Variância	,342	,472	,663	,560	,456
Assimetria	-,327	-,414	-,137	-,518	-,378
Erro padrão de assimetria	,070	,070	,070	,070	,070
Curtose	,549	,284	,136	,449	,179
Erro padrão de curtose	,140	,140	,140	,140	,140
Mínimo	2,06	1,80	1,00	1,19	1,73
Máximo	5,96	6,00	6,00	6,00	6,00
<b>Percentis:</b>					
10	3,52	3,60	2,75	3,19	3,64
20	3,78	4,00	3,13	3,57	3,91
30	3,94	4,20	3,38	3,77	4,18
40	4,12	4,40	3,50	4,00	4,36
50	4,26	4,60	3,75	4,19	4,55
60	4,42	4,80	4,00	4,38	4,73
70	4,54	4,90	4,25	4,57	4,91
80	4,74	5,10	4,38	4,76	5,09
90	4,94	5,40	4,75	5,048	5,36

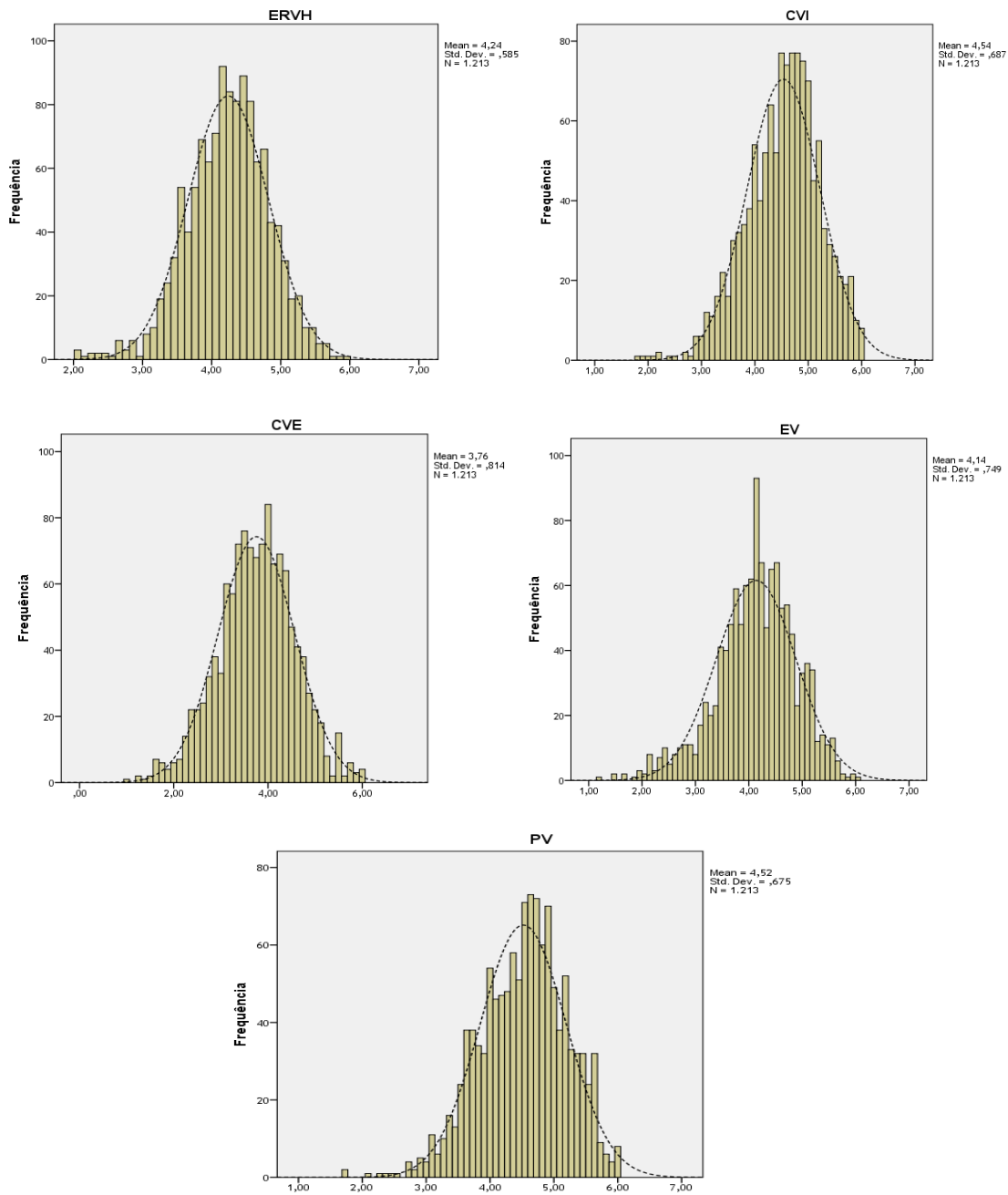
a. Existem várias modas. É apresentado o menor valor

Na Tabela 33, podemos observar a estatística descritiva referente à ERVH, bem como a das subescalas que a compõem. É possível verificar que em todas as escalas os valores obtidos estão relativamente próximos, quer nas medidas de tendência central quer nas medidas de dispersão. Para melhor comparar a variabilidade dos resultados entre as variáveis, calculamos o coeficiente de variação (desvio padrão/média amostral) que confirma uma baixa dispersão, uma vez que quase todas as distribuições são inferiores ou muito próximas de 15% de dispersão (ERVH 13,7%; CVI 15,1% e PV (14,9%), com exceção da subescala CVE que apresenta um dispersão moderada de 21,6% (Pestana & Gageiro, 2003).

A média das escalas situa-se no percentil 40, com a exceção da CVE cuja média se encontra no percentil 50. Já a moda da ERVH situa-se no percentil 30, da CVI, no percentil 40, da EV, no percentil 60, da CVE, no percentil 60, e da PV, no percentil 50, o que parece indicar que nestas três últimas dimensões existe uma concentração maior em valores mais altos.

Relativamente à assimetria, da leitura dos valores encontrados e da análise da Figura 9, apesar de em todas as escalas esta medida se encontrar com valores perto de zero, entre -0,5 e 0,5, condição, segundo Marôco (2007), necessária para que uma distribuição possa ser considerada simétrica, calculamos o coeficiente de assimetria (assimetria/erro padrão), tendo verificado que com exceção da CVE (-1,95), todas as outras apresentam valores inferiores a -2, pelo que a distribuição mostra uma assimetria negativa ou um enviesamento à direita. Estes resultados apontam que as medidas de tendência central se aproximam mais dos valores máximos do que dos mínimos, indicando a existência de uma tendência de respostas mais positivas, que deslocam a média, a mediana e a moda para a direita.

Quanto à curtose ou achatamento, também aqui os valores se situam próximos de zero, parecendo indicar estarmos na presença de uma distribuição mesocúrtica, no entanto, calculando o coeficiente de curtose, verificamos que a CVI (2,02), a CVE (0,97) e a PV (1,27) apresentam valores entre -2 e 2, confirmando uma distribuição sem achatamento, já a ERVH (3,92) e a EV (3,20) apresentam valores superiores a 2, o que significa uma distribuição leptocúrtica, ou seja, relativamente mais alta.



**Figura 9.** Histograma da ERVH e das dimensões

### 6.3.2. Análise da normalidade das distribuições

Antes de uma análise estatística mais geral, é importante proceder-se a uma análise da normalidade da distribuição das variáveis, sendo que, como refere Hill e Hill (2012), esta

normalidade tanto pode ser influenciada pelos valores da assimetria como pelos valores da curtose. São vários os procedimentos que se podem realizar para efetuar esta análise, sendo que o uso de testes estatísticos, como o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, ou quando uma amostra é pequena, o teste de *Shapiro-Wilk*, é talvez o mais comum. Neste caso, como estamos na presença de uma amostra de 1213 casos, aplicamos o teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

**Tabela 34.**

Resultados do teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* para a ERVH/Dimensões

Escala	Estatística	<i>Kolmogorov-Smirnov</i> <sup>a</sup>	
		Graus de liberdade	Significância ( <i>p</i> )
ERVH	,032	1213	,005
CVI	,070	1213	,000
CVE	,044	1213	,000
EV	,047	1213	,000
PV	,063	1213	,000

De acordo com Hill e Hill (2012), uma distribuição pode ser considerada normal quando o resultado destes testes é estatisticamente não significativo. Assim, da análise da Tabela 34 podemos verificar que em qualquer uma das escalas estamos na presença de distribuições sem normalidade.

### 6.3.3. Análise dos efeitos das variáveis sociodemográficas e contextuais na representação da vulnerabilidade humana

Apresentada a análise dos dados recolhidos com a ERVH em cuidadores de saúde, passamos à averiguação dos efeitos produzidos pelas várias variáveis, como o grupo de cuidadores, o sexo, a idade, a experiência profissional, o serviço e a história de internamento, na representação da vulnerabilidade humana. Desta forma, poderemos indagar sobre a possível existência de diferenças significativas ou de associações entre as variáveis.

### 6.3.3.1. Análise da Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana (ERVH) por grupos de cuidadores

Para uma melhor perceção dos resultados da representação da vulnerabilidade, resolvemos fazer uma análise descritiva por grupos estudados (Tabela 35).

**Tabela 35.**  
Estatística descritiva ERVH /Dimensões por grupo estudado

	Enfermeiros	Médicos	Estudantes de enfermagem	Estudantes de medicina
<b>ERVH</b>				
Média	4,28	4,11	4,20	4,34
Mediana	4,32	4,14	4,20	4,32
Moda	4,04 <sup>a</sup>	3,90	4,16	4,54
Mínimo	2,10	2,06	2,24	3,12
Máximo	5,96	5,48	5,74	5,60
Item com maior média	Item 48 (5,10)	Item 48 (5,21)	Item 48 (5,03)	Item 48 (5,44)
Item com menor média	Item 20 (3,07)	Item 20 (2,81)	Item 20 (3,03)	Item 20 (2,65)
<b>CVI</b>				
Média	4,59	4,65	4,34	4,75
Mediana	4,60	4,70	4,40	4,90
Moda	5,0	4,8	4,30	4,9
Mínimo	1,80	2,0	2,10	2,7
Máximo	6,00	6,0	6,00	6,0
Item com maior média	Item 3 (4,69)	Item 3 (4,94)	Item 17 (4,61)	Item 3 (4,97)
Item com menor média	Item 12 (4,40)	Item 14 (4,40)	Item 2 (4,12)	Item 18 (4,47)
<b>CVE</b>				
Média	3,81	3,53	3,76	3,80
Mediana	3,88	3,50	3,75	3,88
Moda	4,00	3,50	3,88	4,13
Mínimo	1,25	1,00	1,38	1,63
Máximo	6,00	6,00	5,75	6,00
Item com maior média	Item 15 (4,28)	Item 15 (4,06)	Item 15 (4,09)	Item 15 (4,26)
Item com menor média	Item 9 (3,15)	Item 9 (2,91)	Item 9 (3,26)	Item 9 (3,19)
<b>EV</b>				
Média	4,19	3,95	4,11	4,22
Mediana	4,29	4,00	4,14	4,19
Moda	3,76 <sup>a</sup>	4,48	3,90	3,62 <sup>a</sup>
Mínimo	1,81	1,19	2,00	2,52
Máximo	6,00	5,90	5,71	5,76
Item com maior média	Item 19 (4,79)	Item 19 (4,79)	Item 19 (4,61)	Item 31 (4,05)
Item com menor média	Item 20 (3,07)	Item 20 (2,81)	Item 20 (3,03)	Item 20 (2,65)
<b>PV</b>				
Média	4,52	4,38	4,55	4,60
Mediana	4,55	4,36	4,64	4,59
Moda	4,55	4,64	4,73	4,55
Mínimo	2,27	2,09	1,73	2,73
Máximo	6,00	5,82	6,00	5,91
Item com maior média	Item 48 (5,10)	Item 48 (5,21)	Item 48 (5,03)	Item 48 (5,44)
Item com menor média	Item 46 (4,19)	Item 42 (3,90)	Item 41 (4,10)	Item 41 (4,05)

a. existem múltiplas modas. É mostrado o valor mais baixo.

Analisando a Tabela 35, podemos verificar que, em relação à ERVH, a média dos resultados obtida varia entre 4,11 (médicos) e 4,34 (estudantes de medicina). Há, no entanto, uma grande amplitude de resultados que vão desde 2,06 (resultado mais baixo obtido) até 5,96 (resultado mais alto obtido). No geral, destaca-se o item 48 “A fragilidade da pessoa doente manifesta-se tanto física como social ou psicologicamente” como o que obtém a melhor média de resultados em todos os grupos estudados, e o item 20 “A lembrança frequente de que posso ser atingido pela morte condiciona a minha forma de viver” que obtém a média de resultados mais baixa também em todos os grupos.

Procurando, agora, olhar com mais atenção para as dimensões que constituem a ERVH, poderemos ver:

#### **a) Conhecimento da Vulnerabilidade Intrínseca (CVI)**

A média mais alta foi encontrada nos estudantes de medicina (4,75) e a mais baixa nos estudantes de enfermagem (4,34), tendo os médicos e os enfermeiros obtido médias de resultados muito próximas, 4,65 e 4,59, respetivamente. Em relação aos itens com média mais alta, ela surge no item 3 “A vulnerabilidade faz parte da realidade constitutiva do ser humano; é condição universal da humanidade” em todos os grupos (entre 4,47 e 4,97), com exceção dos estudantes de enfermagem, onde a maior média surge das respostas ao item 17 “O reconhecimento da vulnerabilidade/fragilidade humana é a base do cuidar”. Já as respostas mais baixas encontram-se em itens diferentes consoante o grupo estudado.

De referir, ainda, que é nesta dimensão que se encontram globalmente as médias mais altas em todos os grupos, com exceção dos estudantes de enfermagem.

#### **b) Conhecimento da Vulnerabilidade Extrínseca (CVE)**

Nesta dimensão, a média de resultados mais alta encontrou-se nas respostas dos enfermeiros (3,81) e a mais baixa nos médicos (3,53). É de salientar que esta é a subescala onde se encontram os resultados mais baixos. O item 15 “A exposição à vulnerabilidade do outro desperta sentimentos próprios de fragilidade” é o que obtém melhores resultados em

todos os grupos. O item 9 “A vulnerabilidade é exposição ao ultraje, quer dizer, ao insulto, à agressão, à humilhação” é o que surge com menores resultados.

### **c) Experiência de Vulnerabilidade (EV)**

Na dimensão da experiência de vulnerabilidade, são os estudantes de medicina que obtêm uma média mais alta de resultados (4,22), em contraste com os médicos que obtêm a média de resultados mais baixa (3,95). Com exceção dos estudantes de medicina, o item 19 “Por várias vezes, a doença ou a perda da capacidade levaram-me a pensar na fragilidade pessoal”, foi o que obteve melhores resultados. Já a média mais baixa coincide nos distintos grupos, no item 20 que, como já foi referido, é o que tem menores médias em toda a escala.

### **d) Perceção da Vulnerabilidade (PV)**

A dimensão da perceção da vulnerabilidade da pessoa doente obtém médias bastante altas e muito próximas entre todos os grupos: de 4,38 nos médicos até 4,60 nos estudantes de medicina. Também na obtenção de médias mais altas, existe total coincidência no item 48, aliás como já referido, o que apresenta melhores resultados em toda a escala. Já o item com respostas mais baixas varia de acordo com o grupo estudado, sendo que, nos médicos, é o item 42 “O que realmente provoca sofrimento no doente é a sensação de derrota pela consciência de que já nada pode ser feito” que apresenta 3,90, nos enfermeiros, é o item 46 “A maior fragilidade da pessoa doente é, muitas vezes, provocada pelo facto de, nas instituições de saúde, ser tratado como um ser despersonalizado” a apresentar 4,19, e nos dois grupos de estudantes, é o item 41 “As pessoas mais frágeis do ponto de vista psicológico são as mais doentes” (4,10 e 4,05). É de referir que nos estudantes de enfermagem esta dimensão é aquela que obtém uma média mais elevada de resultados.

**Tabela 36.**Resultados do teste *Kruskal-Wallis* aplicado às variáveis ERVH/Dimensões e grupos de cuidadores

Grupo de cuidadores	n	Média	Média Rank	DP	Chi-Square	p
<b>ERVH</b>						
Enfermeiros	483	4,28	632,47	0,589	15,612	0,001
Médicos	160	4,11	535,69	0,634		
Estud. Enfermagem	400	4,20	581,21	0,579		
Estud. Medicina	170	4,34	662,44	0,508		
<b>CVI</b>						
Enfermeiros	483	4,59	638,25	0,692	65,241	0,000
Médicos	160	4,65	658,07	0,702		
Estud. Enfermagem	400	4,34	498,47	0,653		
Estud. Medicina	170	4,75	725,52	0,622		
<b>CVE</b>						
Enfermeiros	483	3,81	628,92	0,818	12,901	0,005
Médicos	160	3,53	517,72	0,916		
Estud. Enfermagem	400	3,76	607,51	0,765		
Estud. Medicina	170	3,80	627,57	0,787		
<b>EV</b>						
Enfermeiros	483	4,19	635,53	0,737	13,192	0,004
Médicos	160	3,95	527,42	0,866		
Estud. Enfermagem	400	4,11	592,66	0,735		
Estud. Medicina	170	4,22	634,58	0,663		
<b>PV</b>						
Enfermeiros	483	4,52	606,15	0,687	9,510	0,023
Médicos	160	4,38	534,36	0,697		
Estud. Enfermagem	400	4,55	621,08	0,676		
Estud. Medicina	170	4,60	644,65	0,603		

Procurando analisar a associação entre a representação da vulnerabilidade e os grupos de cuidadores estudados de modo a examinarmos se esta variável influencia a representação da vulnerabilidade dos inquiridos, procedemos a uma análise de variância pelo teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*, tomando como variáveis dependentes o total da escala de representação da vulnerabilidade e as quatro dimensões consideradas, e como variável independente o grupo de cuidadores. Os resultados do teste revelam a existência de diferenças de representação estatisticamente significativas, quer no total da escala quer nas quatro dimensões que a compõem. Contudo, apesar de encontrarmos estas diferenças significativas, falta esclarecer em quais dos grupos elas existem, pelo que recorreremos ao teste de *post-hoc* e ao teste *Bonferroni*.

**Tabela 37.**

Resultados dos testes *post-hoc* com a correção de *Bonferroni* aplicado às variáveis ERVH/Dimensões e grupos de cuidadores

Escala/ Dimensões	(I) - (J)	Diferenças de média (I-J)	Sig. (p)
<b>ERVH</b>			
	Enfermeiros - Médicos	96,774159*	,014
	Est. medicina - Médicos	126,750368*	,006
<b>CVI</b>			
	Enfermeiro - Estudantes de enfermagem	139,787588*	,000
	Enfermeiro - Estudantes de medicina	-87,265059*	,025
	Médicos - Est. udantes de enfermagem	159,603750*	,000
	Est. medicina - Estudantes de enfermagem	227,052647*	,000
<b>CVE</b>			
	Enfermeiros - Médicos	111,199489*	,003
	Estudantes de enfermagem - Médicos	89,794375*	,036
	Estudantes de medicina - Médicos	109,852022*	,026
<b>EV</b>			
	Enfermeiros - Médicos	108,116466*	,004
	Estudantes de medicina - Médicos	107,163787*	,032
<b>PV</b>			
	Estudantes de enfermagem - Médicos	86,725000*	,048
	Estudantes de medicina - Médicos	110,296691*	,025

A diferença das médias é significativa para 0.05

Como já observado na Tabela 35, os estudantes de medicina são os que apresentam os valores médios mais elevados no total da escala e os valores mais baixos surgem nos médicos. Mas, analisando os dados do teste *post-hoc* e do teste *Bonferroni*, vertidos na Tabela 37, podemos concluir que, relativamente à ERVH, a diferença de médias (I-J) é estatisticamente significativa entre o grupo dos médicos e os grupos dos enfermeiros e dos estudantes de medicina, respetivamente com  $p=0,006$  e  $p=0,014$ . Em relação às 4 dimensões, aí os comportamentos são distintos e na Tabela 36 podemos observar a existência de múltiplas diferenças estatisticamente relevantes. Realçamos, no entanto, alguns aspetos que nos parecem vir a merecer alguma atenção:

- os valores obtidos pelos médicos são, na generalidade das dimensões, menores e com diferença estatisticamente significativa para quase todos os outros grupos de cuidadores;
- as diferenças entre os dois grupos de estudantes não são estatisticamente relevantes, com exceção da dimensão CVI ( $p=,000$ );
- os estudantes de medicina, apesar das médias mais altas encontradas, no geral apenas apresentam diferenças estatisticamente significativas em relação aos

médicos. Excepcionalmente na dimensão CVI, encontram-se também diferenças com significado estatístico em relação aos enfermeiros e aos estudantes de enfermagem.

Concluimos, deste modo, que a variável em questão (grupo de cuidadores) influencia a representação da vulnerabilidade humana, pelo que a hipótese 4 “*A representação da vulnerabilidade humana varia consoante o grupo de cuidadores*”, tem confirmação estatística.

#### 6.3.3.2. Análise da Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana (ERVH) por sexo

No sentido de averiguarmos a existência de diferenças na representação da vulnerabilidade e nas dimensões que a compõem, em função do sexo, procedemos à aplicação do teste *Mann-Whitney* para grupos independentes.

**Tabela 38.**

Resultados do teste *Mann-Whitney* aplicado às variáveis ERVH/Dimensões e sexo

	Sexo	Nº	Média	Média Rank	Dp	P
<b>ERVH</b>	Masc.	264	4,08	513,63	,615	,000
	Fem.	949	4,28	632,98	,569	
<b>CVI</b>	Masc.	264	4,52	591,64	0,684	,420
	Fem.	949	4,54	611,27	0,688	
<b>CVE</b>	Masc.	264	3,68	584,20	0,842	,231
	Fem.	949	3,77	613,34	0,806	
<b>EV</b>	Masc.	264	3,87	487,90	0,815	,000
	Fem.	949	4,21	640,13	0,713	
<b>PV</b>	Masc.	264	4,38	533,15	0,674	,000
	Fem.	949	4,56	627,54	0,671	

Como podemos observar na Tabela 38, os resultados do teste revelam, tanto para o total da escala como para as dimensões EV e PV, a existência de diferenças significativas. Já para as duas dimensões do conhecimento, os testes indicam a inexistência de diferenças estatisticamente significativas. Concluimos, deste modo, que a variável em questão (sexo) apesar de não influenciar todas as dimensões, influencia, no entanto, a representação da vulnerabilidade humana, salientando-se a obtenção de resultados mais altos no sexo

feminino. Quisemos, no entanto, averiguar se esta “matriz” de respostas estava presente em todos os grupos de cuidadores e, através da análise das médias, bem como dos resultados do teste *Mann-Whitney* aplicado a cada grupo, podemos observar que estas diferenças se encontram em todos os grupos, com a exceção dos enfermeiros onde a diferença entre o sexo feminino e masculino não é significativa e onde, inclusive, os homens obtêm médias mais altas nas dimensões CVI e CVE.

### 6.3.3.3. Análise da Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana (ERVH) por idade e experiência profissional

Procurando analisar em que medida a variável idade pode provocar diferenças na representação da vulnerabilidade humana, procedemos à análise de correlação entre essa variável e a ERVH, considerada quer na sua globalidade quer cada uma das quatro dimensões.

#### Tabela 39.

Resultados do coeficiente de correlação de *Spearman* entre a ERVH/Dimensões e idade e experiência profissional

	ERVH		CVI		CVE		EV		PV	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Idade	,000	ns	,118	**	-,002	ns	-,018	ns	-,037	ns
Experiência profissional	,037	ns	,091	*	,055	ns	-,006	ns	,037	ns

\*\* significativo ao nível .01; \* significativo ao nível .05; ns: não significativo

A partir da Tabela 39, no âmbito da análise da relação entre a idade e a representação da vulnerabilidade, podemos observar que os resultados do teste para a globalidade da ERVH, para as dimensões CVE, EV e EP, não atingem o limiar de significação estatística ( $p > .05$ ). Apenas o resultado relativo ao fator CVI indica um coeficiente de correlação de *Spearman* estatisticamente significativo ( $r = .118$ ,  $p < .01$ ). Apesar de o valor de correlação obtido corresponder a uma associação muito baixa entre as variáveis, de acordo com os critérios de Pestana e Gageiro (2003) e de Marôco (2007), eles apontam, no entanto, no sentido de que quanto maior a idade maior o conhecimento teórico da vulnerabilidade intrínseca, sem que esta correlação seja suficiente para influenciar os valores da escala global. Analisando

ainda o efeito da idade, mas agora por grupos de cuidadores, verificamos também a ausência de valores com significado estatístico, com exceção dos estudantes de enfermagem, em que se encontra uma associação fraca ( $r=0,090$ ,  $p<.05$ ) com a EV.

Quanto à experiência profissional, e realçamos que os resultados são apenas referentes a dois dos grupos estudados (enfermeiros e médicos), podemos verificar que também, aqui, apenas a relação com o CVI apresenta um coeficiente de correlação de *Spearman* estatisticamente significativo ( $r=0,91$ ,  $p<.05$ ). Assim, apesar de mais uma vez os valores da correlação serem baixos, parece indicar que o CVI aumenta com a experiência profissional. Analisando o comportamento dos grupos de cuidadores, verificamos que estudados separadamente não surgem valores de correlação de *Spearman* significativos nem para a escala total nem para qualquer dimensão.

Podemos, assim, concluir que em relação ao valores obtidos para a escala total (ERVH), estes não atingem o limiar de significação estatística ( $p>.05$ ), o que nos permite afirmar que a hipótese 1 “*Quanto maior for a experiência profissional maior é a representação da vulnerabilidade humana*”, não tem confirmação empírica.

#### 6.3.3.4. Análise da Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana (ERVH) por história de internamento

No sentido de averiguarmos a associação entre a representação da vulnerabilidade, bem como as dimensões que a compõem, e história de internamento dos sujeitos que participaram no estudo, procedemos à aplicação do teste *Mann-Whitney* para grupos independentes.

**Tabela 40.**Resultados do teste *Mann-Whitney* aplicado às variáveis ERVH/Dimensões e história de internamento

	História internamento	Nº	Média	Média Rank	Dp	P
<b>ERVH</b>	Sim	636	4,23	599,85	0,586	,455
	Não	577	4,25	614,88	0,585	
<b>CVI</b>	Sim	636	4,56	617,02	,671	,295
	Não	577	4,51	595,96	,704	
<b>CVE</b>	Sim	636	3,74	599,75	,813	,449
	Não	577	3,77	614,99	,816	
<b>EV</b>	Sim	636	4,11	595,75	,754	,240
	Não	577	4,16	619,40	,743	
<b>PV</b>	Sim	636	4,51	604,76	,688	,815
	Não	577	4,53	609,47	,661	

Como podemos observar na Tabela 40, os resultados do teste revelam que, quer para o total da escala quer para as subescalas, não existem diferenças significativas. Também, no estudo separado dos vários grupos, apenas no caso dos médicos se encontra uma diferença com significado estatístico ( $p=0,006$ ) na dimensão EV. Concluimos, deste modo, que a variável em questão (história de internamento) não influencia a representação da vulnerabilidade humana, pelo que a hipótese 7 “*Os cuidadores com historial de internamentos hospitalares têm uma representação da vulnerabilidade humana mais completa*”, não tem confirmação estatística.

#### 6.3.3.5. Análise da Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana (ERHV) por serviço

Quanto à variável serviço, que como referido distribui os profissionais pelo nível de cuidados em que atuam, no sentido de averiguarmos se esta variável influencia a representação da vulnerabilidade dos inquiridos, procedemos a uma análise de variância pelo teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*, tomando como variáveis dependentes o total da escala de representação da vulnerabilidade e as quatro dimensões consideradas, e como variável independente o serviço.

**Tabela 41.**Resultados do teste *Kruskal-Wallis* aplicado às variáveis ERVH/Dimensões e serviço

Serviço	n	Média	Média Rank	DP	Chi-Square	p
<b>ERVH</b>						
CS Diferenciados	524	4,23	321,12	0,614	6,820	0,078
CS Primários	94	4,21	309,56	0,575		
CC Integrados	6	4,11	266,83	0,367		
Outros	19	4,56	425,13	0,498		
<b>CVI</b>						
CS Diferenciados	524	4,59	319,51	0,708	1,750	0,626
CS Primários	94	4,63	326,31	0,659		
CC Integrados	6	4,55	304,33	0,521		
Outros	19	4,80	375,00	0,534		
<b>CVE</b>						
CS Diferenciados	524	3,75	325,40	0,862	6,182	0,103
CS Primários	94	3,62	294,29	0,818		
CC Integrados	6	3,44	238,25	0,486		
Outros	19	4,07	391,76	0,704		
<b>EV</b>						
CS Diferenciados	524	4,13	323,82	0,774	7,204	0,066
CS Primários	94	4,02	298,39	0,808		
CC Integrados	6	3,88	244,33	0,586		
Outros	19	4,49	413,24	0,660		
<b>PV</b>						
CS Diferenciados	524	4,44	311,67	0,711	10,216	0,017
CS Primários	94	4,62	359,31	0,589		
CC Integrados	6	4,64	348,25	0,673		
Outros	19	4,82	414,05	0,436		

Os resultados do teste revelam a não existência de diferenças de representação estatisticamente significativas, quer no total da escala quer nos fatores CVI, CVE e EP. Apenas apresenta diferenças significativas na dimensão da percepção da vulnerabilidade ( $p=0,017$ ).

Como podemos, também, observar na Tabela 41, são os profissionais pertencentes ao grupo “outros”, que contempla os serviços de diagnóstico (laboratórios, centros de exames, etc), serviços de reabilitação ou empresas de monitorização de saúde, que apresentam os valores médios mais elevados. Já os valores mais baixos surgem no geral nos cuidadores dos CCI, com exceção da subescala PV em que surgem nos cuidadores dos cuidados diferenciados.

#### 6.4. Apresentação dos resultados do *Caring Attributes Questionair (CAQ)* adaptado

Seguindo o mesmo critério da escala anterior, iniciamos a apresentação dos resultados pelas estatísticas descritivas da escala e das suas dimensões, seguidas pelos estudos de análise da normalidade da distribuição amostral e, logo após, apresentamos a análise inferencial e as hipóteses em estudo e com os respetivos testes de hipóteses e resultados.

##### 6.4.1. Análise descritiva

Tal como procedemos na escala anterior, para a análise descritiva procedemos ao estudo das medidas de tendência central (média, mediana, moda e percentis) e das medidas de dispersão (assimetria e achatamento). Fizémo-lo quer para a escala no seu total, quer para as suas subescalas: (EA - Escala de Advocacy; ECC - Escala da Comunicação do Cuidar; EEC - Escala do Envolvimento no Cuidar; EAC - Escala da Aprendizagem do Cuidar).

**Tabela 42.**

Estatística descritiva do CAQ/Dimensões

ESCALAS	CAQ	EA	ECC	EEC	EAC
Média	4,33	4,49	4,54	4,49	3,72
Mediana	4,42	4,55	4,71	4,75	3,75
Moda	4,63	5,00	5,00	5,00	3,50
Desvio padrão	,408	,499	,487	,753	,691
Variância	,167	,250	,237	,568	,477
Assimetria	-1,041	-1,431	-1,301	-1,935	-,394
Erro padrão de assimetria	,070	,070	,070	,070	,070
Curtose	1,424	2,778	1,704	3,485	,077
Erro padrão de curtose	,140	,140	,140	,140	,140
Mínimo	2,04	1,89	2,00	1,00	1,25
Máximo	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Percentis					
10	3,79	3,78	3,86	3,50	2,75
20	4,04	4,11	4,14	4,00	3,25
30	4,21	4,33	4,43	4,50	3,50
40	4,29	4,44	4,57	4,75	3,50
50	4,42	4,56	4,71	4,75	3,75
60	4,50	4,78	4,86	5,00	4,00
70	4,58	4,89	4,86	5,00	4,00
80	4,67	4,89	5,00	5,00	4,25
90	4,79	5,00	5,00	5,00	4,50

Na Tabela 42, podemos observar a estatística descritiva referente ao CAQ bem como às dimensões que o compõem. É possível verificar que, quer no total quer nas dimensões, os valores obtidos estão relativamente próximos tanto nas medidas de tendência central como nas medidas de dispersão, com exceção da dimensão da “aprendizagem do cuidar” cujos resultados se afastam um pouco dos restantes. Para melhor comparar a variabilidade dos resultados entre as variáveis, calculamos o coeficiente de variação (desvio padrão/média amostral) que confirma uma baixa dispersão, no CAQ (9,4%), na dimensão “advocacy” (11,11%) e na dimensão “comunicação do cuidar” (10,72%). Nas dimensões “envolvimento do cuidar” e “aprendizagem do cuidar”, há uma dispersão moderada (16,54 e 18,57%, respetivamente), (Pestana & Gageiro, 2003).

A média do CAQ e das dimensões EA e EAC situa-se no percentil 40, a média da dimensão ECC encontra-se no percentil 30 e da EEC apresenta uma média situada no percentil 20. Já a moda do CAQ situa-se no percentil 70, da EA no percentil 90, da ECC e EEC no percentil 80 e da EAC no percentil 50, o que parece indicar que apesar da maioria das pontuações das escalas ser mais elevada, existe, no entanto, um número significativo de pontuações baixas que, só por si, são capazes de baixar a média. Relativamente à assimetria, da leitura dos valores encontrados e da análise da Figura 10 podemos verificar que todas as escalas são assimétricas negativas ou enviesadas à direita, apresentando coeficientes de assimetria (assimetria/erro padrão) inferiores a -2: CAQ (-14,87), EA (20,44), ECC (-18,58), EEC (-27,64) e EAC (-5,62). Destes valores poderemos interpretar que as medidas de tendência central estão mais próximas dos valores máximos que dos mínimos, sendo que essa tendência aponta para uma resposta mais positiva, deslocando, por isso, para a direita, a média, a mediana e a moda.

Quanto à curtose ou achatamento, todas as distribuições apresentam uma configuração leptocurtica, relativamente mais alta que o normal confirmada pelos coeficientes de curtose superiores a 2: CAQ (10,17), EA (19,84), ECC (12,17) e EEC (24,89), com exceção da dimensão EAC que apresenta uma distribuição mesocúrtica confirmada por uma curtose de 0,05 e por um coeficiente de curtose de 0,55.

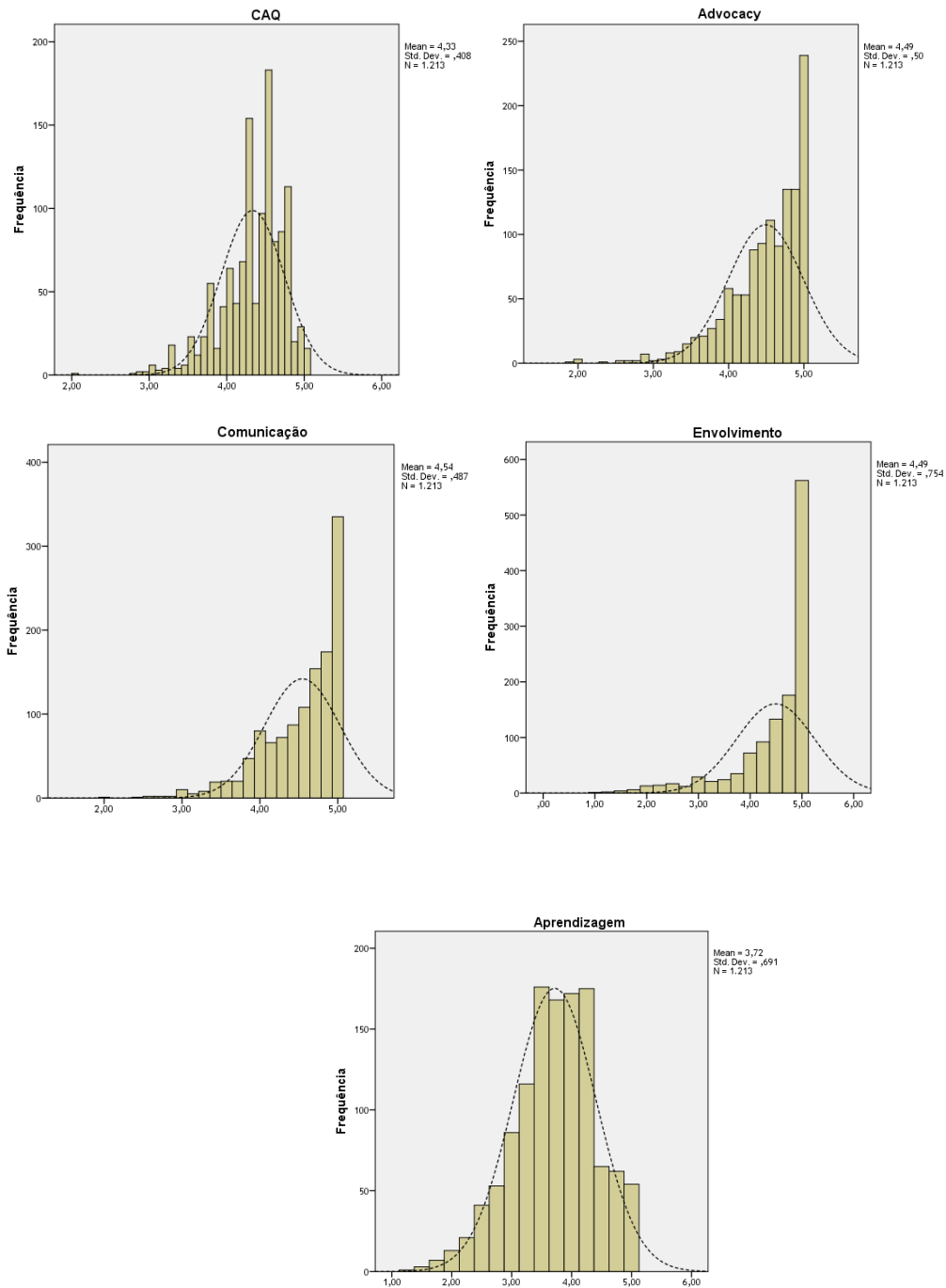


Figura 10. Histograma do CAQ e das suas dimensões

### 6.4.2. Análise da normalidade das distribuições

Tal como procedemos na escala anterior, antes de uma análise estatística mais geral entendemos ser importante proceder a uma análise da normalidade da distribuição das variáveis. Por isso, e tendo em conta que estamos na presença de uma amostra de 1213 casos, Optamos por aplicar o teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

**Tabela 43.**

Resultados do teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* para o CAQ/Dimensões

Escalas	Estatística	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup> Graus de liberdade	Significância ( <i>p</i> )
CAQ	,099	1213	,000
EA	,155	1213	,000
ECC	,183	1213	,000
EEC	,250	1213	,000
EAC	,095	1213	,000

De acordo com Hill e Hill (2012), uma distribuição pode ser considerada normal quando o resultado destes testes é estatisticamente não significativo. Assim, da análise da Tabela 43, podemos verificar que em qualquer uma das escalas estamos na presença de distribuições sem normalidade.

### 6.4.3. Análise dos efeitos das variáveis sociodemográficas e contextuais no *Caring Attributes Questionair* (CAQ) adaptado

Apresentada a análise dos dados recolhidos com o CAQ, passamos à averiguação dos efeitos produzidos pelas várias variáveis, como o grupo de cuidadores, o sexo, a idade, a experiência profissional, o serviço e a história de internamento, na valorização dos atributos do cuidar. Dessa forma, poderemos indagar sobre a possível existência de diferenças significativas ou de associações entre as variáveis.

### 6.4.3.1. Análise do *Caring Attributes Questionair* (CAQ) adaptado e dimensões por grupos estudados

Para uma melhor percepção dos resultados do CAQ, resolvemos fazer uma análise descritiva por grupos estudados.

**Tabela 44.**

Estatística descritiva do CAQ/Dimensões por grupo estudado

Escala	Enfermeiros	Médicos	Est. Enfermagem	Est. Medicina
<b>CAQ</b>				
Média	4,35	4,32	4,30	4,38
Mediana	4,46	4,38	4,38	4,46
Moda	4,63	4,63	4,50	4,58
Mínimo	2,79	2,04	3,00	3,00
Máximo	5,00	4,92	5,00	4,96
Item com maior média	Item 12 (4,77)	Item 1; 11 (4,73)	Item 8 (4,71)	Item 3 (4,78)
Item com menor média	Item 21 (3,14)	Item 23 (2,78)	Item 21 (3,44)	Item 23 (2,83)
<b>EA</b>				
Média	4,55	4,49	4,41	4,52
Mediana	4,67	4,56	4,50	4,56
Moda	5,00	5,00	5,00	5,00
Mínimo	2,33	2,00	1,89	2,89
Máximo	5,00	5,00	5,00	5,00
Item com maior média	Item 12 (4,77)	Item 11 (4,73)	Item 18 (4,67)	Item 14,18 (4,75)
Item com menor média	Item 16 (4,22)	Item 16 (4,19)	Item 16 (3,95)	Item 16 (4,09)
<b>ECC</b>				
Média	4,58	4,51	4,53	4,50
Mediana	4,71	4,57	4,71	4,57
Moda	5,00	5,00	5,00	5,00
Mínimo	2,43	2,00	2,86	2,57
Máximo	5,00	5,00	5,00	5,00
Item com maior média	Item 8 (4,70)	Item 1 (4,73)	Item 8 (4,71)	Item 8 (4,69)
Item com menor média	Item 2 e 4 (4,49)	Item 4 (4,24)	Item 2 (4,36)	Item 4 (4,18)
<b>EEC</b>				
Média	4,52	4,45	4,42	4,62
Mediana	4,75	4,75	4,75	4,75
Moda	5,00	5,00	5,00	5,00
Mínimo	1,50	1,25	1,00	1,50
Máximo	5,00	5,00	5,00	5,00
Item com maior média	Item 3 (4,60)	Item 3 (4,57)	Item 3 (4,61)	Item 3 (4,78)
Item com menor média	Item 19 (4,39)	Item 19 (4,30)	Item 19 (4,26)	Item 7 (4,49)
<b>EAC</b>				
Média	3,67	3,68	3,77	3,75
Mediana	3,75	3,75	4,00	3,75
Moda	3,50	3,50	4,00	3,75
Mínimo	1,50	1,25	1,50	2,00
Máximo	5,00	5,00	5,00	5,00
Item com maior média	Item 24 (3,53)	Item 24 (3,84)	Item 23 (3,63)	Item 22 (4,02)
Item com menor média	Item 21 (3,14)	Item 23 (2,78)	Item 21 (3,44)	Item 23 (2,83)

a. existem múltiplas modas. É mostrado o valor mais baixo

De uma primeira análise da Tabela 44, podemos verificar que o CAQ obtém médias altas e muito próximas em todos os grupos estudados. Ela varia entre 4,30 (média mais baixa) nos estudantes de enfermagem e 4,38 (média mais alta) nos estudantes de medicina. No entanto, as pontuações gerais obtidas têm uma maior amplitude indo de 2,04 (valor mínimo obtido) a 5,00 (valor máximo obtido). Em relação aos itens com pontuações mais extremas, podemos verificar que eles variam consoante o grupo a que pertencem as respostas. Assim, os itens com maior média obtida são: o item 12 *“Estou a cuidar quando estou a orientar o doente para o autocuidado”*, nos enfermeiros; os itens 1 e 11 (4,73) *“Cuidar é tratar todos os doentes respeitando a sua individualidade”* e *“Estou a cuidar quando dou explicações ao doente sobre os seus cuidados”*, nos médicos; o item 8 (4,71) *“Cuidar é comunicar com o doente”* nos estudantes de enfermagem e, por fim, nos estudantes de medicina, o item 3 (4,78) *“Estou a cuidar quando estou a evitar o doente”*, sendo este um item que se encontra na negativa e, por isso, com pontuação invertida. Quanto ao item com menor média de pontuação nos enfermeiros e nos estudantes de enfermagem é o 21 *“O cuidar aprende-se através do ensino de técnicas de aconselhamento”*, enquanto que nos médicos e nos estudantes de medicina é o item 23 *“Os profissionais de saúde aprendem sobre o cuidar nas escolas”*.

