

Um estudo exploratório do *Inventário das dimensões do cuidar*: Versão ampliada do instrumento, em estudantes de enfermagem *

Feliciano H. Veiga
Carina Rodrigues

Resumo. O cuidar em Enfermagem é uma componente que assume particular importância, quer em situações mais genéricas quer, sobretudo, em situações de aprendizagem. A presente investigação enquadrou-se no âmbito de um estudo mais vasto com estudantes de enfermagem (Rodrigues, 2005) e decorreu da constatação de que os alunos de enfermagem, em estágio, passam por momentos de stresse que podem afectar a qualidade da sua relação de ajuda ao doente. A amostra foi constituída por 200 estagiários em situação hospitalar. Procedeu-se à adaptação do *Caring Dimensions Inventory (CDI)*, com acrescento de novos itens à versão original. A versão ampliada do *CDI* apresentou boas qualidades psicométricas, como fiabilidade e validade. No estudo da validade externa, as dimensões do cuidar foram relacionadas com as dimensões do stresse, tendo surgido correlações significativas e negativas. Os resultados aproximam-se de anteriores estudos e sugerem novas investigações com a versão agora ampliada do *Caring Dimensions Inventory*.

Palavras-chave. Cuidar, Relação de ajuda, Avaliação.

Abstract. The caring in nursing is one component that assumes particular importance, in more generic situations, over all, in learning situations. The present inquiry was fit in the scope of a vaster study with nursing students (Rodrigues, 2005) and appeared from the observation of that the nursing students, in period of training, they pass trough moments of stress that can influence the quality of relation of aid to the sick person. The sample was constituted by 200 trainees in hospital situation. It was proceeded the adaptation of the *Caring Dimensions Inventory (CDI)*, with new items added to the original version. The extended version of the *CDI* presented good psychometrics qualities, as reliability and validity. In the study of the external validity, the dimensions of caring had been related with the dimensions of stress, having appeared significant and negative correlations. The results suggest new inquiries with the version, now extended, of the *Caring Dimensions Inventory*.

Keywords. Caring, Aid relation, Evaluation.

Introdução

O ser enfermeiro, mais do que o simples saber e do que o saber-fazer, exige o desenvolvimento do saber ser, exige o promover de uma relação com o doente, que permita a este cada vez ser mais ele próprio, crescer na alegria, no sofrimento e algumas vezes até perante a morte, recorrendo ao respeito, à compreensão e à escuta activa.

Importa assim, analisar de que forma se processa a aprendizagem da relação de ajuda, para que a prática de cuidados apresente uma forte componente de qualidade. A presente investigação direcciona-se para esse objectivo, na medida em que se considerou essa componente de qualidade em alunos de enfermagem. O estudo do *cuidar* tem como objectivo situar a *relação de ajuda* no contexto dos cuidados de saúde,

* Veiga, F. H., & 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 [CD-ROM]. Este artigo baseia-se em parte num estudo realizado para a obtenção do grau de Mestre do primeiro autor, cuja dissertação, com o mesmo título, foi apresentada na Universidade do Algarve, sendo orientada pelo segundo autor.

em que esta se assume como um alicerce na profissão de enfermagem influenciando todas as suas dimensões éticas e deontológicas.