Procurando, agora, olhar com mais atenção para as subescalas que constituem o CAQ podemos ver:

**a) Escala do Cuidar como Advocacy**

Nesta subescala, a média mais alta (4,55) encontra-se nos enfermeiros e a mais baixa nos estudantes de enfermagem (4,41), sendo que tanto os médicos como os estudantes de medicina obtêm médias bastantes próximas (4,49 e 4,52, respetivamente). Em relação aos itens, salienta-se o item 16 *“Cuidar é falar em nome do doente quando o profissional de saúde se apercebe de que algo prejudicial (para o doente) poderá ser feito”* como aquele que em todos os grupos apresenta uma média mais baixa. Já os resultados mais altos variam consoante o grupo (itens 12, 11, 18 e 14 nos enfermeiros, médicos, estudantes de enfermagem e estudantes de medicina, respetivamente).

### **b) Escala da Comunicação do Cuidar**

A subescala da comunicação do cuidar é aquela que, nos resultados globais (Tabela 44), obtém uma média maior. De uma observação mais detalhada por grupos, podemos ver que para isso contribuirá de forma decisiva o facto de, com exceção dos estudantes de medicina, todos os outros grupos apresentam aqui a média de resultados mais elevada e sempre superior a 4,5. A média mais alta (4,58) surge nos enfermeiros, enquanto a média mais baixa é a dos estudantes de medicina (4,50), mas verifica-se estarmos perante diferenças muito pequenas. Quanto ao item com melhores resultados, nos médicos, surge o item 1 (4,73) “*Cuidar é tratar todos os doentes respeitando a sua individualidade*”, sendo que nos restantes grupos evidencia-se o item 8 “*Cuidar é comunicar com o doente*”. Já pelos resultados mais baixos, evidenciam-se o item 4 (em todos os grupos, menos os estudantes de enfermagem), “*Estou a cuidar quando toco o doente nos momentos em que este necessita de conforto*”; e o item 2 “*Cuidar é ser empático*”, que surge nos estudantes de enfermagem e nos enfermeiros (nestes com a mesma média do item 4).

### **c) Escala do Envolvimento do Cuidar**

De acordo com a Tabela 44, podemos observar que quanto ao envolvimento do cuidar, a média mais alta é a encontrada das respostas dos estudantes de medicina (4,62) e a mais baixa nos estudantes de enfermagem (4,42). Em relação aos itens desta subescala, podemos verificar que o item 3 “*Estou a cuidar quando estou a evita o doente*” é aquele que obtém uma média mais alta nos quatro grupos analisados. Quanto aos menores resultados desta dimensão, eles foram encontrados no item 19 “*Estou a cuidar quando não envolvo o doente no planeamento do seu cuidado*” nos enfermeiros (4,39), médicos (4,30) e estudantes de enfermagem (4,26), sendo que apenas nos estudantes de medicina os resultados mais baixos surgiram no item 7 “*Cuidar é colocar as necessidades do hospital à frente das do doente*” (4,49). É importante salientar que todos os itens desta dimensão se encontram redigidos na negativa, pelo que os seus resultados foram invertidos de modo a encontrarem-se no mesmo sentido de toda a escala.

#### d) Escala da Aprendizagem do Cuidar

Olhando para os resultados desta subescala, a partir da Tabela 44, facilmente verificamos que estamos perante a dimensão em que os resultados são globalmente mais baixos. Sendo constituída por um conjunto de itens que procuram avaliar o modo como se pode proceder à aprendizagem do cuidar, talvez não seja de estranhar que as médias mais altas surjam nos estudantes: 3,75 nos estudantes de medicina e 3,77 nos estudantes de enfermagem. Os enfermeiros apresentam, neste capítulo, a média mais baixa (3,67). Analisando o comportamento dos diferentes itens, podemos verificar que são pouco consensuais em termos de resultados, pois o mesmo item pode obter a média mais elevada num grupo e ter, simultaneamente, a média mais baixa noutra. Apenas o item 24 “*Os profissionais de saúde aprendem o cuidar ao observar o trabalho de outros profissionais*” não obtém a pior média em qualquer dos grupos estudados, sendo o que tem a melhor média, quer nos enfermeiros quer nos médicos.

**Tabela 45.**

Resultados do teste *Kruskal-Wallis* aplicado às variáveis CAQ/Dimensões e grupos de cuidadores

Grupo de Cuidadores	n	Média	Média Rank	DP	Chi-Square	p
<b>CAQ</b>						
Enfermeiros	483	4,35	630,80	0,423	7,332	0,062
Médicos	160	4,32	583,72	0,393		
Estudantes de enfermagem	400	4,30	575,42	0,411		
Estudantes de medicina	170	4,38	635,59	0,367		
<b>EA</b>						
Enfermeiros	483	4,55	664,56	0,502	30,152	0,000
Médicos	160	4,49	610,89	0,539		
Estudantes de enfermagem	400	4,41	535,42	0,496		
Estudantes de medicina	170	4,52	608,22	0,441		
<b>ECC</b>						
Enfermeiros	483	4,58	652,89	0,505	15,225	0,002
Médicos	160	4,51	562,34	0,468		
Estudantes de enfermagem	400	4,53	588,59	0,477		
Estudantes de medicina	170	4,50	561,98	0,471		
<b>EEC</b>						
Enfermeiros	483	4,52	619,72	0,725	5,377	0,146
Médicos	160	4,45	566,19	0,711		
Estudantes de enfermagem	400	4,42	594,14	0,859		
Estudantes de medicina	170	4,62	639,54	0,569		
<b>EAC</b>						
Enfermeiros	483	3,67	582,00	0,717	8,187	0,042
Médicos	160	3,68	578,83	0,638		
Estudantes de enfermagem	400	3,77	643,81	0,708		
Estudantes de medicina	170	3,75	617,93	0,611		

Procurando analisar a associação entre a valorização dos atributos do cuidar e os grupos de cuidadores estudados, procedemos a uma análise de variância pelo teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*, tomando como variáveis dependentes o total da CAQ e as quatro dimensões consideradas, e como variável independente o grupo de cuidadores. Os resultados do teste revelam a não existência de diferenças estatisticamente significativas para o total da escala. No entanto, olhando individualmente para cada dimensão, podemos observar que existe diferença significativa para as dimensões “advocacy”, “comunicação” e “aprendizagem”, com  $p=0,000$ ,  $p=0,002$  e  $p=0,042$ , respectivamente. Contudo, apesar de encontrarmos estas diferenças significativas, falta esclarecer em quais dos grupos existem essas diferenças, pelo que recorremos ao teste de *post-hoc* e ao teste *Bonferroni* entre os grupos de cuidadores e as dimensões em causa.

**Tabela 46.**

Resultados dos testes *post-hoc* com a correção de *Bonferroni* aplicado às variáveis grupos de cuidadores e às dimensões EA, ECC e EAC

Escala/ Dimensões	(I) - (J)	Diferenças de Média (I-J)	Sig. (p)
<b>EA</b>			
	Enfermeiro - Estudantes de enfermagem	129,149182*	,000
<b>ECC</b>			
	Enfermeiro - Estudantes de enfermagem	64,293628*	,034
	Enfermeiros - Médicos	90,548628*	,024
	Enfermeiro - Estudantes de medicina	90,909658*	,018
<b>EAC</b>			
	Enfermeiro - Estudantes de enfermagem	-61,815820	,051

A diferença das médias é significativa para 0.05

Da Tabela 45 já tínhamos verificado que em relação à dimensão “advocacy”, a média mais alta se encontrava nos enfermeiros e a mais baixa nos estudantes de enfermagem (4,41), sendo que o teste *post-hoc* com a correção de *Bonferroni* confirma que a diferença de médias entre estes dois grupos (I-J) é estatisticamente significativa. Em relação à dimensão “comunicação do cuidar”, também já sabíamos que os enfermeiros obtinham médias mais altas e, neste sentido, o teste confirma as diferenças entre este grupo e todos os outros como estatisticamente significativas ( $p=0,034$ ,  $p=0,024$  e  $p=0,018$ ). Por fim, em relação à dimensão “aprendizagem do cuidar”, o teste *post-hoc* com a correção de *Bonferroni* não confirma a existência de diferenças significativas. Assim, apesar dos resultados mostrarem que existem melhores resultados nos enfermeiros em algumas dimensões, parecendo

apontar que este grupo profissional tem maior preocupação com a comunicação do cuidar, não podemos concluir que a variável em questão (grupo de cuidadores) tenha influência na valorização dos atributos do cuidar, pelo que a hipótese 5 “*A valorização dos atributos do cuidar varia consoante o grupo de cuidadores*”, não tem confirmação estatística.

#### 6.4.3.2. Análise do *Caring Attributes Questionair* (CAQ) adaptado e dimensões por sexo

No sentido de averiguarmos a existência de diferenças nas respostas ao *Caring Attributes Questionair* (CAQ) adaptado e nas dimensões que o compõem, em função do sexo, procedemos à aplicação do teste *Mann-Whitney* para grupos independentes.

**Tabela 47.**

Resultados do teste *Mann-Whitney* aplicado às variáveis CAQ/Dimensões e sexo

	Sexo	Nº	Média	Média Rank	Dp	P
CAQ	Masc.	264	4,25	533,10	,438	,000
	Fem.	949	4,36	627,56	,397	
EA	Masc.	264	4,43	562,40	,516	,019
	Fem.	949	4,51	619,41	,494	
ECC	Masc.	264	4,42	515,15	,520	,000
	Fem.	949	4,58	632,55	,472	
EEC	Masc.	264	4,29	530,56	,921	,000
	Fem.	949	4,55	628,27	,689	
EAC	Masc.	264	3,71	600,53	,645	,733
	Fem.	949	3,72	608,80	,703	

Como podemos observar na Tabela 47, os resultados do teste revelam que, quer para o total da variável quer para as dimensões EA, ECC e EAC, existem diferenças estatisticamente significativas. Apenas na subescala da aprendizagem do cuidar não se encontram diferenças significativas. Neste sentido, podemos concluir que a variável em questão (sexo) influencia a valorização dos atributos do cuidar, sendo que da análise das médias se pode inferir que existe a tendência de os elementos do sexo feminino apresentarem resultados mais altos, indicando, por isso, uma maior atenção ao cuidar.

#### 6.4.3.3. Análise do *Caring Attributes Questionair* (CAQ) adaptado por idade e experiência profissional

Procurando analisar em que medida as variáveis idade e experiência profissional podem provocar diferenças na valorização dos atributos do cuidar, procedemos à análise de correlação entre essas variáveis e o CAQ, considerado quer na sua globalidade quer em cada uma das quatro dimensões.

##### Tabela 48.

Resultados do coeficiente de correlação de *Spearman* entre o CAQ/Dimensões e idade e experiência profissional

	CAQ		EA		ECC		EEC		EAC	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Idade	,040	ns	,151	**	,069	*	-,068	*	-,038	ns
Experiência profissional	,071	ns	,131	**	,087	*	-,066	ns	,083	*

\*\* significativo ao nível .01; \* significativo ao nível .05; ns: não significativo

A partir da Tabela 48, no âmbito da análise da relação entre a idade e a valorização dos atributos do cuidar, podemos observar que os resultados do teste, quer para a globalidade do CAQ quer para a dimensão EAC, não atingem o limiar de significação estatística ( $p > .05$ ). No entanto, olhando para o resultado relativo à diferentes dimensões, verificamos que indica um coeficiente de correlação de *Spearman* estatisticamente significativo ( $r = .151, p < .01$ ) para a EA, e para as ECC e EEC ( $r = .069, p < .05$ ;  $r = -.068, p < .05$ ). Apesar de os valores de correlação obtidos corresponderem a associações muito baixas entre as variáveis, de acordo com os critérios de Pestana e Gageiro (2003), eles apontam no sentido de que quanto maior a idade maior a valorização dos atributos do cuidar relacionados com a ideia do cuidar como “advocacy” e com a “comunicação do cuidar”. Já em relação ao “envolvimento do cuidar”, parece verificar-se o contrário, ou seja, quanto mais idade menores os resultados nesta dimensão. No entanto, é importante realçar que apesar da existência destas correlações elas não são suficientes para influenciar os valores da escala global.

Quanto à experiência profissional dos enfermeiros e médicos, podemos verificar que, aqui, apenas a relação com as dimensões EA ( $r = .131, p < .01$ ), ECC ( $r = .087, p < .05$ ) e EAC

( $r=.083$ ,  $p<.05$ ) apresentam um coeficiente de correlação de *Spearman* estatisticamente significativo. Assim, apesar de mais uma vez os valores da correlação serem baixos, parece indicar que a valorização do cuidar como “advocacy” e da “comunicação do cuidar” e da “aprendizagem do cuidar” aumenta com a experiência profissional. Em relação aos valores obtidos para a escala total (CAQ), estes não atingem o limiar de significação estatística ( $p>.05$ ), pelo que nos permite afirmar que a hipótese 2 “*Quanto maior for a experiência profissional maior é a valorização dos atributos do cuidar*”, não tem confirmação empírica.

#### 6.4.3.4. Análise do *Caring Attributes Questionair* (CAQ) adaptado por história de internamento

Para averiguarmos a associação entre a valorização dos atributos do cuidar e as dimensões que compõem o CAQ, e história de internamento dos sujeitos que participaram no estudo, procedemos à aplicação do teste *Mann-Whitney* para grupos independentes.

**Tabela 49.**

Resultados do teste *Mann-Whitney* aplicado às variáveis CAQ/Dimensões e história de internamento

	História internamento	Nº	Média	Média Rank	Dp	p
CAQ	Sim	636	4,35	620,42	,414	,161
	Não	577	4,32	592,21	,402	
EA	Sim	636	4,52	632,63	,508	,007
	Não	577	4,47	578,74	,489	
ECC	Sim	636	4,57	629,13	,488	,019
	Não	577	4,52	582,61	,485	
EEC	Sim	636	4,49	607,57	,751	,950
	Não	577	4,49	606,38	,757	
EAC	Sim	636	3,71	601,77	,708	,582
	Não	577	3,73	612,77	,672	

Como podemos observar na Tabela 49, os resultados do teste revelam que, quer para o total da escala quer para as dimensões EEC e EAC, não existem diferenças significativas. Já para as dimensões EA e ECC, encontram-se diferenças estatisticamente significativas, parecendo apontar que o historial de internamento favorece a valorização dos atributos do cuidar contidos nestes dois fatores, ou seja, o facto de os cuidadores terem estado internados faz com que valorizem mais a importância das competências técnicas e do agir

na defesa do doente, bem como a importância da comunicação com o doente. No entanto, apesar destas diferenças, não podemos concluir que a variável em questão (história de internamento) influencie a valorização dos atributos do cuidar, uma vez que não interfere significativamente no resultado global, pelo que a Hipótese 8 “*Os cuidadores com historial de internamentos Hospitalares valorizam mais os atributos do cuidar*”, não tem confirmação estatística.

#### 6.4.3.5. Análise do *Caring Attributes Questionair* (CAQ) adaptado por serviço

Analisando a variável serviço e a sua possível influência na valorização dos atributos do cuidar pelos inquiridos, procedemos a uma análise de variância pelo teste não paramétrico *Kruskal Wallis*, tomando como variáveis dependentes o total do CAQ e as quatro dimensões consideradas, e como variável independente o serviço.

**Tabela 50.**

Resultados do teste *Kruskal Wallis* aplicado às variáveis CAQ/Dimensões e serviço

CAQ	Serviço	n	Média	DP	Chi-Square	p
CAQ	CSDiferenciados	524	4,32	,428	11,618	,009
	CSPrimarios	94	4,45	,345		
	CCIntegrados	6	4,13	,471		
	Outros	18	4,50	,223		
<b>EA</b>						
EA	CSDiferenciados	524	4,52	0,528	7,077	,069
	CSPrimarios	94	4,65	0,398		
	CCIntegrados	6	4,11	0,888		
	Outros	18	4,62	0,231		
<b>ECC</b>						
ECC	CSDiferenciados	524	4,54	0,501	7,647	,054
	CSPrimarios	94	4,65	0,466		
	CCIntegrados	6	4,33	0,492		
	Outros	18	4,71	0,286		
<b>EEC</b>						
EEC	CSDiferenciados	524	4,47	0,761	4,118	,249
	CSPrimarios	94	4,64	0,508		
	CCIntegrados	6	4,88	0,137		
	Outros	18	4,71	0,395		
<b>EAC</b>						
EAC	CSDiferenciados	524	3,66	0,692	3,054	,383
	CSPrimarios	94	3,77	0,721		
	CCIntegrados	6	3,42	0,646		
	Outros	18	3,78	0,690		

Os resultados do teste revelam a existência de diferenças na valorização dos atributos do cuidar estatisticamente significativas no total da escala ( $p=0,009$ ). Já nas quatro dimensões que contribuem para o total não se registam diferenças estatisticamente significativas.

Contudo, apesar de encontrarmos estas diferenças significativas, falta esclarecer em quais dos grupos existem essas diferenças, pelo que recorremos ao teste de *post-hoc* e ao teste *Bonferroni* entre os grupos de cuidadores e o CAQ.

**Tabela 51.**

Resultados dos testes *post-hoc* com a correção de *Bonferroni* aplicado às variáveis CAQ e serviço

Escala/ Dimensões	(I) - (J)	Diferenças de Média (I-J)	Sig. (p)
CAQ	Cuidados Saúde Primários – Cuidados Saúde Diferenciados	216,239149*	,005

\* A diferença das médias é significativa para 0.05

Da análise dos resultados do teste referido, as diferenças estatisticamente significativas encontram-se entre os cuidadores dos CSP e os dos CSD, sendo que os primeiros apresentam resultados mais altos e, nesse sentido, evidenciam uma maior valorização dos atributos do cuidar. Assim, podemos concluir que a variável em questão (serviço) influencia a valorização dos atributos do cuidar, uma vez que interfere significativamente no resultado global.

### 6.5. Apresentação dos resultados do *Technological Influences Questionair* (TIQ) adaptado

Seguindo o mesmo critério da escala anterior, iniciamos a apresentação dos resultados pelas estatísticas descritivas da escala e das suas dimensões, seguidas pelos estudos de análise da normalidade da distribuição amostral e, logo após, apresentamos a análise inferencial e as hipóteses em estudo com os respetivos testes de hipóteses e resultados.

## 6.5.1. Análise descritiva

Mantendo os procedimentos anteriores, para a análise descritiva procedemos ao estudo das medidas de tendência central (média, mediana, moda e percentis) e das medidas de dispersão (assimetria e achatamento).

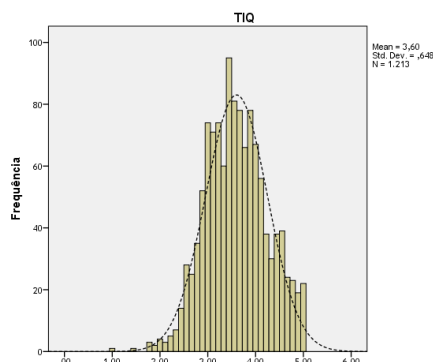
**Tabela 52.**  
Estatística descritiva do TIQ

Escalas	<i>Technological Influences Questionair- adaptado (TIQ)</i>
Média	3,60
Mediana	3,56
Moda	3,44
Desvio padrão	,647
Variância	,420
Assimetria	,020
Erro padrão de assimetria	,070
Curtose	-,175
Erro padrão de curtose	,140
Mínimo	1,00
Máximo	5,00
Percentis	
10	2,78
20	3,00
30	3,22
40	3,44
50	3,56
60	3,78
70	3,89
80	4,11
90	4,56

Na Tabela 52 podemos observar a estatística descritiva referente ao TIQ. Para melhor comparar a variabilidade dos resultados entre as variáveis, calculamos o coeficiente de variação (desvio padrão/média amostral) que aponta para uma dispersão moderada (17,97%).

A média do TIQ situa-se no percentil 50 e a moda situa-se no percentil 40, o que parece indicar que apesar da maioria das pontuações das escalas ser ligeiramente mais baixa, existe, no entanto, um número significativo de pontuações altas que, por si só, são capazes de elevar a média. Relativamente à assimetria, o valor encontrado, muito próximo do zero (0,02), juntamente com um coeficientes de assimetria (assimetria/erro padrão) de 0,28 (>-2 e <2), indicam uma distribuição simétrica.

Quanto à curtose ou achatamento, o valor de  $-0,175$ , e um coeficiente de curtose entre  $-2$  e  $2$  ( $-1,25$ ), indicam-nos uma distribuição mesocúrtica.



**Figura 11.** Histograma do TIQ

### 6.5.2. Análise da normalidade das distribuições

Tal como procedemos nas escalas anteriores, antes de uma análise estatística mais geral entendemos ser importante proceder a uma análise da normalidade da distribuição das variáveis. Por isso, e tendo em conta que estamos na presença de uma amostra de 1213 casos, optamos por aplicar o teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

**Tabela 53.**

Resultados do teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* para o TIQ

Escalas	Estatística	<i>Kolmogorov-Smirnov</i> <sup>a</sup> Graus de liberdade	Significância ( <i>p</i> )
TIQ	,052	1213	,000

Da análise da Tabela 53, podemos verificar que encontramos um valor de significância  $p=0,000$ , o que significa que estamos na presença de distribuições sem normalidade.

### 6.5.3. Análise dos efeitos das variáveis sociodemográficas e contextuais no *Technological Influences Questionair* (TIQ) adaptado

Apresentada a análise dos dados recolhidos com o TIQ, passamos à averiguação dos efeitos produzidos pelas várias variáveis, como grupo de cuidadores, sexo, idade, experiência profissional, serviço e história de internamento, na valorização da influência tecnológica. Dessa forma, podemos investigar sobre a possível existência de diferenças significativas ou de associações entre as variáveis.

#### 6.5.3.1. Análise do *Technological Influences Questionair* (TIQ) adaptado por grupos de cuidadores

Para uma melhor perceção dos resultados do TIQ, no seguimento do efetuado para as outras escalas, fizemos uma análise descritiva por grupos estudados.

**Tabela 54.**

Estatística descritiva do TIQ por grupos estudados

	Enfermeiros	Médicos	Estudantes de enfermagem	Estudantes de medicina
<b>TIQ</b>				
Média	3,64	3,81	3,48	3,59
Mediana	3,67	3,89	3,44	3,56
Moda	3,00	3,89	3,44	3,22 <sup>a</sup>
Mínimo	1,00	1,78	1,89	2,33
Máximo	5,00	5,00	5,00	5,00
Item com maior média	Item 9 (3,96)	Item 4 (4,24)	Item 9 (4,19)	Item 4 (4,36)
Item com menor média	Item 2 (3,25)	Item 2 (3,32)	Item 5 (t) (2,90)	Item 8 (2,90)

a. existem múltiplas modas. É mostrado o valor mais baixo

Da análise da Tabela 54, podemos observar que os médicos são o grupo que obtém uma média mais alta (3,81) nesta escala, revelando, por isso, uma maior crença na influência tecnológica. Por outro lado, são os estudantes de enfermagem a apresentar uma média de resultados mais baixa (3,48). Em relação aos itens com pontuações mais extremas, podemos verificar que eles variam consoante o grupo, no entanto, em relação aos que apresentam melhores resultados, salienta-se o item 9 “*O domínio da tecnologia é uma ferramenta importante no desenvolvimento do estatuto das várias profissões de saúde*” nos enfermeiros (3,96) e nos estudantes de enfermagem (4,19), enquanto nos médicos e nos

estudantes de medicina surge o item 4 “Tenho dúvidas sobre os benefícios da tecnologia na minha (futura) profissão”, com 4,24 e 4,36, respectivamente, sendo ainda de realçar que esta última se encontra na negativa e, por isso, tem cotação invertida.

Quanto aos itens com menor média de pontuação, existiu uma maior variação, sendo que para os dois grupos profissionais coincidiu no item 2 “A tecnologia e o uso de máquinas interfere na prestação adequada de cuidados ao doente” (este também na negativa), enquanto nos estudantes de enfermagem surge o item “Geralmente a tecnologia potencia o bem-estar do doente e os seus cuidados de saúde”, e nos estudantes de medicina o item 8 “A tecnologia traz significado ao trabalho dos profissionais de saúde”.

**Tabela 55.**

Resultados do teste *Kruskal-Wallis* aplicado às variáveis TIQ e grupos de cuidadores

Grupo de Cuidadores	n	Média	Média Rank	DP	Chi-Square	p
<b>TIQ</b>						
Enfermeiros	483	3,64	627,38	0,717	36,97	0,000
Médicos	160	3,81	725,94	0,658		
Estudantes de enfermagem	400	3,48	535,22	0,569		
Estudantes de medicina	170	3,59	606,04	0,538		

Procurando analisar a associação entre a influência tecnológica e os grupos de cuidadores estudados de modo a examinarmos se esta variável influencia os resultados do TIQ, procedemos a uma análise de variância pelo teste não paramétrico *Kruskal Wallis*, tomando como variáveis dependentes o TIQ, e como variável independente o grupo de cuidadores. Os resultados do teste revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,000$ ) entre os grupos estudados. Contudo, apesar de encontrarmos estas diferenças significativas, falta esclarecer em quais dos grupos existem essas diferenças, pelo que recorremos ao teste de *post-hoc* e ao teste *Bonferroni*.

**Tabela 56.**

Resultados dos testes *post-hoc* com a correção de *Bonferroni* aplicado às variáveis grupos de cuidadores e TIQ

Escala/ Dimensões	(I) - (J)	Diferenças de Média (I-J)	Sig. (p)
<b>TIQ</b>			
	Médicos - Enfermeiros	98,553442	,011
	Médicos - Estantes de enfermagem	190,718750*	,000
	Médicos - Estantes de medicina	119,896324*	,010
	Enfermeiros - Estudantes de enfermagem	92,165308*	,000

Analisando os dados do teste *post-hoc* e do teste *Bonferroni* vertidos na Tabela 56, podemos concluir que relativamente ao TIQ, a diferença de médias (I-J) é estatisticamente significativa entre os médicos e os restantes grupos ( $p=0,011$ ,  $p=0,000$  e  $p=0,010$ ). Se na Tabela 55 já pudemos verificar que o grupo dos médicos era o que obtinha média mais elevada, sendo por isso os que valorizam mais a influência tecnológica, agora vimos essa diferença confirmada estatisticamente.

Este teste indica ainda que entre os enfermeiros e os grupos dos estudantes de enfermagem existe também uma diferença estatisticamente significativa ( $p=0,000$ ), significando que os enfermeiros apresentam maior influência tecnológica do que os estudantes de enfermagem.

Concluimos, deste modo, que a variável em questão (grupo profissional) interfere na influência tecnológica, pelo que a Hipótese 6 “*A influência tecnológica varia consoante o grupo de cuidadores*”, tem confirmação estatística.

#### 6.5.3.2. Análise do *Technological Influences Questionair* (TIQ) adaptado por sexo

Para indagarmos sobre a existência de diferenças nas respostas ao TIQ em função do sexo, procedemos à aplicação do teste *Mann-Whitney* para grupos independentes.

**Tabela 57.**  
Resultados do teste *Mann-Whitney* aplicado às variáveis TIQ e sexo

	Sexo	Nº	Média	Média Rank	Dp	P
TIQ	Masc.	264	3,65	632,27	,647	,185
	Fem.	949	3,59	599,97	,649	

Como podemos observar na Tabela 57, apesar de os sujeitos do sexo masculino obterem uma média maior, os resultados do teste revelam que não existem diferenças estatisticamente significativas. Podemos, assim, concluir que a variável em questão (sexo), não influencia a valorização da influência tecnológica.

### 6.5.3.3. Análise do *Technological Influences Questionair* (TIQ) adaptado por idade e experiência profissional

Procurando analisar em que medida a variável idade pode provocar diferenças na valorização dos atributos do cuidar, procedemos à análise de correlação entre essas variáveis e o TIQ considerado na sua globalidade.

**Tabela 58.**

Resultados do coeficiente de correlação de *Spearman* entre o TIQ, a idade e experiência profissional

	Idade		Experiência profissional	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
TIQ	,121	**	,018	ns

\*\*significativo ao nível .01; \*significativo ao nível .05; ns: não significativo

A partir da Tabela 58, no âmbito da análise da relação entre a idade e a valorização da influência tecnológica, podemos observar que os resultados do teste para a escala TIQ atingem o limiar de significação estatística ( $r=0,121$ ;  $p>.01$ ). Podemos, por isso, dizer que existe uma relação entre a idade e a influência tecnológica, sendo que os resultados parecem apontar para que quanto maior a idade maior a média dos resultados no TIQ.

Quanto à experiência profissional dos enfermeiros e médicos, podemos verificar que não apresenta um coeficiente de correlação de *Spearman* estatisticamente significativo. Assim, os resultados indica-nos que a influência tecnológica não é afetada pela experiência profissional, pois estes não atingem o limiar de significação estatística ( $p>.05$ ), pelo que nos permite afirmar que a hipótese 3 “*Quanto maior for a experiência profissional maior é a valorização da influencia tecnológica*”, não tem confirmação empírica.

### 6.5.3.4. Análise do *Technological Influences Questionair* (TIQ) adaptado por história de internamento

Para averiguarmos a associação entre a influência tecnológica e a história de internamento dos sujeitos que participaram no estudo, procedemos à aplicação do teste *Mann-Whitney* para grupos independentes.

**Tabela 59.**Resultados do teste *Mann-Whitney* aplicado às variáveis TIQ e história de internamento

	História internamento	Nº	Média	Média Rank	Dp	P
TIQ	Sim	636	3,62	618,04	,671	,249
	Não	577	3,58	594,83	,621	

Como podemos observar na Tabela 59, os resultados do teste revelam que não existem diferenças significativas, pelo que podemos concluir que a variável em questão (história de internamento) não influencia a valorização da influência tecnológica, uma vez que não interfere significativamente no resultado global.

#### 6.5.3.5. Análise do *Technological Influences Questionair* (TIQ) adaptado por serviço

Analisando a variável serviço e a sua possível intervenção nos resultados da influência tecnológica, procedemos a uma análise de variância pelo teste não paramétrico *Kruskal Wallis*, tomando como variáveis dependentes o TIQ e como variável independente o serviço.

**Tabela 60.**Resultados do teste *Kruskal Wallis* aplicado às variáveis TIQ e serviço

	Serviço	n	Média	Média Rank	DP	Chi-Square	p
TIQ	CS Diferenciados	524	3,65	315,57	,725	3,411	,333
	CS Primários	94	3,80	349,31	,609		
	CC Integrados	6	3,76	350,50	,518		
	Outros	18	3,83	355,08	,644		

Os resultados do teste revelam a não existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,333$ ) na influência tecnológica.

Como também podemos observar na Tabela 60, são os profissionais pertencentes a grupo “outros” que apresentam os valores médios mais elevados, seguidos dos cuidadores de CSP, no entanto, as médias são muito aproximadas entre todos. Podemos, assim, concluir que a variável serviço não influencia a pontuação obtida no TIQ.

## 6.6. Estudo da relação entre a Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana (ERVH), o *Caring Attributes Questionair* (CAQ) adaptado e o *Technological Influences Questionair* (TIQ) adaptado

Feita a apresentação dos resultados de cada uma das escalas utilizadas neste estudo e da influência das várias variáveis nos diversos grupos de cuidadores estudados, é agora importante averiguar as possíveis relações ou associações entre as três escalas e as dimensões de cada uma. Para esse efeito, recorreremos à análise de correlação de *Spearman*.

**Tabela 61.**

Resultados do coeficiente de correlação de *Spearman* entre as variáveis ERVH/Dimensões, CAQ/Dimensões e TIQ

	CAQ	EA	ECC	EEC	EAC	TIQ
ERVH	,296**	,243**	,284**	,183**	,175**	-,008
CVI	,298**	,272**	,249**	,228**	,131**	,133**
CVE	,155**	,150**	,154**	,033	,125**	-,060*
EV	,218**	,161**	,209**	,141**	,143**	-,027
PV	,333**	,279**	,324**	,210**	,162**	-,003
TIQ	,201**	,201**	,146**	,156**	,097**	-----

\*\*significativo ao nível .01; \*significativo ao nível .05; ns: não significativo

### 6.6.1. Influência tecnológica e representação da vulnerabilidade

Começando por analisar os efeitos da influência tecnológica na representação da vulnerabilidade humana, podemos verificar na Tabela 61 que os valores obtidos para o coeficiente de correlação de *Spearman* não são estatisticamente significativos. Neste sentido, não podemos afirmar que exista uma relação entre estas duas variáveis, pelo que no geral a hipótese 10 “*Os cuidadores com maior influência tecnológica têm uma representação da vulnerabilidade Humana menos completa*”, não tem confirmação estatística. No entanto, analisando mais ao pormenor e olhando para a relação entre o TIQ e as diferentes dimensões da ERVH, encontramos uma correlação significativa com o conhecimento da vulnerabilidade intrínseca ( $r=0,133$ ;  $p>.01$ ) e com o conhecimento da vulnerabilidade extrínseca ( $r= -0,060$ ;  $p>.05$ ). Apesar de os valores encontrados indicarem uma fraca associação, podemos afirmar que a uma maior valorização da influência

corresponde um maior conhecimento da vulnerabilidade intrínseca mas, ao mesmo tempo, a uma maior valorização da influência tecnológica corresponde um menor conhecimento da vulnerabilidade extrínseca.

Tal como temos vindo a fazer ao longo de toda a apresentação dos resultados, pareceu-nos ser de particular relevância averiguar se estes resultados se encontram da mesma forma nos diferentes grupos de cuidadores estudados. Assim, de uma análise por grupo, pudemos verificar que os resultados são muito idênticos, não se encontrando valores de correlação estatisticamente significativos entre as duas escalas em qualquer dos grupos. Em relação às dimensões, confirma-se a relação da CVI com o TIQ, mas apenas nos enfermeiros e nos estudantes de enfermagem, respetivamente  $r=0,152$  e  $p>.01$ , e  $r=0,118$  e  $p>.01$ .

#### 6.6.2. Influência tecnológica e atributos do cuidar

Em relação ao efeito da influência tecnológica na valorização dos atributos do cuidar, se atentarmos aos resultados expressos na Tabela 61, podemos verificar que, quer para o CAQ total quer para as suas dimensões, encontramos valores do coeficiente de correlação de *Spearman* estatisticamente significativos ( $p>0,1$ ), facto que indica haver uma correlação positiva entre estas duas variáveis, ou seja, quanto maior a valorização da influência tecnológica maior a valorização dos atributos do cuidar, quer no geral quer em todas as dimensões do cuidar. Quando olhamos para a particularidade de cada dimensão dos atributos do cuidar, verificamos que o coeficiente de correlação mais forte encontra-se na relação entre o cuidar como “advocacy” e a influência tecnológica.

Neste sentido, os resultados são contrários à hipótese 9 “*Os cuidadores com maior influência tecnológica valorizam menos os atributos do cuidar*”, pelo que esta não tem confirmação estatística.

Partindo para uma análise por grupos de cuidadores, podemos observar que, em relação aos enfermeiros, os resultados são idênticos, pois encontram-se valores de correlação significativos quer para o total quer para as dimensões em particular. Os estudantes de

enfermagem apenas diferem no facto da dimensão da aprendizagem não ter uma correlação significativa com o TIQ. Já nos médicos e nos estudantes de medicina, os resultados diferem da amostra em geral. Se nos estudantes de medicina ainda se encontra uma correlação significativa entre as escalas e entre “advocacy”/TIQ ( $r=0,154$ ;  $p>.05$  e  $r=0,192$ ;  $p>.05$ ), nos médicos, não se encontra qualquer correlação significativa entre estas escalas, bem como com as suas dimensões.

### 6.6.3. Representação da vulnerabilidade e atributos do cuidar

Analisando o efeito da representação da vulnerabilidade humana e das dimensões que a compõem na valorização dos atributos do cuidar, da análise da Tabela 61, podemos observar valores de coeficiente de correlação de *Spearman* estatisticamente significativos ( $p>0,1$ ) para o total das escalas. Neste sentido, podemos afirmar que quanto maior a classificação obtida na escala da representação da vulnerabilidade maior a classificação do questionário dos atributos do cuidar, pelo que a hipótese 11 “*A representação da vulnerabilidade humana leva a uma maior a valoração dos atributos do cuidar*” tem confirmação estatística. Mas, tentando colocar um olhar mais pormenorizado, podemos ver que os valores de correlação obtidos, quer entre as dimensões da ERVH e o CAQ quer nas dimensões das duas escalas entre si, têm significado do ponto de vista estatístico, apontando sempre no sentido de que ao aumento das diferentes dimensões da representação da vulnerabilidade humana corresponde um aumento da valorização das dimensões dos atributos do cuidar. A exceção encontra-se apenas na relação entre a dimensão do conhecimento da vulnerabilidade extrínseca e o envolvimento do cuidar, onde os valores não têm significado estatístico. A correlação mais forte encontrada é a manifestada entre a perceção da vulnerabilidade da pessoa doente e a valorização dos atributos do cuidar, sendo precisamente esta dimensão da ERVH a que obtém relações mais fortes com as dimensões do CAQ.

Em relação aos diferentes grupos de cuidadores envolvidos no estudo, podemos verificar que nos enfermeiros, estudantes de enfermagem e estudantes de medicina, obtêm-se

valores de correlação significativos ( $p > 0,1$ ), enquanto que para os médicos encontra-se um valor significativo ( $p > 0,5$ ). A correlação mais forte é a que se observa nos estudantes de medicina ( $r = 0,387$ ;  $p > .01$ ), logo de seguida nos enfermeiros ( $r = 0,334$ ;  $p > .01$ ) e, como referido, a mais baixa encontra-se nos médicos ( $r = 0,205$ ;  $p > .05$ ). Entre as diferentes dimensões, em todos os grupos se confirma a tendência da dimensão “perceção da vulnerabilidade” obter correlações mais fortes com as diferentes dimensões do cuidar.

## **7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Após a apresentação dos resultados obtidos, é necessário proceder-se à sua análise e discussão cuidadas. É fundamental tentar perceber-se melhor o seu significado, ver de que forma vêm de encontro ao modelo teórico apresentado e compará-los com os estudos já realizados e com as teorias existentes. No entanto, é importante referir, desde já, aquela que será a grande dificuldade desta tarefa e que resulta da “originalidade” do tema e da forma (quantitativa) como foi estudado, e são muito poucos os trabalhos encontrados sobre esta temática de modo a permitir uma comparação de resultados.

Tendo em conta que, numa primeira fase deste estudo, se procedeu a uma abordagem qualitativa, através de um conjunto de entrevistas e a respetiva análise de conteúdo, sobre o tema da representação da vulnerabilidade e a sua relação com o cuidar, entendemos que o cruzamento dos resultados dessas entrevistas com os dados quantitativos obtidos seria uma forma de enriquecer esta discussão, bem como um modo de nos ajudar à sua compreensão e aprofundamento. Desta forma, ao longo deste capítulo, recorreremos também aos resultados dessa investigação qualitativa, pelo que transcrevemos alguns “discursos” (unidades de significação) obtidos que ajudem a reforçar as ideias principais.

Para uma melhor organização deste capítulo, usaremos a mesma ordem do capítulo anterior, ou seja, analisaremos inicialmente os resultados de cada instrumento de recolha de dados (ERVH, CAQ e TIQ), seguida da análise das relações entre as variáveis em estudo.

## 7.1. Quanto à representação da vulnerabilidade humana em cuidadores de saúde

Um dos objetivos que nos propusemos alcançar neste trabalho tinha a ver com o “perceber qual a representação da vulnerabilidade humana dos cuidadores de saúde”, procurando, nesse sentido, a elaboração de um instrumento que nos permitisse fazer essa avaliação (ERVH). Francisco Varela<sup>36</sup> (s.d.), afirma que o comportamento inteligente pressupõe a faculdade de representar o mundo de uma certa maneira, sendo que para Jean Migne (1970), “uma representação pode ser considerada como o modelo pessoal de organização do conhecimento em relação ao um problema particular” (p.67), ou, dizemos nós, em relação a um fenómeno particular. Neste sentido, tendo por base que o fenómeno é a “vulnerabilidade humana”, quando procuramos a sua representação referimo-nos a um conjunto de imagens coerentes, explicativas, a que cada cuidador recorre de modo a dar-lhe um “rostro”. Procuramos, no fundo, o modo como cada cuidador organiza o seu conhecimento deste fenómeno, sabendo que ele estará sempre relacionado com as experiências individuais, com a cultura, com as vivências e o meio em que se inserem. É, por isso, que procurámos avaliar a representação da vulnerabilidade a partir do conhecimento teórico, das experiências e da percepção da sua presença no meio envolvente, sendo que neste caso específico, o meio é essencialmente os cuidados de saúde. Esta relação entre um conhecimento teórico e um conhecimento prático/vivido pareceu-nos fundamental, pois como refere Thagart (1998) “embora a teoria sem um experimento seja vazia, o experimento sem a teoria é cego” (p.19) e, nesse sentido, “os experimentos psicológicos precisam de ser possíveis de interpretação numa estrutura teórica que postula a representação mental e os procedimentos” (p.19).

Também de acordo com a nossa revisão teórica, ao procurarmos definir a representação da vulnerabilidade dos cuidadores, recorreremos aos cinco tipos de vulnerabilidade definidos por Torralba i Roselló (1998): ontológica, ética, natural, social e cultural.

---

<sup>36</sup> Francisco Varela é membro do Instituto de Neurociências (CNRS - Université Paris - VI) e autor de vários estudos sobre neurobiologia e ciências cognitivas.

Nos resultados encontrados, um primeiro aspecto bem evidente é que os cuidadores têm a noção de que ser humano é ser vulnerável e que esta é uma realidade indissociável da sua existência, pelo que não será de admirar que a afirmação “A vulnerabilidade faz parte da realidade constitutiva do ser humano; é condição universal da humanidade”, seja aquela que obtém maior grau de concordância. Estes resultados vêm de encontro aos obtidos por Stenbock-Hul e Sarvimaki (2011), num estudo intitulado “The meaning of vulnerability to nurses caring for older people”, realizado com cerca de 16 enfermeiros, em que a principal resposta obtida sobre qual o significado de vulnerabilidade foi “being human” – “ser humano”, revelando assim a consciência desta realidade. Mas, se aceitar esta associação nos parece importante, isto não chega para compreender que representação faz desta existência vulnerável. Assim, dos resultados do questionário, podemos verificar que o conhecimento teórico da vulnerabilidade obtém resultados mais evidentes nas situações de vulnerabilidade intrínseca, ou seja, com os aspetos pessoais e individuais que podem levar os cuidadores a sentir-se mais frágeis, fracos, vulneráveis. Neste contexto, o conhecimento da vulnerabilidade nos cuidadores estudados está muito ligado à possibilidade de adoecer, de envelhecer, de não ser autossuficiente, ou de sofrer qualquer acidente, e revelam-se pela elevada média obtida em relação a afirmações como: “É na enfermidade que o sujeito tem a máxima perceção da sua vulnerabilidade” ou “quando somos confrontados com as fatalidades do dia a dia, como acidentes ou catástrofes, tomamos consciência da nossa vulnerabilidade”. Já o conhecimento da vulnerabilidade extrínseca, ou seja, daquela que não resulta da sua constituição individual, mas sim da sua exposição ao outro, aos comportamentos do outro, à sociedade, à cultura, está menos presente e é, inclusive, a dimensão onde os resultados demonstram um menor grau de concordância. Estes resultados estão em perfeita sintonia com os obtidos na análise das entrevistas. Também, aí, verificámos que os prestadores de cuidados assentam principalmente o seu conhecimento teórico em duas ideias principais: na vulnerabilidade ontológica e natural. A primeira, que representa a ideia de um ser humano constitutivamente vulnerável porque não é autossuficiente, mas limitado e determinado pela sua finitude, é a dimensão mais referida e expressa em afirmações como: “*Fragilidade humana é a consciência de que somos limitados ... é o tomar consciência de que realmente esse infinito não existe*” (#10); “*A*

*capacidade de uma pessoa ceder a determinado tipo de coisas...*” (#5); *“A vulnerabilidade/fragilidade humana consubstancia uma ideia de fraqueza ... Pela vulnerabilidade o ser experimenta o próprio quebrar...”* (#7). A segunda, a vulnerabilidade natural, definida como a derivada das agressões biológicas e das alterações naturais que provocam a doença e o envelhecimento, é também bastante apontada. A esta dimensão está associada a ideia do ser humano enquanto ser da natureza e que, por isso, também sujeito à sua ação e erosão. Neste sentido, surgem afirmações como: *“... isso define exatamente a fragilidade da pessoa porque está sempre sujeita a fatores externos que podem afetar o meio interno e isso torná-lo mais vulnerável e mais sujeito à doença...”* (#11); *“O ser humano é um ser vulnerável; desde que nasce até que morre deve ser das espécies mais vulneráveis, ou seja, está sujeita a tudo que a natureza possa querer ou não querer fazer...”* (#8).

Como é evidente, o conhecimento teórico não pode ser analisado separadamente da experiência que cada cuidador tem da sua própria vulnerabilidade, sendo este, também, um dos aspetos fundamentais para a formulação da representação da vulnerabilidade, daí que este fosse um dos pontos importantes a avaliar. No fundo, procurámos saber junto dos cuidadores se já se sentiram vulneráveis e o que os levou a desenvolver essa vulnerabilidade. Os resultados confirmam a ideia anterior, uma vez que realçam que a experiência de vulnerabilidade resulta sobretudo de episódios de doença pessoal, enfraquecimento ou envelhecimento: *“Por várias vezes a doença ou a perda de capacidades levaram-me a pensar na fragilidade pessoal”*; *“Perante a doença, perante a incerteza do diagnóstico sinto-me particularmente vulnerável”*. Olhando para os dados das entrevistas, também aí se confirma que a experiência de vulnerabilidade provocada a *“partir do eu”* é a mais referida, colocando em evidência as experiências de *“doença/acidentes/envelhecimento”*. Neste sentido, surgem frases como: *“...tal como qualquer pessoa quando estou mais frágil fisicamente, é quando estou doente que me sinto frágil...”* (#4); *“Quando nos levantamos gostaríamos de não sentir o cansaço; quando nos vemos ao espelho preferiríamos não ver os traços do envelhecimento...”* (#7).

Mas, como explicámos a partir do modelo teórico, partimos com a ideia de que o conhecimento ou a experiência da vulnerabilidade é sempre uma vivência pessoal, mas que pode ser suscitada por acontecimentos pessoais, “a partir do eu” ou a partir do acompanhamento do outro, principalmente se próximo ou significativo, ou ainda da simples exposição ao outro, à sociedade. Nesse sentido, a experiência de vulnerabilidade também aparece muito associada aos episódios de doença, envelhecimento, perda de capacidade ou exposição a acidentes, vividos por pessoas que nos são próximas: “quando olho para alguém que me é querido e vislumbro os sinais do seu envelhecimento, sou levado a refletir na vulnerabilidade do ser humano”, “algumas situações ou acontecimentos negativos envolvendo familiares ou amigos fazem-me sentir mais vulnerável”. Também na análise qualitativa, a experiência de vulnerabilidade a partir do outro, resulta sobretudo da exposição à perda e ao sofrimento de significativos (familiares e amigos), e é representada por afirmações como: “...quando conhecemos situações de doença, acidente ou morte de pessoas, familiares ou outras, com as quais partilhamos, de um modo ou outro, alguns afetos apreendemos o significado da vulnerabilidade/fragilidade...” (#7), ou “...o medo das pessoas mais próximas de mim que lhes aconteça alguma coisa, todos os dias há esse receio e acho que é mais nesse aspeto que me sinto mais vulnerável...” (#6). Assim, os resultados, quer dos questionários quer das entrevistas, parecem evidenciar um conhecimento mais forte da vulnerabilidade ontológica e natural do que da vulnerabilidade ética, social ou cultural.

Quanto aos outros três tipos de vulnerabilidade, eles não deixam de estar presentes na representação da vulnerabilidade dos cuidadores de saúde, embora com valores mais baixos de resposta, existe uma identificação com essas formas de vulnerabilidade, principalmente quando analisamos a experiência e a percepção de situações de vulnerabilidade. Afirmações relacionadas com a presença do outro e o tipo de resposta a dar, com a solidão, com as injustiças sociais ou com a dificuldade de gestão de expectativas, com a falta de conhecimento, também obtêm pontuações dentro do nível de concordância e estes resultados são confirmados pelas entrevistas.

Olhando para o conhecimento sobre o que chamamos de vulnerabilidade extrínseca, já nas nossas entrevistas surgem menos referências e, neste caso, elas estão apenas relacionadas com a ideia de vulnerabilidade ética, em que a vulnerabilidade resulta da abertura ao outro. Como tivemos oportunidade de desenvolver quando falamos de vulnerabilidade ética, esta adquire um duplo sentido, pois quando se fala de vulnerabilidade decorrente da abertura existencial ao outro, levanta-se, por um lado, a questão da exigência ou do dever moral de atender, proteger ou cuidar do sujeito mais frágil e, por outro, a possibilidade ou o risco do fracasso moral.

Nesta dimensão, os resultados mais elevados surgem em relação à afirmação “A exposição à vulnerabilidade do outro desperta sentimentos próprios de vulnerabilidade”, parecendo indicar que a presença da vulnerabilidade alheia pode provocar vulnerabilidade própria, indo de encontro a estudos já realizados por Stenbock-Hult e Sarvimäki (2011) com enfermeiros que prestam cuidados em instituições de acompanhamento de idosos, em que identificaram que esses enfermeiros se sentiam vulneráveis em resultado da sua exposição e confronto com a vulnerabilidade experimentada pelos doentes. Uma leitura simples deste resultado não nos permite concluir se esta resposta significa que, perante a vulnerabilidade do outro, o cuidador se sente vulnerável pela exigência de resposta que a sua presença lhe exige, pela exposição ao comportamento do outro, ou se apenas significa uma espécie de efeito “espelho” ou de alerta, fazendo com que a vulnerabilidade do outro me lembre a minha própria natureza frágil e perecível. Em relação a esta última ideia, ela aparece com alguma evidência nas entrevistas realizadas, deixando transparecer a ideia de que, tal como muitas vezes nos reconhecemos nos outros, também as nossas fragilidades podem ser perceptíveis a partir das fragilidades dos outros: “...quando vejo, lá está, a finitude dos outros ... a vulnerabilidade dos outros leva-me a refletir sobre a minha própria vulnerabilidade...” (#10); “Estou mais habituado a vê-la nos outros do que propriamente a reconhecer em mim, mas de vez em quando, quando estou sozinho e quando tenho mais tempo para pensar em mim também considero que sou como os outros, que sou vulnerável...” (#11). Resultados idênticos também foram encontrados no estudo de Heaslip e Board (2012) que, a partir da realização de “*fócus group*” com profissionais de

saúde, chegaram à conclusão que o convívio com doentes que sofrem de demências origina no cuidador a lembrança da sua morbilidade e mortalidade.

No entanto, olhando melhor para os resultados do questionário, podemos verificar que dentro deste tipo de vulnerabilidade, as afirmações que obtêm valores mais altos são: “Todos os seres humanos, sãos ou enfermos, são vulneráveis, pois estão sujeitos ao mal”, “A vulnerabilidade tem a ver com a facilidade de o homem ser ferido sentimentalmente” e “o ser humano está exposto às atitudes e reação do outro”. Estes resultados demonstram que o cuidador tem bem presente a consciência de que a qualquer momento pode ser ferido pelo contacto com o outro, pode ser vítima do mal, do seu comportamento, da sua presença. Para os cuidadores que participaram no estudo de Stenbock-Hult e Sarvimäki (2011), a vulnerabilidade pode significar “being harmed”- “ser ferido”, ou seja, a possibilidade de ser ofendido e insultado, de se sentir tratado injustamente: “Eu posso estar vulnerável se sentir que estou a ser tratado de forma injusta ...”.

Curiosamente, parece não haver nos cuidadores estudados grande presença de uma vulnerabilidade ética enquanto exigência de resposta ao outro vulnerável, ao outro que sofre, mas olhando para as entrevistas podemos encontrar referências não só à necessidade de adequar a resposta de cuidado de acordo com a vulnerabilidade, em frases como: “*É ter a capacidade de perante uma situação em que nos expomos perante outra pessoa ... é não mostrar aquela frieza, aquela dureza e sermos capazes de nos pormos no lugar do outro e perceber as suas dificuldades e as suas fraquezas...*” (#6), que demonstram alguma atenção ao modo como se deve lidar com a pessoa vulnerável, como também, num sentido diferente, manifestações de uma vulnerabilidade resultante essencialmente das limitações da resposta dada, plasmado num sentimento de revolta ou impotência de não conseguir fazer mais e que surge expresso em frases como: “*Eu sinto-me mais frágil quando não consigo ajudar alguém que queira...*” (#4). Este “sentimento” surge também expresso no estudo de Stenbock-Hult e Sarvimäki (2011) como uma das formas de vulnerabilidade resultante da abertura ao outro e que surge como experiência de “indignação moral” manifestada muitas vezes como “*culpabilidade e indignação*” e principalmente marcadas pela sensação de que “*Eu devia ter sido e percebido melhor*” (p.35). Se dúvidas houvesse

sobre a presença desta ideia de exigência de resposta ao outro, pensamos que os resultados altos obtidos nas afirmações “O reconhecimento da vulnerabilidade/fragilidade humana é a base do cuidar” e “A ideia da vulnerabilidade recorda-nos que devemos cuidar do outro como sujeito frágil” se encarregam de as dissipar. A análise destes resultados transporta-nos para o pensamento de Vaclav Havel (1989), quando afirma que:

...a vulnerabilidade de outra pessoa ... toca-nos não só porque nela reconhecemos a nossa própria vulnerabilidade, mas também por razões infinitamente mais profundas: precisamente porque nos percebemos como tal, a ‘voz do Ser’ alcança-nos a partir da vulnerabilidade de forma mais poderosa do que a partir de qualquer outra coisa.... (p.325)

Quanto à vulnerabilidade social e cultural, apesar de terem um impacto menor na representação da vulnerabilidade humana dos cuidadores, elas vão estando presentes e, por isso, afirmações como “perante situações de solidão sinto-me mais vulnerável” e “sinto-me particularmente vulnerável em situações de injustiça social”, ou então, “Preocupa-me que no meu (futuro) exercício profissional não seja capaz de responder perante as situações mais complexas”, obtêm pontuações dentro do nível de concordância. Quando comparamos estes dados com as entrevistas, verificámos que estes tipos de vulnerabilidade também têm alguma expressão, principalmente a partir das seguintes ideias: A referência à dificuldade na “*gestão de expectativas*”, que demonstra a facilidade de fazer planos para a vida, de se traçar objetivos, mas depois existir um constante receio de não os concretizar e de não corresponder às expectativas criadas, são aspetos bem visíveis em afirmações como: “...é normal que haja situações de maior ou menor vulnerabilidade que tem também a ver com a capacidade de superar ou não as expectativas que às vezes se criam...” (#8); “...quando não consigo fazer mais por determinada coisa muitas vezes sinto-me impotente e isso leva-me a refletir na vulnerabilidade e sobre a vulnerabilidade” (#2). E, ainda, a referência quer a situações de “*injustiça social*” quer a dificuldades de lidar com “*situações novas*” da vida, principalmente aquelas que parecem trazer maiores dificuldades, surgem com menor expressão. São exemplos: “*senti-me vulnerável devido essencialmente injustiça, impotência e desilusão com pessoas que admirava muito...*” (#3); “*algumas desilusões que tenha tido que por vezes uma pessoa acha que não é capaz de as superar mas que depois consegue e por aí em diante...*” (#5).

Um dos aspetos demonstrado pelos resultados, é a forte relação entre o conhecimento da vulnerabilidade (intrínseca ou extrínseca), a experiência e a perceção da vulnerabilidade, e a sua forte participação no desenvolvimento da representação global da vulnerabilidade. No entanto, para uma melhor compreensão, pareceu-nos importante tratar a dimensão da perceção de situações de vulnerabilidade na pessoa doente de forma separada. Uma primeira constatação é que esta dimensão obtém resultados bastante elevados, apenas superados pelo conhecimento da vulnerabilidade intrínseca, o que demonstra que, na generalidade, os cuidadores são capazes de identificar quais as situações que provocam vulnerabilidade nos doentes que cuidam. Olhando com mais atenção, podemos verificar que o instrumento de recolha de dados procurava salientar situações sobre a forma como decorrem os internamentos, as alterações à vida pessoal e familiar provocadas pela doença, ou seja, mais virado para as situações de vulnerabilidade social, cultural e até ética do que ontológica e natural que, como temos vindo a referir, têm sido as mais assinaladas pelos cuidadores. O facto de se obterem altos níveis de concordância poderia indiciar que afinal talvez não haja na representação da vulnerabilidade humana dos cuidadores um predomínio tão acentuado da vulnerabilidade ontológica e natural. No entanto, quando cruzamos com as entrevistas, verificamos que não é bem assim, ou seja, os discursos obtidos evidenciam sobretudo a identificação das alterações físicas e psicológicas provocadas pela doença, os sinais no corpo e no espírito infligidos pela enfermidade.

Um primeiro aspeto, muito referido, prende-se com a ideia do sofrimento psicológico, com a angústia provocada pela doença: *“a fragmentação pode não ser aparente no corpo e, no entanto, corroer o ser por via da angústia, da dor e do sofrimento”* (#7). Esta angústia pode ser identificada a partir de distintas formas de expressão, como a irritabilidade, o choro e a revolta, sentimentos expressos em frases como: *“há pessoas que explodem .... Entram numa fase de stresse enorme e começam a confrontar-se com os profissionais de saúde...”* (#3); *“Irritabilidade, labilidade emocional .... Choro persistente (já deparei muitas vezes), revolta ... e a ansiedade sendo esta talvez o aspeto mais comum”* (#2), e ainda *“...que mal eu fiz para merecer isto.... Ouve-se muitas vezes isto... ou então é bem feito porque eu realmente fiz isto e fiz aquilo...”* (#10).

Um segundo aspeto refere-se às questões da somatização do mal-estar psicológico e foi apontado por alguns entrevistados. Não deixa de ser interessante que, apesar de este tipo de manifestações de vulnerabilidade ser habitualmente físico, há por parte destes cuidadores uma clara identificação da causa psicológica destes “distúrbios”. Neste sentido, pudemos identificar discursos como: “...*Eu acho que eles somatizam muito aquilo que vivem...*” (#5); “*A ideia que me dá é que as pessoas que são mais frágeis do ponto de vista psicológico são as que estão sempre doentes que se queixam que lhes dói isto... que têm aquilo.... Que já tiveram não sei quantas doenças...*” (#5); ou ainda, “*a ansiedade é talvez o aspeto que torna o doente mais vulnerável chegando mesmo a manifestar-se fisicamente*” (#2).

Outro aspeto que surge evidenciado tem a ver com a “sensação de derrota”, manifestada por vezes em comportamentos depressivos ou manifestações de desistência: “... *Muitas vezes pensa que já deu tudo o que teve e que agora resta o sofrimento e expressa, no fundo por essa derrota, por essa falta de luta contra a vulnerabilidade mesmo*” (#10).

Por fim, a referência a uma “*vulnerabilidade física*”, referindo-se essencialmente às “*marcas no corpo*” deixadas pela doença e que, por vezes, são por demais evidentes, é também muito apontada. O emagrecimento, as expressões de dor, as alterações do estado de consciência, o progressivo desenvolvimento de um estado de debilidade física, são sinais comuns da doença, pelo que não causa alguma surpresa que este tipo de vulnerabilidade seja muito referido pelos participantes no estudo, sendo ainda de realçar que as questões da somatização, apesar de apontadas à parte, não deixam de estar interligadas às manifestações físicas. A evidência desta identificação da vulnerabilidade física nos doentes surge bem retratada em frases como: “*Fisicamente ... é aquilo que nós mais vimos ou aquilo que é mais notório e nos salta mais à vista é mesmo fisicamente ... são pessoa fisicamente debilitadas...*” (#4); “*...às vezes estão em estados como em coma ou depressão da vigília em que a própria psicologia não é óbvia e esse estado físico demonstra essa fragilidade...*” (#11).

Assim, a análise destes discursos vem confirmar a predominância de uma representação da vulnerabilidade ontológica e natural. No entanto, no que concerne à perceção de situações

de vulnerabilidade do sujeito de cuidados, ela não se reserva a estes dois tipos de vulnerabilidade. Há, ainda, mais dados importantes a salientar em relação a este ponto da percepção da vulnerabilidade da pessoa doente e que nos demonstram haver também a capacidade de detetar situações de vulnerabilidade cultural, ética e social.

Continuando a analisar mais ao pormenor e começando pelos dados quantitativos, verificamos que a afirmação “A fragilidade da pessoa doente manifesta-se tanto física como social ou psicologicamente” é aquela que obtém melhores resultados e, nesse sentido, o maior grau de confiança. Quer isto dizer que os cuidadores reconhecem que a vulnerabilidade da pessoa doente se pode expressar em todas as suas dimensões, em toda a sua complexidade. Como referem Batavia e Beaulaurier (2001), a vulnerabilidade é frequentemente cumulativa. Limitações físicas, psicológicas ou intelectuais muitas vezes resultam em uma espiral de vulnerabilidades auxiliares, sejam eles económicos, legais ou relacionadas com o conhecimento. Sendo certo que esta infinita possibilidade de diferentes manifestações varia de pessoa para pessoa, de acordo com a sua individualidade, dos discursos recolhidos nas entrevistas emerge que apenas dois entrevistados, ao contrário do que seria expectável, fizeram referência direta à questão da subjetividade das vivências de vulnerabilidade, usando expressões como: “...há muitas formas porque as pessoas são muito diferentes e tem a ver com a personalidade de cada um” (#3); “Acho que a maneira como o doente transparece a vulnerabilidade e a sua fragilidade ... varia um bocado de personalidade para personalidade. As pessoas são todas um bocado diferentes embora depois no fundo a fragilidade é igual para todos” (#11). Esta constatação conduz necessariamente a um aprofundamento sobre a forma como os cuidadores interpretam e se apropriam da dimensão individual e única que reveste a personalidade própria de cada sujeito. Mas, como explica Ricouer, a identidade do sujeito, neste caso do doente, define-se como “ipseidade”, ou seja, “o próprio” e, por isso, diferentes de todos os outros (Vieira, 2002).

Voltando ao questionário, observamos ainda que as afirmações como: “Muitas vezes a maior vulnerabilidade da pessoa doente resulta de não ter ninguém com quem partilhar o seu sofrimento” ou “A vulnerabilidade da pessoa doente resulta da perda das suas rotinas e

hábitos diário (sociais, familiares, profissionais, etc)” obtêm pontuações muito elevadas, o que demonstra a identificação da vulnerabilidade social. A primeira afirmação chama a atenção para a questão da solidão da pessoa doente e surge também no discurso dos cuidadores. É comum na literatura<sup>37</sup> encontrarmos alusão de que, muitas vezes, o doente perante o internamento sofre sozinho, sendo esse abandono apontado como uma das maiores causas da desumanização dos cuidados de saúde. O destaque da vivência deste fenómeno por parte dos doentes é bem claro nos discursos produzidos pelos entrevistados. Assim, esta solidão é identificada como provocada pelo afastamento dos seus familiares e por muitas vezes surgir sozinho nas instituições de saúde<sup>38</sup>: “*Mas sentimos quando são doentes que estão internados que são doentes que estão longe da sua família, da sua rotina e acabam por ficar deprimidos...*” (#4); “*...é uma solidão que se aviva, é um sentimento de inferioridade que se vinca também, até pela posição em que aparece deitado, está mais baixo de que todos e muitas vezes está sem acompanhante o que ainda torna mais frágil a sua doença ou o seu estado...*” (#10); pelo afastamento das suas rotinas: “*Estão afastados de tudo aquilo que é a sua rotina,...*” (#4); pelo facto de, por vezes, sentirem que o seu sofrimento não é compreendido: “*O doente que recorre aos cuidados de saúde, no fundo é um solitário. A doença é a dele, ele é que sofre.... Portanto é um solitário que vai procurar ajuda...*” (#10); e, por fim, a sensação de que ninguém os ouve ou quer saber das suas queixas: “*nota-se bastante que muitos têm necessidade de simplesmente falar... que estão lá e só querem mesmo alguém que os ouça e ouça os problemas deles e o que é que eles sentem, e o que é que eles esperam...*” (#6). Esta perceção por parte dos cuidadores vem de encontro a resultados obtidos em estudos realizados com doentes sobre os seus sentimentos perante a doença e o internamento, onde se realçam nas suas conclusões a solidão como causa de grande vulnerabilidade. Poderemos ler, por exemplo, em Sorlie e colaboradores

---

<sup>37</sup> Tema frequente em textos de Daniel Serrão e Walter Osswald, entre outros.

<sup>38</sup> Quando falámos de sentimentos de solidão nos cuidados de saúde e mais concretamente no facto de o doente surgir muitas vezes sozinho perante a instituição de saúde, não podemos deixar de referir dos fenómenos distintos: um primeiro tem a ver com o facto de na sociedade atual existirem cada vez mais pessoas “sós”, principalmente no grupo dos idosos e que, por isso, não têm quem os acompanhe aos cuidados de saúde; mas é sobretudo a um segundo fenómeno de solidão a que queremos fazer referência, até porque é provocado pelo funcionamento habitual das instituições de saúde e que consiste no facto de em muitas instituições de saúde, quando um doente recorre ao serviço de urgências lhe ser negado o direito de estar acompanhado por um familiar ou alguém próximo.

(2006)<sup>39</sup>, que o doente reconhece a sua solidão e sente-se triste perante a sua perspectiva de doente, isolado da sua casa e dependente dos cuidados de outros. Esta situação encarna, sem dúvida, uma forma de vulnerabilidade social e, portanto, é também percecionada pelos cuidadores.

Quando se fala em internamento e afastamento da família, das rotinas e vida social, surge também com frequência a reflexão sobre o modo com se é tratado na nova realidade, que relações se estabelecem entre cuidadores e doentes e, também, os resultados demonstram que a forma como elas se podem desenvolver podem criar situações de vulnerabilidade. Neste sentido, afirmações como: “A maior fragilidade da pessoa doente é, muitas vezes, provocada pelo facto de, nas instituições de saúde, ser tratado como um ser despersonalizado” ou “Muitas vezes a pessoa doente torna-se frágil quando no internamento, é tratada de forma rotineira, sentindo a perda da sua identidade pessoal” obtêm pontuações elevadas, o que significa que os cuidadores têm a noção bem presente de que esta situação é causadora de um aumento da vulnerabilidade da pessoa doente e que, “infelizmente”, é uma realidade presente nas instituições de saúde, aliás, sendo mesmo apontada frequentemente como uma das principais causas da desumanização dos cuidados de saúde.

Por fim, queríamos ainda referir um outro aspeto que pode ser considerado como vulnerabilidade cultural e que tem a ver com a fragilidade provocada pelo desconhecimento e incompreensão da situação de doença que pode estar presente no doente. Apesar de, no questionário, este tipo de vulnerabilidade não estar expresso na dimensão “perceção de situações de vulnerabilidade”, não deixa de ser curioso que esta situação surja com um grande nível de concordância enquanto experiência própria de vulnerabilidade. Como já referido, quando questionados sobre a experiência de vulnerabilidade, uma das afirmações que obtém resultados altos é: “Perante a doença, perante a incerteza do diagnóstico sinto-me particularmente vulnerável”, o que demonstra que, por vezes, este género de “ignorância” pode ser muito fragilizante. De facto, este é um fenómeno que facilmente se encontra em literatura, nomeadamente em relatos de diversas

---

<sup>39</sup> Estudo qualitativo sobre a compreensão da experiência de ser cuidado numa unidade de agudos de um hospital universitário sueco.

peças sobre as suas situações de doença, por exemplo, o Livro “*O médico doente*” de Drauzio Varela<sup>40</sup>. O desconhecimento do diagnóstico e principalmente da gravidade da situação é comumente referido como causa de maior sofrimento. Também em alguns estudos efetuados, esta realidade é apontada como situação de vulnerabilidade. Sorlie e colaboradores (2006), na análise das narrações de vulnerabilidades sentidas pelos doentes, referem que estes sentem-se usualmente confusos com tudo o que se passa à sua volta e, principalmente, com as incertezas do diagnóstico. Este facto torna-os particularmente inseguros, proporcionando afirmações como: “Eu sinto-me tão vulnerável quando não sei o que se passa ou o que me está a acontecer” (p.1243). Esta ideia surge também apontada nos discursos obtidos nas nossas entrevistas. Aí encontramos relatos em que os profissionais atribuem ao desconhecimento da situação uma relação de causalidade com sentimentos de vulnerabilidade, como por exemplo: “... as pessoas que se calhar têm menos conhecimento sobre a sua situação clínica ... o próprio medo de saber porque .... Há muitas incógnitas na cabeça das pessoas...” (#3); “... Muitas pessoas estão lá sem saberem o que têm e o que vai acontecer e acho que isso ainda lhes dificulta o processo de recuperação...” (#6).

#### 7.1.1. Diferenças da representação da vulnerabilidade entre grupos

Analisando, agora, a representação da vulnerabilidade humana nos diferentes grupos de cuidadores estudados, de um modo geral verificámos que, quanto à forma como organizam essa representação, ela é em todos os grupos idêntica ao atrás descrito. Ou seja, em todos os grupos de cuidadores há uma preponderância da vulnerabilidade ontológica e natural sobre os outros três tipos de vulnerabilidade descritos. No entanto, os resultados transmitem que há diferenças significativas entre os grupos, sendo que elas assentam sobretudo na “intensidade” ou na mais ou menos completa representação do fenómeno estudado e, aí, são alguns os aspetos que merecem reflexão.

---

<sup>40</sup> Esta obra de Drauzio Varela, médico brasileiro, relata a sua experiência de doente deixando bem evidenciada a angústia provocada pelo desconhecimento do diagnóstico.

Um primeiro aspeto a realçar, e tendo em conta que a uma maior pontuação corresponde uma representação mais completa da vulnerabilidade humana, é que a representação mais forte surge nos estudantes de medicina, seguida dos enfermeiros, dos estudantes de enfermagem e, por fim, dos médicos. Mas, como vimos no capítulo anterior, isto não quer dizer que todas estas diferenças sejam significativas do ponto de vista estatístico. Assim, há três evidências principais que queremos analisar: *i*) Não há diferenças significativas entre os grupos de estudantes (enfermagem e medicina); *ii*) Apesar dos enfermeiros terem uma maior representação da vulnerabilidade do que os estudantes de enfermagem, não há diferenças significativas entre esses dois grupos; *iii*) Os médicos têm a menor representação da vulnerabilidade humana, sendo uma diferença significativa em relação aos estudantes de medicina e aos enfermeiros.

Começando pelo último ponto atrás referido, quando olhámos ao pormenor para os resultados dos médicos, verificamos que apenas no conhecimento da vulnerabilidade intrínseca não obtém a média mais baixa. Desta forma, fica a sensação de que neste grupo existe uma atenção demasiado focada nos aspetos físicos da doença, nas manifestações físicas e psicológicas da doença, nas suas consequências no corpo e uma menor atenção à vulnerabilidade enquanto realidade holística, tal como o ser humano que a evidencia. Estes resultados vêm de encontro à opinião de Chochinov e Stienstra (2012) quando referem que:

...a maioria dos médicos diria que a vulnerabilidade é um meta-fenómeno, uma manifestação de doença ou debilidade que desponta de uma violação ou falta de integridade física. Como tal, as pessoas que estão doentes ou debilitadas, com competência ou capacidade de tomada de decisões diminuídas, são de facto vulneráveis, porque os seus corpos e mentes não funcionam normalmente. (p.1)

Ou seja, continua-se a apontar com insistência o exagerado centrar de atenções por parte dos médicos no corpo portador da doença, num olhar demasiado superficial sobre o homem doente mas, como referem os mesmo autores, “o que esta compreensão da vulnerabilidade ‘focada no corpo’ oferece por meio da simplicidade, não oferece ao nível da profundidade” (p.1).

Há, no entanto, um outro aspeto do artigo atrás citado que os nossos resultados não confirmam ou põem em causa. É convicção dos autores que “como uma área de foco clínico ou preocupação académica, a medicina prestou muito pouca atenção ao tema da vulnerabilidade. Este não costuma aparecer em currículos de medicina, ou em livros de medicina padrão, como Harrison ou Lange, a vulnerabilidade é um tema ausente” (p.1). Esta ideia dos cursos de medicina estarem demasiado centrados no conhecimento bio-fisiológico do homem tem sido apontada em muitos estudos (Bensing 2000; De Valck, Bensing, Bruynooghe & Batenburg, 2001; Fox, 1997; Lind 2000).

Quando olhamos para os nossos resultados, verificamos que os estudantes finalistas de medicina, portanto, aqueles cuja formação, nesta fase, é predominantemente académica, obtêm as médias mais altas, sendo como referido bastante mais altas que os médicos. Esta diferença entre estudantes de medicina e médicos provoca-nos algumas interrogações, desde logo sobre as suas eventuais causas. Não sendo possível através dos resultados do estudo determinar a resposta a tal questão, surgem-nos, no entanto, duas ideias ou dois pontos de partida para a procura da compreensão deste fenómeno e que poderão ser alvo de estudo no futuro. Assim, uma primeira abordagem pode partir da possibilidade de aceitar que os alunos saem do curso de medicina com uma representação da vulnerabilidade mais completa, mas que a vão perdendo à medida que iniciam a sua atividade profissional. E, neste sentido, seria interessante perceber o que contribuirá para tal realidade. Um aspeto que nos parece merecer a atenção tem a ver com o modelo de desenvolvimento profissional desta classe de cuidadores: logo após a saída da universidade, durante um ano de “internato”, estes profissionais são desde logo “focados” para a escolha da área de especialidade que devem iniciar no ano seguinte e, por conseguinte, durante os primeiros anos de experiência profissional a sua atenção centra-se essencialmente no estudo cada vez mais particularizado, mais minucioso, da área específica a que se dedicaram. Quase que podemos afirmar que são levados de um conhecimento do todo (holístico) para um conhecimento da parte (fragmentado). Será este um motivo para a perda de uma visão mais holística e profunda do ser humano? De facto, são vários os estudos que apontam a especialização do saber em medicina como uma das causas de uma certa desumanização da saúde. Como refere Ribeiro (1995), a crescente presença da tecnologia de precisão ao

dispor da medicina “tem facilitado a abordagem analítica que parcelariza as regiões do corpo; separa o doente da doença, reforça a importância desta última como objeto de intervenção, e esquece cada vez mais o seu portador” (p.24). E, juntamente com esta divisão do corpo, surge a rotinização de procedimentos, técnicas de diagnóstico e de tratamento. É certo que esta mecanização também ocorre porque a decomposição dos doentes e dos seus sintomas em sistemas fisiológicos e subsistemas (*dos sistemas de órgãos para os órgãos para os tecidos para células, para moléculas*) é necessária e, por vezes, útil para a resolução dos problemas. “Decompor” as pessoas em partes pode ser útil para o diagnóstico e localização patológica, uma vez que os seres humanos são feitos de várias partes que interagem entre si, mas que também podem operar separadamente (Kumar, Abbas, Fausto & Aster, 2009). No entanto, quando este facto se transforma em comportamento rotineiro e quase único, a mecanização cria condições para que aconteça pelo menos um nível mínimo de desumanização em contextos clínicos. Um reflexo dessa realidade pode encontrar-se na facilidade com que os cuidadores fazem referência aos doentes em termos despersonalizados, como o uso de siglas, a parte do corpo que está sendo operada, ou o nome da sua doença (Jauhar, 2009; Shem, 1980, 1997).

Se compararmos este percurso com o outro grupo de cuidadores estudado (enfermeiros), onde os resultados indicam que a representação da vulnerabilidade humana aumenta nos profissionais, podemos verificar que o percurso profissional é diferente, ou seja, se ao longo do curso a prática em ensino clínico pode ser desenvolvida por especialidades, na verdade ele começa a atividade profissional como enfermeiro de cuidados gerais, o que terá de ser pelo menos durante dois anos antes de poder ingressar numa das especializações existentes. Neste sentido, podemos dizer que o estudante de enfermagem faz um movimento do particular para o geral, o que lhe pode conferir uma visão mais holística do doente.

Depois, também não podemos esquecer que a prática clínica dos médicos, ao contrário da dos enfermeiros que é baseada no acompanhamento contínuo e presencial do doente, é muito baseada em contactos fugazes (consultas) com o doente, muito mais preocupados com a obtenção de diagnósticos e definição de tratamentos do que com o seu

acompanhamento personalizado, o que pode levar a centrar cada vez mais a atenção destes profissionais num processo de “curar” em detrimento do cuidar. Neste sentido, um estudo desenvolvido por Woloshuck, Harasym e Temple (2004) revela que as atitudes e sentimentos mais idealistas dos estudantes de medicina se vão diluindo à medida que aumentam a sua prática clínica, o que parece vir de encontro a estes resultados.

O segundo ponto de partida para a compreensão dos resultados referidos, será o de tentar perceber se existiram alterações recentes na organização curricular dos cursos de medicina que possam contribuir para esta visão mais global da vulnerabilidade humana que os finalistas estudados apresentaram. A própria evidência do excessivo centralismo biomédico no ensino da medicina levou a que, como apontam De Valck e colaboradores (2001), neste início de século se expandisse a defesa de uma corrente holística na saúde capaz de impulsionar uma cultura de ensino mais centrada no doente e no cuidar do que na doença e no curar. Também, neste sentido, não podemos deixar de valorizar o efeito do crescente movimento bioético e da sua particular preocupação com a humanização dos cuidados de saúde. Sabe-se, por exemplo, que na génese desse movimento em Portugal estiveram muitos profissionais ligados à área da saúde e ao ensino universitário. É do conhecimento geral a existência de núcleos de estudo da bioética ligados à FMUP (de onde é grande parte da nossa amostra), bem como de distintos nomes ligados a essas instituições, como são exemplo os Professores Daniel Serrão, Walter Osswald, Rui Nunes, Filipe Almeida, entre outros. Acreditamos que a sua insistência e preocupação com a humanização dos cuidados de saúde poderão ter sido uma forte influência para que o ensino da medicina seja mais centrado na pessoa e menos na doença e que, nesse sentido, os currículos tenham cada vez mais a influência das ciências humanas e sociais que ajudem a um maior conhecimento do “Humano”. Assim, quando analisamos os currículos escolares das universidades a que pertencem os elementos estudados, verificamos alguns aspetos importantes, como por exemplo: na FMUP apesar de nas unidades curriculares “Medicina A” e “Medicina B” ser dada uma maior atenção à temática da humanização, foi aprovada recentemente uma nova unidade curricular intitulada de Humanidades em saúde e desenvolve-se há algum tempo a Unidade de Bioética e Deontologia que engloba, inclusive, um estágio no serviço de bioética; na UBI ministram-se unidades curriculares como a Arte da Medicina,

Deontologia, Antropologia e Sociologia e Ética Médica e Bioética e, por fim, no ICBAS podemos encontrar unidades curriculares como Sociologia, Psicologia, Bioética e Deontologia... Estes exemplos parecem-nos revelar uma preocupação em dotar os estudantes de uma visão mais complexa e holística do ser humano.

#### 7.1.2. Efeitos das variáveis sociodemográficas e contextuais na representação da vulnerabilidade

Procurando analisar o efeito de algumas variáveis sociodemográficas e contextuais na representação da vulnerabilidade, a primeira constatação que podemos fazer é que os cuidadores do sexo feminino têm uma representação mais completa, evidenciando-se sobretudo ao nível das dimensões da experiência e da perceção da vulnerabilidade. Não sendo fácil explicar esta diferença, há, no entanto, alguns aspetos importantes que nos podem ajudar a compreendê-los melhor. Em primeiro lugar, e como já referido, não podemos esquecer que a nossa amostra é maioritariamente feminina e que, na atualidade, os cuidados de saúde começam a ser exercidos em maioria por mulheres. Depois, também não podemos desprezar questões culturais que, ao longo dos tempos, foram atribuindo a este género funções de cuidar (cuidar dos filhos, dos familiares, dos mais fracos, dos doentes), o que só por si poderá justificar uma maior atenção às manifestações de vulnerabilidade, pois não podemos esquecer que, apesar das grandes mudanças sociais ocorridas nos últimos tempos, ainda existe a ideia de que “os cuidados de saúde são um espaço feminino por excelência” (Machin et al., 2011, p.4504). Num artigo sobre “conceções de género, masculinidade em cuidados de saúde ...” (Machin et al., 2011), os autores chamam à atenção para as influências culturais na construção da identidade de género e, nesse sentido, referem que “a estrutura de identidade de género, ao construir a noção de invulnerabilidade, força e virilidade como valor da própria cultura” (p.4504), transformar-se-ia numa dificuldade acrescida para que os homens reconhecessem as suas necessidades de cuidados de saúde e, por conseguinte, também as fraquezas e necessidades dos outros que os rodeiam (Figueiredo, 2008).

Outra revelação que surge dos nossos resultados é a representação da vulnerabilidade humana, no global, não se alterar com a experiência profissional e com a idade. No entanto, quando se olha dimensão por dimensão, então podemos verificar que essas duas variáveis influenciam o “conhecimento da vulnerabilidade intrínseca”, ou seja, parece indicar que com o aumentar da idade e com uma maior experiência profissional, os cuidadores revelam um maior conhecimento da vulnerabilidade relacionada com a doença, com o envelhecimento, com a exposição à natureza e às limitações biológicas de cada ser humano. Uma primeira justificação que nos pode ocorrer é que ao aumento da idade e da experiência profissional corresponde certamente um aumento de experiências vividas, de contactos com diferentes realidades de vulnerabilidade, quer pessoais quer dos outros que o rodeiam, que provocam um sem número de “imagens” mentais da vulnerabilidade, de impressões adquiridas ao longo do tempo. Não podemos esquecer que o aumento da experiência vivida, principalmente a partir da relação cuidador-doente, vai deixando rasto na memória do cuidador de acordo com a intensidade dessas mesmas experiências, sendo que, normalmente, as mais intensas, as consideradas “situações críticas”, são precisamente as marcadas pela morte, pelo sofrimento físico e psicológico (Seixas & Pereira, 2005). Assim, parece-nos que esta realidade de experiência acumulada, associada ao facto de, como refere Seixas e Pereira (2005), por vezes, com o tempo de exercício os profissionais colocarem em questão a excessiva centralização biomédica e questionarem as suas práticas no sentido de procurar um desempenho mais humano, talvez justifique este maior despertar para a vulnerabilidade intrínseca.

## **7.2. Quanto à valorização dos atributos do cuidar**

Quando olhamos para os resultados dos atributos do cuidar, o primeiro aspeto que surge em evidência são as médias altas obtidas. Se a um maior *score* nas respostas corresponde uma maior valorização dos atributos do cuidar, não há dúvida de que os cuidadores estudados valorizam o cuidar enquanto paradigma assistencial em saúde. No entanto, é necessário um olhar mais atento sobre estes resultados. Em primeiro lugar, não podemos deixar de observar as características do instrumento de recolha de dados. Apesar de

adaptado e, por isso, diferente da versão original, ele confirma a tendência original de obtenção de médias altas.