A relação de ajuda

Tanto na enfermagem como nas restantes profissões ligadas à prestação de serviços, há uma necessidade constante de estabelecer e manter uma relação entre o profissional e o outro. Contrariamente a outras profissões, para quem o doente não constitui o objecto directo da sua intervenção, para o enfermeiro é precisamente o ser humano, com toda a sua vulnerabilidade, que deve ser objecto de preocupação profissional. Essa relação em enfermagem designa-se de Relação de Ajuda, e consiste *“numa relação na qual o que ajuda fornece ao doente certas condições que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas”* (Brammer 1975, citado por Lazure 1994: 14). A Relação de Ajuda consiste numa interacção entre duas pessoas, enfermeiro e doente, em que cada um contribui pessoalmente para a procura e satisfação da necessidade de ajuda presente neste último. A palavra “relação” subentende a presença de elos, de contactos, de uma forma de coexistência. No domínio da relação de ajuda, a expressão “estar em relação” toma um sentido mais profundo do que a linguagem corrente, pois, na opinião de Lazure (1994: 14): *“a palavra “estar” engloba não só a presença física do enfermeiro junto do doente mas também de todo o ser”*. A relação de ajuda é, assim, orientada para a pessoa, de forma a ajudar o doente em todas as dimensões de ser humano, sendo intrínseca ao cuidar em enfermagem. O cuidar em enfermagem, é entendido como um *“serviço destinado a ajudar o homem na realização das actividades que contribuem para a manutenção, a recuperação, a promoção de saúde, a aliviá-lo do sofrimento e assisti-lo nas situações críticas relacionadas com a saúde e no período de fim de vida”* (Queiroz, 2004: 18). O cuidar, em enfermagem, deve então considerar a relação de ajuda (Lea & Watson, 1996, 1999; Lea, Watson & Deary, 1998). O profissional de enfermagem deve possuir, segundo Lazure (1994), várias capacidades fundamentais, para conseguir conquistar a confiança do doente e levá-lo a acreditar que tem possibilidades de ultrapassar os seus problemas. Essas capacidades são: escuta, clarificação, confrontação, respeito, congruência e empatia.

Escuta

Na relação de ajuda, a escuta é uma capacidade, um instrumento essencial em enfermagem para compreender os doentes, constituindo-se como um fulcro e sendo indissociável das várias capacidades inerentes a essa relação. No entanto, escutar não é meramente ouvir. Contrariamente ao ouvir, o escutar é um acto voluntário que implica a globalidade do enfermeiro com a globalidade do doente. Segundo Auger (1972, citado por Santos e Jesus, 2003: 22) *“não é pelo simples facto de um homem estar doente que ele tem menos necessidade de ser ouvido e compreendido e profundamente respeitado... Cabe ao enfermeiro demonstrar por palavras e por actos, que tem atitudes que o doente pode qualificar de ajuda.”* A este respeito, Lazure (1994: 55) diz que *“negar a necessidade que os doentes têm de ser escutados, é negar a vida que existe neles”*. Descobrir todos os indicadores fornecidos pelo doente é o objectivo da escuta, o que requer do enfermeiro uma abertura completa à comunicação, obrigando-o a um empenhamento total para que possa captar todos os indicadores emitidos pelo doente, tanto verbais como não verbais. Para tal, é necessário ter em atenção, a linguagem não verbal que diz tanto ou mais que a verbal, tendo em conta que ela reforça e contradiz, através dos gestos e da mímica e que reflecte mais profundamente os estados de alma

relacionados com as palavras proferidas. O tom de voz (claro ou surdo), o débito (rápido ou lento), o volume (forte ou fraco) e o ritmo (regular, irregular ou hesitante) reforçam, contradizem ou vão mais longe que as palavras pronunciadas. A linguagem não verbal e os seus componentes (a linguagem corporal, a paralinguagem e o silêncio) desempenham um papel indispensável da escuta total.

Clarificação

A capacidade de clarificação “possibilita que o doente identifique concretamente as suas percepções, sentimentos e experiências relacionadas com o problema actual” (Lazure, 1994: 38). Cada pergunta formulada deve ter como finalidade, ajudar o doente a perceber com maior clareza ou precisão o seu problema ou as suas soluções, devendo o enfermeiro para isso interrogar-se em que é que o pode ajudar para que o doente perceba mais claramente o problema. A capacidade de clarificação é uma das características essenciais que o enfermeiro deve desenvolver de forma a ajudar na resolução dos problemas do doente. A clarificação tem como “objectivo aumentar o nível de compreensão do enfermeiro e do doente relativamente não só às emoções e às experiências específicas que vive o doente no decurso das entrevistas, mas também daquelas vividas no decurso das interacções entre o enfermeiro e o doente (Carkhuff citado por Chalifour 1993: 45). O enfermeiro deverá estar disponível para clarificar os problemas ao doente, devendo para isso estar livre de pressões externas.