Dos resultados sobressai a importância atribuída à comunicação, sendo esta a dimensão onde as médias obtidas são mais elevadas e que fica bem demonstrado nos resultados da afirmação “Cuidar é comunicar com o doente”. Desta forma, os cuidadores demonstram a preocupação com a necessidade de desenvolver o processo comunicacional com o doente, facto só possível quando se valoriza o contacto com ele, quer através da conversação, do diálogo (verbal) quer do próprio toque (não verbal). Para os cuidadores estudados, esta parece ser uma das principais formas de tornar o internamento mais agradável e de desenvolver a tão necessária empatia que ajuda à perceção e ao respeito pela individualidade de cada doente. A associação do cuidar ao melhoramento da comunicação com o doente é um dos aspetos mais referidos na literatura sobre o estabelecimento de um paradigma do cuidar em saúde e reforça sempre a importância da passagem de profissionais frios, distantes, pouco comunicativos e desatentos, àquilo que o doente quer expressar, para cuidadores afáveis, comunicativos e despertos para as preocupações do doente. Este realçar da comunicação verbal, não-verbal e da empatia que obtivemos, vem assim de encontro a vários estudos. Por exemplo, num estudo intitulado “o significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem” (Baggio, 2006), foi possível perceber a associação do cuidado à comunicação verbal e não-verbal, pois o cuidado manifesta-se por meio da conversa, do toque, com a intencionalidade de transmitir tranquilidade, carinho, conforto, segurança, atenção, e bem-estar. Esta ideia surgia em depoimentos em que se referia que cuidar é: “...*Prestar atendimento, tratar muito bem as pessoas que já estão lá, que estão doentes, estão sensíveis elas querem um pouco de atenção ali, que converse ... não atender assim, mal, sabe...*”; “...*Tem que atender quando o paciente chama ... atender bem, de preferência com um sorriso... conversar e dar atenção*”; “...*É eu transmitir segurança, conforto, bem-estar ... carinho pro paciente ...*”; e “...*Conforto, ta mal deitado, deitar ele direitinho, a posição que ele quer, que fica bem ... tranquilizá-lo, conversar*”.

Também, num estudo sobre os atributos do cuidar realizado com enfermeiros de onze países (Arthur et al., 1999), as cinco afirmações do instrumento de medida que obtiveram níveis de concordância mais elevados estão relacionadas com a comunicação cuidador-doente, sendo este um ponto indicado como fundamental para o desenvolvimento e um sentido de confiança, para o desenvolvimento de uma relação de confiança, entre os enfermeiros e os doentes baseada na verdade e no respeito, ou seja, fundamental para o estabelecimento de uma verdadeira relação de ajuda ou relação de cuidado.

Também a ideia do cuidar enquanto “advocacy” e “envolvimento” obtêm médias altas, inclusive iguais nos resultados dos cuidadores em geral, no entanto, quando escrutinamos os resultados por dimensão e por grupos estudados, verificamos que o cuidar enquanto “advocacy” obtêm valores mais elevados, excetuando o caso dos estudantes de medicina.

Quando falamos de “advocacy” estamos a abordar aspetos relacionados com a qualidade dos cuidados prestados e, nesse sentido, há aqui duas ideias importantes: uma primeira tem a ver com as competências técnicas, as “habilidades” e conhecimentos adquiridos, necessários para o “atendimento” às necessidades do doente. A segunda está relacionada com o sentido do profissional assumir o papel do “defensor”, do advogado do doente, estando, por isso, preparado para colocar o sujeito de cuidados no topo da hierarquia, na prioridade da sua atuação. Quando olhamos para os resultados, verificamos que a ideia da competência técnica, da qualidade nos cuidados executados, obtêm valores mais elevados. A preocupação com a dimensão curativa fica evidenciada na valorização de pontos, como a “prevenção de complicações”, o “saber que fazer numa emergência” ou mesmo na valorização da articulação do trabalho de equipa. Esta realidade pode reforçar a ideia, que procurámos desenvolver na revisão teórica, da interligação entre o cuidar e o curar e de que qualquer ato de cuidar não deve desprezar o aspeto curativo, mas é também importante averiguar se estes resultados não podem revelar uma centralidade dos cuidadores num paradigma do “curar” em detrimento do “cuidar”. Neste caso, parece-nos que, embora os resultados não demonstrem essa supremacia, deixam claro uma grande valorização dessas competências.

Já quanto à ideia da “defesa” do doente, da salvaguarda dos seus objetivos, da sua integridade, os resultados são menos concordantes, o que não poderão ser afastados do facto de dois dos grupos estudados serem estudantes e, portanto, sem “estatuto” que na prática lhes permita, de uma forma segura, assumir esse papel, surgindo, por isso, a expressão “cuidar é falar em nome do doente quando o profissional de saúde se apercebe de que algo prejudicial (para o doente) poderá ser feito” com uma média mais baixa.

Debruçando-nos agora sobre a questão do “envolvimento no cuidar”, que se refere à promoção da participação do doente no seu processo de cuidados, um primeiro aspeto importante surge da pontuação (após inversão) mais alta ser obtida na afirmação “Estou a cuidar quando estou a evitar o doente”, que deixa bem evidente que não se pode cuidar sem olhar para o doente, contra o doente ou promovendo a sua ausência de todo o processo. A ideia do doente enquanto sujeito “*infirmus*”, fraco e incapaz de tomar conta ou de participar nas decisões sobre si, já não pode ter lugar nos cuidados de saúde atuais e, por isso, a preocupação com o doente em colocar as suas necessidades à frente das da instituição, é um aspeto que naturalmente obtém um bom nível de concordância. Como referido nos estudos de Elwyn, Edwards e Kinnerscey (1999) ou de Crawford e colaboradores (2002), é imperioso reconhecer a necessidade do envolvimento dos doentes nos cuidados de saúde. Há, no entanto, um dado que não deixa de ser curioso e que vem de encontro a uma ideia que durante muito tempo foi transparecendo nos cuidados de saúde, dominados por uma prática excessivamente paternalista, da qual foi resultando a pouca abertura dos cuidadores à participação dos doentes nas decisões a tomar sobre os procedimentos a realizar, os tratamentos a decidir, ou o rumo de combate à doença a estabelecer. É, precisamente, a afirmação “Estou a cuidar quando não envolvo o doente no planeamento dos seus cuidados” que, após a inversão dos resultados, obtém uma média mais baixa nesta dimensão, parecendo demonstrar que, apesar da defesa do envolvimento do doente, ainda existem algumas dificuldades no que concerne à adoção de uma prática de “decisões partilhadas” ou “participadas”, principalmente quando dizem respeito ao planeamento, escolha e execução de cuidados. No fundo, parece significar que a prática paternalista ainda está longe de ser erradicada, o que vem de encontro a um estudo realizado por Trindade, Azambuja, Andrade e Garrafa (2007), que aponta que o

paternalismo médico ainda tem uma presença estatística muito significativa. Também em Portugal, um estudo levado a cabo pela Escola Nacional de Saúde Pública, intitulado “saúde que conta”, indica claramente que em muitos tratamentos há alternativas que devem ser partilhadas e decididas em conjunto com os doentes, mas encontram como obstáculo o facto de os doentes precisarem de muito mais informação dos médicos que nem sempre estão muito disponíveis para a partilhar (Escola Nacional de Saúde Pública [ENSP], 2013). Este estudo aponta no sentido da necessidade de se trabalhar mais a decisão partilhada e, portanto, o envolvimento do doente.

Quanto à dimensão “aprendizagem do cuidar”, ela estava vocacionada para a reflexão pedagógica sobre o cuidar, procurando perceber de que forma os cuidadores entendem como ela se desenvolve. Falar de aprendizagem não se refere apenas aos estudantes mas também aos profissionais, uma vez que o cuidar exige uma formação constante. Como refere Costa (2008), “toda a pessoa adulta, é confrontada com um tempo global, em torno do qual vive e se movimenta e no qual o aprender assume uma importância elevada: o tempo da Escola, o tempo do emprego, os tempos livres...” (p.90), ou seja, tudo se pode transformar num ato de formação individual. A grande dificuldade resulta, no entanto, em saber de que forma se pode realizar esta aprendizagem, sabe-se que ela resulta “da participação activa e actuante em acontecimentos, factos, situações...” (Costa, 2008, p.92), daí que no ensino das profissões do cuidar haja uma preocupação em complementar o ensino teórico, com a simulação prática e com o envolvimento no “meio”, nos serviços de saúde, a partir de estágios ou ensinamentos clínicos. Mas, também em relação aos profissionais, presenças constantes no meio, se procura proporcionar o contacto com formações quer na escola, quer em local de trabalho de modo a complementar a prática com a reflexão científica. Assim, quando olhamos para os resultados desta dimensão, verificamos que eles são mais baixos que todas as outras dimensões, o que demonstra, desde logo, que apesar de o “cuidar” ser reocupação central das profissões de saúde, está-se longe de obter consenso sobre a melhor forma de o “ensinar” ou “aprender”. Também, neste sentido, se encontra uma clara variação nos resultados dos diferentes itens consoante o grupo de cuidadores estudados. Do conjunto da amostra, surge realçada a importância do contexto clínico e da observação do trabalho dos outros profissionais na aprendizagem do cuidar, indo de

encontro a uma certa ideia “generalizada” de que o cuidar se aprende “a fazer” ou a “ver fazer” em detrimento da valorização do ensino mais teórico, ou seja, a valorização de metodologias ativas de ensino aprendizagem, indo, assim, de encontro aos vários estudos que referem o quanto estas metodologias têm sido importantes instrumentos de transformação da formação em saúde, uma vez que permitem a leitura e intervenção sobre a realidade complexa, favorecem a construção coletiva do conhecimento, além de estimularem a criatividade na construção de soluções e a autonomia no processo de pensar e de agir dos estudantes e dos profissionais de saúde (Feuerwerker, 1998; Feuerwerker & Sena, 2002; Mitre et al., 2008). No fundo, parece valorizar-se este “fazer” como uma forma de “formação experiencial”, pois como refere Josso (2002), “...a formação ou é experiencial ou não é formação...” (p.35).

#### 7.2.1. Diferenças na valorização dos atributos do cuidar entre grupos

Em relação à análise das diferenças entre os grupos de cuidadores estudados na valorização dos atributos do cuidar, não se encontraram nos resultados globais diferenças com significado estatístico, no entanto, no olhar de pormenor, evidenciam-se três aspetos que merecem uma reflexão particular: *i*) Há uma diferença significativa na valorização dos atributos do cuidar relacionados com a comunicação entre os enfermeiros e os restantes grupos, revelando-os como os que mais valorizam a comunicação; *ii*) Há uma diferença entre os enfermeiros e os estudantes de enfermagem em todas as dimensões do cuidar, excetuando a aprendizagem; *iii*) No global, os estudantes de medicina são os que mais valorizam os atributos do cuidar.

O facto de o nosso estudo apontar os enfermeiros como o grupo de cuidadores que mais valoriza a comunicação com o doente, não podemos dizer que seja para nós surpreendente, pois vários são os estudos que apontam no sentido da valorização desta dimensão por parte destes profissionais (Breathe Healht® & ENSP, 2009; Pereira, 2010; Slatore et al., 2012). Em 2009, numa tentativa de se perceber como os hospitais portugueses encaram a comunicação, a Breathe Healht®, divisão de saúde do Grupo Inforpress e a ENSP, da

Universidade Nova de Lisboa, juntaram esforços na realização de um estudo inédito, que reúne hospitais gerais públicos e privados, intitulado “1.º Estudo nacional da comunicação hospitalar em Portugal”, e uma das conclusões encontradas foi a de que os enfermeiros são quem desempenha o papel mais importante na dinâmica da comunicação com os doentes (Breathe Healht® & ENSP, 2009).

As características do exercício deste grupo também promove esta preocupação, pois não podemos esquecer que estes são aqueles que marcam uma presença constante na “vida” do doente, são quem mais tempo passa à sua cabeceira e, por isso, serão aqueles que terão de demonstrar maior abertura para o escutar, apoiar, perceber, para lhe dar força, para o estimular, para o capacitar, algo só possível com uma boa comunicação, ou melhor, com o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na proximidade. Assim, há muito que uma diversidade de “teóricos” da enfermagem afirma a comunicação como um instrumento básico do cuidado de enfermagem e que, por isso, como referem Bertone, Ribeiro e Guimarães (2007) e Stefanelli (2005), é parte fundamental do exercício do enfermeiro. Mas, este reconhecimento de que o cuidar “implica o estabelecimento de interação entre sujeitos (quem cuida e quem é cuidado)” (Ferreira, 2006, p.327), está claramente assumido pela enfermagem, ao ponto de o encontrarmos vertido no perfil de competências estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros. Uma das competências dos enfermeiros de cuidados gerais, no domínio da prestação e gestão de cuidados, refere precisamente que este profissional “estabelece comunicação e relações interpessoais eficazes” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.9), que se traduz pela “obrigação” de constituir “relações terapêuticas com o cliente e ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.18). Pensamos, assim, que faz parte da “cultura” dos enfermeiros a ideia de que ninguém exerce enfermagem nem como arte, nem como ciência, sem comunicar eficientemente (Gameiro, 2003), e que este grau de identificação não existe em nenhum outro grupo de cuidadores.

Quanto à análise da diferença com os estudantes de enfermagem, requer alguma reflexão. Se é certo que o ensino de enfermagem assenta no “cuidar” e procura dotar o aluno de uma

visão holística da pessoa, também não há dúvida que, como refere Seixas e Pereira (2005), em função de vários fatores a sua formação demonstra ainda, por vezes, uma “centralidade do modelo biomédico”, assim como o próprio estudante parece ao longo do curso dar mais atenção à aprendizagem do “saber fazer”, a partir de esquemas mentais biomédicos e da incorporação de meras tarefas comportamentais nos ensinamentos clínicos, do que à aprendizagem do “saber ser”. No entanto, o estudo de Seixas e Pereira (2005), sobre “relações e situações críticas na enfermagem”, aponta que com a experiência profissional, quando já enfermeiro, possuidor de disponibilidade mental para analisar o seu desempenho, esta centralidade biomédica é, muitas vezes, colocada completamente em causa, aumentando a valorização do cuidar, o que vem de encontro aos nossos resultados.

Por outro lado, o facto de a prática em contexto de ensino clínico ser de avaliação contínua, é causador de stresse para o estudante, fazendo com que ele se compenetre mais na vontade de realizar bem as suas “tarefas” do que em desenvolver um desempenho mais humano, mais holístico pois, na verdade, os seus maiores receios configuram-se em cometer algum erro, prejudicar o cliente e não ser reconhecido por parte dos colegas e professores (Alonso Palacio et al., 2007; Nogueira-Martins, 2002). Vários estudos apontam para os ensinamentos clínicos como causadores de stresse no estudante (Carlotto, Nakamura & Câmara, 2006; Martinez, Pinto & Silva, 2000; Veiga & Rodrigues, 2006), parecendo haver uma relação entre essa presença e a diminuição no desempenho do cuidar. Um estudo de Veiga e Rodrigues (2006) refere que ao aumento de stresse no aluno de enfermagem correspondem menores pontuações no “Caring Dimensions Inventory” e, nesse sentido, demonstram que menores competências técnicas no cuidar quer competências de apoio.

Para o fim deixamos a análise dos resultados obtidos pelos estudantes de medicina que, no total da escala, são aqueles que obtêm valores mais altos e, por isso, são os que mais valorizam os atributos do cuidar. Parecendo contrariar estudos como os de Balint (1999), onde se reconhecia uma grande dificuldade em educar o estudante de medicina num sentido de vir a ser um médico “cuidador”, ou de Branch (2000), que indicava que o excessivo treino biológico, um modelo centrado em apenas aspetos biomédicos, tendiam a dificultar o crescimento moral do estudante, comprometendo a sua capacidade de sentir

empatia e compaixão (Ribeiro & Amaral, 2008) e, ainda o estudo de Hadet e colaboradores (2002), que indica que este grupo de cuidadores apresenta tendencialmente atitudes centradas no “cuidador”, no médico, e não no doente.

Assim, impõe-se uma melhor compreensão dos resultados do nosso estudo. Uma primeira constatação a fazer é que os bons resultados nesta escala derivam essencialmente de duas dimensões: envolvimento do cuidar e aprendizagem do cuidar, o que quer dizer que há uma valorização da preocupação em não evitar o doente, em o envolver na planificação dos seus cuidados e em vincar a ideia de que se preocupam com o seu bem-estar e, ainda, em valorizar as diferentes formas de aprendizagem do cuidar. Sendo um perfil diferente dos enfermeiros, por exemplo, que valoriza mais a comunicação e a qualidade dos cuidados (advocacy), estes estudantes não deixam, no entanto, de ter valores altos de concordância nestas dimensões. Neste sentido, parece-nos que, de facto, o nosso estudo aponta em sentido contrário aos anteriormente referidos. Não podemos deixar de referir que os estudos apontados bem como outros na mesma temática poderão ter servido de alerta e, ao mesmo tempo, de alavanca para a mudança de paradigma no ensino da medicina e que talvez agora se comece a ver os seus frutos na formação de “cuidadores” mais humanos e centrados no doente.

#### 7.2.2. Efeitos das variáveis sociodemográficas e contextuais na valorização dos atributos do cuidar

Partindo para uma análise sobre o efeito de algumas variáveis sociodemográficas e contextuais na valorização dos atributos do cuidar, um primeiro facto verificado está relacionado com o sexo/género e revela que a “população” feminina valoriza mais os atributos do cuidar, quer no geral quer nas suas dimensões “advocacy”, “comunicação” e “envolvimento”. Estes resultados não são propriamente surpreendentes, desde logo porque sabemos que a centralidade do cuidar, bem como a defesa de uma “ética do cuidado”, foi inicialmente conotada a uma visão feminista da ética e dos cuidados de saúde e que uma profissão como a enfermagem é ainda exercida maioritariamente por mulheres. Neste

sentido, os resultados talvez não possam ser ainda separados de um efeito da tradicional socialização de género, em que as mulheres, ao longo de muito tempo, “herdaram” a responsabilidade social de cuidar dos outros (Joudrey & Gough 1999; Noddings, 1984). Curiosamente, já a medicina, durante largo período de tempo, era socialmente considerada uma profissão masculina, mas começa, agora, a ver invertida essa realidade, e como podemos verificar pela nossa amostra, o sexo feminino é maioritário em todos os grupos. Assim, esta tendência de maior valorização dos atributos do cuidar pelas cuidadoras vem de encontro a resultados encontrados em outros estudos realizados quer em enfermeiros médicos e estudantes (Batemburg, 1997; Woloschuk et al., 2004).

Também verificamos que o aumento da idade e a experiência profissional leva a uma maior valorização dos atributos do cuidar, principalmente no que diz respeito às dimensões “advocacy” e “comunicação”. Estes resultados estão em linha com os obtidos da aplicação do CAQ original, por Noh, Arthur e Sohng (2002), mas também com os resultados de outros estudos sobre o cuidar (Hope 1994; Scoffield, Tolson, Arthur, Davies & Nolan, 2005; Soderhamn, Lindencrona & Gustavsson, 2001). Tal como já referido, o tempo e a experiência parece favorecer a autocrítica e a autorreflexão sobre o exercício de cuidar e o libertar dos profissionais da, por vezes excessiva, preocupação com o simples desempenho correto de tarefas e habilidades técnicas, passando a valorizar também outros aspetos do cuidar.

Um outro aspeto que é necessário analisar tem a ver com o estudo da relação entre a existência de historial de internamento por parte dos cuidadores e os atributos do cuidar. A ideia de que o facto de os cuidadores, em determinados momentos da sua vida, poderem passar a ser sujeitos de cuidados, doentes, poderia influenciar o modo como valorizam o “cuidar”, parece-nos provida de algum sentido pois, de alguma forma, esta inversão da realidade, pode dotá-lo de um conhecimento vivido do que é estar necessitado de cuidado e, portanto, dependente da ação de um cuidador. Apesar de no nosso estudo não se encontrar uma relação direta desta variável com a totalidade da escala dos atributos do cuidar, quando passamos à análise de pormenor, verificamos que o historial de internamento favorece a valorização de algumas dimensões dos atributos do cuidar,

nomeadamente no que diz respeito ao cuidar enquanto “advocacy” e “comunicação do cuidar”. Desta forma, parece indicar que a experiência da doença faz com que o cuidador esteja mais atento à necessidade do “cuidar” ser revestido de qualidade, de competência técnica e, ainda, de uma valorização da defesa do doente. Por outro lado, a história de internamento leva também o cuidador a valorizar a importância da comunicação com o doente. Este fenómeno vem de encontro a alguns estudos já efetuados e a partir dos quais se foi depreendendo que os profissionais, após episódios de doença, refletem sobre si mesmos, sobre a forma como vivem a vida e se dedicam ao propósito da sua profissão, reequacionando a sua prática de cuidar do outro e objetivando valorizar a assistência humana da enfermagem (Graham, Andrewes & Clark, 2005). Lembramo-nos que, nas nossas entrevistas, obtivemos de cuidadores que já tinham tido experiência de doença prolongada discursos neste sentido: “*Vou pensar sempre nos momentos que vivi e como fui tratada e penso no doente que está à minha frente e vou dizer sempre*”; “*eu no momento que estive gostava de ser assim tratada e este doente possivelmente também vai gostar de certeza....*” (#1). Assim, parece-nos que os cuidadores quando são cuidados por outros colegas apercebem-se, mais facilmente, de algumas lacunas que, muitas vezes, eles também apresentam no seu desempenho habitual, sendo que esta constatação os impele ao desenvolvimento de uma conduta mais humilde e, por isso, capaz de os fazer reconhecer essas lacunas e modificar os seus comportamentos no sentido de cuidar do outro, tendo em conta as suas reais necessidades (Graham et al., 2005).

Por fim, falta-nos analisar o impacto da variável serviço na valorização dos atributos do cuidar. Dos resultados obtidos, podemos observar que as diferenças com significado estatístico ocorrem entre os cuidadores que exercem nos CSD e os que exercem nos CSP, sendo que os segundos apresentam resultados mais elevados e, portanto, no sentido de uma maior valorização dos atributos do cuidar. Estes resultados não são, para nós, surpreendentes, na medida em que a própria organização do tipo de cuidados e os seus objetivos nos parecem promover essa diferença. Já na década de 80, perante as influências da técnica no mundo da saúde, Karl Jaspers (1986) se referia à pretensão utópica de manter a antiga visão de médico que só poderia passar pela ideia do médico de família devido ao acompanhamento mais personalizado que poderia fazer dos seus doentes. Também, o The

World Health Report 2008: Primary Health Care (World Health Organization, 2008), apresenta como princípio essencial dos CSP “dar prioridade às pessoas” (p.43), realçando, de uma forma equilibrada, a saúde e o bem-estar assim como os valores e as capacidades das pessoas nas suas comunidades. Passando para a atualidade, em Portugal, se nos lembrarmos que nos CSP se atribuiu uma enorme importância às unidades de saúde familiares e à sua organização em equipas de família (pelo menos médico e enfermeiro de família), facilmente percebemos que esta metodologia permite um contacto mais regular, mais efetivo e mais personalizado dos utentes por parte dos seus cuidadores, procurando, dessa forma, cumprir o objetivo de permitir “uma prestação de cuidados de saúde mais personalizados” (Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto). Falamos, ainda, de um contacto e acompanhamento que se pretende seja feito ao longo da vida, nas várias fases do desenvolvimento do sujeito de cuidados. Desta forma, facilita-se a comunicação, a relação terapêutica que se estabelece e a própria confiança que se vai adquirindo entre cuidador e utente pois, como refere Eby (2007), trata-se de “um relacionamento directo entre cada indivíduo e família na comunidade” e os membros específicos de uma equipa de saúde.

A presença ocasional do cuidador, quase sempre em situação de doença, que ocorre nos cuidados diferenciados, dá lugar a presenças constantes, quer em estado saudável (vertente preventiva), quer em estado de doença (Consulta Aberta e Serviço de Atendimento Permanente – vertente curativa), quer em estado de recuperação (vertente de vigilância), quer, por vezes, até no próprio domicílio do doente através das visitas domiciliárias que permitem uma compreensão da integração do doente no seu próprio ambiente, habitat. Assim, esta organização permite um conhecimento das próprias dinâmicas familiares e sociais, uma vez que os mesmos profissionais acompanham todos os elementos da família. Desta forma, reúnem-se condições para que os cuidadores possam envolver mais os utentes nos seus cuidados, ou não fosse um dos principais objetivos deste nível de prestação de assistência de saúde o “empowerment”, ou seja, o dotar o doente de conhecimentos, ferramentas e hábitos que o levem a adotar estilos de vida saudáveis, para que os cuidadores valorizem a comunicação efetiva e o desenvolvimento de uma relação terapêutica eficaz e, ao mesmo tempo, permite assumir de forma mais eficiente a defesa do próprio doente.

### 7.3. Quanto à valorização da influência tecnológica

Como já tivemos oportunidade de dizer, são muitas as referências na literatura sobre a influência da tecnologia na dinâmica dos cuidados de saúde. A sua presença, tão visível nas instituições, faz pressupor, também, uma grande valorização do seu efeito quer pelos profissionais de saúde quer pelos próprios doentes. No entanto, apesar de a tecnologia fazer parte do dia a dia destes cuidadores, poucos são os estudos sobre o que ela significa verdadeiramente para estes profissionais e qual a sua relação com as suas “habilidades” de cuidar (Arthur, Pang & Wong, 2001).

Neste sentido, a construção do TIQ por Arthur e colaboradores (1999), criou a possibilidade de uma nova abordagem sobre esta problemática que até aqui apenas se via tratada a partir de metodologia fenomenológica ou qualitativa. Já em 1997, um estudo de Hesking revelava encontrar nos participantes (14 enfermeiros) uma visão positiva em relação aos benefícios da tecnologia e a sua confiança no potencial da “máquina” que ela proporcionava. Também o estudo “Describing the Influence of Technologies on Registered Nurses’ Work” (Zuzelo, Gettis, Hansel & Thomas, 2008), apurou a existência de uma valorização da tecnologia por parte deste grupo profissional, na medida em que, na sua perspectiva, a tecnologia incentiva a uma prática mais eficiente e ajuda a economizar tempo eliminando, dessa forma, o desperdício de esforços, bem como melhora o atendimento e aumenta a segurança dos doentes. No fundo, este estudo aponta como aspetos a valorizar na tecnologia o facto de esta melhorar a prestação de cuidados, melhorar os resultados para o doente, melhorar a prática e melhorar o ambiente de cuidados.

Quando olhámos para os nossos resultados, uma primeira constatação é que a média encontrada (3,60) se situa acima do ponto neutro, o que significa que também a nossa amostra regista uma valorização positiva da influência tecnológica. Apesar de termos usado uma versão adaptada e uma população diferente dos estudos do autor (usou apenas enfermeiros), os resultados são ligeiramente mais altos do que a média obtida por Arthur numa amostra de 11 países e que foi de 3,46, sendo que, por país, variou entre 3,11 na Escócia e 3,76 na Nova Zelândia (Arthur et al., 1999). Quando olhamos para os diversos

itens que compõem a escala, esta valorização da tecnologia fica mais evidente com o apurar da média mais alta relativa à afirmação “o domínio da tecnologia é uma ferramenta importante no desenvolvimento do estatuto das várias profissões de saúde”, seguida de “o domínio da tecnologia ajuda os profissionais de saúde a controlar o seu ambiente de trabalho”. É ainda de referir que, perante a afirmação “tenho dúvidas sobre os benefícios da tecnologia para a minha (futura) profissão”, as respostas são evidentes no sentido da ausência de dúvidas sobre esse benefício. Estes resultados, que vêm de encontro aos encontrados por Arthur e colaboradores (1999), deixam claro que, tal como as pesquisas atrás referidas, os cuidadores valorizam de facto a influência tecnológica não só pelos benefícios que pode trazer para os doentes, pelos efeitos positivos no ambiente de cuidados, mas sobretudo porque dá sentido e valoriza as próprias profissões de saúde.

### 7.3.1. Diferenças da influência tecnológica entre grupos

Analisando as diferenças entre grupos de cuidadores estudados, o facto mais relevante é a maior influência tecnológica encontrada nos médicos. Este grupo alcança resultados superiores a todos os outros, revelando-se, dessa forma, como aquele que mais valoriza a influência tecnológica ou, se quisermos, aqueles que mais esperam, que mais confiam e mais “cultivam” a tecnologia ao serviço da saúde. Quando olhamos a média obtida (3,81) e, apesar dos condicionalismos já referidos, a comparamos com a obtida por grupos de enfermeiros de distintos países, verificamos que este valor é superior ao encontrado em qualquer dos países englobados no estudo, o que parece demonstrar, mais uma vez, a particular sensibilidade dos médicos à influência tecnológica. O segundo grupo com maior influência é o dos enfermeiros, seguido dos estudantes de medicina e, por fim, dos estudantes de enfermagem.

Muitas vezes, os avanços tecnológicos em saúde são mesmo designados como “tecnologia médica” e, nesse sentido, relacionam-se principalmente com novos procedimentos médicos e cirúrgicos (exemplo: angioplastia, cirurgia endoscópica, etc), a descoberta de novas terapêuticas (biológicas, genéticas, etc), a implementação de novas tecnologias de

informação (registos eletrónicos, telemedicina, etc) ou mesmo o constante desenvolvimento de novos dispositivos médicos (Goyen & Debatim, 2009). Não será, por isso, surpresa para ninguém, o impacto direto na medicina resultante da explosão tecnológica. Se tivermos em conta que nas áreas preventivas, diagnóstica e terapêutica surgiram inúmeras tecnologias eficientes que aumentaram muito a capacidade resolutive da ciência médica, que os progressos se evidenciaram com particular ênfase ao nível da indústria farmacêutica, nas especialidades cirúrgicas, nas novas técnicas de diagnóstico por imagem, na biologia molecular, nas técnicas genéticas (Maciel, 2012), ou seja, ao nível do diagnóstico, do tratamento e da prevenção, então, olhando até para a natureza do exercício da profissão médica, seria de esperar que fossem estes cuidadores os que mais valorizassem e dependessem da tecnologia. Na opinião de Patton (2001), “são poucos os médicos que estão habilitados a praticar a medicina sem o suporte tecnológico providenciado pelos hospitais, como laboratórios, centros de imagem e outras práticas especializadas” (p.43). Para este mesmo autor, há quatro fenómenos que contribuem fortemente para o aumento da utilização da tecnologia: a incerteza, a variabilidade, o erro e problemas de qualidade dos cuidados. Ou seja, a incerteza quanto à veracidade de um diagnóstico, a variabilidade das doenças e da forma como se manifestam nos distintos sujeitos, bem como a variabilidade dos modos e tipos de tratamento, o erro associado à imperfeição e natureza falível de todo o profissional médico e, por fim, a qualidade dos cuidados de saúde que, no fundo, não deixa de estar relacionada com a necessidade de minimizar os três fenómenos anteriores. Ora, estes quatro fenómenos abrem a porta para a standartização da medicina só conseguida com a ajuda da tecnologia. Mas, de acordo com Goyen e Debatim (2009), há ainda outros fatores que ajudam a que estes profissionais valorizem, promovam e, inclusive, impulsionem o desenvolvimento da tecnologia médica. Um primeiro fator, prende-se com o desejo dos médicos em encontrar sempre melhores formas de tratar e curar os seus doentes. Um segundo fator, resulta do facto de que, tal como qualquer profissional, também os médicos se movem por objetivos profissionais, entre eles, o desejo de ver reconhecida a sua competência quer pelos colegas quer pelos doentes, sendo que, muitas vezes, pensam que esse aspeto só se consegue quando se dominam os últimos conhecimentos científicos e as técnicas mais inovadoras. E, por fim,

não se pode desprezar o efeito da política concorrencial que também está presente no sistema de saúde e que incentiva a que cada “cuidador”, cada instituição, procure incorporar a “melhor e mais recente” tecnologia que lhe permita oferecer algo diferenciador dos outros “fornecedores” de cuidados de saúde.

### 7.3.2. Efeitos das variáveis sociodemográficas e contextuais na influência tecnológica

Quando analisamos o efeito das variáveis sociodemográficas na influência tecnológica, verificamos que apenas a idade revelou interferir nos resultados da referida escala. De facto, os resultados apontam no sentido de que quanto maior a idade maior a valorização da influência tecnológica. Curiosamente, numa análise mais intuitiva, pensaríamos precisamente o contrário, ou seja, seriam os cuidadores mais jovens, aqueles que se formaram na “era da técnica”, os que valorizariam a influência tecnológica. Até porque é sabido que são os mais “antigos” a revelar, por vezes, maior resistência às novas práticas e às novas tecnologias. Esta convicção intuitiva viria, inclusive, ao encontro dos resultados do estudo de Noh e colaboradores (2002), que revelou precisamente que “os enfermeiros mais novos são os mais impressionados pelo impacto da tecnologia no cuidar” (p.255). Assim, não encontramos dados que nos permitam explicar o porquê dos diferentes resultados encontrados a partir da nossa amostra, pelo que nos limitaremos a deixar algumas questões que possam vir a ser estudadas no futuro na perspectiva de confirmar ou não os resultados. Uma primeira, relacionada com a possibilidade de a uma maior idade poder corresponder uma maior experiência de situações de vulnerabilidade, de doença, será a de saber até que ponto essa maior experiência de doença não leva ao desenvolvimento de uma espécie de maior “esperança” na tecnologia. A segunda, resultando do facto de alguns estudos (Silva & Ferreira, 2011) apontarem que nos chamados “Serviços de ponta”, naqueles dotados de maior grau de complexidade tecnológica, devem sobretudo exercer profissionais com alguma experiência e, por isso, mais velhos, será de saber até que ponto esta realidade se verifica e influencia os resultados.

#### **7.4. Quanto à relação entre a vulnerabilidade, atributos do cuidar e influência tecnológica**

Após analisarmos separadamente os resultados de cada uma das escalas aplicadas aos cuidadores é, agora, importante verificar como estas variáveis se comportam na relação entre si, sendo este um dos aspetos mais importantes que procurávamos neste estudo. Abordaremos apenas os resultados mais relevantes e procuraremos compreender o seu significado. Mais uma vez referimos que a dificuldade em encontrar estudos sobre esta temática fará com que, em algumas situações, os nossos resultados não possam ser comparados ou reforçados por dados de outros estudos, pelo que, por vezes, teremos que proceder apenas a uma tentativa de análise e levantamento de possíveis justificações para o encontrado, ou mesmo abrir pistas para futuras investigações.

##### **7.4.1. Influência tecnológica e vulnerabilidade**

Nos últimos tempos, especialmente nos últimos 30 anos, a explosão tecnológica na área da saúde foi por demais evidente, levantando-se variadas perspetivas sobre qual o impacto desta realidade nos cuidados de saúde, quer ao nível da organização das instituições, quer ao nível dos cuidadores, quer ao nível dos doentes. Uma das ideias que desenvolvemos na nossa revisão teórica tinha a ver com a possibilidade de a excessiva ênfase atribuída ao papel da tecnologia nos cuidados de saúde poder levar a um “esquecimento” da vulnerabilidade humana, da sua irredutibilidade e complexidade e, nesse sentido, contribuir para uma menor representação desse fenómeno por parte dos profissionais de saúde. Essa relação não fica expressa de forma categórica nos resultados por nós encontrados, no entanto, apesar de estatisticamente não se poder falar em relação significativa entre estas duas variáveis, quando se aplica um olhar mais pormenorizado às relações que se estabelecem entre a influência tecnológica e as diferentes dimensões da representação da vulnerabilidade humana, verificamos que existe tendência de a uma maior influência tecnológica corresponder uma menor representação da vulnerabilidade humana, chegando a ter significado estatístico no caso do “conhecimento da vulnerabilidade extrínseca”.

Assim, parece apontar para o facto de que, por vezes, o olhar excessivo para a técnica e toda a gama de aparelhos por ela criados com as suas magníficas possibilidades pode afastar do pensamento dos cuidadores o confronto com a realidade débil, frágil e vulnerável de todo o ser humano ou, então, centrá-lo apenas na dimensão mais biológica dessa realidade (doença, morte e envelhecimento), esquecendo em parte toda a complexidade e multiplicidade de realidades vulneráveis. Em reforço desta ideia, surge como única exceção, nos nossos resultados, a relação encontrada entre o “conhecimento da vulnerabilidade intrínseca” e a influência tecnológica, apontando uma relação positiva, ou seja, a um maior conhecimento corresponde uma maior influência.

Se pensarmos que um maior conhecimento da vulnerabilidade intrínseca significa uma maior consciência da possibilidade de adoecer, da morte, da finitude, do enfraquecimento físico, isto é, de muitas das nossas fragilidades naturais e ontológicas, então talvez se perceba que sejam estes quem mais espera, quem mais deposita expectativas nos avanços tecnológicos como forma de poderem, de certa forma, limitar o efeito dessa vulnerabilidade. A questão que fica destes resultados é se esta fixação na importância curativa e de prolongamento de esperança de vida, resultante dos meios e dos saberes tecnológicos, não contribuirá para que se esqueça que a vulnerabilidade da pessoa doente também pode resultar do confronto com as atitudes dos próprios cuidadores (como a falta de atenção, com a ausência de empatia, com a frieza do tratamento), da própria família ou mesmo da sociedade, ou seja, que o doente não só apresenta uma vulnerabilidade física, natural, mas também ética, social, cultural, entre outras.

Quando olhamos para estes resultados a partir dos diferentes grupos estudados, verificamos que o comportamento das variáveis é muito semelhante, não se encontrando diferenças que justifiquem uma análise mais pormenorizada.

#### 7.4.2. Influência tecnológica e atributos do cuidar

Da mesma forma que alguns teóricos apontam que a tecnologia oculta a consciência da vulnerabilidade, também muitos outros apontam o seu efeito como responsável por uma cultura centrada num paradigma do “curar” em detrimento do “cuidar”.

A relação entre as variáveis “cuidar” e “influência tecnológica” é desenvolvida há longo tempo em variada literatura, sobretudo derivada de estudos qualitativos que procuravam perceber o verdadeiro significado desta relação nos cuidados de saúde e qual o seu efeito no modo como se “praticam” os cuidados. Já na década de 90, um estudo de Cooper (1993) referia que a tecnologia poderia aumentar a competência do cuidador, mas também poderia afastar os enfermeiros do doente devido à demasiada concentração nas “máquinas”. Também um estudo de Lenners (1993), realizado a cerca de 40 enfermeiros, apontava que os profissionais de Serviços com menor grau de desenvolvimento tecnológico desenvolviam um tipo de cuidado mais intuitivo e mais próximo do doente.

Tendo em conta a necessidade de fazer estudos de maior dimensão, Arthur e colaboradores (1999) desenvolveram os questionários dos atributos do cuidar e da influência tecnológica que passaram a possibilitar o desenvolvimento de estudos quantitativos sobre a relação entre estas variáveis. Nos vários estudos já desenvolvidos (Arthur et al., 1999; Arthur et al., 2001, Noh et al., 2002) foi encontrado uma relação positiva entre a influência tecnológica e o cuidar, indicando que a uma maior influência corresponde uma maior valorização dos atributos do cuidar.

Olhando para os nossos resultados, também estes vão no mesmo sentido e apontam uma relação positiva, sendo que quando estudamos os resultados mais ao pormenor verificamos que a relação mais forte é a que existe entre a influência tecnológica e a dimensão do cuidar “advocacy”. Se tivermos em conta que esta dimensão relata a procura da qualidade dos cuidados e a competência profissional na vertente da competência técnica, o saber fazer, então estes resultados não serão muito surpreendentes, pois é aceite quase unanimemente que o principal impacto tecnológico se dá ao nível do aumento das capacidades de tratamento e do aumento das qualidades técnicas e das aptidões científicas

dos cuidadores e, neste sentido, não veríamos grande diferença em relação a uma prática baseada no “curar”. No entanto, os resultados apontam, também, para uma influência positiva, quer na comunicação com os doentes, quer com o envolvimento, quer com a aprendizagem do cuidar e, desta forma, dá um sinal claro de que a influência tecnológica nos “nossos” cuidadores” favorece uma valorização dos atributos do cuidar, de uma prática centrada num paradigma do cuidar. Há, no entanto, uma diferença em relação aos resultados dos estudos de Noh e colaboradores (2002), que merece alguma reflexão: numa amostra com enfermeiros de 11 países sobre o efeito do “degree of technologie” no cuidar a relação positiva mais significativa ocorre com a “comunicação no cuidar” e com o “envolvimento do cuidar”, parecendo apontar nessa população uma maior evidência de que uma presença maior de tecnologia exige uma maior atenção ao cuidado próximo, atento, humano, uma maior atenção à relação terapêutica. Não podendo apontar claramente qual a origem desta diferença, pensamos que a análise seguinte, sobre os resultados dos diferentes grupos estudados, poderá dar algumas pistas nesse sentido.

### **Análise por grupos de cuidadores estudados**

Quando olhámos para os grupos estudados, e convém salientar mais uma vez que a nossa população é sugestivamente diferente das dos estudos de David Arthur (apenas enfermeiros), verificámos que existem diferenças evidentes. Desde logo, esta relação positiva entre a influência tecnológica e o cuidar confirma-se apenas nos enfermeiros e nos estudantes de enfermagem, o que vem de encontro aos estudos já apontados. Já nos estudantes de medicina, apenas se encontra uma relação com a dimensão “advocacy”, pelo que, neste grupo, não podemos dizer que a tecnologia impele ao “cuidar” e, tendo em conta a dimensão referida, ficamos com uma maior sensação de que, de facto, a tecnologia influencia no sentido do curar, mas este é um dado que só poderia ser provado se tivéssemos usado uma escala para avaliar a centralidade do curar.

Por fim, analisando os resultados obtidos pelos médicos, verificamos que, neste grupo profissional, não existe qualquer relação entre a influência tecnológica e a valorização dos atributos do cuidar, talvez dando razão aqueles que, como Patton (2001), apontam a grande função da tecnologia como modelador da acção médica, ou seja, como modelador ou

standartizador da forma como se exerce a profissão, deixando pouco espaço à autonomia dos médicos.

#### 7.4.3. Vulnerabilidade e atributos do cuidar

Chegamos, agora, à análise daquela que foi a “tese” central deste estudo e que tem a ver com a relação entre a “representação da vulnerabilidade humana” e o “cuidar”. Como referimos na introdução e desenvolvemos ao longo da reflexão teórica levada a cabo, era nosso ponto de partida que a carência de um olhar mais reflexivo e atento sobre o fenómeno da vulnerabilidade humana teria um efeito “desumanizante” nos cuidados de saúde, afastando os seus “cuidadores” de uma prática real do “cuidar”. Neste sentido, partindo da afirmação de Torralba i Roselló (2002a), de que é “precisamente porque tudo no ser humano é vulnerável, que resulta fundamental e inelutável o exercício de cuidá-lo, de atendê-lo” (p.249), e que, no fundo, mais não indica que é na vulnerabilidade que radica a base ou o fundamento do cuidar, procuramos estudar esta relação vulnerabilidade/cuidar e verificar como ela se comporta nos cuidadores de saúde. Procuramos, ainda, fazê-lo numa perspetiva inovadora, na medida em que olhamos para esta relação a partir da “representação da vulnerabilidade” do cuidador. Como refere Spiers (2000), existem duas abordagens principais para a visualização da vulnerabilidade: o “etic” e o “emic”. A primeira, a perspetiva “etic”, foi sempre estudada centrando-se na suscetibilidade e na possibilidade de dano e, como tal, na área da saúde restringe-se quase exclusivamente à procura de identificar os grupos mais vulneráveis na sociedade. Já a segunda perspetiva, “emic”, é quase ausente na literatura e centra-se na experiência de se sentir vulnerável, o “estado de se sentir ameaçado e o sentir o medo da possibilidade de sofrer danos” (Spiers, 2000, p.716), sendo que aqui procuramos este sentir, esta experiência, o conhecimento ou, de forma mais completa, a “representação” desta vulnerabilidade a partir dos profissionais, dos cuidadores, pois, como refere Heaslip e Board (2012), há pouco reconhecimento que enfermeiros, médicos e outros cuidadores de saúde também podem experimentar sentimentos de vulnerabilidade.

Foi, também, com a intenção de perceber essa relação da vulnerabilidade com o modo de prestação dos cuidados, de tentar compreender de que forma a representação da vulnerabilidade humana afeta o modo como os prestadores de cuidados de saúde exercem a sua atividade, que partimos para este estudo.

Um estudo intitulado “when doctors experience their vulnerability as beneficial for the patients”, de Malterud e colaboradores (2009), revela que em algumas condições as experiências de vulnerabilidade dos médicos poderiam ser úteis, inclusive, a sua partilha com os doentes não teria de ser necessariamente negativa, podendo mesmo funcionar como uma força. Neste mesmo sentido, um estudo de Sorlie e colaboradores (2006) aponta como uma das principais conclusões a necessidade de compreensão da vulnerabilidade dos doentes para a prestação de cuidados capazes de causar satisfação nos doentes. Também, nos nossos resultados, uma primeira constatação que podemos fazer é que existe, de facto, uma relação positiva entre a representação da vulnerabilidade e a valorização dos atributos do cuidar, o que significa que a uma maior, ou mais completa, representação da vulnerabilidade humana corresponde uma maior valorização dos atributos do cuidar, sendo que essa relação tem significado para todas as dimensões do cuidar (comunicação, advocacy, envolvimento e aprendizagem).

Quando confrontamos estes resultados com o estudo qualitativo por nós realizado, verificamos que eles estão em sintonia, pois os cuidadores, quando questionados sobre a relação entre estas duas variáveis, foram unânimes nas suas respostas, apontando “não existir qualquer dúvida quanto à influência da representação da vulnerabilidade humana na prestação de cuidados” (Almeida et al., 2010, p.564). Mas, é ainda necessário que se olhe para estes resultados com maior pormenor e se procure perceber de que forma se manifesta esta relação. A relação mais forte que encontramos com a representação da vulnerabilidade surge com a dimensão “comunicação do cuidar”, apontando que a maior representação da vulnerabilidade proporciona uma maior sensibilidade para o respeito pela individualidade do doente, para o desenvolvimento de uma relação de ajuda assente na empatia, no diálogo, na proximidade, revelando, dessa forma, uma maior valorização da dignidade da pessoa doente. Este efeito surgia também explicado nas entrevistas realizadas, sendo

mesmo esta a ideia mais agregadora. Assim, podemos ver o desenvolvimento da comunicação e da empatia em discursos como: “...acho que com a experiência da vulnerabilidade... nos percebemos mutuamente melhor...” (#4); “...eu acho que isso leva-nos a ter uma posição diferente mesmo em relação à vida e à nossa profissão e acho que nos torna mais próximos do doente... ajuda-nos a percebê-lo melhor e a pormo-nos no lugar dele ... que seríamos ... que sentíamos....” (#6).

Estes resultados vêm ao encontro dos obtidos por Malterud e colaboradores (2009), ao concluírem que a experiência da vulnerabilidade pode ser usada de forma positiva, principalmente em situações onde o encontro de “pontos comuns” pode levar a um maior sentido de identificação, aumentando no profissional a capacidade de entendimento do doente, ou seja, melhorando a capacidade de empatia.

Como consequência, surgem também expressões que revelam o aumento do respeito pela pessoa doente, que apontam para a importância do compromisso com a dignidade do sujeito de cuidados, como sugere a afirmação: “...acho que uma pessoa ao aperceber-se do doente, utente ou o cliente como um ser frágil acaba por encarar as coisas de forma diferente... não friamente, apenas olhar para ele como um modelo anatômico e estudá-lo e não... olhá-lo como uma pessoa que tem sentimentos e que também sofre por isso...” (#4). É também neste sentido que o estudo de Sharon (2003) aponta, ao afirmar que os estudantes “perante um doente em sofrimento, são capazes de se concentrarem naquilo que o doente precisa.... Quando os estudantes estão face a face com os doentes, sentem a sua responsabilidade e respondem” (p.63).

No geral, parece-nos que estes resultados vêm de encontro aos obtidos por Dijker (2010), num estudo intitulado “Perceived vulnerability as a common basis of moral emotions”, em que partiu da teoria de que os indivíduos são especialmente propensos a despertar emoções morais quando se percebem como vulneráveis. De acordo com este estudo, a percepção da vulnerabilidade ativa um mecanismo que desperta tendências de carinho e proteção, e é à luz dessas tendências que mudanças no bem-estar do sujeito cuidado são avaliadas e causalmente atribuídas. Nos seus resultados, surge claro o estabelecimento de, pelo menos, uma relação entre a percepção da vulnerabilidade e uma emoção moral – a empatia, ou seja,

uma relação entre a vulnerabilidade percebida e o desenvolvimento de sentimentos de proteção. Em particular, Dijker (2010) mostrou que, mantendo o sofrimento constante, os indivíduos saudáveis e em não-sofrimento que são vistos como vulneráveis e que despertam tendências de proteção, despertam mais simpatia (empatia) quando estão em estado de sofrimento.

Mas, também nas outras dimensões do cuidar se encontra uma relação positiva como no cuidar como “advocacy”, “envolvimento” e “aprendizagem”. Olhando para o cuidar como “advocacy”, os resultados mostram que uma melhor representação da vulnerabilidade humana aumenta a preocupação com a qualidade dos cuidados prestados, com a defesa do próprio doente, assumindo o papel de seu “advogado” e ainda com as competências técnicas. Daí a importância atribuída ao ser capaz de assegurar a continuidade dos cuidados, ao dar explicações ao doente sobre os seus cuidados, de lhe dar o “empowerment” necessário, ao ser capaz de prevenir complicações e saber agir numa emergência ou, ainda, em falar em seu nome quando é preciso defendê-lo de algo prejudicial que possa ocorrer.

Esta ideia de que o facto de termos tido a experiência de vulnerabilidade nos torna mais atentos aos cuidados que prestamos ou, como referido a partir de um dos discursos, o facto *“de estarmos a cuidar, entre aspas, de uma vida, leva-nos a pensar... cada atitude leva-nos a pensar às vezes mais do que uma vez ou duas aquilo que vamos fazer precisamente a seguir... isso leva-nos a ser mais refletidos em cada ação que fazemos e que tomamos.... Em cada atitude que se toma...”* (#10), também surge presente nas entrevistas realizadas e vem corroborar outra das conclusões do estudo atrás citado, ao considerar que a vulnerabilidade pessoal ou profissional pode melhorar no cuidador a consciência da sensibilidade do cuidar do doente, levando à necessidade de ponderar cada vez melhor as ações a realizar, de modo a que estas vão de encontro às necessidades do doente (Malterud et al., 2009).

Em relação ao “envolvimento do cuidar”, este também melhora com uma representação da vulnerabilidade humana mais completa, como indica os nossos resultados. Assim, parece verificar-se que a vulnerabilidade pode ser um aliado para que o profissional dê mais

atenção ao doente, que lhe atribua uma maior importância, que o envolva no próprio planeamento dos cuidados e o faça sentir-se como a prioridade dos cuidados prestados. Num estudo realizado com enfermeiros que trabalhavam com idosos, intitulado “The meaning of vulnerability to nurses caring for older people”, Stenbock-Hult e Sarvimaki (2011) verificaram que o reconhecimento dos profissionais da sua própria vulnerabilidade facilitava a partilha de sentimentos e o envolvimento com os doentes, possibilitando que o cuidador possa “*sentir tristeza quando algo de ruim acontece com as pessoas que cuida e ficar feliz quando algo de bom acontece...*” (p.35). O melhor reconhecimento e compreensão dos doentes levava a que os profissionais, ao delinearem os objetivos de atuação, tivessem em conta os sentimentos, os objetivos, as aspirações de cada doente, envolvendo-os, dessa forma, nos seus próprios cuidados. Essa realidade propiciava que os doentes sentissem que existia uma grande preocupação por eles, pois essa atitude, como referido no estudo, “*Isso significava viver ao lado de pessoas mais velhas e deixar que essas pessoas conheçam os nossos sentimentos de companheirismo, significava mostrar a essas pessoas mais velhas que não estavam sozinhos, que alguém se preocupava com eles*” (p.35).

Por fim, verifica-se que também a aprendizagem do cuidar tem uma relação positiva com a representação da vulnerabilidade, expressando que, de certa forma, os cuidadores com maior representação da vulnerabilidade valorizam mais as diferentes perspetivas pedagógicas do cuidar. Não tendo dados que nos permitam explicar totalmente esta relação, há no entanto um aspeto que nos parece merecer alguma reflexão. Um fenómeno encontrado nas entrevistas foi a relação entre o conhecimento da vulnerabilidade e a consciência das limitações que cada cuidador possui. Esta ideia presente, por exemplo, na afirmação: “*portanto desta dicotomia onde a vulnerabilidade está presente, a vulnerabilidade do doente em relação à vida e a vulnerabilidade do médico que não sabe tudo...*” (#10), vem de encontro a uma das conclusões do estudo de Sharon (2003), intitulado “Bearing witness to suffering: the lived experience of nursing students”<sup>41</sup>, ao

---

<sup>41</sup> Estudo qualitativo que pretendia explorar o sentido das experiências dos estudantes de enfermagem na prestação de cuidados a doentes em sofrimento. Um dos objetivos deste estudo era ajudar os estudantes a entender o sentido do sofrimento, inclusive, do seu próprio sofrimento e analisar as implicações nos cuidados.

afirmar que os estudantes de enfermagem, perante o sofrimento, são capazes de aceitar as suas limitações, pois “eles sabem que não podem resolver tudo...” (p.64). Ora, apesar de o cuidador ser sempre limitado, ou seja, nunca ser detentor de todo o conhecimento ou de uma capacidade “curativa” ilimitada, parece-nos que o reconhecimento dessas limitações pode levar o cuidador a valorizar a aprendizagem, ou seja, a valorizar o reforço dos seus conhecimentos, das suas competências, das suas capacidades e, nesse sentido, atribuir importância a todas as formas de aprendizagem que tiver ao seu dispor.

### **Análise por grupos de cuidadores estudados**

Quando olhamos para os resultados obtidos pelos diferentes grupos estudados, verificamos que a relação entre a representação da vulnerabilidade humana e a valorização dos atributos do cuidar se confirma em todos eles, sendo que a relação mais fraca é a que se encontra no grupo dos médicos, o que é facilmente compreensível, uma vez que são os cuidadores que obtêm resultados mais baixos em ambas as escalas. A presença desta relação em todos os grupos vem reforçar a confirmação da tese de que a vulnerabilidade é a base do cuidar e que, por isso, se deve refletir sobre a necessidade de ser cada vez melhor percebida, pois, como refere Varela (s.d.), “não podemos explicar o comportamento cognitivo sem presumir que um agente reaja, representando os elementos pertinentes das situações em que se encontra e nesse sentido na medida em que a representação é fiel, também o comportamento do agente será adequado” (p.31). Ora, é também esta ideia que fomos defendendo quando abordamos a relações entre estas duas variáveis – vulnerabilidade e cuidado – ou seja, quanto mais fiel, mais completa for a representação que o cuidador faz da vulnerabilidade, mais “perfeita”, completa ou adequada será a sua resposta, sendo que a resposta que se espera é o cuidado atento, eficiente e humano.

## **CONCLUSÕES**

---



Encontrando-nos na reta final deste trabalho, que não quer dizer forçosamente no fim da investigação, é agora importante sistematizar os resultados mais pertinentes, bem como os contributos deles decorrentes, as limitações do estudo e, ainda, sugerir pistas que conduzam a novas investigações.

Ao longo dos tempos, o homem sempre teve dificuldades em lidar com as suas limitações e, sobretudo, com a sua finitude. Os mitos da imortalidade ou da criação de um super-homem capaz de vencer todas as adversidades que a natureza lhe ia trazendo acompanharam a história da humanidade, tornando-se sempre mais presentes quando os avanços provocados pela inteligência humana eram mais evidentes. Não é, por isso, de estranhar que, à medida que os avanços científicos se tornaram mais visíveis e de maior grandeza, fosse havendo uma tendência para o esquecimento das nossas fragilidades. Também nos cuidados de saúde este fenómeno é visível e, muitas vezes, a crença nos avanços técnico-científicos cria nos profissionais de saúde ideias de onipotência e leva ao esquecimento da fragilidade e finitude própria do ser humano. Este fenómeno contribui, na nossa opinião, para o acentuar de cuidados de saúde por vezes muito técnicos mas pouco humanos, onde os profissionais são particularmente dotados de competência científica e técnica, mas de uma total “incompetência” para lidar com as suas limitações e, principalmente, com as suas “derrotas”. Por isso, nas últimas décadas foram muitos os apelos à necessidade de construir uma cultura de humanização nos cuidados de saúde, ou seja, nas palavras de Osswald (2007), a:

...dar prioridade à instalação de um clima de inter-relação confiante, baseada no respeito pela confidencialidade, intimidade e interesses; à exigência de um acolhimento cortês, atento, benevolente, paciente; à solicitação de que não seja o doente considerado como algo, mas como alguém, respeitado na sua dignidade e na sua liberdade. (p.196)

Conseguir este desígnio é, também, na nossa opinião, um imperativo bioético. Neste sentido, entendemos que esse objetivo passa por uma mudança de paradigma nos cuidados de saúde, essencialmente uma mudança da prática dos seus cuidadores, assente na centralidade do verdadeiro significado de “cuidar”, de “cuidado”.

Cuidar que, pela ótica de Torralba i Roselló (2002a, 2005), significa, entre outras coisas, velar pela autonomia, circunstância, necessidades e identidade do outro, sendo que, neste caso, falamos do outro - doente. Ou seja, procuramos, aqui, um cuidar humano com um sentido muito amplo e que se expressa “como uma forma de ser, de se expressar, de relacionar-se consigo mesmo, com o outro ser e com o mundo” (Waldow & Borges, 2008, p.86). Mas, a compreensão do cuidar enquanto “modo-de-ser” humano não pode ser alcançada de forma separada de outra condição universal da existência humana ou, se quisermos, de algo que faz parte da sua estrutura ontológica, que é a vulnerabilidade.

Assim, pareceu-nos, desde o início desta reflexão, que o caminho para uma cultura de humanização poderia passar por estas duas variáveis centrais: a representação da vulnerabilidade humana dos cuidadores de saúde e o “cuidar” em saúde. Procuramos, por isso, perceber primeiro qual a representação que os cuidadores tinham do fenómeno da vulnerabilidade humana, para depois analisarmos de que modo essa representação poderia afetar a prestação de cuidados. Pelo caminho, e porque sempre foi surgindo nas pesquisas bibliográficas, foi introduzida no estudo uma nova variável – a influência tecnológica.

Como tivemos oportunidade de realçar ao longo deste trabalho, não são muitos os estudos sobre a compreensão, a vivência ou os efeitos da vulnerabilidade nos profissionais de saúde. No entanto, alguns existentes parecem apontar que do encontro dos profissionais de saúde com a vulnerabilidade humana podem resultar emoções positivas, aquelas que pretendemos procurar e salientar, mas também algumas emoções ambivalentes. De facto, a vulnerabilidade pessoal pode ser um problema se olharmos para o conjunto de implicações físicas, psicológicas, familiares, sociais e até mesmo ontológicas, que consigo arrasta e, nesse sentido, surgem algumas análises que apontam para a possibilidade de os cuidadores, no intuito de se protegerem, poderem “desligar as suas emoções” (Heaslip & Board, 2012), afastando-se de relacionamentos muito próximos, verdadeiros ou mesmo humanizados, procurando como que passar ao lado da vulnerabilidade ou, como referem Stenbock-Hult Sarvimäki (2011), “esconder-se no meio da multidão” (p.32). Indo de encontro a esta ideia, há dois pontos que nos ficaram deste trabalho que nos parecem merecer alguma reflexão. Um primeiro está relacionado com a impressão que nos ficou da fase de entrevistas, em

que os cuidadores de saúde, perante o tema vulnerabilidade, reagiam quase como perante uma surpresa, como se a vulnerabilidade fosse algo que praticamente não se pensa, não se reflete ou que se esquece que está presente na vida, no dia a dia..., embora, no decorrer das entrevistas, fosse possível constatar que já tinham refletido ou sentido a sua vulnerabilidade. Também, aquando da aplicação do instrumento de recolha de dados, quando feita presencialmente, se pôde observar uma reação semelhante à temática escolhida. Um segundo ponto que, na nossa opinião, não deixa de ter ligação ao anterior, está diretamente relacionado com a questão da morte e da mortalidade e merece-nos uma reflexão mais cuidada. Já da análise das entrevistas, verificamos que, estando a vulnerabilidade ontológica muito ligada à questão da mortalidade e da finitude, não deixa de ser curioso que lidando os cuidadores de saúde diariamente com a realidade da morte, não tenha surgido qualquer referência explícita a este facto, parecendo dar razão aos múltiplos pensadores que referem haver na sociedade atual uma tentativa de negar a morte ou de, pelo menos, tentar escondê-la. Na verdade, apesar de uma utilização da ideia de que não somos infinitos, os entrevistados, na sua totalidade, evitaram o uso de termos como morte ou mortalidade. Apesar deste facto, foram vertidas no instrumento de recolha de dados algumas afirmações diretamente relacionadas com esta questão da morte, sendo que foram nesses itens que se encontraram os resultados mais baixos. As afirmações “a ideia da vulnerabilidade recorda-nos que temos de viver com a mortalidade” e “a vulnerabilidade chama atenção para o carácter precível, isto é, finito de todo o existente” são, de facto, dentro desta dimensão as que têm menor grau de concordância, sendo que esta ideia pode ainda ser reforçada se nos lembrarmos que em toda a escala o item “A lembrança frequente de que posso ser atingido pela morte condiciona a minha forma de viver” é o que tem resultados mais baixos. Ora, como começamos por dizer, alguns estudos (Malone, 2000; Molander, 2003; Sarvimäki, Simonen & Parviainen, 2004) foram demonstrando que os cuidadores, de forma a não serem “magoados”, a não sofrerem com a vulnerabilidade que os rodeia, adotam mecanismos de defesa procurando neutralizar os sentimentos negativos a partir do uso do humor ou do distanciamento, chegando, em casos mais extremos, à criação de um “muro” (Malone, 2000) entre si e o sofrimento do sujeito de cuidados. Mas essa proteção surge como uma espécie de dissociação com os próprios sentimentos, podendo

estes serem transformados em dureza, frieza, falta de proximidade e de sentimentos que podem levar a um cuidar aparentemente despreocupado, desumanizado (Stenbock-Hul & Sarvimäki, 2011). Também, em relação à morte, algo semelhante parece acontecer, procura-se não a levar a sério, não lembrar que é uma realidade possível da nossa vida e, por isso, está-se rodeado dela, brinca-se com ela, “...com os devidos cuidados fala-se acerca dela ou a propósito dela. Mas pensar nisso verdadeiramente não” (Magalhães, 2001, p.196).

No entanto, apesar desta primeira constatação parecer indicar que os cuidadores se “refugiavam” do tema, ou que a reflexão sobre a vulnerabilidade lhes era alheia, na verdade, quer nas entrevistas quer nos resultados da aplicação dos instrumentos de recolha de dados, verificamos que não só já tinham refletido sobre o tema como, ao longo da sua experiência de cuidadores, foram formulando a sua representação, mais ou menos completa, deste fenómeno. Neste sentido, passamos a apresentar as principais conclusões que podemos tirar no nosso estudo:

### **Representação da vulnerabilidade**

O conhecimento teórico da representação da vulnerabilidade é assente sobretudo na vulnerabilidade ontológica e na vulnerabilidade natural. A maioria dos cuidadores associa o conceito à constatação das suas limitações, da sua finitude, às situações de doença, envelhecimento ou de exposição a catástrofes naturais. Também as suas experiências de vulnerabilidade se baseiam nestas duas formas de vulnerabilidade, realçando ainda que, tal como descrito na reflexão teórica, elas podem surgir de duas formas: uma que os atinge diretamente, “a partir do eu”, no próprio corpo, na mente ou no espírito, da qual os cuidadores salientam sobretudo os casos de doença própria ou os sinais do envelhecimento, e uma outra, “a partir do outro”, que resulta da exposição ao sofrimento daquele que lhes é próximo, realçando, sobretudo, o contacto com o sofrimento ou com a perda de pessoas que são queridas. Por fim, e vindo de encontro à ideia anterior, sobre a perceção da vulnerabilidade dos doentes, os resultados evidenciam, sobretudo, a identificação das alterações físicas e psicológicas provocadas pela doença, ou seja, os sinais no corpo e no

espírito infligidos pela doença. Assim, podemos concluir dos resultados que a representação dos cuidadores assenta sobretudo na vulnerabilidade ontológica e natural.

No entanto, apesar da representação da vulnerabilidade ontológica ser predominantemente ontológica e natural, os resultados permitem perceber que, quer a partir da experiência de vulnerabilidade quer a partir da percepção da vulnerabilidade dos doentes, os cuidadores também têm presente a ideia de uma vulnerabilidade ética, social e cultural. A primeira, essencialmente pela consciência de que do contacto com o outro (doente) pode surgir a possibilidade de sofrer ou de causar dano, de ser ferido ou de ferir, de ser vítima ou veículo do mal... mas, também, pela responsabilidade inerente à sua realidade de cuidador, ao seu dever de cuidar do outro frágil, vulnerável. A segunda, manifestada principalmente pela realidade das injustiças sociais, dos tratamentos injustos, pela vincada solidão e pelo afastamento das rotinas, família e vivências sociais que, na opinião dos cuidadores, marca decisivamente a vida do sujeito doente. Por fim, a vulnerabilidade cultural praticamente identificada com as situações de desconhecimento, de desinformação ou mesmo ausência total de informação dos doentes face à sua situação clínica.

Em relação aos diferentes grupos estudados, verificaram-se algumas diferenças significativas, sendo de salientar que os estudantes de medicina são os que têm uma representação da vulnerabilidade mais completa, contrariando, assim, alguns estudos que apontavam a sua formação como excessivamente centrada na doença e num modelo biomédico. Logo de seguida surgem os enfermeiros e os estudantes de enfermagem, sendo os médicos aqueles que apresentam uma representação mais fraca da vulnerabilidade, pelo que os resultados parecem evidenciar que este grupo de cuidadores continua com um olhar, por vezes, superficial sobre o doente, incidindo apenas na doença e, por isso, demasiado centrado nas evidências fisiopatológicas.

### **Valorização dos atributos do cuidar**

Olhando para o cuidar em saúde, era nossa pretensão, a partir das respostas a este instrumento de recolha de dados, perceber se os cuidadores valorizavam o “cuidar” e quais os atributos do cuidar mais importantes na sua prática. Assim, a primeira conclusão que

podemos retirar dos resultados obtidos, em grande parte altos, é que, no geral, os cuidadores valorizam o cuidar, sendo de salientar, mais uma vez, os estudantes de medicina que são os que obtêm médias mais elevadas, e os médicos que voltam a ser o grupo com médias mais baixas. Dos resultados, emerge uma particular valorização da “comunicação” do cuidar e, conseqüentemente, da importância de comunicar com o doente, de estabelecer uma relação terapêutica de proximidade, eficaz e humana, promovida pelo desenvolvimento da empatia. Ainda em relação à comunicação, os enfermeiros destacam-se como o grupo que mais importância atribui a esta dimensão do cuidar.

As dimensões “advocacy” e “envolvimento”, embora em menor grau, obtêm também resultados altos que indicam a valorização tanto da qualidade dos cuidados e das competências técnicas como da necessidade de envolver o doente nos seus cuidados, dotando-o do “empowerment” necessário para tal. A dimensão “aprendizagem” revelou ser a menos valorizada, demonstrando essencialmente uma grande dispersão sobre a melhor forma de aprendizagem do cuidar.

### **Influência tecnológica**

Como referido, a influência tecnológica aparece em muitas reflexões teóricas como tendo um contributo importante na forma como se foram desenvolvendo os cuidados de saúde. Assim, procuramos saber que nível de influência tecnológica encontraríamos nos cuidadores de saúde e que valorização fariam da sua presença. Do nosso estudo podemos concluir, a partir da média dos resultados obtida, que os cuidadores fazem uma valorização positiva da influência tecnológica, parecendo não existir dúvidas sobre os benefícios do desenvolvimento tecnológico na prestação de cuidados de saúde, e de que representa uma ferramenta importante para o desenvolvimento das várias profissões de saúde. Concluimos, também, que são os médicos os que mais valorizam a influência tecnológica, apresentando mesmo uma diferença estatisticamente significativa para todos os outros grupos, dando, assim, razão àqueles que apresentam a medicina como a profissão de saúde que mais sofre o impacto tecnológico.

## **Relação entre representação da vulnerabilidade, atributos do cuidar e influência tecnológica**

Mais importante que a análise de cada variável era, para nós, perceber como elas se relacionam e se influenciam umas às outras. Nesse sentido, fizemos a análise de correlações entre as variáveis em estudo.

### **TIQ-ERVH**

Da análise do cruzamento dos resultados destas duas escalas, a primeira conclusão que parecia evidente era a de que, pelos valores globais obtidos, elas não se relacionam e, nesse sentido, pareciam indicar que a influência tecnológica não se relaciona com a representação da vulnerabilidade humana. No entanto, da análise de pormenor feita a partir das diferentes dimensões em estudo, verificamos que existe uma relação positiva entre o TIQ e o conhecimento da vulnerabilidade intrínseca e uma relação negativa entre o TIQ e o conhecimento da vulnerabilidade extrínseca, pelo que podemos concluir que a influência tecnológica leva o cuidador a centrar-se mais na vulnerabilidade física e biológica da pessoa doente e a esquecer mais a dimensão ética, social e cultural da sua vulnerabilidade.

### **TIQ e CAQ**

Passando, agora, para a relação entre a influência tecnológica e o cuidar, da análise dos resultados podemos concluir que existe entre estas duas variáveis uma relação positiva, ou seja, a uma maior valorização da influência tecnológica corresponde uma maior valorização dos atributos do cuidar, sendo que esta relação se mantém com todas as dimensões do cuidar. No entanto, quando se observa por grupos de cuidadores, o cenário altera-se substancialmente, esta relação com todas as dimensões apenas se verifica nos enfermeiros e nos estudantes de enfermagem. Nos estudantes de medicina, apenas existe uma relação positiva com a dimensão “advocacy”, já no grupo dos médicos não se verifica qualquer relação.

## **ERVH e CAQ**

Por fim, chegamos às conclusões sobre aquela que foi, desde o início, a questão central deste estudo: saber qual a influência da representação da vulnerabilidade humana na valorização dos atributos do cuidar. Ou seja, estudar a relação entre duas variáveis que teoricamente nos pareceram inseparáveis – vulnerabilidade e cuidar.

Os resultados encontrados são inequívocos e levam-nos à conclusão que a representação da vulnerabilidade humana influencia de modo positivo a valorização do cuidar em saúde, sendo que esta influência se regista em todas as dimensões e em todos os grupos de cuidadores estudados. Ou seja, podemos de facto concluir que a representação da vulnerabilidade pode ser o motor para a adoção de um paradigma do cuidar em saúde. Verificamos, ainda, que a relação mais forte ocorre com a dimensão “comunicação do cuidar” e, cruzando com os dados do estudo qualitativo, podemos concluir que a representação da vulnerabilidade acaba por influenciar o modo como cada prestador de cuidados exerce a sua função, principalmente no sentido em que a experiência da vulnerabilidade permite ao profissional uma melhor compreensão do outro, do doente, de quem cuida, e que é também ele um ser frágil e vulnerável, por isso um sujeito de cuidado. Ou seja, facilita o desenvolvimento da empatia, condição fundamental para o exercício da relação de ajuda.

Por outro lado, a associação positiva com a dimensão “advocacy” permite-nos concluir que a melhor representação da vulnerabilidade humana desperta os cuidadores para a necessidade de melhorar os cuidados que presta (aumentar a qualidade dos cuidados), na medida em que, ao perceber a vulnerabilidade, é chamado a uma maior ponderação sobre as suas práticas, sentindo-se convocado para uma maior competência técnica, mas também competência humana, o que, no fundo, reflete outra das conclusões deste estudo, que é o aumento do respeito pela pessoa doente e que mais não é do que o reconhecimento da sua dignidade.

Parece-nos, assim, poder concluir que a representação da vulnerabilidade humana pode condicionar mudanças na prestação de cuidados de saúde, no sentido claro da adoção de

um paradigma do “cuidar”. Desta forma, apontamos para a mesma direção de Linda (1998), quando afirma que “a vulnerabilidade é um veículo para a prática de uma Enfermagem autêntica” (p.191), ou de Stenbock-Hult e Sarvimäki (2011), quando referem que a vulnerabilidade leva-nos a uma relação eu-tu ou eu-outro, em que o outro é um ser humano e não uma doença, e que só esta relação eu-tu pode refletir uma vida autenticamente humana e um cuidar autenticamente humano e talvez viver e trabalhar autenticamente seja uma boa base filosófica para fornecer cuidados de alta qualidade, baseados na compaixão e num atendimento individualizado (Erlen, 2006). Por fim, reforçando ainda a convicção da existência de uma relação entre a vulnerabilidade humana e o cuidar, as nossas conclusões parecem dar razão à afirmação de Torralba i Roselló (2002a) “se os agentes de saúde fossem conscientes dos limites da arte terapêutica, então colocariam a atenção noutros aspetos da vida e descobririam o valor de cuidar” (p.247), pois é “precisamente porque tudo no ser humano é vulnerável, que resulta fundamental e inelutável o exercício de cuidá-lo, de atendê-lo” (Torralba i Roselló, 2002a, p.249).

### **Contribuições**

Com a realização desta investigação pretendíamos preencher uma lacuna existente na produção científica ligada aos cuidados de saúde. São vários os estudos de reflexão teórica sobre o fenómeno da vulnerabilidade humana e da sua ligação ao cuidar. Do ponto de vista quantitativo, a responsabilidade perante os mais vulneráveis, a prevenção de complicações em grupos considerados vulneráveis ou, até, a compreensão das causas de vulnerabilidade de grupos específicos, são alguns dos temas desta “família temática” que já foram, também, amplamente estudados. Mas, a compreensão de um fenómeno “onto-existencial” como a vulnerabilidade e a sua relação com um modo-de-ser humano assente no cuidar, só mesmo em algumas incursões teóricas. Também, a exploração desta relação e do seu uso como aliada para a ascensão de uma cultura de humanização nos cuidados de saúde, é algo que estava por fazer. Talvez por o tema parecer demasiado complexo, ou difícil de proporcionar uma abordagem mais generalizada, a verdade é que os poucos estudos existentes são de natureza bibliográfica ou então de natureza qualitativa, realizados com grupos/amostras muito reduzidas que não permitem qualquer generalização dos resultados.

Assim, pareceu-nos que este estudo permitiria refletir teoricamente sobre este tema, procurar resumir os resultados de investigação já existentes, para de seguida criar as bases para que ele pudesse ser estudado em maior escala, ou seja, que se pudesse generalizar o estudo aos profissionais de saúde. Desta forma, pensamos que há dois contributos que merecem particular atenção: Em primeiro lugar, com este estudo, pela primeira vez pudemos apresentar resultados estatísticos que confirmam a relação entre estas duas variáveis – vulnerabilidade e cuidar – em cuidadores de saúde. Em segundo, pensamos que a construção e a validação de uma escala da representação da vulnerabilidade humana em cuidadores de saúde, que permite a realização de uma análise quantitativa e a sua aplicação a amostras ou populações em grande número, permitirá novos estudos, a replicação do aqui efetuado, ou mesmo o seu alargamento a outros grupos de cuidadores de saúde.

### **Limitações**

Como fomos referindo ao longo do estudo, a forma como procuramos abordar este tema, a “originalidade” no tipo de metodologia escolhida, trazia consigo algumas dificuldades que acabaram por se transformar em limitações ao próprio estudo. Assim, a primeira limitação que encontramos está relacionada com a dificuldade em encontrar instrumentos de recolha de dados adequados à temática e à população escolhida. Se, como dissemos, a elaboração de uma escala associada à vulnerabilidade nos parece ser um dos aspetos positivos deste estudo, já em relação ao cuidar, dada a existência de alguns instrumentos, entendemos optar pela sua tradução, adaptação e validação. Pensamos, no entanto, que uma das limitações deste estudo resulta das adaptações culturais exigidas, em que o questionário dos atributos do cuidar viu reduzido o número de itens que o constituíam, impedindo, desse modo, uma análise mais detalhada dos efeitos da representação da vulnerabilidade no cuidar. Talvez num novo estudo se justifique a inclusão de novos itens nesta escala.

Outra limitação encontrada, e na nossa opinião a principal, prende-se com o tipo e tamanho da amostra, principalmente em alguns grupos (estudantes de medicina e médicos), que impede que se possam generalizar os resultados, efeito que poderá ser atenuado com a realização de replicações do estudo.

### **Sugestões para o futuro**

Os resultados desta investigação devem ser vistos no contexto de um estudo exploratório e que, por isso, permitiu uma primeira incursão (pelo menos desta forma metodológica) a uma temática de particular relevo e complexidade. Assim, uma primeira sugestão será a de replicá-lo a um maior número de cuidadores. Mas, os objetivos de uma investigação não devem ficar só pela compreensão de fenómenos, ou pela confirmação de relações ou associações entre variáveis. É importante que o conhecimento resultante da investigação seja também dotado de poder de “transformação”, que aponte ferramentas, estratégias ou caminhos, neste caso, para aquele que será sempre o grande objetivo dos investigadores – promover uma cultura de humanização dos cuidados de saúde baseada na adoção de um paradigma do “cuidar”. Neste sentido, provada a relação entre a representação da vulnerabilidade humana e a ascensão do paradigma do cuidar em saúde, pensamos que o passo seguinte será a criação de formas de intervenção, junto dos cuidadores ou futuros cuidadores, que permita o desenvolvimento de uma “pedagogia da vulnerabilidade” que se venha a tornar um forte aliado ao adotar definitivo do cuidar como paradigma da intervenção em saúde.



## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---



- Academia das Ciências de Lisboa. (2001). *Dicionário da língua portuguesa contemporânea*. Lisboa: Verbo.
- Almeida, C. (2007). *Da indiferença à proximidade. Contributos de Emmanuel Lévinas para uma nova ética*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Almeida, C., Rodrigues, V., & Escola, J. (2010). A representação da vulnerabilidade humana em saúde. In *Promoção da saúde e actividade física. Contributos para o desenvolvimento humano* (pp. 557-568). Vila Real: Cidesd.
- Almeida, D.V., Chaves, E.C., & Brito, J.H.S. (2009). Humanização dos cuidados em saúde: Uma interpretação a partir da filosofia de Emmanuel Lévinas. *Revista Referência, 10 (Série 2)*, 89-96.
- Almeida, F. (2008). Apresentação do serviço de humanização. In *Livro Branco de Humanização* (pp. 9-10). Porto: Hospital de São João.
- Alonso Palacio, L.M., Mucia Gandara, G., Murcia Gandara, J., Herrera Pertuz, D., Gómez Gusmán, D., Comas Vargas, M., & Ariza Theran, P. (2007). Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la División Salud de la Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). *Salud UNNINORTE, 23 (1)*, 32-42.
- Andorno, R. (1998). *Bioética e dignidad de la persona*. Madrid: Ediciones Tecnos.
- Arendt, H. (2001). *A condição humana*. Lisboa: Relógio D'água Editores.
- Aristóteles. (2006). *Ética a nicómaco* (2a ed.). Lisboa: Edições Quetzal.
- Arthur, D., Pang, S., & Wong, T. (2001). The effect of technology on the caring attributes of a internacional samples of nurses. *International Journal of Nursing Studies 38 (1)*, 37-43.
- Arthur, D., Pang, S., Wong, T., Alexander, M.F., Drury, J., Eastwood, H., Johansson, I., Jooste, K., Naude, M., Noh, C.H., O'Brien, A., Sohng, K.Y., Stevenson, G.R., Sy-Sinda, M.T., Thorne, S., van der Wal, D., & Xiao, S. (1999). Caring attributes, professional self concept and technological influences in a sample of registered nurses in eleven countries. *International Journal of Nursing Studies 36 (5)*, 387-396.
- Augé, M. (1998). *Não lugares. Introdução a uma antropologia da sobremodernidade*. Lisboa: Editora 90°.
- Backes, D.S., Lunardi, V.L., & Lunardi Filho, W.D. (2006). A humanização hospitalar como expressão da ética. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 14 (1)*, 132-135.
- Baggio, M.A. (2006). O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 08 (01)*, 09-16. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.
- Balint, J.A. (1999). Brief encounters: Speaking with patients. *Ann Inter Med, 131 (3)*, 231-234.
- Batavia, A.L., & Beaulaurier, R.L. (2001). The financial vulnerability of people with disabilities: Assessing poverty risks. *J Socl Soc Welf, 28 (1)*, 139-162.

- Batenburg, V. (1997). *Medical students' attitudes. Attitude development in a medical school*. Dissertation. The Netherlands: Medical School, Utrecht University.
- Benevides, R., & Passos, E. (2005). Humanização na saúde: Um novo modismo? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9 (17), 389-394.
- Bensing, J.M. (2000). Bridging the gap: The separate words of evidence-based medicine and patient-centred medicine. *Patient Education and Counseling*, 39 (1), 17-25.
- Bertone, T.B., Ribeiro, A.P.S., & Guimarães, J. (2007). Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. *Revista Fafibe On Line*, 3, 1-5. Recuperado de [bhttp://mail.fafibe.br/revistaonline/arquivos/tassia\\_considera%C3%A7%C3%B5es\\_relacionamento\\_interpessoal.pdf](http://mail.fafibe.br/revistaonline/arquivos/tassia_considera%C3%A7%C3%B5es_relacionamento_interpessoal.pdf).
- Blunch, N. (2008). *Introduction to structural equation modelling using SPSS and AMOS*. London: Sage.
- Boff, L. (1999). *Saber cuidar. Ética do humano-compaixão pela terra*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Branch, W.T. (2000). Supporting the moral development of medical students. *J Gen Intern Med*, 15 (7), 503-508.
- Breathe Healht®, & Escola Nacional de Saúde Pública. (2009). *1.º Estudo nacional “Comunicação hospitalar em Portugal”*. Lisboa: Grupo Inforpress.
- Brito, P. (2009). Humanização o outro nome da qualidade. In Livro Branco de Humanização (pp. 31-36). Porto: Hospital de São João.
- Brito, S. (2012). A autonomia: O que é e a complexidade do seu exercício. In *Autonomia, vulnerabilidade e (Bio)ética* (pp. 45-50). Vila Real: Escola Superior de Enfermagem de Vila Real
- Brown, T. (2006). *Confirmatory factor analyses for applied Research*. New York: The Guilford Press.
- Brykzyska, G. (1992). Caring. Some philosophical and spiritual reflections. In J. Moya & G. Brykzyska, *Nursing care*. Londres: Edward Arnolf.
- Buber, M. (1969). *Je et tu*. Paris: Aubier.
- Camilo, S., & Maiorino, F. (2012). A importância da escuta no cuidado de Enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 17 (3), 549-555.
- Caprara, A. (2003). Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (4), 923-931.
- Caprara, F. (1982). *O ponto de mutação. A ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix.
- Carlotto, M.S., Nakamura, A.P., & Câmara, S.G. (2006). Síndrome de Burnout em estudantes universitários da área da saúde. *Psico*, 37 (1), 57-62.

- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, M. (1996). *A enfermagem e o humanismo*. Loures: Lusociência.
- Chardin, P.T. (1998). *O fenómeno humano*. Apelação: Edições Paulus.
- Chochinov, H.M., & Stienstra, D. (2012). Vulnerability and palliative care. *Palliat Support Care*, 10 (1), 1-2.
- Cid, L., Rosado, A., Alves, J., & Leitão, J. (2012). Tradução e validação de questionários em psicologia do desporto e do exercício. In A. Rosado, I. Mesquita & C. Colaço (Eds.), *Métodos e técnicas de investigação qualitativa* (pp. 29-64). Lisboa: Edições FMH.
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel.
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
- Commission on Dignity in Care for Older People. (2012). *Delivering dignity: Securing dignity in care for older people in hospitals and care homes*. Recuperado em 31 de julho, 2012, de <http://dnyuH.com/cque4Q.x>.
- Cooper, M.C. (1993). The intersection of technology and care in the ICU. *Advances in Nursing Science* 15 (3), 23-32.
- Costa, A. (2008). Aprender a cuidar: Consonâncias e dissonâncias de um binómio desafiante. In L.M.Gomes (Coord.), *Enfermagem e úlceras por pressão: Da reflexão sobre a disciplina às evidências nos cuidados* (pp. 81-102). Angra do Heroísmo: Grupo ICE – Investigação Científica em Enfermagem.
- Coutinho, C.P. (2005). *Percursos da investigação em tecnologia educativa em Portugal: Uma abordagem temática e metodológica a publicações científicas (1985-2000)*. Braga: Universidade do Minho.
- Crawford, M.J., Rutter, D., Manley, C., Weaver, T., Bhui, K., Fulop, N., & Tyrer, P. (2002). Systematic review of involving patients in the planning and developemtn of health care. *British Medical Journal*, 325, 1263.
- De Valck, C., Bensing, J., Bruynooghe, R., & Batenburg, V. (2001). Cure-oriented versus care-oriented attitudes in medicine. *Patient Education and Counseling*, 45 (2), 119-126.
- Decreto-Lei n.º 298/2007*, de 22 de agosto. Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF). Diário da República, 161. Série I.
- Department of Health. (2008). *Confidence in caring: a Framework for best practice*. Recuperado em 25 de julho, 2012, de <http://dnyuri.com/5m\74d>.
- Descartes, R. (1977). *O discurso do método*. Sintra: Livros de Bolso Europa/América.
- Dijker, A.J.M. (2010). Perceived vulnerability as a common basis of moral emotions. *British Journal of Social Psychology*, 49 (2), 415-423.
- Diógenes de Laercio, (1964). *Vitae philosophorum X*, 125. Oxford: Ed. S. Long.