Respeito. Mais que uma característica da relação de ajuda, o respeito constitui uma qualidade fundamental, um valor, e uma atitude de base que se manifesta através dos comportamentos. Segundo Lazure (1994: 51) “respeitar um ser humano é acreditar profundamente que ele é único, e que devido a essa capacidade só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver da forma que lhe é mais satisfatória”. O respeito pelo ser humano envolve a capacidade de se respeitar a si próprio e de respeitar o outro. O respeito evidencia-se nos meios que se utiliza para que o doente possa sentir a presença do enfermeiro de forma única, o que envolve a orientação de todas as suas acções para o doente como um ser único, incentivando-o a criar as suas próprias exigências, mostrando-lhe disponibilidade e colocando à sua disposição todos os seus recursos. Manifestar respeito é colocar à disposição do doente o tempo, as energias e ajudá-lo a enfrentar as suas emoções e os seus comportamentos (Chalifour, 1989; Lea & Watson, 1996, 1999; Lea, Watson & Deary, 1998).

Congruência

O ser congruente é uma atitude permanente na pessoa que ajuda, e traduz a harmonia daquilo que se vive interiormente e a manifestação dessa vivência através do seu comportamento. A este respeito, Juan (1991, citado por Araújo, 2002: 60) afirma que “a congruência conduz a um estado de coerência interna entre o que digo, penso e sinto, o qual implica uma maturidade emocional e uma compreensão autêntica de si mesmo”. Na relação de ajuda, a congruência é uma característica inerente a todo o enfermeiro, devendo este desenvolver em si próprio essa característica, de modo a ajudar o doente a aprender a ser ele próprio. A congruência está relacionada com o cultivo da sensibilidade para consigo próprio e para com os outros, e é baseada naquilo que o enfermeiro é, e no que ele parece ser, genuíno e sem “fachada” profissional. Para Sampaio (1994: 28), “a enfermeira que consegue ser congruente, consegue maximizar o desempenho das suas funções com os outros, especialmente o papel de quem ajuda, é capaz de inquirir e aprender acerca das dificuldades e experiências com os outros, responder às suas próprias experiências como às experiências do doente”. Quanto mais

congruente for o profissional, mais livre se sentirá para exprimir os seus sentimentos, comunicar as suas experiências susceptíveis de levar o doente a compreender aquilo que está a viver.

Empatia

A capacidade de ser empático é fulcral na relação de ajuda, porque é mediante ela que o doente perceberá se está a ser verdadeiramente compreendido pelo profissional de enfermagem. Segundo Rogers (citado por Santos e Jesus, 2003: 22) “empatia é captar o mundo particular do doente, como se fosse o seu próprio mundo sem nunca esquecer esse carácter de sentir a angústia, o receio ou a confusão do doente, como se de sentimentos seus se tratasse e, no entanto, sem que essa angústia, esse receio ou essa confusão o venham a afectar”. A finalidade da empatia é compreender o doente e manifestar-lhe essa compreensão para permitir uma evolução favorável no curso da doença. A empatia não se confunde com simpatia (Veiga, 2001), uma vez que a verdadeira manifestação de empatia é partilhar um ponto de contacto, preservando a individualidade própria do enfermeiro, oferecendo ao doente um meio para a utilização dos seus próprios recursos para reencontrar um estado de maior segurança ou conforto.