- Dobzhansky, T., Ayala, F.J., Stebbins, G.L., & Valentine, J.W. (1979). *Evolución*. Barcelona: Ediciones Omega.
- Domingues, B. (2008). Complexidade do eu, tu e o outro: Alguns efeitos da vulnerabilidade e das doenças na vida da pessoa. In: A.S. Carvalho, *Bioética e vulnerabilidade* (pp. 11-20). Coimbra: Edições Almedina.
- Domingues, F.B. (2003). Alguns aspectos negativos do nosso tempo - 3º milénio: Vazio ético e alternativa possível. *Cadernos de Bioética*, 31, 81-90.
- Donahue, M.P. (1985). *Historia de la enfermería*. Barcelona: Ediciones Doyma.
- Eby, D. (2007). Primary care at the Alaska Native Medical Centre: A fully deployed “new model” of primary care. *International Journal of Circumpolar Health*, 66 (Suppl. 1), 4-13.
- Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos, seguido de, envelhecer e morrer*. Rio de Janeiro: Zahar Edições.
- Elwyn, G, Edwards, A., & Kinnerssey, P. (1999). Shared decision-making in primary care: The neglected second half of the consultation. *British Journal of General Practice* 49, 477-482.
- Entralgo, L. (1988). *Teoría y realidad del outro*. Madrid: Alianza Editorial.
- Entralgo, P.L. (1983). *La relación médico-enfermo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Entralgo, P.L. (2003). *El médico y el enfermo* (2a ed.). Madrid: Tracastela.
- Entralgo, P.L. (2004). Professional-patient relationship. In *Encyclopedia of bioethics* (3rd ed., pp. 2132-2141). Stephen G. Post.
- Erlen, J.A. (2006). Who speaks for the vulnerable? *Orthop Nurs*, 25 (2), 133-136.
- Escola Nacional de Saúde Pública. (2013). *Projeto “Saúde que Conta”*. Recuperado em julho de 2013, de <http://www.saudequeconta.org/index.php/site/apresentacao>.
- Escola, J. (2011). *Gabriel Marcel. Comunicação e Educação*. Porto: Edições Afrontamento.
- Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (3), 7-22.
- Feito, L. (2009). *Ética y enfermería*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Feldman, H. (1998). Theoretical framework. In G. Lobiondo-Wood & J. Harber, *Nursing research: Methods, critical appraisal, and utilization* (4th ed., pp. 135-154). St Louis: Mosby.
- Ferreira, F.A.G. (1982). *Moderna saúde pública* (5a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, M.A. (2006). A comunicação no cuidado: Uma questão fundamental na enfermagem. *Rev Bras Enferm*, 59 (3), 327-330.
- Feuerwerker, L. (1998). Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2 (3), 51-71.

- Feuerwerker, L.C.M., & Sena, R.R. (2002). A contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: Uma avaliação das experiências UNI. *Interface - Comuni., Saúde, Educ*, 6 (10), 37-50.
- Figueiredo, W.S. (2008). *Masculinidades e cuidado: Diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária*. Tese de doutoramento não publicada. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Fortes, P.A.C., & Martins, C.L. (2000). A ética, a humanização e a saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53 (nº especial), 31-33.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M-F. (2003a). Os objectivos da investigação e as suas questões ou hipóteses. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 8, pp. 99-110). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F. (2003b). Métodos de amostragem. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 15, pp. 201-214). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F., Côté, J., & Vissandjée, B. (2003). A investigação científica. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 1, pp. 15-24). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F., Grenier, R., & Nadeau, M. (2003). Métodos de colheita de dados. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 17, pp. 239-265). Loures: Lusociência.
- Fox, E. (1997). Predominance of the curative model of medical care. *JAMA*, 278 (9), 761-763.
- Frankl, V. (1987). *El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*. Barcelona: Herder Editorial.
- Freitas, C.B.D., & Hossne, W.S. (2002). O papel dos comitês de ética em pesquisa na proteção do ser humano. *Bioética*, 10 (2), 129-146.
- Fricchione, G.L (1993). Illness and the origin of caring. *The Journal of Medical Humanities*, 14 (1), 15-21.
- Fukuyama, F. (2002). *O nosso futuro pós-humano*. Lisboa: Quetzal Editores.
- Gadamer, H.-G. (1997). *O mistério da saúde. O cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70.
- Gafo, J. (1996). *Dez palavras chave em bioética*. Coimbra: Edições Gráfica de Coimbra.
- Gameiro, M.G. (2003). A enfermagem ciência e arte... e a investigação. *Referência*, 19, 5 - 15.
- Ganho, M.L.S. (1987). As figuras do eu e do tu na filosofia de Gabriel Marcel. *Revista Portuguesa de Filosofia*, 43 (1-2), 123-138.
- Gauhtier, B. (2003). *Investigação social* (3a ed.). Loures: Lusociência.

- Gevaert, J. (1995). *El problema del hombre* (10a ed.). Salamanca: Ediciones Sigueme.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (2001). *O inquerito: Teoria e prática* (4a ed.). Oeiras: Celta Editora.
- Gil, A.C. (1995). *Como elaborar projectos de pesquisa* (3a ed.) São Paulo: Atlas.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard Univ. Press.
- Goyen, M., & Debatim, J.F. (2009). Healthcare costs for new technologies. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*, 36 (Suppl 1), S139-S143.
- Gracia, D. (2008). *Fundamentos de bioética*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Graham, I.W., Andrewes, T., & Clark, L. (2005). Mutual suffering: A nurse's story of caring for the living as they are dying. *International Journal of Nursing Practice*. 11 (6), 277-285.
- Greisch, J. (2001). *Paul Ricoeur. L'itinérance du sens*. Grenoble: Editions Jérôme Millon.
- Guardini, R. (2000). *Mundo y persona*. Madrid: Ediciones Encuentro.
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo. Sentidos e formas de uso*. Estoril: Principia Editora.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.*, 46 (12), 1417-1432.
- Habermas, J. (1993). *Técnica e ciência como "ideologia"*. Lisboa: Edições 70.
- Haidet, P., Dains, J.E., Paterniti, D.A., Hechet, L., Chang, T., Tseng, E., & Rogers, J.C. (2002). Medical students attitudes toward the doctor-patient relationship. *Med Educ*, 36 (6), 568-574.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (2006). *Multivariate data analysis* (7th ed.). New Jersey: Pearson Educational.
- Hambleton, R., & Kanjee, A. (1995). Translacion of tests and attitude scales. In T. Husen & T.N. Postiewaite (Eds.), *International encyclopedia of reeducation* (2nd ed., pp. 6326-6334). Oxford, UK: Pergamon Press.
- Havel, V. (1989). *Letters to Olga*. New York: Henry Holt & Co.
- Heaslip, V., & Board, M. (2012). Does nurses vulnerability affect their ability to care? *British Journal of Nursing*, 21 (15), 914-916.
- Heidegger, M. (2001). *El ser y el tiempo*. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España.
- Henson, R.K., & Roberts, J.K. (2006). Exploratory factor analysis reporting practices in published psychological research: Common errors and some comment on improved practice. *Educational and Psychological Measurement*, 66 (3), 393-416.

- Hill, M., & Hill, A. (2012). *Investigação por questionário* (2a ed. rev. e corrigida). Lisboa: Edições Sílabo.
- Hippocrates. *Praeceptiones*. L. IX, 258. In Littre, *Oeuvres complètes d'Hippocrate* (vol. 9, pp. 258-263). Also in Jones, trans., *Hippocrates*, vol. 1, par. 6-7, pp. 318-323.
- Hope, K.W. (1994). Nurses' attitudes towards older people: a comparison between nurses working in acute medical and acute care of elderly patient settings. *Journal of Advanced Nursing*, 20 (4), 605-612.
- Huxley, A. (2003). *Admirável mundo novo*. Porto: Coleção Mil Folhas
- Instituto Nacional de Estatística. (2004). *Estatísticas demográficas*. Lisboa: Autor.
- Jaspers, K. (1958). *Filosofia* (vol. 2). Madrid: Revista do Occidente.
- Jaspers, K. (1986). *O médico na era da técnica*. Lisboa: Edições 70.
- Jauhar, S. (2009). *Intern: A doctor's initiation*. New York, NY: Farrar, Straus and Giroux.
- Javier de la Torre. (2012). Vulnerabilidad, dependencia, autonomía y final de la vida. In *Autonomia, vulnerabilidade e (Bio)ética* (pp. 16-44).. Vila Real: Escola Superior de Enfermagem de Vila Real.
- Jonas, H. (1995). *El principio de responsabilidad: Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona: Editorial Herder.
- Josso, M. (2002). *Experiências da vida e da formação*. Lisboa: Educa.
- Joudrey, R., & Gough, J. (1999). Caring and curing revisited: Student nurses' perceptions of nurses' and physicians' ethical stances. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (5), 1154 -1162.
- Kahn, J. (2006). Factor analysis in counseling psychology. Research, training, and practice: Principles, advances and applications. *The Counseling Psychologist*, 34 (5), 684-718.
- Kumar, V., Abbas, A.K., Fausto, N., & Aster, J. (2009). *Robbins & Cotran pathologic basis of disease* (8th ed.). Philadelphia, PA: Saunders.
- Lazaro, J., & Gracia, D. (2003). La nueva relación clínica. In P.L. Entralgo, *El médico y el enfermo* (2a ed., pp. 9-36). Madrid: Triacastela.
- Leitão, C. (2002). *Metodologia de investigação em educação física e desporto. Estatística multivariada e introdução à análise factorial*. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Lenner, D.W. (1993). Nursing intuition: The deep connection. D. Gault (Ed.), *A global agenda for carong* (pp. 223-240). New York: NLN Press.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1994). *Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lévinas, E. (1963). *Philosophie justice et amour*. Esprit (agost-set.). Paris

- Lévinas, E. (1967). *En découvrant l'existence avec Husserl et Heidegger*. Paris: Librairie Philosophique J. Vrin.
- Lévinas, E. (1972). *Humanisme de l'autre homme*. Montpellier: Fata Morgana.
- Lévinas, E. (1980a). *Totalité et infini*. La Haye: Martinus Nijhoff.
- Lévinas, E. (1980b). Le dialogue: Conscience de soi et proximité du prochain. *Archivio di Filosofia*, 48, 345-357.
- Lévinas, E. (1982). *Éthique et infini. Dialogues avec Philippe Nemo*. Paris: Arthème Fayard et Radio-France.
- Lind, G. (2000). Moral regression in medical students and their learning environment. *Rev Bras Educ Med*, 24 (3), 24-33
- Linda, E.D. (1998). Vulnerability is a key to authenticity. *The Journal of Nursing Scholarship*, 30 (2), 191-192.
- López Alonso, M. (2011). *El cuidado: Un imperativo para la bioética*. Madrid: Ediciones Universidade Comillas.
- Machado, A. (1973). *Poesias completas* (14a ed.). Madrid: Espasa-Calpe.
- Machin, R., Couto, M.T., Silva, G.S., Schraiber, L.B., Gomes, R., Figueiredo, W., Valença, O.A., & Pinheiro, T.F. (2011). Concepts of gender, masculinity and healthcare: a study of primary healthcare professionals. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (11), 4503-4512.
- Maciel, R. (2012). Medical technology influence. *Revista Médica de Minas Gerais*, 22 (4), 435-437.
- MacIntyre, A. (2001). *Animales racionales dependientes*. Barcelona: Paidós.
- Magalhães, V. (2001). *O olhar e o ver* (2a ed.). Coimbra: Tenacitas.
- Malone, R. (2000). Dimensions of vulnerability in emergency nurses' narratives. *Adv Nurs Sci*, 23 (1), 1-11.
- Malterud, K., Fredriksen, L., & Gjerde, M.H. (2009). When doctors experience their vulnerability as beneficial for the patients: A focus-group study from general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27 (2), 85-90.
- Marcel, G. (1927). *Journal métaphysique*. Paris: NRF Gallimart.
- Marcel, G. (1935). *Être et avoir*. Paris: Aubier.
- Marcel, G. (1944). *Homo Viator. Prolégomènes à une métaphysique de l'espérance*. Paris: Aubier.
- Marcel, G. (1959). *Présence et immortalité*. Paris: Flammarion.

- Marconi, M.A., & Lakatos, E.M. (1990). *Técnicas de pesquisa: Planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados* (2a ed. rev. e ampl.). São Paulo: Atlas.
- Marôco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006) Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), 65-90.
- Martin, L.M.M. (2004). A ética e a humanização hospitalar. In L. Pessini & L. Bertachini (Orgs.), *Humanização e cuidados paliativos* (2a ed., pp. 31-50). São Paulo: EDUNISC.
- Martínez, I.M.M., Pinto, A.M., & Silva, A.L. (2000). Burnout em estudantes do ensino superior. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 35, 151-167.
- Masiá Clavel, J. (1997). *El animal vulnerable: Invitación a la filosofía de lo humano*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Masiá Clavel, J. (2010). Cinco charlas de antropología-cuerpo, cultura, lenguaje, muerte y esperanza. Recuperado em outubro, 2011, de [biblio3.url.edu.gt/Libros/cinco\\_charlas.pdf](http://biblio3.url.edu.gt/Libros/cinco_charlas.pdf).
- Migne, J. (1970). Pédagogie et représentation. *Éducation Permanente*, 8, 67-87.
- Mill, J.S. (1997). *Sobre a liberdade*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Mitre, S.M., Siqueira-Batista, R., Girardi-de-Mendonça, J.M., Morais-Pinto, N.M., Meirelles, C.A.B., Pinto-Porto, C., Moreira, T., Hoffmann, L.M.A. (2008). Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação dos profissionais de saúde: Debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (supl. 2), 2133-2144.
- Molander, G. (2003). *Työtunteet-esimerkinä vanhustyö*. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Mondin, B. (1995). *Antropologia filosófica*. Roma: Urbaniana University Press.
- Muñiz, J. (1994). Traducción/adaptación de testes educativos y psicológicos. Papeles del psicólogo: *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 59.
- Muñiz, J., & Hambleton, R.K. (1996). Diretrizes para la traducción y adaptacion de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 66.
- Neves, M.C.P. (2006). Sentidos da vulnerabilidade: Características, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética*, 2 (2), 157-172.
- Neves, M.C.P., & Osswald, W. (2007). *Bioética simples*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Nietzsche, F. (1998). *Assim falava Zaratustra*. Lisboa: Relógio D'água Editores.
- Noddings N. (1984). *Caring: A feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley: University of California Press.
- Nogueira-Martins, M.C.F. (2002) Humanização na saúde. *Revista Ser Médico*, 18, 27-29.

- Noh, C.H., Arthur, D., & Sohng, K.Y. (2002). Relationship between technological influences and caring attributes of Korean nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 8 (5), 247-256.
- Nussbaum, M. (1986). *The fragility of goodness: Luck and ethics in greek tragedy and philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nussbaum, M.C. (1998).Victimes and agents. What the greek tragedy can teach us about sympathy and responsibility. *Boston Review*. Recuperado em Junho de 2012 de <http://bostonreview.mit.edu/BR23.1/nussbaum.html>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Autor.
- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Lisboa: Comissão Nacional da UNESCO.
- Ortega y Gasset, J. (1976). Meditaciones del Quijote. In *Obras Completas, I, Revista de Occidente 1966-1969*. Madrid
- Osswald, W. (2001). Progresso da ciência. Sentido e limites. In L. Archer, J. Biscaia, W. Osswald & M. Renauld (Coords.), *Novos desafios à bioética* (pp. 9-19). Porto: Porto Editora.
- Osswald, W. (2007). *Cadernos do mosteiro*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Parliamentary and Health Service Ombudsman. (2011). *Care and compassion? Report of the Health Service Ombudsman on Ten Investigations into NHS Care of Older People*. Recuperado em 27 de julho, 2012, de <http://dnyirl.com/clmnu32>.
- Pasquali, L. (1999). Testes referentes a constructo: Teoria e modelo de construção. In L Pasquali, *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração* (Cap. 3). Brasília: LABPAM/IBAPP.
- Patton, G. (2001). The two-edged sword: How technology shapes medical practice. *Physician Exec*, 27 (2), 42-49.
- Pellegrino, E.D. (1985). The caring ethic: The relation of physician to patient. In A.H. Bishop & J.R. Scudder, *Caring, curing, coping. Nurse physician patient relationships* (pp. 8-30). Alabama: University of Alabama Press.
- Pereira, M.A.M. (2010). *A importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Aberta, Lisboa.
- Pessini, L. (2004). Humanização da dor e sofrimento humanos na área da saúde. In L. Pessini & L. Bertachini (Orgs.), *Humanização e cuidados paliativos* (2a ed., pp. 11-30). São Paulo: EDUNISC.
- Pessini, L. (2006). *Bioética e cuidado do bem-estar humano: Ética, humanização e vocação como desafio para os profissionais da saúde*. Recuperado em 26 outubro, 2011, de [www.redadultosmayores.com.ar](http://www.redadultosmayores.com.ar).

- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (3a ed. rev. e aum.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4a ed. rev. e aum.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto, F. (1990). Humanização e qualidade de vida. *Servir*, 44 (1), 12-20.
- Platão. (2009). *Fedro*. Lisboa: Edições 70.
- Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa* (3a ed.). São Paulo: Artes Médicas.
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Pope, C., & Mays, N. (2005). *Pesquisa qualitativa na assistência à saúde* (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Preacher, K.J., & MacCallum, R.C. (2003). Repairing Tom Swift's electric factor analysis machine. *Understanding Statistics*, 2, 13-32.
- Ramsey, P. (1970). *The patient as person: Explorations in medical ethics*. New Haven: Yale University Press.
- Reich, W.T. (1995). Care. In *Encyclopedia of bioethics* (3rd ed., pp. 349-359). Stephen G. Post.
- Renaud, I. (2005). Fragilidade e vulnerabilidade. *Revista Portuguesa de Bioética*, 39, 405-416.
- Renaud, M. (2008a). Solicitude e vulnerabilidade. In A.S. Carvalho, *Bioética e vulnerabilidade* (pp. 11-20). Coimbra: Edições Almedina.
- Renaud, M. (2008b). Vulnerabilidade e espiritualidade. *Revista Portuguesa de Bioética* (Supl.1.), 7-18.
- Ribeiro, L.F. (1995). *Cuidar e tratar: Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Ribeiro, M., & Amaral, C. (2008). Medicina centrada no paciente e ensino médico: A importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev. Bras. Educ. Med.* [online]. 32 (1), 90-97.
- Ricoeur, P. (2009). *Philosophie de la volonté. Finitude et culpabilité* (Vol. 2). Paris: Éditions Points.
- Rosenzweig, F. (1994). *El sentido del sentido común, sano y enfermo*. Madrid: Caparrós Editores.
- Rousseau, N., & Saillant, F. (2003). Abordagens de investigação qualitativa. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 11, pp. 147-160). Loures: Lusociência.
- Sarvimäki A., Simonen, M., & Parviainen, T. (2004). *Halusin toimia oikein. Mikä on oikein? Vanhustyöntekijöiden kokemiaettisia ongelmia*. Helsinki: Ikäinstituutti.

- Schofield, I., Tolson, D., Arthur, D, Davies, S., & Nolan, M. (2005). An exploration of the caring attributes and perceptions of work place change among gerontological nursing staff in England, Scotland and China (Hong Kong). *International Journal of Nursing Studies*, 42 (2), 197-209.
- Seixas, P., & Pereira, P. (2005). *Relações e situações críticas na enfermagem*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Sharon, E. (2003). Bearing witness to suffering: The lived experience of nursing students. *Journal of Nursing Education*, 42 (2), 59-67.
- Shem, S. (1980). *The house of God*. New York, NY: Dell Books.
- Shem, S. (1997). *Mount misery*. New York, NY: Ballantine Books.
- Silva, R.C., & Ferreira, M.A. (2011). Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: Implicações para o cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm*, 64 (1), 98-105.
- Slatore, C.G., Hansen, L., Ganzini, L., Press, N., Osborne, M.L., Chesnutt, M.S., & Mularski, R.A. (2012). Communication by nurses in the intensive care unit: Qualitative analysis of domains of patient-centered care. *Am J Crit Care*, 21 (6), 410-418.
- Soderhamn, O., Lindencrona, C., & Gustavsson, S.M. (2001). Attitudes toward older people among nursing students and registered nurses in Sweden. *Nurse Education Today*, 21 (3), 225-229.
- Sorlie, V., Torjuul, K., Ross, A., & Kihlgren, M. (2006). Satisfied patients are also vulnerable patients: Narratives from an acute care ward. *Journal of Clinical Nursing*, 15 (10), 1240-1246.
- Souza, W., & Silva, A. (2002). The influence of personality and job factors on burnout among health professionals. *Revista de Estudos de Psicologia*, 19 (1), 37-48.
- Spiers, J. (2000). New perspectives on vulnerability' using emic and edc approaches. *Adv Nurs*, 31 (3), 715-721.
- Stefanelli, M.C. (2005). Introdução à comunicação terapêutica. In M.C. Stefanelli & E.C. Carvalho, *A Comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (pp. 62- 72). São Paulo: Manole.
- Stein, E. (1985). *Sobre el problema de la empatia*. México: Edições Universidade Iberoamericana.
- Stenbock-Hult, B., & Sarvimäki, A. (2011). The meaning of vulnerability to nurses caring for older people. *Nurs Ethics*, 18 (1), 31-41.
- Taylor, C. (1994). A política de reconhecimento. In C. Taylor (Eds.), *Multiculturalismo: Examinando a política de reconhecimento* (pp. 45-94). Lisboa: Instituto Piaget.
- Teixeira, G.G., & Chanes, M. (2003). As estratégias de humanização da assistência ao parto utilizadas por hospitais ganhadores do Prêmio Galba de Araújo: Ações de mérito, ações premiadas. *O Mundo da Saúde*, 27 (2), 270-273.
- Teixeira, J.M. (1999). A inocência é ignorância. *Revista Saúde Mental*, 1 (3), 5-8.
- Thagart, P. (1998). *Mente: Introdução à ciência cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.

- Tinsley, H.E.A., & Tinsley, D.J. (1987). Uses of analysis in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 34 (4), 414-424.
- Tinsley, H.E.A., & Tinsley, D.J. (1987). Uses of factor analysis in Counseling Psychology Research. *Journal of Counseling Psychology*, 34 (4), 414-424.
- Todres, L., Galvin, K.T., & Holloway, I. (2009). The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4, 68-77.
- Tolstoi, L. (2008). *A morte de Ivan Ilitch*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Torralba i Roselló, F. (1998). *Antropologia del cuidar*. Madrid: Editorial MAPFRE.
- Torralba i Roselló, F. (2002a). *Ética del cuidar*. Madrid: Editorial MAPFRE
- Torralba i Roselló, F. (2002b). Bioética: Conceptos fundamentales. In J.M.G. Gómez-Heras (Coord.), *Dignidad de la vida y manipulación genética Bioética. Ingeniería genética. Ética feminista. Deontología médica* (pp. 41-76). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Torralba i Roselló, F. (2005). Essencia del cuidar. Siete tesis. *Sal Terrae*, 93, 885-889.
- Trindade, E.S., Azambuja, L., Andrade, J., & Garrafa, V. (2007). O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado. *Rev Assoc Med Bras*, 53 (1), 68-74.
- Vaitsman, J., & Andrade, G.R.B. (2005). Satisfação e responsabilidade: Formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3), 599-613.
- Varela, D. (2007). *O médico doente*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Varela, F. (sd). *Conhecer as ciências cognitivas: Tendências e perspectivas*. Lisboa: Instituto Piaget
- Vaz-Serra, A. (1994). *IACLIDE: Inventário da avaliação clínica da depressão*. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.
- Veiga, F., & Rodrigues, C. (2006). Um estudo exploratório do inventário das dimensões do cuidar: Versão ampliada do instrumento, em estudantes de enfermagem. In *Investigação em Psicologia, Actas VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Évora: Universidade de Évora.
- Veiga, F., Monteiro, F., Teles, N., & Guerreiro, T. (2000). Eutanásia: Pelo direito a morrer em paz. *Cadernos de Bioética*, 24, 85-113.
- Vieira, M. (2002). *A vulnerabilidade e o respeito no cuidado ao outro*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Vielva, J. (2002). *Ética de las profesiones: Enfermería*. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer.
- Waldow, R., & Borges, R. (2008). O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16 (4), 765-771.

- Weill, S. (1996). *Echar raíces*. Madrid: Trota.
- Woloshuck, W., Harasym, P.H., & Temple, W. (2004). Attitude change during medical School: A cohort study. *Medical Education*, 38 (5), 522-534.
- World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: Primary health care now more than ever*. Recuperado de [http://www.who.int/whr/2008/08\\_chap3\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_chap3_pr.pdf).
- World Health Organization. (2008). *The World Health Report 2008: Primari Health Care (Now more than never)*. Genebra: Author.
- Worthington, R.W., & Whittaker, T.A. (2006). Using exploratory and confirmatory factor analysis in scale development research: A content analysis and recommendations for best practices. *The Counseling Psychologist*, 34 (6), 806-838.
- Zilles, U. (1988). *Gabriel Marcel e o existencialismo*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Zuzelo, P.R., Gettis, C., Hansel, A.W., & Thomas, L. (2008). Describing the influence of technologies on registered nurses' work. *Clin Nurse Spec.*, 22 (3), 132-140.

## **ANEXOS**

---



## **Anexo 1**

Guião de Entrevista

---



## Guião de Entrevista

1. O que entende por vulnerabilidade/fragilidade humana?
2. Alguma vez refletiu sobre a sua própria vulnerabilidade/fragilidade?
  - a. Se o fez, com que frequência?
  - b. Que situações, que vivências, que aspetos da vida a/o levaram a pensar na vulnerabilidade/fragilidade?
3. Já vivenciou/experenciou a sua própria vulnerabilidade/fragilidade? Em que situações?
4. Enquanto profissional de saúde, essa experiência da vulnerabilidade/fragilidade fez de alguma forma mudar a sua visão dos cuidados que presta? De que modo?
5. Enquanto futuro profissional de saúde, essa experiência da vulnerabilidade/fragilidade fez de alguma forma mudar a sua visão sobre a forma como prestará cuidados de saúde no futuro? De que modo?
6. Na sua opinião, a “pessoa doente” que recorre aos cuidados de saúde de que formas vive, sente e expressa a sua vulnerabilidade?



## **Anexo 2**

Grelha de Análise de Conteúdo (inicial)

---



## Grelha de Análise de Conteúdo (inicial)

<b>Conhecimento teórico da vulnerabilidade</b>	Vulnerabilidade ontológica	
	Vulnerabilidade natural	
	Vulnerabilidade ética	
	Vulnerabilidade social	
	Vulnerabilidade cultural	
<b>Experiências de vulnerabilidade</b>	A partir do “eu”	
	A partir do “outro”	
<b>Perceção situações de vulnerabilidade nos doentes</b>		
<b>Influência na prestação de cuidados</b>		



## **Anexo 3**

Distribuição das Unidades de Significação pelas Categorias/Subcategorias

---



## Distribuição das Unidades de Significação pelas Categorias/Subcategorias

### Conhecimento teórico sobre a vulnerabilidade humana

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>
Vulnerabilidade ontológica	<p>#7 - <i>"A vulnerabilidade/fragilidade humana consubstancia uma ideia de fraqueza ... Pela vulnerabilidade o ser experimenta o próprio quebrar..."</i></p> <p>#10 - <i>"Fragilidade humana é a consciência de que somos limitados ..."</i></p> <p>#10 - <i>"A vulnerabilidade é o tomar consciência de que realmente esse infinito não existe. ... Da capacidade de sonho, de infinito, da capacidade super-homem"</i></p> <p>#10 - <i>"... Vulnerabilidade no fundo é a consciência da nossa limitação"</i></p> <p>#5 - <i>"A capacidade de uma pessoa ceder a determinado tipo de coisas ... os pontos fracos de uma pessoa..."</i></p> <p>#6 - <i>"...não tentar distanciarmo-nos da verdadeira essência que realmente todos nós somos frágeis e todos somos vulneráveis a alguma coisa.... Não quer dizer que todos sejamos vulneráveis à mesma coisa.... Nós, todos somos vulneráveis...."</i></p> <p>#2 - <i>"A vulnerabilidade é inerente a nós, em parte temos as nossas fragilidades mas também resulta muito das coisas que nós fazemos"</i></p> <p>#4 - <i>"...acredito que haja pessoas que já são de si frágeis, já são de si mais vulneráveis, ou sejam propensas a serem mais frágeis ou o limite ou limiar de fragilidade seja mais pequeno em relação a outras pessoas..."</i></p>
Vulnerabilidade natural	<p>#1 - <i>"É quando uma pessoa é... sei lá... num momento da vida em que sente que está ali numa cama de hospital e que não, sei lá... em que ele próprio não sente capacidades para superar aquilo...."</i></p> <p>#1 - <i>"Acho que nestas situações de doença toda a gente é vulnerável..."; "...Acho que toda a gente passa por isso"</i></p> <p>#11 - <i>" Eu entendo como sendo algo que é biológico, está sujeito a agressões do meio e está vulnerável a isso"</i></p> <p>#11 - <i>"... isso define exatamente a fragilidade da pessoa porque está sempre sujeita a fatores externos que podem afetar o meio interno e isso torná-lo mais vulnerável e mais sujeito à doença"</i></p> <p>#8 - <i>"O ser humano é um ser vulnerável; desde que nasce até que morre deve ser das espécies mais vulneráveis, ou seja, está sujeita a tudo que a natureza possa querer ou não querer fazer..."</i></p> <p>#8 - <i>"...Portanto é um ser vulnerável em termos físicos"</i></p> <p>#8 - <i>"...é preciso ter um componente psíquico importante, muito fortalecido para aliar há nossa incapacidade física de nascença para podermos sobreviver neste mundo real".</i></p>
Vulnerabilidade ética	<p># 3 - <i>"É Ter a capacidade de perante uma situação em que nos expomos perante outra pessoa... é não mostrar aquela frieza, aquela dureza e sermos capazes de nos pormos no lugar do outro e perceber as suas dificuldades e as suas fraquezas..."</i></p> <p>#6 - <i>"...acho que todas as pessoas são vulneráveis a muitas coisas .... Por exemplo no estado de doença as pessoas estão vulneráveis porque estão dependentes dos outros..."</i></p> <p>#8 - <i>"...É alguém que necessita sempre de cuidado desde a nascença se não consegue sobreviver conforme hoje está definido".</i></p>

## Experiências de vulnerabilidade

Categoria: Experiência a partir do “eu”	
Subcategorias	Unidades de registro
Doença/acidentes/ envelhecimento	<p>#4 - “...quando adoecemos somos suficientes para superar ou pensar que naquele momento somos tão frágeis e que pouco conseguimos ajudar...”</p> <p>#1 - “Tirando a situação da doença que me lembre nunca tinha dado por mim a refletir na vulnerabilidade”</p> <p>#3 - “por exemplo em situações de doença, num acidente...”</p> <p>#4 - “... Sim... acho que tal como qualquer pessoa quando estou mais frágil fisicamente, quando estou doente que me sinto frágil...”</p> <p>#7 - “Quando nos levantamos gostaríamos de não sentir o cansaço; quando nos vemos ao espelho preferiríamos não ver os traços do envelhecimento...”</p> <p>#10 - “...Depois foi quando, por acaso fiz 40 anos e dou comigo hipertenso... primeira coisa a gente começa a pensar que começa a tomar os medicamentos e que isso vai-se curar ... daqui por uns tempos vejo se consigo reduzir a medicação, e eu reduzo e continuo com tensões altas...”</p> <p>#7 - “...Submissão a cirurgia;... sintomas sugestivos de patologia cancerígena enquanto não foi efetuado o despiste por exame...”</p> <p>#7 - “...acidente de viação;”</p> <p>#1 - “Sim...muitos momentos. No momento em que me disseram a possibilidade de diagnóstico ... em que me disseram provavelmente tens um linfoma...”;” ...foi de arrepiar e então saber que ia fazer quimio aí foi pior mesmo....”</p> <p>#1 - “Aliás nas primeiras tinha aqueles enjoos que nem podia ...chegava a casa a minha mãe estava a fazer de comer e tinha de fugir, depois já me dava o apetite de comer também falei com as pessoas e disse que assim não ia conseguir... não disse que ia desistir mas que me sentia muito mal ...”</p> <p>#1 - “A nível psicológico também senti bem a vulnerabilidade”; “...A nível psicológico acho que não foi tanto durante... se calhar era mas eu estava mais preocupada em recuperar, em eu ficar bem. Mas foi mais depois, sei lá.... Parece que a seguir eu vivi as coisas com mais intensidade parece que tudo o que vinha para mim era falar da doença”</p> <p>#1 - “...e mesmo social pois eu tinha de usar máscara e notei muito aquele impacto social, mas nada assim de.... Só os olhares...”</p> <p>#1 - “De início vivia mais devido aos problemas físicos pois quando fazia quimio eu sentia praticamente que não era ninguém que depois não conseguia fazer mesmo nada...”</p> <p>#11 - “uma vez que me recordo que estive doente com alguma gravidade, nessa altura por acaso ainda era estudante de medicina, e nessa altura talvez tivesse mais noção do que era a minha fragilidade do que tenho atualmente...”</p> <p>#3 - “nas situações de doença e quando uma pessoa é internada num hospital acho que depende muito da força de cada um, mas ficamos sempre muito vulneráveis porque acabamos por sentir que as coisas não dependem só de nós dependem também de outras pessoas e o facto de não podermos ser nós a tomar as rédeas da situação acaba por deixar assim a situação mais tremida.</p>
Injustiça social	<p>#8 - “...períodos de vida desde o desemprego....”</p> <p>#3 - “Para além do problema físico que tive ainda senti que fui desprezado e culpado pelo problema...”</p> <p>#3 - “...senti-me vulnerável devido essencialmente injustiça, impotência e desilusão com pessoas que admirava muito....”</p>
Gestão de expetativas pessoais	<p>#4 - “...se somos capazes e suficientes de superarmos determinadas coisa que nos acontece...”</p> <p>#8 - “...É algo que está desde cedo porque mesmo os adolescentes quando têm de lutar pelas notas, etc.. é normal que haja situações de maior ou menor vulnerabilidade que tem também a ver com a capacidade de superar ou não as expetativas que às vezes criam...”</p> <p>#4 - “...e então aí tu tens a tua fragilidade em função aos sentimentos às ocasiões, aos acontecimentos e isso por acaso é uma das coisa que eu já ponderei bastantes vezes se realmente serei demasiado frágil para ou não ... isso é uma das situações que já me levou a pensar nisso....”</p> <p>#4 - “...há coisa que nos chocam e não somos de pedra somos humanos e até que ponto de muitos acontecimentos na vida se nos afetam de uma maneira em que a gente chega a um momento em que não é... não sou capaz disto ...”</p> <p>#5 - “Sim... claro que sim... com alguma frequência... principalmente quando uma pessoa se depara com certos obstáculos tem noção que tem alguma fragilidade em superar esses obstáculos ... que se não for capaz de os superar que se sentirá frágil por assim dizer.... Sei lá....”</p> <p>#10 - “Quando vejo realmente que por mais que se intervenha as coisas não mudam, e não vencemos determinado, determinada... no fundo determinado fim...”</p> <p>#2 - “Muitas vezes devido a desilusão com situações...”</p> <p>#2 - “...quando não consigo fazer mais por determinada coisa muitas vezes sinto-me impotente e isso leva-me a refletir na vulnerabilidade”</p> <p>#8 - “...e também em termos de curso ao tentar conseguir ou não os objetivos...”</p>
Gestão de situações novas/difíceis	<p>#5 - “Quando entrei na faculdade e fiquei longe dos meus pais”</p> <p>#5 - “Quando fiz o meu primeiro exame da faculdade e pensei que não era capaz...”</p> <p>#5 - “...algumas desilusões que tenha tido que por vezes uma pessoa acha que não é capaz de as superar mas que depois consegue e por aí em diante...”</p> <p>#6 - “...quando entrei para a faculdade é uma coisa assim tão nova, e uma pessoa vai sozinha, eu pelo menos fui sozinha não conhecia mesmo ninguém e nessa altura sentia-me mesmo pequenina... porque era uma coisa completamente.... Era um bocado assustador... e depois estar habituada com os meus pais e com a minha família e de repente ver-me sozinha e ter que me desenrascar ....”</p>

<b>Categoria: Experiência a partir do “outro”</b>	
<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de registo</b>
Perda ou acompanhamento do sofrimento de significativos	<p>#4 - “...pessoas que nos falham e que nos faltam e de pensarmos na falta que nos fazem...”</p> <p>#7 - “...quando conhecemos situações de doença, acidente ou morte de pessoas, familiares ou outras, com as quais partilhamos, de um modo ou outro, alguns afetos apreendemos o significado da vulnerabilidade/fragilidade...”</p> <p>#7 - “Doença, acidentes, insucesso, morte, crianças, idosos, pobreza, totalitarismos políticos, fundamentalismos religiosos, intolerância, minorias, guerra, iliteracia, globalização...”</p> <p>#6 - “Talvez o medo das pessoas mais próximas de mim que lhes aconteça alguma coisa, todos os dias há esse receio e acho que é mais nesse aspeto que me sinto mais vulnerável na posição de não conseguir fazer nada para as proteger...”</p> <p>#8 - “...lembro-me por exemplo da morte que sempre uma das coisas que realmente mexe mais com o ser humano.... Geralmente as pessoas têm uma fase de maior vulnerabilidade quando morre alguém que lhe é querido, que ama ou que realmente gosta ... a pessoa tem períodos de maior vulnerabilidade...”</p> <p>#3 - “...a perda de alguém.... Às vezes até o nascimento de um filho põe-nos assim numa situação mais vulnerável.... A rotura com alguém que a gente goste muito....”</p> <p>#4 - “...há alguma acontecimento menos bom na família ou nos amigos que me sinto mais deprimida... uma condição mais inferior... mais ... Dá para a gente experimentar isso ao longo da vida....”</p> <p>#7 - “...quando conhecemos situações de doença, acidente ou morte de pessoas, familiares ou outras, com as quais partilhamos, de um modo ou outro, alguns afetos apreendemos o significado da vulnerabilidade/fragilidade...”</p> <p>#5 - “Quando a minha avó esteve doente e que uma pessoa sabe mais ou menos o desfecho que as coisas vão tomar...”</p> <p>#10 - “Primeira por ter presenciado a morte de familiares que são queridos. Tios, avós ... aí é o primeiro impacto em que a gente, ... e eu tinha 15 anos.... Aí é a primeira lição de que calma aí que estas coisas alteram-se.”</p> <p>#10 - “Com os filhos.... Uma vez um a meio da noite com uma dispneia brutal, sem saber porquê, é evidente que o levantei e ele melhorou ... mas são coisas que a gente toma conta que realmente somos vulneráveis... somos sensíveis a determinadas alterações, apesar de muito resistentes...”</p> <p>#6 - “Mais situações que me lembre, talvez não em relação a mim mesma mas por exemplo em relação à minha avó que já teve problemas e nessa altura foi difícil ... porque lembra que se pode estar bem e de um momento para o outro se pode ficar frágil....”</p> <p>#8 - “... felizmente não tive a morte de muitos familiares próximos mas tive a morte dos meus avós que me provocaram momento de maior fragilidade emocional....”</p> <p>#4 - “Exemplos concretos ... a perda de entes queridos, ... doenças de familiares ... aí são situações que mais do que vulneráveis nos deixam impotentes ... deixam-nos completamente sem saber o que fazer e sem saber o que pensar às vezes”</p>
Comparação com a vulnerabilidade do outro	<p>#10 - “... Quando estou num carro e aqui há uns tempos vi um acidente...”</p> <p>#10 - “Ah.... Sim.... Sim quando vejo, lá está, a finitude dos outros...”</p> <p>#10 - “...a vulnerabilidade dos outros leva-me a refletir sobre a minha própria vulnerabilidade...”</p> <p>#10 - “... isto no fundo quando reanimamos alguém, e fazemos tudo e está tudo bem, está tudo certo e não se reanima ... eu pelo menos tomo consciência de que isto é muito mais do que aquilo que estamos a ver e do que aquilo que intervimos”</p> <p>#11 - “...Estou mais habituado a vê-la nos outros do que propriamente a reconhecer em mim, mas de vez em quando estou sozinho e quando tenho mais tempo para pensar em mim também considero que sou como os outros, que sou vulnerável...”</p> <p>#5 - “...no hospital quando às vezes percebo que as pessoas estão num ponto sem retorno é uma situação complicada e de facto para elas é complicado saber que não há maneira de voltar atrás e pronto...”</p> <p>#8 - “...Também no desempenho das minhas funções como enfermeiro de saúde mental por vezes também sinto um bocado os problemas e as vulnerabilidades dos doentes...”</p> <p>#10 - “...isto no fundo quando reanimamos alguém, e fazemos tudo e está tudo bem, está tudo certo e não se reanima ... eu pelo menos tomo consciência de que isto é muito mais do que aquilo que estamos a ver e do que aquilo que intervimos”</p>
Exigência de resposta (ética) ao “outro”	<p>#4 - “...há alturas em que a gente põe em questão e se somos vulneráveis ao sofrimento das pessoas...”</p> <p>#4 - “Eu sinto-me mais frágil quando não consigo ajudar alguém que queira ou quando alguma situação que passa por mim e que eu gostava de mudar e que não consigo e que me sinto impotente...”</p> <p>#6 - “Já.... Acho que é uma coisa que ... não é assustar, mas penso muitas vezes nisso é quando estiver perante um doente e for assim uma situação mais complicada e qual vai ser a minha situação, como é que vou conseguir ... talvez ser mais forte. Porque aquela pessoa está a contar que eu não esteja tão vulnerável como ela e isso preocupa-me um bocado”</p>