Metodologia

No âmbito da metodologia utilizada, passam a referir-se os sujeitos da amostra envolvida no presente estudo, bem como os procedimentos havidas no estudo de uma versão ampliada do instrumento intitulado Caring Dimensions Inventory

Sujeitos e procedimento

Através de um estudo quantitativo e exploratório, procurou-se analisar, numa amostra de 200 alunos de enfermagem, em estágio, pertencentes a uma escola Superior de Saúde, os cuidados prestados ao doente. Foi distribuído por tais sujeitos um conjunto de inquéritos, cujos resultados foram posteriormente analisados com o programa estatístico SPSS.

Instrumento

O Caring Dimensions Inventory (CDI) é uma escala elaborada recentemente por Watson e outros (Watson, Deary & Hoogbruin, 2001; Watson, Deary & Lea, 1999), cuja constituição comporta 35 itens destinados a avaliar as percepções que os alunos de enfermagem têm sobre o cuidar. Esta escala foi aplicada num estudo envolvendo estudantes de enfermagem. O estudo da versão portuguesa desenvolveu-se em etapas distintas: a tradução do Caring Dimensions Inventory, tentando respeitar ao máximo o conteúdo das suas expressões, e a introdução de novos itens nas diferentes dimensões. A modalidade de resposta aos itens foi tipo Likert, com variação entre 1 (discordo completamente) e 6 (concordo completamente), nas quais cada inquirido deveria indicar o grau de concordância ou discordância, relativamente a componentes e atitudes a ter conta na prestação de cuidados. No sentido de proceder à validação do instrumento, solicitou-se a 200 alunos de enfermagem que respondessem ao questionário. Aos 35 itens originais, foram adicionados 14, seleccionados com base nas capacidades da relação de ajuda derivadas do enquadramento teórico.

Validade interna

No estudo da validade interna, ou de construto, utilizou-se a análise factorial, com rotação varimax, tomando a amostra total, e sem prévia indicação de factores para extracção. A estrutura factorial do questionário encontrada pode ser vista no quadro 1.

Quadro 1 - Inventário das Dimensões do Cuidar

<i>Factor 1: Competências Técnicas (ComTe)</i>	<i>Saturação</i>
37. Procurar dar apoio nos momentos de maior agitação	0,694
38. Ser considerado pelo doente como alguém que respeita os seus sentimentos	0,666
20. Ser tecnicamente competente num procedimento clínico	0,663
49. Olhar atentamente para a pessoa quando está a falar	0,638
18. Avaliar os sinais de vida do doente (como a pulsação e pressão sanguínea)	0,567
47. Mostrar respeito pelas decisões do doente mesmo discordando delas	0,540
17. Manter os familiares informados acerca do doente	0,519
1. Ajudar o doente em actividades do dia-a-dia (lavar-se ou vestir-se)	0,462
25. Observar os efeitos da medicação no doente	0,410
5. Preocupar-se facilmente com os acontecimentos do dia-a-dia	0,437
21. Envolver o doente nos seus próprios cuidados	0,477
32. Assegurar a privacidade do doente	0,450
14. Aconselhar-se com o médico acerca do doente	0,362
2. Fazer um relatório de enfermagem acerca do doente	0,335
6. Estar impecavelmente fardado quando trabalha com o doente	0,394
9. Fazer o relatório do estado do doente a uma enfermeira mais qualificada	0,351
<i>Factor 2: Apoio (Apoio)</i>	
42. Observar as reacções não verbais do doente apercebendo-se das suas emoções	0,364
35. Estar atento às necessidades espirituais do doente	0,368
41. Incentivar o doente a verbalizar os seus problemas	0,434
13. Escutar o doente	0,668
7. Sentar-se junto do doente	0,645
15. Ensinar o doente a cuidar de si próprio	0,632
4. Conhecer o doente como pessoa que é	0,625
10. Estar com o doente durante uma intervenção clínica	0,623
11. Ser honesto com o doente	0,598
8. Interessar-se pelo estilo de vida do doente	0,431
34. Aparentar estar sempre ocupado	0,419
22. Dar garantias ao doente acerca de um procedimento clínico	0,331
<i>Factor 3: Desnecessário / Inapropriado (Desin)</i>	
43. Decidir pelo doente sem o consultar	0,402
46. Ser confidente do doente perante assuntos íntimos	0,348
12. Organizar o trabalho de outros para o doente	0,487
24. Lidar com os problemas todos ao mesmo tempo	0,406
27. Convencer um doente terminal de que não está para morrer	0,382
40. Sentir que deve saber tudo acerca de um doente	0,448
23. Rezar pelo doente	0,420
33. Manter-se em contacto com o doente após este ter alta	0,328

Os factores resultantes foram: factor técnico, factor de apoio, e factor desnecessário. O factor técnico é caracterizado pelos aspectos técnicos e profissionais

de enfermagem. O factor apoio é caracterizado por itens que indicam ajuda, de variadas formas, incluindo a espiritual. O factor inapropriado é caracterizado por itens que reflectem acções de enfermagem pouco profissionais, actuações que em si mesmas não são “não apropriadas” ou “não profissionais”, mas que em condições normais não seriam esperadas por um profissional de enfermagem.

A estrutura factorial encontrada no presente estudo contém 3 factores, mostrando-se parcialmente diferenciada da versão original, que apresenta 5 factores (técnico, apoio, desnecessário, inapropriado e intimidade). Na versão do presente estudo, não aparece o factor intimidade, além de que o factor inapropriado aparece junto com o factor desnecessário.

Validade externa

Para o estudo da validade externa, o inventário foi correlacionado com um outro instrumento a “Escala de Avaliação do Stresse em Estágio”, de forma a estudar a relação que cada factor de stresse pode ter com o acto de cuidar praticado pelo profissional de enfermagem. O Quadro 2 apresenta os valores correlacionais mais significativos, resultantes do cruzamento das dimensões das duas escalas, a do stresse a do cuidar.

Quadro 2 - Correlações entre as dimensões do stresse e as dimensões do cuidar

<i>Stresse / Cuidar</i>	<i>Competências técnicas</i>	<i>Apoio</i>	<i>Total</i>
Stresse relativo à realização profissional	-0,356**	-0,258**	-0,297**
Stresse relativo à realização integração em estágio	-0,260**	-0,234**	-0,242**
Stresse relativo à realização falta de confiança nas capacidades	-0,362**	-0,234**	-0,347**

** p<0,01

Através da análise do quadro de coeficientes de correlação entre a Escala Avaliação de Stresse em Estágio (ASE) e os factores do *Inventário das Dimensões do Cuidar (IDC)* foi possível observar que quanto maior é o stresse sentido relativamente à realização profissional menores são as competências técnicas do aluno ao prestar cuidados ao doente. Também ao nível do apoio, observou-se a existência de uma correlação significativa e no sentido esperado, entre esta dimensão e cada uma das dimensões do stresse. Relativamente à integração em estágio, verificou-se que quanto maior foi o stresse sentido durante a integração em estágio, menores foram as competências técnicas do cuidar, assim como o apoio dado ao doente. Quanto à falta de confiança nas capacidades, verificou-se que a correlação entre este factor e as dimensões do cuidar foi negativa, ou seja, quanto menor foi a confiança nas capacidades piores foram os cuidados técnicos e de apoio. Em suma, observou-se que as correlações encontradas entre estas duas escalas (a ASE e a IDC) atestam a validade externa de ambas, confirmando a hipótese de que o stresse em estágio afecta o desempenho dos alunos nos cuidados prestados aos doentes.