## Perceção de situações de vulnerabilidade nos doentes

Categories	Unidades de significação
Vulnerabilidade psicológica	<p>#4 - "...há muitos que nem querem lá ficar e então ficam vulneráveis psicologicamente também..."</p> <p>#5 - "...Eu acho que eles somatizam muito aquilo que vivem..."</p> <p>#5 - "A ideia que me dá é que as pessoas que são mais frágeis do ponto de vista psicológico são as que estão sempre doentes que se queixam que lhes dêi isto... que têm aquilo.... Que já tiveram não sei quantas doenças..."</p> <p>#2 - "A ansiedade é talvez o aspeto que torna o doente mais vulnerável chegando mesmo a manifestar-se fisicamente."</p> <p>#7 - "Mas a fragmentação pode não ser aparente no corpo e, no entanto, corroer o ser por via da angústia, da dor e do sofrimento."</p> <p>#1 - "...Se calhar é mais o psicológico... às vezes olhamos assim para o doente e nem nos parece que ele tenha assim nenhuma vulnerabilidade mas depois se calhar com uma conversa, com uma palavra ou outra o doente expressa ali tudo o que sente e vemos que realmente há situações em que nós não estávamos muito atentos e que depois de falarmos um pouco com ela já vemos que realmente precisa de ajuda..."</p> <p>#3 - "...Isso é muito relativo porque há pessoas que explodem .... Entram numa fase de stresse enorme e começam a confrontar-se com os profissionais de saúde..."</p> <p>#3 - "... Outras vezes é o choro... as pessoas começam a chorar outras isolam-se..."</p> <p>#2 - "Irritabilidade, labilidade emocional.... Choro persistente (já deparei muitas vezes), revolta ... e a ansiedade sendo esta talvez o aspeto mais comum".</p> <p>#10 - "Para pessoas mais novas menos de 60 anos a vulnerabilidade muitas vezes aparece como castigo – que mal eu fiz par a merecer isto....ouve-se muitas vezes isto... ou então é bem feito porque eu realmente fiz isto e fiz aquilo e agora estou assim e portanto, a vulnerabilidade pode aparecer como fraqueza do tanto que já viveu"</p> <p>#10 - "...Muitas vezes pensa que já deu tudo o que teve e que agora resta o sofrimento e expressa, no fundo por essa derrota, por essa falta de luta contra a vulnerabilidade mesmo"</p>
Vulnerabilidade física	<p>#4 - "Fisicamente ... é aquilo que nós mais vimos ou aquilo que é mais notório e nos salta mais à vista é mesmo fisicamente ... são pessoa fisicamente debilitadas..."</p> <p>#4 - "...aquilo que é mais notório é fisicamente que as pessoa estão mesmo abaladas fisicamente e depois com o decorrer do tempo ou momentaneamente vemos que as pessoa também se abalam muito com o facto de estarem debilitadas fisicamente"</p> <p>#7 - "No ser, a fragmentação aparente manifesta-se na morfologia do corpo pela doença ou pelo acidente..."</p> <p>#11 - "Eu acho que a vulnerabilidade pode expressar-se tanto do ponto de vista físico como do ponto de vista psicológico, como de ambos"</p> <p>#11 - "A psicologia das pessoas às vezes desvanece-se com a doença que ela tem e eu no meu caso particular apanho muitas vezes pessoas que não estão capazes de mostrar a própria psicologia deles e às vezes estão em estados em que em coma ou depressão da vigília em que a própria psicologia não é óbvia e esse estado físico demonstra essa fragilidade..."</p>
Solidão	<p>#4 - "Mas sentimos quando são doentes que estão internados que são doentes que estão longe da sua família, da sua rotina e acabam por ficar deprimidos..."</p> <p>#4 - "Estão afastados de tudo aquilo que é a sua rotina,..."</p> <p>#10 - "O doente que recorre aos cuidados de saúde, no fundo é um solitário. A doença é a dele, ele é que sofre.... Portanto é um solitário que vais procurar ajuda ... e como solitário ainda por cima aparece, muitas vezes aparece-nos deitado, numa posição de inferioridade..."</p> <p>#10 - "As coisas só acontecem a ele, é uma solidão que se aviva, é um sentimento de inferioridade que se vinca também, até pela posição em que aparece deitado, está mais baixo de que todos e muitas vezes está sem acompanhante o que ainda torna mais frágil a sua doença ou o seu estado..."</p> <p>#3 - "...a solidão o facto de estarem ali sozinhos e verem que dependem dos outros, isso acaba por deixa-los mais fragilizados..."</p> <p>#6 - "...A fragilidade manifesta-se tanto no nível físico como no psicológico porque nota-se bastante que muitos têm necessidade de simplesmente falar ... que estão lá e só querem mesmo alguém que os ouça e ouça os problemas deles e o que é que eles sentem, e o que é que eles esperam..."</p>
Desconhecimento	<p>#3 - "...as pessoas que se calhar têm menos conhecimento sobre a sua situação clínica ... o próprio medo de saber porque há muita incógnitas na cabeça das pessoas..."</p> <p>#6 - "...Muitas pessoas estão lá sem saberem o que têm e o que vai acontecer e acho que isso ainda lhes dificulta o processo de recuperação"</p>

## Influência da vulnerabilidade no cuidar

Categorias	Unidades de significação
Relação de ajuda/empatia	<p>#4 - <i>"...acho que com a experiência da vulnerabilidade ... acho que nos percebemos mutuamente melhor"</i></p> <p>#7 - <i>"...a vulnerabilidade à vulnerabilidade dos outros constitui uma trave mestra do que somos e tem influenciado determinantemente o modo como interagimos com a pessoa doente e familiares..."</i></p> <p>#1 - <i>"Vou pensar sempre nos momentos que vivi e como fui tratada e penso no doente que está à minha frente e vou dizer sempre"; "eu no momento que estive gostava de ser assim tratada e este doente possivelmente também vai gostar de certeza...."</i></p> <p>#6 - <i>"Eu acho que sim, acho que influencia porque essa questão de sermos vulneráveis leva-nos a estabelecer uma relação diferente com o doente porque se pensarmos que a nós não nos acontece nada e que aos outros é que acontece ... eu acho que isso leva-nos a ter uma posição diferente mesmo em relação à vida e à nossa profissão e acho que nos torna mais próximos do doente... acho que sim ... ajuda-nos a percebê-lo melhor e a pormo-nos no lugar dele e o que é que seríamos e o que é que sentíamos..."</i></p> <p>#11 - <i>"Eu penso que sim, acho que isso é a base dos nossos cuidados que prestamos, acho que reconhecer a fragilidade e a vulnerabilidade do outro acho que é fulcral na relação profissional de saúde doente"</i></p> <p>#3 - <i>"Porque se nós estamos submetidos a situações em que ficamos vulneráveis, também ao ter alguém numa situação dessas à nossa frente se calhar somos capazes de exercer de uma forma diferente ... somos capazes de ver que eu já estive assim e de dizer se estive assim..."</i></p> <p>#2 - <i>"Sim definitivamente, dá-nos mais sensibilidade para determinadas questões e de alguma maneira conseguimos colocar-nos no lugar do outro"</i></p> <p>#2 - <i>"Porque no fundo, ajuda-nos a perceber também as suas vulnerabilidades..."</i></p> <p>#8 - <i>"...a experiência que acumulei ao longo da vida profissional com os doentes e com os meus próprios problemas que me ajuda a entender melhor que há problemas na vida que se manifestam de forma diferente de pessoa para pessoa"</i></p> <p>#8 - <i>"...Nós como prestadores de cuidados passamos por fases de grande vulnerabilidade de muita gente ... sempre que há um problema de saúde é lógico que eles estão vulneráveis e se estão vulneráveis em termos biológicos, psíquicos e também sociais aí o profissional tem de saber lidar bem com essas pessoas saber ... Perceber a situação de vulnerabilidade e ser um suporte e um apoio..."</i></p> <p>#8 - <i>"...a parte mais importante é o estabelecimento da relação de forma a perceber e a entender o porque da pessoa estar mais frágil e mais vulnerável e aí sermos um suporte que muitas vezes é só escutar ou ouvir..."</i></p>
Qualidade do cuidar	<p>#10 - <i>"De estarmos a cuidar, entre aspas, de uma vida, leva-nos a pensar... cada atitude leva-nos a pensar às vezes mais do que uma vez ou duas aquilo que vamos fazer precisamente a seguir... isso leva-nos a ser mais refletidos em cada ação que fazemos e que tomamos.... Em cada atitude que se toma..."</i></p> <p>#10 - <i>"...leva-nos a andar e a caminhar, no fundo, com bastante cuidado, como se fosse um arame e a gente caminhasse ali..."</i></p> <p>#10 - <i>"...apesar de estar muito estudado determinado passo, determinada atitude pode não acontecer o mesmo em todos, daí que essa consciência leva-nos a agir com cuidado, para não sermos surpreendidos"</i></p> <p>#1 - <i>"...há sempre aquilo que nós sentimos de dizer que até gostava de uma palavra agora ... não é? Naquele momento não temos sempre ali os nossos, as nossas visitas à beira.... Convém termos sempre uma palavra de agrado não é.... E no IPO já não senti muito isso.... Já notei que ... eu quando for enfermeira, eu também vou, eu sei como os doentes vão estar assim debilitados e também vou ter pelo menos uma palavra...."</i></p> <p>#11 - <i>"Acho que a vulnerabilidade e a fragilidade se um profissional de saúde não for capaz de a reconhecer então não sei quem será já que esta é a base do nosso trabalho"</i></p> <p>#8 - <i>"...Sim sim ... não sei se por trabalhar há muito tempo em saúde mental eu acho que devemos estar muito mais presentes nessas alturas de maior vulnerabilidade porque é quando eles precisam de nós"</i></p>
Consciência das limitações	<p>#10 - <i>"...portanto desta dicotomia onde a vulnerabilidade está presente, a vulnerabilidade do doente em relação à vida e a vulnerabilidade do médico que não sabe tudo..."</i></p> <p>#10 - <i>"...é disto que nasce no fundo a ajuda e que nós tomamos a consciência da vulnerabilidade que não é só em relação à vida, em relação ao conhecimento ... em relação a determinada ação que nós sabemos que vai provocar isto, mas a pessoa não é a mesma onde houve experiências, onde se fizeram experiências ... podem resultar de uma forma diferente, portanto"</i></p> <p>#6 - <i>"Eu acho que isto de não querermos ser frios e mostrar que nós não temos fraqueza nenhuma e que podemos tudo... eu acho que é importante mostrarmos mesmo aos doentes e às pessoas que trabalham connosco que cada pessoa passa por tudo... passa por coisas más, por coisa boas...e é o facto de inter-agirmos e de contarmos os nossos problemas e aquilo que mais nos assusta é que nos ajuda a continuar ... porque eu acho que se os outros pensarem que nós não temos medo nenhum e que não somos vulneráveis a nada que parece que nos pode acontecer tudo e que nós aguentamos qualquer coisa mas acho que é importante mostrarmos tanto as coisa boas como as coisa más"</i></p>

Respeito pela pessoa	<p>#4 - <i>“...acho que uma pessoa ao aperceber-se do dente, utente ou o cliente como um ser frágil acaba por encarar as coisas de forma diferente ... não friamente, apenas olhar para ele como um modelo anatómico e estudá-lo e não ... olhá-lo como uma pessoa que tem sentimentos e que também sofre por isso...”</i></p> <p>#11 - <i>“Reconhecer que estamos a lidar com pessoas, reconhecer nas pessoas a fragilidade, que naquele momento particular estão mais frágeis acho que nos deve alertar para um cuidado completamente diferente...”</i></p> <p>#4 - <i>“...então é um bocadinho ali um combate de sentimentos e forças em que temos de atender à situação do doente porque eles são de facto pessoas frágeis, momentaneamente ali momentaneamente ou se as cuidamos mais prolongadamente são cronicamente frágeis e nós por outro lado temos de combater a nossa fragilidade ao ver aquela situação e ser assim um bocadinho mais frios mas sem ser desumanos”</i></p>
Auto-defesa	<p>#8 - <i>“Por outro lado também melhora os meus mecanismos de coping...”</i></p> <p>#10 - <i>“...a vulnerabilidade pode tornar-se numa fortaleza para nós pois o facto de nós tomarmos consciência de que somos vulneráveis, que somos limitados em muita coisa pode realmente tornar-nos mais fortes, mas para isso é preciso treinarmos essa consciência”</i></p> <p>#4 - <i>“Sim e aqui entra aquela dicotomia que aprendemos quando nos dão as aulas de ser humano e ser frio em algumas situações mas sem ser desumano... por um lado temos de ser atentos à fragilidade da pessoa por outro lado temos de ter em conta a nossa própria fragilidade...”</i></p> <p>#5 - <i>“Se calhar começo a dar mais valor a determinadas coisas que antes não dava ou seja as situações em que antes eu me sentia mais frágil comparadas com outras situações em que vejo as outras pessoas tornar-se-ão se calhar mais fácil de resolver ...”</i></p>

## **Anexo 4**

Itens da Escala da Vulnerabilidade Humana para análise por especialistas

---



## Itens para a Escala da vulnerabilidade Humana para análise por especialistas

### 1- Conhecimento teórico da vulnerabilidade

1.	A experiência humana é marcada pela vulnerabilidade
2.	Ser vulnerável é ser finito, estar exposto à erosão
3.	A ideia da vulnerabilidade recorda-nos que devemos cuidar do outro como sujeito frágil
4.	A ideia da vulnerabilidade recorda-nos que temos de viver com a mortalidade
5.	A vulnerabilidade faz parte da realidade constitutiva do homem, como condição universal da humanidade
6.	A vulnerabilidade chama a atenção para o carácter perecível, isto é, finito de todo o existente
7.	A vulnerabilidade exprime o modo de ser do homem, a sua humanidade
8.	Quem se torna próximo do outro torna-se inevitavelmente frágil e vulnerável
9.	O ser humano é vulnerável porque está exposto às atitudes e reação do outro
10.	Afirmar que o ser humano é vulnerável significa dizer que é frágil, que é finito, que está sujeito a doença e á dor, ao envelhecimento e á morte
11.	Todos os seres humanos, são ou enfermos, padecem da vulnerabilidade pois estão sujeitos à negatividade, à possibilidade de deterioração, ao caos, ao mal
12.	O Ser humano é vulnerável porque está exposto a múltiplos perigos: o perigo de adoecer, o perigo de ser agredido, de fracassar, de morrer...
13.	A vulnerabilidade é a exposição ao ultraje, quer dizer, ao insulto, à agressão, à humilhação
14.	A vulnerabilidade tem a ver com a facilidade do homem ser “ferido” não só fisicamente, como sentimental e espiritualmente...
15.	A Doença é uma expressão concreta da vulnerabilidade humana
16.	É na enfermidade que o sujeito tem a máxima percepção da sua vulnerabilidade.
17.	A doença é a mais evidente expressão da vulnerabilidade humana e faz-se principalmente sentir no corpo através da dor
18.	A vulnerabilidade expressa-se numa condição em que a pessoa se sente diminuída física, social ou psicologicamente
19.	A vulnerabilidade manifesta-se sobretudo nos pontos fracos de uma pessoa
20.	A vulnerabilidade/fragilidade humana consubstancia uma ideia de fraqueza
21.	A vulnerabilidade é a consciência do próprio quebrar
22.	A vulnerabilidade resulta da consciência de que somos limitados
23.	A vulnerabilidade é tomar consciência de que o infinito não existe
24.	A vulnerabilidade representa a incapacidade de superar situações particularmente difíceis
25.	É Sobretudo a falta ou a perda de pessoas que nos são significativas que provocam sentimentos de vulnerabilidade
26.	A exposição á vulnerabilidade do outro provoca sentimentos de fragilidade própria
27.	Sentimo-nos frequentemente vulneráveis quando as nossas ações não provocam os resultados que esperamos
28.	Quando somos confrontados com as fatalidades do dia-a-dia como acidentes ou catástrofes tomamos consciência da nossa vulnerabilidade
29.	Quando conhecemos situações de doença, acidente ou morte de familiares ou outras pessoas com as quais partilhamos afetos aprendemos o significado de vulnerabilidade
30.	Somos particularmente vulneráveis ao medo/receio de que algo aconteça às pessoas que nos são mais próximas.
31.	A fragilidade da pessoa é essencialmente biológica e resulta da exposição a agressões do meio externo que podem levar à doença.
32.	O reconhecimento da vulnerabilidade/fragilidade humana é a base do Cuidar.
33.	A ideia da vulnerabilidade recorda-nos que devemos cuidar do outro como sujeito frágil.

## 2- Experiência da vulnerabilidade

34. Por várias vezes a doença ou a perda de capacidades levaram-me a pensar na fragilidade pessoal
35. A lembrança frequente de que posso ser atingido pela morte condiciona a minha forma de viver
36. A consciência da minha mortalidade faz-me pensar na minha fragilidade
37. Ao longo da minha vida a experiência de sofrimento físico evidenciaram a minha fragilidade
38. Ao longo da minha vida senti-me vulnerável principalmente perante experiências de sofrimento psicológico ou espiritual
39. Sinto-me particularmente vulnerável quando a minha situação social me coloca perante situações de injustiça e sofrimento social
40. Sinto-me particularmente vulnerável quando me sinto impotente perante uma situação difícil na vida
41. Sinto-me particularmente vulnerável quando me sinto impotente perante a dificuldade do outro
42. A minha fragilidade é-me lembrada cada vez que não consigo atingir os meus objetivos
43. Sinto-me particularmente vulnerável quando lido com a minha falta de conhecimento perante situações novas
44. Quando me sinto mais fraco fisicamente costumo pensar na minha fragilidade
45. Perante a incapacidade em ultrapassar obstáculos ou dificuldades sinto-me particularmente vulnerável
46. Quando me levanto e sinto o cansaço lembro-me da minha fragilidade
47. Quando olho para alguém que me é querido e vislumbro os sinais do seu envelhecimento leva-me a refletir na vulnerabilidade do ser humano
48. Em situações de doença, perante a incerteza do diagnóstico sinto-me particularmente frágil
49. Enquanto futuro profissional de saúde há alturas em que me questiono se serei vulnerável ao sofrimento do outro
50. Algumas situações ou acontecimentos negativos com familiares ou amigos fazem-me sentir mais vulnerável
51. Perante a morte de outras pessoas dei comigo a refletir na possibilidade da minha própria morte
52. Preocupa-me que no meu futuro exercício profissional não seja capaz de responder perante as situações mais complicadas.
53. Quando por algum motivo tenho de ficar longe da minha família sinto-me mais vulnerável
54. Em situações em que tenho de recorrer aos cuidados de saúde sinto-me particularmente frágil
55. Por vezes relembro situações de doença por que passei e a particular fragilidade que senti
56. Perante situações de solidão sinto-me mais vulnerável
57. Sinto-me mais frágil quando não consigo ajudar alguém que precisa
58. Sinto-me particularmente vulnerável quando quero mudar algumas situações e não consigo
59. Sinto-me particularmente vulnerável perante situações de injustiça social
60. Sinto-me particularmente vulnerável quando me apercebo que outras pessoas estão em situação difícil de saúde e que não há nada que possa fazer
61. Ter presenciado a morte de familiares ou de amigos leva-me a tomar consciência de que também sou vulnerável à morte.
62. O acompanhamento de pessoas doentes e em estado de particular fragilidade reavivaram-me a consciência da minha própria vulnerabilidade

### 3- A percepção das diferentes manifestações de vulnerabilidade na pessoa que necessita de cuidados de saúde

63. É o corpo que primeiro se revela vulnerável em cada doente
64. Apesar da vulnerabilidade ser experiência comum a todos o doentes ela é vivida em diferentes dimensões e em variadas manifestações de acordo com a subjetividade individual
65. A maior expressão da vulnerabilidade surge quando o doente se vê afetado na sua autonomia
66. A principal causa da vulnerabilidade na pessoa doente é a falta de conhecimento da sua situação
67. A vulnerabilidade da pessoa doente é sobretudo visível na sua debilidade física
68. Na pessoa doente a vulnerabilidade vive-se sobretudo a nível psicológico levando inclusive á somatização da sua fragilidade
69. As pessoas mais frágeis do ponto de vista psicológico são as mais doentes
70. O que realmente provoca sofrimento no doente é a sensação de derrota quando se pensa que já nada pode ser feito.
71. É sobretudo o afastamento da família e do seu ambiente do dia-a-dia que torna o doente mais frágil.
72. A vulnerabilidade da pessoa doente resulta da perda das suas rotinas e hábitos diários (sociais, familiares, profissionais, etc.)
73. A pessoa doente que recorre aos cuidados de saúde é principalmente vulnerável porque muitas vezes surge na sua solidão
74. A maior fragilidade da pessoa doente muitas vezes é provocada pelo facto de nas instituições de saúde ser tratada como um ser “inferior”.
75. Muitas vezes a pessoa doente torna-se frágil quando, no internamento, é tratada de forma “rotineira” sentindo que perde a sua própria identidade.
76. A fragilidade da pessoa doente manifesta-se tanto física como social ou psicologicamente.
77. A maior vulnerabilidade da pessoa doente resulta do desconhecimento e impotência perante a sua situação de saúde
78. Muitas vezes a maior vulnerabilidade da pessoa doente resulta de não ter ninguém com quem partilhar o seu sofrimento
79. A maior fragilidade da pessoa doente resulta sobretudo do medo da morte.
80. Por vezes a maior vulnerabilidade da pessoa doente resulta do sentimento de que já não é capaz de controlar a sua vida.



## **Anexo 5**

Versão para validação da Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana

---



## Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana

### 1- Conhecimento da vulnerabilidade/fragilidade

**De acordo com o seu entendimento sobre o significado de “vulnerabilidade/fragilidade humana” classifique o seu grau de concordância com as afirmações que se seguem sendo que:**

1 =	2 =	3 =	4 =	5 =	6 =
Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo bastante	Concordo totalmente

1. A experiência humana é marcada pela vulnerabilidade.	1	2	3	4	5	6
2. A ideia da vulnerabilidade recorda-nos que temos de viver com a mortalidade.	1	2	3	4	5	6
3. A vulnerabilidade faz parte da realidade constitutiva do Ser Humano; é condição universal da humanidade.	1	2	3	4	5	6
4. A vulnerabilidade chama a atenção para o carácter perecível, isto é, finito de todo o existente.	1	2	3	4	5	6
5. Quem se torna próximo do outro torna-se inevitavelmente frágil e vulnerável.	1	2	3	4	5	6
6. O ser humano é vulnerável porque está exposto às atitudes e reacções do outro.	1	2	3	4	5	6
7. Afirmar que o ser humano é vulnerável significa dizer que está sujeito à doença, à dor e ao envelhecimento.	1	2	3	4	5	6
8. Todos os seres humanos, sãos ou enfermos, são vulneráveis, pois estão sujeitos ao mal.	1	2	3	4	5	6
9. O Ser humano é vulnerável porque está exposto ao risco de fracassar.	1	2	3	4	5	6
10. A vulnerabilidade é a exposição ao ultraje, quer dizer, ao insulto, à agressão, à humilhação.	1	2	3	4	5	6
11. A vulnerabilidade tem a ver com a facilidade do homem ser “ferido” sentimentalmente	1	2	3	4	5	6
12. A vulnerabilidade tem a ver com a facilidade do homem ser “ferido” espiritualmente...	1	2	3	4	5	6
13. A Doença é uma expressão concreta da vulnerabilidade humana.	1	2	3	4	5	6
14. É na enfermidade que o sujeito tem a máxima percepção da sua vulnerabilidade.	1	2	3	4	5	6
15. A vulnerabilidade expressa-se numa condição pessoal de diminuição física ou psicológica.	1	2	3	4	5	6
16. A vulnerabilidade/fragilidade humana consubstancia uma ideia de fraqueza.	1	2	3	4	5	6
17. A vulnerabilidade resulta da consciência da nossa limitação.	1	2	3	4	5	6
18. Há pessoas que não têm consciência da vulnerabilidade humana.	1	2	3	4	5	6
19. A vulnerabilidade representa a incapacidade de superar situações particularmente difíceis.	1	2	3	4	5	6
20. É especialmente a falta ou a perda de pessoas que nos são significativas que convoca sentimentos de vulnerabilidade.	1	2	3	4	5	6
21. A exposição à vulnerabilidade do outro desperta sentimentos próprios de fragilidade.	1	2	3	4	5	6
22. Quando somos confrontados com as fatalidades do dia-a-dia, como acidentes ou catástrofes, tomamos consciência da nossa vulnerabilidade.	1	2	3	4	5	6
23. Somos particularmente vulneráveis ao medo/receio de que algo aconteça às pessoas que nos são mais próximas.	1	2	3	4	5	6
24. A fragilidade da pessoa é essencialmente biológica e resulta da exposição às agressões do meio externo que podem levar à doença.	1	2	3	4	5	6
25. Para se ser profissional de saúde não se pode ter presente a percepção da vulnerabilidade da Pessoa.	1	2	3	4	5	6
26. O reconhecimento da vulnerabilidade/fragilidade humana é a base do Cuidar.	1	2	3	4	5	6
27. A ideia da vulnerabilidade recorda-nos que devemos cuidar do outro como sujeito frágil.	1	2	3	4	5	6

## 2- Experiência da vulnerabilidade/fragilidade

De acordo com a sua experiência/vivência da “vulnerabilidade/fragilidade humana” classifique o seu grau de concordância com as afirmações que se seguem, sendo que:

1 =	2 =	3 =	4 =	5 =	6 =
Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo bastante	Concordo totalmente

28. Por várias vezes a doença ou a perda de capacidades levaram-me a pensar na fragilidade pessoal.	1	2	3	4	5	6
29. A lembrança frequente de que posso ser atingido pela morte condiciona a minha forma de viver.	1	2	3	4	5	6
30. A consciência da minha mortalidade faz-me pensar na minha fragilidade.	1	2	3	4	5	6
31. Ao longo da minha vida a experiência de sofrimento físico evidenciou a minha fragilidade.	1	2	3	4	5	6
32. Ao longo da minha vida senti-me vulnerável principalmente perante experiências de sofrimento psicológico ou espiritual.	1	2	3	4	5	6
33. Sinto-me particularmente vulnerável quando me sinto impotente perante uma situação difícil na vida.	1	2	3	4	5	6
34. Sinto-me particularmente vulnerável quando me sinto impotente perante a dificuldade do outro.	1	2	3	4	5	6
35. A minha fragilidade é-me consciente cada vez que não consigo atingir os meus objectivos.	1	2	3	4	5	6
36. Ter objectivos de vida a longo prazo diminui a percepção da vulnerabilidade humana.	1	2	3	4	5	6
37. Sinto-me particularmente vulnerável quando lido com a minha falta de conhecimento perante situações novas.	1	2	3	4	5	6
38. Quando me sinto mais fraco fisicamente costumo pensar na minha fragilidade.	1	2	3	4	5	6
39. Quando olho para alguém que me é querido, e vislumbro os sinais do seu envelhecimento, sou levado a reflectir na vulnerabilidade do ser humano.	1	2	3	4	5	6
40. Em situações de doença, perante a incerteza do diagnóstico, sinto-me particularmente frágil/vulnerável.	1	2	3	4	5	6
41. Enquanto futuro profissional de saúde, há alturas em que me questiono sobre se serei vulnerável ao sofrimento do outro.	1	2	3	4	5	6
42. Algumas situações ou acontecimentos negativos envolvendo familiares ou amigos fazem-me sentir mais vulnerável.	1	2	3	4	5	6
43. Perante a morte de outras pessoas dei comigo a reflectir sobre a certeza da minha própria morte.	1	2	3	4	5	6
44. Preocupa-me que no meu futuro exercício profissional não seja capaz de responder perante as situações mais complexas.	1	2	3	4	5	6
45. Quando, por algum motivo, tenho de ficar longe da minha família, sinto-me mais vulnerável.	1	2	3	4	5	6
46. Em situações em que tenho de recorrer aos cuidados de saúde, sinto-me particularmente frágil/vulnerável.	1	2	3	4	5	6
47. Perante situações de solidão sinto-me mais vulnerável.	1	2	3	4	5	6
48. Sinto-me mais frágil quando não consigo ajudar alguém que precisa de mim.	1	2	3	4	5	6
49. Sinto-me particularmente vulnerável perante situações de injustiça social.	1	2	3	4	5	6
50. Mesmo trabalhando com pessoas que sofrem consigo abstrair-me da vulnerabilidade humana.	1	2	3	4	5	6
51. O acompanhamento de pessoas doentes e em estado de particular fragilidade reavivaram-me a consciência da minha própria vulnerabilidade.	1	2	3	4	5	6

**3. A percepção das diferentes causas e manifestações de vulnerabilidade na pessoa que necessita de cuidados de saúde**

**De acordo com o seu entendimento sobre o modo como as pessoas doentes manifestam/vivem a sua vulnerabilidade, bem como das causas dessa vulnerabilidade, classifique o seu grau de concordância com as afirmações que se seguem sendo que:**

1 =                      2 =                      3 =                      4 =                      5 =                      6 =  
 Discordo              Discordo              Discordo              Concordo              Concordo              Concordo  
 totalmente           bastante              parcialmente        parcialmente        bastante              totalmente

52. Apesar da vulnerabilidade ser experiência comum a todos o doentes, ela é vivida em diferentes dimensões e em variadas manifestações de acordo com a sua subjectividade.	1	2	3	4	5	6
53. A maior expressão da vulnerabilidade surge quando o doente se vê afectado na sua autonomia.	1	2	3	4	5	6
54. A principal causa da vulnerabilidade na pessoa doente é a falta de conhecimento objectivo da sua situação.	1	2	3	4	5	6
55. A vulnerabilidade da pessoa doente é sobretudo visível na sua debilidade física.	1	2	3	4	5	6
56. Na pessoa doente a vulnerabilidade vive-se sobretudo ao nível psicológico, levando inclusive a manifestações físicas dessa fragilidade.	1	2	3	4	5	6
57. As pessoas mais frágeis do ponto de vista psicológico são as mais doentes.	1	2	3	4	5	6
58. O que realmente provoca sofrimento no doente é a sensação de derrota pela consciência de que já nada pode ser feito.	1	2	3	4	5	6
59. É sobretudo o afastamento da família e do seu ambiente do dia-a-dia que torna o doente mais frágil.	1	2	3	4	5	6
60. A vulnerabilidade da pessoa doente resulta da perda das suas rotinas e hábitos diários (sociais, familiares, profissionais, etc.)	1	2	3	4	5	6
61. A pessoa doente que recorre aos cuidados de saúde é vulnerável porque, muitas vezes, se vê na sua solidão.	1	2	3	4	5	6
62. A maior fragilidade da pessoa doente é, muitas vezes, provocada pelo facto de, nas instituições de saúde, ser tratado como um ser despersonalizado.	1	2	3	4	5	6
63. Muitas vezes a pessoa doente torna-se frágil quando, no internamento, é tratada de forma “rotineira”, sentindo a perda da sua identidade pessoal.	1	2	3	4	5	6
64. A fragilidade da pessoa doente manifesta-se tanto física como social ou psicologicamente.	1	2	3	4	5	6
65. Muitas vezes a maior vulnerabilidade da pessoa doente resulta de não ter ninguém com quem partilhar o seu sofrimento.	1	2	3	4	5	6
66. A maior fragilidade da pessoa doente resulta sobretudo do medo da morte.	1	2	3	4	5	6
67. Por vezes a maior vulnerabilidade da pessoa doente resulta do sentimento de que já não é capaz de controlar a sua vida.	1	2	3	4	5	6



## **Anexo 6**

CAQ e TIQ originais e pedidos de autorização para adaptação (email David arthur)

---



## The refinement of the Caring Attributes Professional Self and Technological Influences Instrument (CAPSTI-2)

D. Arthur, S. Pang and T. Wong

Department of Nursing and Health Sciences

HKPolyU

An exploratory factor analysis with varimax rotation was conducted on the total sample, with negative items reversed. Four clear factors emerged, and a further two weaker factors which supported the four hypothesised subscales of the 60 item instrument and accounted for 43.2% of the variance. Items with weak and conflicting loadings and those with low item-total correlation were noted.

A further factor analysis was conducted with the Australian and New Zealand sample to test and compare the factor structure to the international sample in what was expected to be a more homogeneous group with similar educational, language and cultural backgrounds. This sample also contained a sample size of 404 which was considered acceptable for the procedure of factor analysis with a sample approximately 7 times the number of items. After negative items were reversed a factor analysis revealed six factors accounting for 45.27% of the variance. Items with weak factor loadings and poor item-total correlation were removed. The internal consistency of the six factors ranged from 0.89, 0.86, 0.74, 0.72, 0.60 to 0.62. The latter two factors were even weaker in the international sample and it was decided to delete these items. The major difference in the factor structure between the total sample and the Australian & New Zealand sample was in the first two sub-scales which merged together in the international sample yet were clearly separate in the other. The two weak sub-scales, which had weak factor loadings in the international sample were at a tolerable level in the A&NZ sample and followed the initial sub-scale structure of the instrument. These sub-scales (sub-scale five:3,7,9,10,12,13,57; sub-scale six:44,45,47,49) could be included in an instrument but in view of the subsequent analysis it is advisable to leave them out as they are largely covered by other more reliable and valid items and a shorter instrument is more desirable.

The remaining 31 items, with a total alpha reliability of 0.77, clustered into the following sub-scales:

1. **Caring communication:** Items 14,15,18,20,21,24,26,28,30,32,33. Internal consistency:  $\alpha=0.89$ , item-total correlation:  $0.41 < r < 0.73$ .

This sub-scale includes items which describe behaviours that a nurse demonstrates when actively encouraging the process of communication. The definitive item (factor loading 0.68) is "Talking to the patient", and is supported by the other items which mention behaviors such as treating people as individuals, being empathic, touching, and helping make experiences more pleasant. Other items relate to behaviours, which are empowering, such as helping the patient to clarify thinking, explaining care, educating the patient about care and keeping the relatives informed.

2. **Caring advocacy:** Items 22,34,35,37,38,40,41. Internal consistency:  $\alpha=0.86$ , item-total correlation:  $0.38 < r < 0.73$ .

The items in this sub-scale relate to nurse's activities, which are carried out to ensure quality of care, and stem from professional expertise. The definitive item is "working collaboratively with colleagues to ensure continuity of care" (factor loading 0.73) supported by another which mentions speaking on behalf of the patient. Other items focus on preventing problems from occurring, knowing what to do, and being able to document care.

3. **Caring involvement:** Items 11,16,23,27,31,42,46,53. Internal consistency:  $\alpha=0.74$ , item-total correlation:  $0.30 < r < 0.58$ .

In this sub-scale the items relate to involving the patient in the care process. The definitive item, which captures the essence of this sub-scale, relates to avoiding the patient. (factor loading 0.71), while others mention putting the needs of the hospital before the patient, expecting the patient to do what they are told, not giving information or involving them in their care or feeling concern. Interestingly, all these items are negatively stated in the instrument.

4. **Learning to care:** Items 5,54,55,58,59. Internal consistency:  $\alpha=0.72$ , item-total correlation:  $0.34 < r < 0.55$ .

The items in this scale were originally written to reflect pedagogical perspectives of caring. They relate to how and where nurses learn to care and raise the issue of whether or not nursing is a planned or haphazard activity. The definitive item is "Caring is learned by modeling in the clinical setting"

The 31 items which comprise CAPSTI2 were selected based on factor loadings from the original 60 items, item-total correlations and sub-scale reliability. The subscales "Caring: Theoretical perspectives" and "Caring: Meaning" have been largely removed but the concepts are adequately addressed in remaining items which are clearer, less ambiguous in some cases and therefore more reliable and valid. An extra sub-scale, 'Caring involvement' emerged which is statistically consistent, contains negative items and reflects a unique domain.

## **PART II**

Answer each item by ranking your agreement on the four point scale: 1=disagree, 2=tend to disagree, 3=tend to agree, 4= agree. *By circling one symbol ('1' or '4') you are indicating your disagreement or agreement.*

Rank your degree of agreement with the following items. *How well does each items describe you and your work as a nurse:.*

<b>Item</b>	<b>1 = disagree</b>	<b>2 = tend to disagree</b>	<b>3 = tend to agree</b>	<b>4 = agree</b>
1. When I am at work and the situation calls, I am able to think of alternatives.	1	2	3	4
2. I am a skilful nurse.	1	2	3	4
3. I am a competent leader.	1	2	3	4
4. I believe that flexibility is one of my attributes.	1	2	3	4
5. Competency is one of my characteristics.	1	2	3	4
6. When I am in charge, people work efficiently.	1	2	3	4
7. I generally look forward to going to work.	1	2	3	4
8. When confronted with nursing problems my creativity helps me solve them.	1	2	3	4
9. I do not believe I am particularly empathic.	1	2	3	4
10. Nursing is a rewarding career.	1	2	3	4
11. Flexibility helps solve nursing problems.	1	2	3	4
12. I prefer a barrier between me and my patients.	1	2	3	4
13. I would rather not have the responsibility of leadership.	1	2	3	4
14. Work as a nurse is generally as I expected before started.	1	2	3	4
15. I am quick to grasp the essentials of nursing problems, to see alternative solutions and to select the most appropriate solution.	1	2	3	4
16. I think it is important to share emotions with patients.	1	2	3	4
17. Most of my colleagues seem willing to work with me as a leader.	1	2	3	4
18. I regret ever starting nursing.	1	2	3	4
19. On the whole I am satisfied with my creative approach to my work as a nurse.	1	2	3	4
20. Competency is the demonstrated ability to successfully apply knowledge and skills in the performance of complex tasks. I am a competent nurse.	1	2	3	4
21. I feel more comfortable not getting too emotionally close to the people I work with.	1	2	3	4
22. Decision making is one of my attributes.	1	2	3	4
23. Nursing is less satisfying than I thought it would be.	1	2	3	4
24. I usually perform skills as well as my other colleagues.	1	2	3	4
25. I feel trapped as a nurse.	1	2	3	4
26. My flexible approach brings out the best in my patients.	1	2	3	4
27. I think I will continue in nursing for the most of my working life.	1	2	3	4
28. In nursing, it is important to have professional interaction with colleagues.	1	2	3	4
29. Most people would say nursing is a valuable profession.	1	2	3	4
30. I think I am respected as a nurse by other professionals.	1	2	3	4

## TIQ

Item	1 = disagree	2 = tend to disagree	3 = uncertain	4 = tend to agree	5 = agree
31. I don't think there is any more spare time in nursing even though we have an increase in technology.	1	2	3	4	5
32. High technology requires high-tech skills.	1	2	3	4	5
33. The increase in technology in nursing has increased the workload of nurses.	1	2	3	4	5
34. The increase of technical tasks has downgraded the nursing profession.	1	2	3	4	5
35. The influx of technology has raised the professional of nurses.	1	2	3	4	5
36. Due to the application of technology nurses often become frustrated when the inevitable death of a patient occurs.	1	2	3	4	5
37. Technology and the use of machines often interferes with providing adequate nursing care.	1	2	3	4	5
38. Nurses often neglect patients because of the influx of machines.	1	2	3	4	5
39. I'm not sure about the benefits of technology to my practice.	1	2	3	4	5
40. In general technology enhances patient care and well-being.	1	2	3	4	5
41. Technology has resulted in nurses becoming increasing professionally uncertain.	1	2	3	4	5
42. Mastery of technology has helped nurses control their work environment.	1	2	3	4	5
43. Technology is an activity which adds meaning to the work of nurses.	1	2	3	4	5
44. Mastery of technology is a useful tool in developing the professional status of nurses.	1	2	3	4	5

**DEPARTMENT OF HEALTH SCIENCES**

**NURSING STUDIES SECTION**

**OPINION SURVEY**

This questionnaire was developed by nurses from the Department of Health Sciences at the Hong Kong Polytechnic University.

This is an international study involving nurses from different countries including:

Australia, Canada, China, Hong Kong, Japan, Macau, Philippines, Scotland, South Africa, South Korea and Sweden.

By filling in the questionnaire you will be helping us develop a profile of how nurses in different cultures approach caring and professional issues in nursing.

This questionnaire consists of four parts, which explore nurses' perceptions of caring, professional-self and technological influences in their caring practice.

In all four parts please express your opinion upon the item statements.

All data will be kept confidential and only group results will be reported. It is not necessary to write your name.

Thank you for taking the time to complete the questionnaire.

Yours sincerely,

David Arthur

Thomas Wong

Samantha Pang

This study is funded by the University Grants Committee of Hong Kong

*© Arthur, Pang, Wong. 1997.*

## PART IV

The following items relate to *what caring means to you as a nurse*. Rank your degree of agreement. Try to write what you believe, not what others say, or what others might expect you to say.

Item	1 = disagree	2 = tend to disagree	3 = uncertain	4 = tend to agree	5 = agree
1. Caring is a natural human response and does not require any planning.	1	2	3	4	5
2. Caring is the central feature of nursing.	1	2	3	4	5
3. Caring nurses are motivated by a feeling or emotion to provide care for patients.	1	2	3	4	5
4. In plain language caring is a 'joint effort' between the nurse and the patient.	1	2	3	4	5
<b>5. Caring is a planned nurse activity designed to meet patient's needs.</b>	1	2	3	4	5
6. Caring is acting , it is not just a feeling.	1	2	3	4	5
7. Caring is a central virtue in nursing and focuses on the nurse as the moral agent.	1	2	3	4	5
8. Caring is aimed at preserving the dignity of the patient.	1	2	3	4	5
9. Caring is unique in nursing.	1	2	3	4	5
10. A nurse cannot care too much.	1	2	3	4	5
<b>11. Caring makes no difference to the patient's health condition.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
12. If a nurse ceases to care, he/she ceases to be a nurse.	1	2	3	4	5
13. Caring is a tool for technology.	1	2	3	4	5

Rank your degree of agreement with the following items. *When I am working with my patient, I am being caring*

*when I am :*

Item	1 = disagree	2 = tend to disagree	3 = uncertain	4 = tend to agree	5 = agree
<b>14. Treating everyone as an individual.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>15. Being empathic.</b>	1	2	3	4	5
<b>16. Avoiding the patient.</b>	1	2	3	4	5
17. Listening to the patient.	1	2	3	4	5
<b>18. Touching the patient when comfort is needed.</b>	1	2	3	4	5
19. Allowing the patient to express feelings.	1	2	3	4	5
<b>20. Talking to the patient.</b>	1	2	3	4	5
<b>21. Helping to make experiences more pleasant.</b>	1	2	3	4	5

Item	1 = disagree	2 = tend to disagree	3 = uncertain	4 = tend to agree	5 = agree
<b>22. Demonstrating professional skills.</b>	1	2	3	4	5
<b>23. Putting the needs of the hospital before the patient.</b>	1	2	3	4	5
<b>24. Communicating with the patient.</b>	1	2	3	4	5
25. Providing the patient with encouragement.	1	2	3	4	5
<b>26. Helping the patient clarifying thinking.</b>	1	2	3	4	5
<b>27. Expecting the patient to do what I tell him/her.</b>	1	2	3	4	5
<b>28. Treating patient's information confidentially.</b>	1	2	3	4	5
29. Helping the patient with his/her activities of daily living.	1	2	3	4	5
<b>30. Giving the patient explanations concerning his/her care.</b>	1	2	3	4	5
<b>31. When I don't give the patient all the information he/she needs.</b>	1	2	3	4	5
<b>32. Educating the patient about some aspects of self-care.</b>	1	2	3	4	5
<b>33. Keeping the relatives informed about the patient as negotiated with the patient.</b>	1	2	3	4	5
34. Preventing any anticipated problems/dangers from occurring.	1	2	3	4	5
<b>35. Knowing what to do in an emergency.</b>	1	2	3	4	5
<b>36. Creating a sense of trust.</b>	1	2	3	4	5
<b>37. Speaking up for the patient, when it is perceived that something harmful will be done to the patient.</b>	1	2	3	4	5
<b>38. Speaking on behalf of the patient, in relation to their care.</b>	1	2	3	4	5
39. Paying attention to the patient when he/she is talking.	1	2	3	4	5
<b>40. Documenting care given to patient.</b>	1	2	3	4	5
<b>41. Working collaboratively with colleagues to ensure continuity of care.</b>	1	2	3	4	5
<b>42. Not involving the patient in the planning of their care.</b>	1	2	3	4	5

Rank your degree of agreement with the following items. *How well does each item describe a caring nurse:*

Item	1 = disagree	2 = tend to disagree	3 = uncertain	4 = tend to agree	5 = agree
43. To be a caring nurse is to just ask someone how they are, and to look after and provide for them.	1	2	3	4	5
44. To be a caring nurse is to care for another person and to help him/her.	1	2	3	4	5
45. To be a caring nurse is to do your best to make someone comfortable in their surroundings.	1	2	3	4	5
<b>46. Caring nurses do not feel concern for the well-being of others.</b>	1	2	3	4	5
47. To be a caring nurse is to help someone who is suffering from a disability and is unable to do things you can do.	1	2	3	4	5
48. A committed nurse is one who is prepared to work extra time with no pay.	1	2	3	4	5
49. The human expression of compassion is a necessary component of caring in an environment which technologically cold and impersonal.	1	2	3	4	5
50. A competent nurse is someone who has respect for themselves, the profession and patients.	1	2	3	4	5
51. A confident relationship between a nurse and a patient is one based on trust, truth and respect.	1	2	3	4	5
52. A caring nurse is displaying conscience when they are morally aware of their relationship and the status of their actions on others.	1	2	3	4	5
<b>53. A committed nurse is one who is to balance personal desires and professional obligation to provide care to patients.</b>	1	2	3	4	5

Rank your degree of agreement with how each item describes, *how caring is learned and taught:*

Item	1 = disagree	2 = tend to disagree	3 = uncertain	4 = tend to agree	5 = agree
<b>54. Caring is learned through instruction in counselling techniques.</b>	1	2	3	4	5
<b>55. Caring is learned by modelling in the clinical setting.</b>	1	2	3	4	5
56. Caring cannot be learned or taught.	1	2	3	4	5
57. To care for a patient is an obligation according to patient's needs, regardless of the nurses' experience or ability.	1	2	3	4	5
<b>58. Nurses learn about caring in the nursing school.</b>	1	2	3	4	5
<b>59. Nurses learn about caring by observing other nurses work.</b>	1	2	3	4	5
60. Nurses learn about caring from personal experience.	1	2	3	4	5

- END -

*thank you for your kind co-operation*

## **Anexo 7**

CAQ e TIQ traduzidos

---



## CAQ - Questionário dos atributos do Cuidar

Os seguintes itens estão relacionados com o que significa “Cuidar” para um profissional de saúde. Classifique o seu grau de concordância com as afirmações que se seguem, tendo em conta o que para si significa “Cuidar”. Tente responder de acordo com o que realmente acredita e não com o que os outros dizem, ou o que os outros esperam que você diga.

Item      1 =                      2 =                      3 =                      4 =                      5 =  
                   Discordo    Tendo a discordar    Incerto    Tendo a concordar    Concordo

1.	Cuidar é uma actividade do Profissional de Saúde planeada para atender às necessidades do doente.	1	2	3	4	5
2.	Cuidar não é significativo para a condição de saúde do doente.	1	2	3	4	5
3.	Cuidar é Tratar todos os doentes respeitando a sua individualidade.	1	2	3	4	5
4.	Cuidar é ser empático.	1	2	3	4	5
5.	Estou a cuidar quando estou a evitar o doente.	1	2	3	4	5
6.	Estou a cuidar quando “toco” o doente nos momentos em que este necessita de conforto.	1	2	3	4	5
7.	Estou a cuidar quando converso com o doente.	1	2	3	4	5
8.	Cuidar é ajudar a tornar o internamento mais agradável.	1	2	3	4	5
9.	Cuidar é demonstrar competências profissionais.	1	2	3	4	5
10.	Cuidar é colocar as necessidades do hospital à frente das do doente.	1	2	3	4	5
11.	Cuidar é comunicar com o doente.	1	2	3	4	5
12.	Estou a Cuidar quando ajudo o doente a clarificar o seu pensamento.	1	2	3	4	5
13.	Cuidar é levar o doente a fazer o que eu lhe digo.	1	2	3	4	5
14.	Estou a Cuidar quando trato a informação do doente de forma confidencial.	1	2	3	4	5
15.	Estou a Cuidar quando dou explicações ao doente sobre os seus cuidados.	1	2	3	4	5
16.	Cuidar é não dar ao doente todas as informações que necessita.	1	2	3	4	5
17.	Estou a Cuidar quando estou a orientar o doente para o auto-cuidado.	1	2	3	4	5
18.	Cuidar é manter os familiares informados sobre o doente de acordo com prerrogativas negociadas entre ambos.	1	2	3	4	5
19.	Cuidar é prevenir a ocorrência de eventuais complicações.	1	2	3	4	5
20.	Cuidar é saber o que fazer numa emergência.	1	2	3	4	5
21.	Cuidar é falar em nome do doente quando o profissional de saúde se apercebe de que algo prejudicial (para o doente) poderá ser feito.	1	2	3	4	5
22.	Estou a Cuidar quando falo em nome do doente em relação aos seus cuidados.	1	2	3	4	5
23.	Estou a Cuidar quando estou a documentar os cuidados prestados ao doente.	1	2	3	4	5
24.	Estou a Cuidar quando estou a trabalhar em colaboração com colegas para assegurar a continuidade dos cuidados.	1	2	3	4	5
25.	Estou a Cuidar quando não envolvo o doente no planeamento do seu cuidado.	1	2	3	4	5
26.	Os profissionais de saúde que se baseiam no “Cuidar” não se sentem preocupados com o bem-estar dos outros.	1	2	3	4	5
27.	Um Profissional de Saúde empenhado/a é aquele/a que equilibra os seus desejos pessoais com as suas obrigações	1	2	3	4	5

profissionais em prestar cuidados aos doentes.					
28. O Cuidar aprende-se através do ensino das técnicas de aconselhamento.	1	2	3	4	5
29. O Cuidar é aprendido por observação no contexto clínico.	1	2	3	4	5
30. Os Profissionais de Saúde aprendem sobre o cuidar nas escolas.	1	2	3	4	5
31. Os Profissionais de Saúde aprendem sobre o cuidar ao observar o trabalho de outros Profissionais.	1	2	3	4	5

## TIQ – Technological Influences Scale/Escala da influência tecnológica

Os seguintes itens procuram perceber a sua impressão sobre a influência da tecnologia nos cuidados de saúde. Classifique o seu grau de concordância com as informações que se seguem.

Item    1 =                    2 =                    3 =                    4 =                    5 --  
Discordo    Tendo a discordar    Incerto    Tendo a concordar    Concordo

1. Considero que existem poucos tempos mortos na prestação de cuidados de saúde, apesar de um maior uso de tecnologias na saúde.	1	2	3	4	5
2. O uso de tecnologia requer a aprendizagem de competências técnicas.	1	2	3	4	5
3. O uso de mais tecnologia aumentou a carga de trabalho dos profissionais de saúde.	1	2	3	4	5
4. O maior uso de meios tecnológicos colocou a Os profissionais de saúde em segundo plano.	1	2	3	4	5
5. O maior uso de tecnologia aumentou as responsabilidades dos profissionais de saúde.	1	2	3	4	5
6. Devido ao uso de mais tecnologia os profissionais de saúde sentem-se frustrados quando um doente morre.	1	2	3	4	5
7. A tecnologia e o uso de máquinas interferem na prestação adequada de cuidados ao doente.	1	2	3	4	5
8. O uso de máquinas leva os profissionais de saúde a negligenciar os seus doentes	1	2	3	4	5
9. Tenho dúvidas sobre os benefícios da tecnologia para a minha futura profissão	1	2	3	4	5
10. Geralmente a tecnologia potencia o bem-estar do doente e os seus cuidados de saúde.	1	2	3	4	5
11. A tecnologia destabilizou as várias profissões da saúde.	1	2	3	4	5
12. O domínio da tecnologia ajuda os profissionais de saúde a controlar o seu ambiente de trabalho.	1	2	3	4	5
13. A tecnologia traz significado ao trabalho dos profissionais de saúde.	1	2	3	4	5
14. O domínio da tecnologia é uma ferramenta importante no desenvolvimento do estatuto das várias profissões de saúde.	1	2	3	4	5

## **Anexo 8**

Website para aplicação do instrumento de colheita de dados para validação

---







## **Anexo 9**

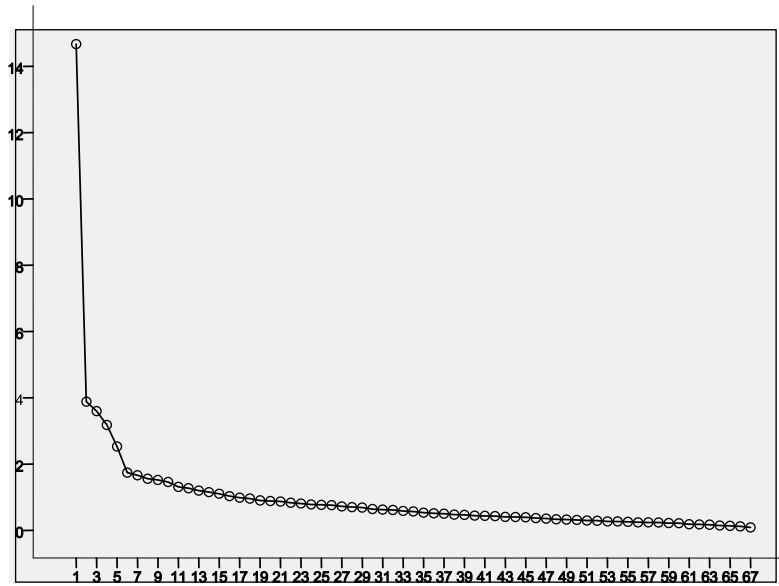
Análise KMO, Bartlett test e gráfico scree plot para a ERVH

---



### KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,863
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	9643,898
	df	2211
	Sig.	,000



Número de componentes



## **Anexo 10**

Análise KMO, Bartlett test e gráfico scree plot para o CAQ

---



**KMO and Bartlett's Test**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	<b>,832</b>	
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	2724,901
	df	465
	Sig.	,000



## **Anexo 11**

Análise KMO, Bartlett test e gráfico scree plot para o TIQ

---



**KMO and Bartlett's Test**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,813
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	930,630
	df	91
	Sig.	,000



## **Anexo 12**

Autorizações e versão final do questionário

---



~~o~~ relatório ao 'supra' foi dada por via informática  
Lamego, 31.1.2012

Vila Real, Novembro de 2011

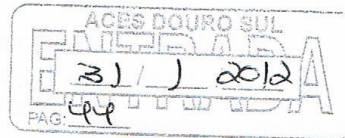
Presidente do Conselho de ACES Douro Sul  
Dr. Amadeu Brito

Autorização

Lamego, 3.2.2012

Exmo. Senhor Director Executivo do Agrupamento  
de Centros de Saúde – Douro Sul

31/1/2012



**Assunto:** Autorização para aplicação de instrumentos de recolha de dados no âmbito do Doutoramento aos Profissionais de Saúde (Médicos, Enfermeiros) dos Centros de Saúde do Agrupamento Douro Sul.

Carlos Manuel Torres Almeida, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real /UTAD, encontra-se a desenvolver, no âmbito do Curso de Doutoramento em Saúde, uma dissertação com o tema “A Representação da vulnerabilidade humana e o Cuidar em saúde”, orientada pelo Professor Doutor Vítor Manuel Pereira Rodrigues (Escola Superior de Enfermagem de Vila Real – UTAD) e pelo Professor Doutor Joaquim Escola (Escola de Ciências Sociais e Humanas –UTAD).

O projecto de investigação tem como objectivo geral perceber o papel que a representação da vulnerabilidade humana desempenha na adopção do paradigma do “Cuidar” por parte dos profissionais de saúde. Para o efeito pretende-se proceder à aplicação de um instrumento de recolha de dados (anexos a este pedido), composto por três escalas aos profissionais de Saúde (médicos, enfermeiros) do agrupamento a que V. Ex<sup>a</sup> preside.

As escalas são as seguintes:

- Escala da Representação da vulnerabilidade humana.
- Questionário dos Atributos do Cuidar
- Escala da Influencia Tecnológica

A participação no estudo será voluntária, é garantido o anonimato e não será efectuado qualquer estudo comparativo entre instituições pelo que o nome do Hospital a que o profissional pertence será apenas usado na caracterização da amostra. Os resultados obtidos poderão ser apresentados mais tarde mas os dados nunca identificados de forma individual. Os dados do “grupo” serão postos à disposição a pedido dos interessados.



## Escola Superior de Enfermagem

*Dr. José Timóteo Montalvão Machado*

Quinta dos Montalvões - Outeiro Seco  
Apartado 163 - Tel: 276 301 690 Fax: 276 301 691  
5400-673 CHAVES

Exmo. Senhor:  
Carlos Manuel Torres Almeida  
Professor Adjunto da  
Escola Superior de Enfermagem de  
Vila Real – UTAD  
Lugar do Tojal  
5000-232 Lordelo  
Vila Real

N/OPº: 292/2011

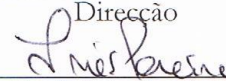
Proc.º:

Data:2011/10/18

Em resposta à Vossa solicitação para aplicação de instrumento de recolha de dados no âmbito da Dissertação de Doutoramento em Saúde, subordinado ao tema “A Representação da Vulnerabilidade Humana e o Cuidar em saúde”, destinado aos estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem desta Escola, informo que o mesmo foi autorizado.

Sem outro assunto, com os melhores cumprimentos.

A Presidente do Conselho de  
Direcção

  
Profª Inês Pereira

IP/ap

*Alocada a aplicação  
do Questionário ao pessoal  
de Enfermeiros.*

*15/2/12*

*Antónia Alves*  
Enfermeira Directora

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de  
Administração Do Centro Hospitalar de  
Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E

CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO		ENTRADA N.º <i>753</i>
DATA <i>9/2/12</i>		
PRESIDENTE C.A.	<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. APROVISIONAMENTO <input type="checkbox"/>
ADM.	<input type="checkbox"/>	SERV. FINANCEIROS <input type="checkbox"/>
A.D.M.O.T.	<input type="checkbox"/>	SERV. PESSOAL <input type="checkbox"/>
PAR. SERV.	<input type="checkbox"/>	S.I.E.S. <input type="checkbox"/>
D. SER.	<input type="checkbox"/>	OUTROS SERVIÇOS <input type="checkbox"/>
ARQUIVADO	<input type="checkbox"/>	

*ant. Alves*

*C*

*Nada a obr*  
*Francisco Esteves*  
*Director Clínico*

Vila Real, Janeiro 2012

Assunto: Autorização para aplicação de instrumentos de recolha de dados, no âmbito do Doutoramento, aos Profissionais de Saúde (Médicos, Enfermeiros) do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E

Carlos Manuel Torres Almeida, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real /UTAD, encontra-se a desenvolver, no âmbito do Curso de Doutoramento em Saúde da UTAD, uma dissertação com o tema "A Representação da Vulnerabilidade Humana e o Cuidar em Saúde", tendo como Coordenador Científico o Professor Doutor Vitor Manuel Pereira Rodrigues (Escola Superior de Enfermagem de Vila Real – UTAD).

O projecto de investigação tem os seguintes objectivos:

#### Objectivo geral

- Perceber o papel que a representação da vulnerabilidade humana desempenha na adopção do paradigma do "Cuidar" por parte dos profissionais de saúde.

#### Objectivos específicos

- Compreender qual o conhecimento teórico que os profissionais de saúde têm da vulnerabilidade humana
- Identificar as situações que provocam nos profissionais de saúde a experiência da vulnerabilidade humana
- Reconhecer quais as manifestações e causas de vulnerabilidade que os profissionais de saúde percebem nos doentes

Nede copia

03.11.2011

Alexandra Ribeiro  
Presidente do Conselho  
de Administração

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração  
do Hospital S. Teotónio de Viseu

Vila Real, Novembro de 2011

**Assunto:** Autorização para aplicação de instrumentos de recolha de dados no âmbito do Doutoramento aos Profissionais de Saúde (médicos, enfermeiros) do Hospital S. Teotónio de Viseu

Carlos Manuel Torres Almeida, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real /UTAD, encontra-se a desenvolver, no âmbito do curso de Doutoramento em Saúde, uma dissertação com o tema “A Representação da vulnerabilidade humana e o Cuidar em saúde”, orientada pelo Professor Doutor Vitor Manuel Pereira Rodrigues (Escola Superior de Enfermagem de Vila Real – UTAD) e pelo Professor Doutor Joaquim Escola (Escola de ciências Sociais e Humanas –UTAD).

O projecto de investigação tem como objectivo geral perceber o papel que a representação da vulnerabilidade humana desempenha na adopção do paradigma do “Cuidar” por parte dos profissionais de saúde. Para o efeito pretende-se proceder à aplicação de um instrumento de recolha de dados (anexos a este pedido), composto por três escalas aos profissionais de Saúde (médicos, enfermeiros) da instituição a que V. Ex<sup>a</sup> preside.

As escalas são as seguintes:

- Escala da Representação da vulnerabilidade humana.
- Questionário dos Atributos do Cuidar
- Escala da Influencia Tecnológica

A participação no estudo será voluntária, é garantido o anonimato e não será efectuado qualquer estudo comparativo entre instituições pelo que o nome do Hospital a que o profissional pertence será apenas usado na caracterização da amostra. Os resultados obtidos poderão ser apresentados mais tarde mas os dados nunca identificados de forma individual. Os dados do “grupo” serão postos à disposição a pedido dos interessados.

Perante o exposto, solicita-se a V<sup>a</sup>Ex<sup>a</sup> o consentimento para desenvolver o trabalho de investigação nesta Instituição.

Junto em anexo: Instrumento de colheita de dados.

Certo da vossa receptividade para este estudo subscreve:

*Carlos Manuel Torres Almeida*

(Carlos Manuel Torres Almeida)

<b>Hospital de São Teotónio - Viseu</b>	
Secretariado da Administração	
Documento n.º	<u>2157</u>
Entrada	<u>3 / 11 / 2011</u> <i>W</i>
Saida	<u>4 / 11 / 2011</u>
Secretaria	<u>W</u>

**RE: Pedido de Autorização para colheita de dados para Doutoramento**

calopes@icbas.up.pt [calopes@icbas.up.pt]

**Enviado:** quarta-feira, 16 de Novembro de 2011 22:20**Para:** Carlos Manuel Torres Almeida

---

Sim

Carlos Lopes

> Exm. Sr. Prof. Dr. Carlos Alberto da Silva Lopes

>

> Agradeço desde já a atenção. Posso depreender das suas palavras que estou

> autorizado a colher os dados nas condições que acordar com a associação

> de estudantes ?

>

>

Cumprimentos

>

>

> Torres

>

> De: Carlos Lopes [calopes@icbas.up.pt]

> Enviado: terça-feira, 15 de Novembro de 2011 14:27

> Para: Carlos Manuel Torres Almeida

> Assunto: RE: Pedido de Autorização para colheita de dados para

> Doutoramento

>

> Caro Aluno de doutoramento.

>

> Deverá contactar os estudantes através da respectiva Associação de

> Estudantes (internet@aeicbasup.pt<mailto:internet@aeicbasup.pt>

>

> Carlos Lopes

>

>

> De: Carlos Manuel Torres Almeida [mailto:calmeida@utad.pt]

> Enviada: segunda-feira, 14 de Novembro de 2011 12:02

> Para: calopes@icbas.up.pt

> Assunto: Pedido de Autorização para colheita de dados para Doutoramento

> Importância: Alta

>

> Exm. Sr. Prof. Dr. Carlos Alberto da Silva Lopes

>

> O meu nome é Carlos Torres sou Docente da Escola Superior de Enfermagem

> de Vila Real/UTAD e encontro-me a desenvolver uma tese de Doutoramento

> com o tema "A Representação da vulnerabilidade humana e o Cuidar em

> saúde". O projecto de investigação tem como objectivo geral perceber o

> papel que a representação da vulnerabilidade humana desempenha na

> adopção do paradigma do "Cuidar" por parte dos futuros profissionais de

> saúde. Para o efeito pretende-se proceder à aplicação de três

> instrumentos de recolha de dados (anexos a este pedido) aos alunos

> finalistas do curso de Medicina do qual V. Ex<sup>a</sup> é Director.

> Vinha por isso saber qual a possibilidade de me ser concedida a

> autorização para essa colheita de dados e de como devo proceder para a

> obter. Segue em anexo um Requerimento onde explicito os instrumentos de

> recolha de dados e os os instrumentos a aplicar.

>

>

> pela

> atenção

>

>

>

Grato

Carlos Torres

<https://mail.utad.pt/owa/?ae=Item&t=IPM.Note&id=RgAAAAC0iOP8VYfHOLYMmi...> 10-12-2013

## **Caro Estudante de Medicina**

No âmbito do curso de Doutoramento em Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) encontro-me a desenvolver um estudo que pretende avaliar a relação entre a "Representação da vulnerabilidade Humana" e o "Cuidar" em Saúde.

Sem a sua participação activa neste estudo e neste projecto, nunca conseguiremos determinar a relação entre a representação da vulnerabilidade e o cuidar em saúde.

Deste modo, venho solicitar-lhe o preenchimento de três Escalas: a Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana; a Escala dos Atributos do Cuidar e a Escala da Influência Tecnológica.

Os questionários são confidenciais e anónimos pelo que não deve colocar o seu nome.

Desde já o meu muito obrigado pela colaboração

Carlos Torres



**Exmº Sr. Presidente da Faculdade de Ciências  
da Saúde da Universidade da Beira Interior**

**Assunto:** Autorização para aplicação de instrumentos de recolha de dados no âmbito do Doutoramento aos alunos do 6º ano do curso Medicina

Carlos Manuel Torres Almeida, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real /UTAD, encontra-se a desenvolver, no âmbito do curso de Doutoramento em Saúde, uma dissertação com o tema “A Representação da vulnerabilidade humana e o Cuidar em saúde”. O projecto de investigação tem como objectivo geral perceber o papel que a representação da vulnerabilidade humana desempenha na adopção do paradigma do “Cuidar” por parte dos futuros profissionais de saúde. Para o efeito pretende-se proceder à aplicação de três instrumentos de recolha de dados (anexos a este pedido) aos alunos do 6º ano do curso de Medicina da instituição que V. Exª dirige.

Os instrumentos são os seguintes:

- Escala da Representação da vulnerabilidade humana.
- Questionário dos Atributos do Cuidar
- Escala da Influencia Tecnológica

A participação no estudo será voluntária, é garantido o anonimato e não será efectuado qualquer estudo comparativo entre instituições pelo que o nome da escola a que o aluno pertence será apenas usado na caracterização da amostra.

Perante o exposto, solicita-se a Vª Exª autorização para a aplicação dos referidos instrumentos junto dos alunos da Instituição que dirige. Deixo ficar os meus contactos para, caso seja dada autorização, se possa proceder à marcação da data e hora da aplicação dos instrumentos de recolha de dados.

Email: [calmeida@utad.pt](mailto:calmeida@utad.pt) Tm.: 962360934

Pede Deferimento

Vila Real 11 de Outubro de 2011



(Carlos Manuel Torres Almeida)

**De:** Goreti Traila [goretitraila@ess.ipvc.pt]  
**Enviado:** quinta-feira, 10 de Novembro de 2011 12:24  
**Para:** Carlos Manuel Torres Almeida  
**Assunto:** Aplicação de instrumentos de recolha de dados aos alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem

Exmo Senhor  
Professor Adjunto  
Carlos Manuel Torres Almeida

Por indicação da Senhora Diretora da Escola Superior de Saúde do IPVC, Mestre Mara Rocha, informamos que está autorizado a aplicação de instrumentos de recolha de dados aos alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Mais se informa que de acordo com o parecer da Coordenação do Curso, a recolha de dados deve decorrer em data a considerar na semana de 2 a 6 de Janeiro de 2012.

Atentamente,

*Goreti Traila,*

*Serviço de Expediente  
Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Viana do Castelo*

~~A resposta ao requerimento~~  
foi dada por via  
informática  
Lamego, 31.1.2012

Vila Real, Novembro de 2011

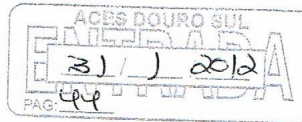
~~APRESENTE DO C. CENTRO DA ACES DOURO SUL~~  
Dr. Amadeu António Pinto Duarte, 28

Autorização

Lamego, 3.2.2012

Exmo. Senhor Director Executivo do Agrupamento  
de Centros de Saúde – Douro Sul

31/1/2012  

**Assunto:** Autorização para aplicação de instrumentos de recolha de dados no âmbito do Doutoramento aos Profissionais de Saúde (Médicos, Enfermeiros) dos Centros de Saúde do Agrupamento Douro Sul.

Carlos Manuel Torres Almeida, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real /UTAD, encontra-se a desenvolver, no âmbito do Curso de Doutoramento em Saúde, uma dissertação com o tema “A Representação da vulnerabilidade humana e o Cuidar em saúde”, orientada pelo Professor Doutor Vitor Manuel Pereira Rodrigues (Escola Superior de Enfermagem de Vila Real – UTAD) e pelo Professor Doutor Joaquim Escola (Escola de Ciências Sociais e Humanas –UTAD).

O projecto de investigação tem como objectivo geral perceber o papel que a representação da vulnerabilidade humana desempenha na adopção do paradigma do “Cuidar” por parte dos profissionais de saúde. Para o efeito pretende-se proceder à aplicação de um instrumento de recolha de dados (anexos a este pedido), composto por três escalas aos profissionais de Saúde (médicos, enfermeiros) do agrupamento a que V. Ex<sup>a</sup> preside.

As escalas são as seguintes:

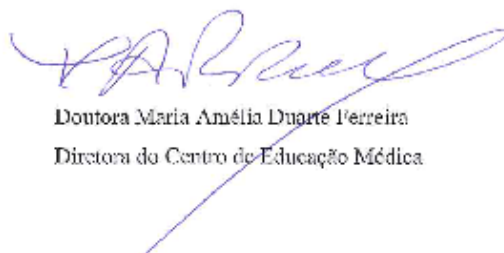
- Escala da Representação da vulnerabilidade humana.
- Questionário dos Atributos do Cuidar
- Escala da Influencia Tecnológica

A participação no estudo será voluntária, é garantido o anonimato e não será efectuado qualquer estudo comparativo entre instituições pelo que o nome do Hospital a que o profissional pertence será apenas usado na caracterização da amostra. Os resultados obtidos poderão ser apresentados mais tarde mas os dados nunca identificados de forma individual. Os dados do “grupo” serão postos à disposição a pedido dos interessados.

## DECLARAÇÃO

Maria Amélia Duarte Ferreira, Professora Catedrática da Faculdade de Medicina do Porto e Diretora do Centro de Educação Médica da Faculdade de Medicina do Porto declara que, no âmbito dos trabalhos conducentes ao Doutoramento do Doutorando Carlos Torres, em colaboração com a FMUP, foram distribuídos os questionários referentes ao preenchimento de três escalas: a Escala de Representação da Vulnerabilidade Humana, A Escala dos Atributos do Cuidar e a Escala da Influência Tecnológica.

Porto, 27 de fevereiro de 2014



Doutora Maria Amélia Duarte Ferreira  
Diretora do Centro de Educação Médica

## **Caro Profissional de Saúde**

No âmbito do curso de Doutoramento em Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) encontro-me a desenvolver um estudo que pretende avaliar a relação entre a "Representação da vulnerabilidade Humana" e o "Cuidar" em Saúde.

Sem a sua participação activa neste estudo e neste projecto, nunca conseguiremos determinar a relação entre a representação da vulnerabilidade e o cuidar em saúde.

Deste modo, venho solicitar-lhe o preenchimento de três Escalas: a Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana; a Escala dos Atributos do Cuidar e a Escala da Influência Tecnológica.

Os questionários são confidenciais e anónimos pelo que não deve colocar o seu nome.

Desde já o meu muito obrigado pela colaboração

Carlos Torres

## DADOS BIOGRÁFICOS

1. Sexo

masculino   feminino

2. Idade

3. Estado Civil

4. Profissão: (enfermeiro, médico)

5. Instituição onde trabalha/ estuda

6. Tempo de serviço (no caso dos profissionais)

7. Serviço em que exerce funções

8. Qual a sua Nacionalidade:

9. Já alguma vez esteve internado num Hospital?

sim

não

10. Se respondeu sim, há quanto tempo?

## Escala da Representação da Vulnerabilidade Humana

### 4- Conhecimento da vulnerabilidade/fragilidade

De acordo com o seu entendimento sobre o significado de “vulnerabilidade/fragilidade humana” classifique o seu grau de concordância com as afirmações que se seguem sendo que:

1 =	2 =	3 =	4 =	5 =	6 =
Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo bastante	Concordo totalmente

1. A experiência humana é marcada pela vulnerabilidade.	1	2	3	4	5	6
2. A ideia da vulnerabilidade recorda-nos que temos de viver com a mortalidade.	1	2	3	4	5	6
3. A vulnerabilidade faz parte da realidade constitutiva do Ser Humano; é condição universal da humanidade.	1	2	3	4	5	6
4. A vulnerabilidade chama a atenção para o carácter perecível, isto é, finito de todo o existente.	1	2	3	4	5	6
5. Quem se torna próximo do outro torna-se inevitavelmente frágil e vulnerável.	1	2	3	4	5	6
6. O ser humano é vulnerável porque está exposto às atitudes e reacções do outro.	1	2	3	4	5	6
7. Todos os seres humanos, sãos ou enfermos, são vulneráveis, pois estão sujeitos ao mal.	1	2	3	4	5	6
8. O Ser humano é vulnerável porque está exposto ao risco de fracassar.	1	2	3	4	5	6
9. A vulnerabilidade é a exposição ao ultraje, quer dizer, ao insulto, à agressão, à humilhação.	1	2	3	4	5	6
10. A vulnerabilidade tem a ver com a facilidade do homem ser “ferido” sentimentalmente	1	2	3	4	5	6
11. A vulnerabilidade tem a ver com a facilidade do homem ser “ferido” espiritualmente...	1	2	3	4	5	6
12. A Doença é uma expressão concreta da vulnerabilidade humana.	1	2	3	4	5	6
13. É na enfermidade que o sujeito tem a máxima percepção da sua vulnerabilidade	1	2	3	4	5	6
14. A vulnerabilidade expressa-se numa condição pessoal de diminuição física ou psicológica	1	2	3	4	5	6
15. A exposição à vulnerabilidade do outro desperta sentimentos próprios de fragilidade.	1	2	3	4	5	6
16. Quando somos confrontados com as fatalidades do dia-a-dia, como acidentes ou catástrofes, tomamos consciência da nossa vulnerabilidade.	1	2	3	4	5	6
17. O reconhecimento da vulnerabilidade/fragilidade humana é a base do cuidar	1	2	3	4	5	6
18. A ideia da vulnerabilidade recorda-nos que devemos cuidar do outro como sujeito frágil.	1	2	3	4	5	6

## 5- Experiência da vulnerabilidade/fragilidade

De acordo com a sua experiência/vivência da “vulnerabilidade/fragilidade humana” classifique o seu grau de concordância com as afirmações que se seguem, sendo que:

1 =	2 =	3 =	4 =	5 =	6 =
Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo bastante	Concordo totalmente

19. Por várias vezes a doença ou a perda de capacidades levaram-me a pensar na fragilidade pessoal.	1	2	3	4	5	6
20. A lembrança frequente de que posso ser atingido pela morte condiciona a minha forma de viver.	1	2	3	4	5	6
21. A consciência da minha mortalidade faz-me pensar na minha fragilidade.	1	2	3	4	5	6
22. Ao longo da minha vida a experiência de sofrimento físico evidenciou a minha fragilidade.	1	2	3	4	5	6
23. Ao longo da minha vida senti-me vulnerável principalmente perante experiências de sofrimento psicológico ou espiritual.	1	2	3	4	5	6
24. Sinto-me particularmente vulnerável quando me sinto impotente perante uma situação difícil na vida.	1	2	3	4	5	6
25. Sinto-me particularmente vulnerável quando me sinto impotente perante a dificuldade do outro.	1	2	3	4	5	6
26. A minha fragilidade é-me consciente cada vez que não consigo atingir os meus objectivos.	1	2	3	4	5	6
27. Quando me sinto mais fraco fisicamente costumo pensar na minha fragilidade.	1	2	3	4	5	6
28. Quando olho para alguém que me é querido, e vislumbro os sinais do seu envelhecimento, sou levado a reflectir na vulnerabilidade do ser humano.	1	2	3	4	5	6
29. Em situações de doença, perante a incerteza do diagnóstico, sinto-me particularmente frágil/vulnerável.	1	2	3	4	5	6
30. Enquanto (futuro) profissional de saúde, há alturas em que me questiono sobre se serei vulnerável ao sofrimento do outro.	1	2	3	4	5	6
31. Algumas situações ou acontecimentos negativos envolvendo familiares ou amigos fazem-me sentir mais vulnerável.	1	2	3	4	5	6
32. Perante a morte de outras pessoas dei comigo a reflectir sobre a certeza da minha própria morte.	1	2	3	4	5	6
33. Preocupa-me que no meu futuro exercício profissional não seja capaz de responder perante as situações mais complexas.	1	2	3	4	5	6
34. Quando, por algum motivo, tenho de ficar longe da minha família, sinto-me mais vulnerável.	1	2	3	4	5	6
35. Em situações em que tenho de recorrer aos cuidados de saúde, sinto-me particularmente frágil/vulnerável.	1	2	3	4	5	6
36. Perante situações de solidão sinto-me mais vulnerável.	1	2	3	4	5	6
37. Sinto-me mais frágil quando não consigo ajudar alguém que precisa de mim.						
38. Sinto-me particularmente vulnerável perante situações de injustiça social.	1	2	3	4	5	6
39. O acompanhamento de pessoas doentes e em estado de particular fragilidade reavivaram-me a consciência da minha própria vulnerabilidade.	1	2	3	4	5	6

## 6- A percepção das diferentes causas e manifestações de vulnerabilidade na pessoa que necessita de cuidados de saúde

De acordo com o seu entendimento sobre o modo como as pessoas doentes manifestam/vivem a sua vulnerabilidade, bem como das causas dessa vulnerabilidade, classifique o seu grau de concordância com as afirmações que se seguem sendo que:

	1 =	2 =	3 =	4 =	5 =	6 =
	Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo bastante	Concordo totalmente
40. Na pessoa doente a vulnerabilidade vive-se sobretudo ao nível psicológico, levando inclusive a manifestações físicas dessa fragilidade.	1	2	3	4	5	6
41. As pessoas mais frágeis do ponto de vista psicológico são as mais doentes.	1	2	3	4	5	6
42. O que realmente provoca sofrimento no doente é a sensação de derrota pela consciência de que já nada pode ser feito.	1	2	3	4	5	6
43. É sobretudo o afastamento da família e do seu ambiente do dia-a-dia que torna o doente mais frágil.	1	2	3	4	5	6
44. A vulnerabilidade da pessoa doente resulta da perda das suas rotinas e hábitos diários (sociais, familiares, profissionais, etc.)	1	2	3	4	5	6
45. A pessoa doente que recorre aos cuidados de saúde é vulnerável porque, muitas vezes, se vê na sua solidão.	1	2	3	4	5	6
46. A maior fragilidade da pessoa doente é, muitas vezes, provocada pelo facto de, nas instituições de saúde, ser tratado como um ser despersonalizado.	1	2	3	4	5	6
47. Muitas vezes a pessoa doente torna-se frágil quando, no internamento, é tratada de forma “rotineira”, sentindo a perda da sua identidade pessoal.	1	2	3	4	5	6
48. A fragilidade da pessoa doente manifesta-se tanto física como social ou psicologicamente.	1	2	3	4	5	6
49. Muitas vezes a maior vulnerabilidade da pessoa doente resulta de não ter ninguém com quem partilhar o seu sofrimento.	1	2	3	4	5	6
50. Por vezes a maior vulnerabilidade da pessoa doente resulta do sentimento de que já não é capaz de controlar a sua vida.	1	2	3	4	5	6

## CAQ - Questionário dos atributos do Cuidar

**Os seguintes itens estão relacionados com o que significa “Cuidar” para um profissional de saúde. Classifique o seu grau de concordância com as afirmações que se seguem, tendo em conta o que para si significa “Cuidar”.**

Responda de acordo com o que realmente acredita e não com o que os outros dizem, ou o que os outros esperam que você diga.

Item    1 =                    2 =                    3 =                    4 =                    5 =  
           Discordo    Tendo a discordar    Incerto    Tendo a concordar    Concordo

1. Cuidar é Tratar todos os doentes respeitando a sua individualidade.	1	2	3	4	5
2. Cuidar é ser empático.	1	2	3	4	5
3. Estou a cuidar quando estou a evitar o doente.	1	2	3	4	5
4. Estou a cuidar quando “toco” o doente nos momentos em que este necessita de conforto.	1	2	3	4	5
5. Estou a cuidar quando converso com o doente.	1	2	3	4	5
6. Cuidar é ajudar a tornar o internamento mais agradável.	1	2	3	4	5
7. Cuidar é colocar as necessidades do hospital à frente das do doente.	1	2	3	4	5
8. Cuidar é comunicar com o doente.	1	2	3	4	5
9. Estou a Cuidar quando ajudo o doente a clarificar o seu pensamento.	1	2	3	4	5
10. Estou a Cuidar quando trato a informação do doente de forma confidencial.	1	2	3	4	5
11. Estou a Cuidar quando dou explicações ao doente sobre os seus cuidados.	1	2	3	4	5
12. Estou a Cuidar quando estou a orientar o doente para o auto-cuidado.	1	2	3	4	5
13. Cuidar é manter os familiares informados sobre o doente de acordo com prerrogativas negociadas entre ambos.	1	2	3	4	5
14. Cuidar é prevenir a ocorrência de eventuais complicações.	1	2	3	4	5
15. Cuidar é saber o que fazer numa emergência.	1	2	3	4	5
16. Cuidar é falar em nome do doente quando o profissional de saúde se apercebe de que algo prejudicial (para o doente) poderá ser feito.	1	2	3	4	5
17. Estou a Cuidar quando estou a documentar os cuidados prestados ao doente.	1	2	3	4	5
18. Estou a Cuidar quando estou a trabalhar em colaboração com colegas para assegurar a continuidade dos cuidados.	1	2	3	4	5
19. Estou a Cuidar quando não envolvo o doente no planeamento do seu cuidado.	1	2	3	4	5
20. Os profissionais de saúde que se baseiam no “Cuidar” não se sentem preocupados com o bem-estar dos outros.	1	2	3	4	5
21. O Cuidar aprende-se através do ensino das técnicas de aconselhamento.	1	2	3	4	5
22. O Cuidar é aprendido por observação no contexto clínico.	1	2	3	4	5
23. Os Profissionais de Saúde aprendem sobre o cuidar nas escolas.	1	2	3	4	5
24. Os Profissionais de Saúde aprendem sobre o cuidar ao observar o trabalho de outros Profissionais.	1	2	3	4	5

## TIQ – Technological Influences Scale /Escala da influência tecnológica

Os seguintes itens procuram perceber a sua impressão sobre a influência da tecnologia nos cuidados de saúde. Classifique o seu grau de concordância com as informações que se seguem.

Item    1 =                    2 =                    3 =                    4 =                    5 =  
          Discordo    Tendo a discordar    Incerto    Tendo a concordar    Concordo

1. O maior uso de meios tecnológicos colocou a os profissionais de saúde em segundo plano.	1	2	3	4	5
2. A tecnologia e o uso de máquinas interferem na prestação adequada de cuidados ao doente.	1	2	3	4	5
3. O uso de máquinas leva os profissionais de saúde a negligenciar os seus doentes.	1	2	3	4	5
4. Tenho dúvidas sobre os benefícios da tecnologia para a minha (futura) profissão.	1	2	3	4	5
5. A tecnologia destabilizou as várias profissões da saúde.	1	2	3	4	5
6. Geralmente a tecnologia potencia o bem-estar do doente e os seus cuidados de saúde.	1	2	3	4	5
7. O domínio da tecnologia ajuda os profissionais de saúde a controlar o seu ambiente de trabalho.	1	2	3	4	5
8. A tecnologia traz significado ao trabalho dos profissionais de saúde.	1	2	3	4	5
9. O domínio da tecnologia é uma ferramenta importante no desenvolvimento do estatuto das várias profissões de saúde.	1	2	3	4	5

Obrigado pela colaboração