Conclusões

Os resultados obtidos permitiram verificar que a versão ampliada do *Inventário das Dimensões do Cuidar* constitui um instrumento adequado para estudar os cuidados prestados ao doente por alunos de enfermagem. Foi, também, possível constatar que, durante o estágio, existem valências muito importantes, como as competências técnicas e o apoio ao doente. É importante que os alunos de enfermagem adquiram competências para enfrentar situações de stress logo no curso base para que, na sua vida profissional, possam resistir a essas mesmas situações e, como tal, melhorar progressivamente os cuidados prestados ao doente. Os resultados obtidos enquadram-se na literatura revista (Lea & Watson, 1996, 1999; Lea, Watson & Deary, 1998; Araújo, 2002; Beirão e Simão, 2000; Karoz, 2005; Watson, Deary & Hoogbruin, 2001), que corroboraram parcialmente, sugerindo implicações específicas na formação educacional em enfermagem e remetendo para posteriores estudos no âmbito da saúde.

Esta investigação sugere, ainda, algumas implicações, com destaque para a formação educacional em enfermagem, sobretudo a nível curricular, onde deveriam ser treinadas as capacidades do cuidar, em situação real e simulada, tentando diminuir o desfazamento existente entre a componente teórica do curso e a prática propriamente dita do cuidar. A estrutura factorial do *IDC*, surgida na presente estudo, contém 3 factores, enquanto a versão original apresenta 5 factores. Em *posteriores estudos*, poderia ser aprofundado o estudo desta diferenciação. Poder-se-iam retomar aspectos com vista a um maior aprofundamento dos resultados, numa ampliação da amostra dos sujeitos estudados. A natureza da relação entre o cuidar e a motivação profissional poderia ser um dos aspectos a considerar, bem como a realização de análises dos resultados em função de novas variáveis, num aprofundamento da validade interna e externa do *Inventário das Dimensões do Cuidar*.

Referências

- Araújo, B. (2002). Relação de ajuda ao doente cardíaco. *Servir*, 50(2), 56-61.
- Beirão, M., & Simão, M. (2000). Relação de Ajuda. *Servir*, 48(2), 23-24.
- Chalifour, J. (1993). *Enseigner la relation d'aide*. Montreal: Gaetan Morin Éditeur.
- Dias, A. (1995). Saber escutar: Relação de ajuda em U.C.I. *Servir*, 43(2), 89-95.
- Karoz, S. (2005). Turkish nursing student's perception of caring. *Nurse Education Today*, 25, disponível em URL: intl.elsevierhealth.com/journals/nedt
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa. Lusodidacta.
- Lea, A., & Watson, R. (1996). Caring research and concepts: A selective review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 5, 71-77.
- Lea, A., & Watson, R. (1999). Perceptions of caring among nurses: The relationship to clinical area. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 617-618.
- Lea, A., Watson, R., & Deary, I. J. (1998). Caring in nursing: A multivariate analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 662-671.
- Queiroz, A. (2004). *Empatia e respeito*. Rio de Janeiro: Ariadne Editora
- Rodrigues, C., & Veiga, F. H. (2006). Factores de stress em estagiários de enfermagem e sua influência na relação de ajuda ao doente. In Tavares, J., Pereira, A. Fernandes, C. & Monteiro, S. (ORG.), *Activação do Desenvolvimento Psicológico. Actas do Simpósio Internacional*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Sampaio, F. (1994). *A relação de ajuda na prática do cuidar na instituição hospitalar: Uma abordagem fenomenológica*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa
- Santos, F., & Jesus, C. (2003). Relação de ajuda. *Sinais Vitais*, 46, 21-24.
- Veiga, F. (2001). *Indisciplina e violência na escola: Práticas comunicacionais para professores e pais* (2ª edição). Coimbra: Editora Almedina.

- Watson, R., Deary, I. J., & Lea, A. (1999). A longitudinal study into the perceptions of caring and nursing among student nurses using multivariate analysis of the caring dimensions inventory. *Journal of Advanced Nursing*, *30*, 1080–1089.
- Watson, R., Deary, I., & Hoogbruin, A. (2001). A 35 item version of the caring dimensions inventory (CDI-35): Multivariate analysis and application to a longitudinal study involving student nurses. *International Journal of Nursing Studies*, *38*, 511-521.