

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**A COMPAIXÃO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM
À CRIANÇA E SUA FAMÍLIA**

DISSERTAÇÃO

Orientação:

Prof.^a Doutora Ana Paula dos Santos
Jesus Marques França

Coorientação:

Mestre Teresa Cristina Tato Marinho
Tomé Ribeiro Malheiro Sarmento

Isabel Maria Vieira de Sá Figueiredo

Porto | 2013

Ao meu pai, o meu mestre de compaixão.

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que contribuíram para que se concretizasse este “desafio”, a minha gratidão. De modo especial, refiro:

As crianças doentes e as suas famílias, exemplos de sofrimento, semente e energia do estudo.

Aos enfermeiros de pediatria que voluntariamente se disponibilizaram para o estudo.

À Prof.^a Doutora Ana Paula França que aceitou a orientação deste trabalho e foi, indubitavelmente, a pedra angular em todo o processo.

À Mestre Teresa Tomé Ribeiro cuja coorientação representou o compromisso entre a exigência científica e o estímulo à inovação.

Finalmente, àqueles que contribuíram com o seu carinho e apoio especializado: à minha filha, pela energia que transmite e que é um pilar de todos os meus projetos; à minha irmã Lena, pelos preciosos e sábios conselhos que valorizaram não só o conteúdo mas também o formato do trabalho. A todos os amigos. Sei que cada um sabe bem, como foi determinante em vários momentos deste caminho.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	19
1.1 Objetivos e Finalidades	19
1.2 Tipo de Estudo	20
1.3 Procedimentos do Estudo	22
1.3.1 Participantes	23
1.3.2 Método de Recolha de Dados	24
1.3.3 Análise de Dados	26
1.3.4 Considerações Éticas	27
CAPÍTULO 2 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	29
2.1 Seleção do Conceito	29
2.2 Determinação dos Objetivos da Análise Concetual	30
2.3 Identificação dos Possíveis Usos do Conceito de Compaixão na Literatura	31
2.3.1 A Perspetiva Etimológica	32
2.3.2 A Perspetiva da Neuropsicologia	33
2.3.3 A Perspetiva Espiritual de Dalai Lama	38
2.3.4 A Perspetiva Ético Filosófica	42
2.3.5 A Perspetiva de Karen Armstrong	45
2.3.6 A Perspetiva da Enfermagem	52

2.4 Determinação dos Atributos Definidores	59
2.4.1 Os Atributos da Compaixão na Literatura	60
2.4.2 Os Atributos da Compaixão na Literatura de Enfermagem	62
2.4.3 Os Atributos da Compaixão na Perspetiva dos Enfermeiros de Pediatria	63
2.5 Construção de um Caso Modelo	87
2.6 Os Casos Adicionais de Compaixão	89
2.6.1 Caso Semelhante de Compaixão nos Cuidados de Enfermagem à Criança e sua Família	90
2.6.2 Caso Relacionado de Compaixão nos Cuidados de Enfermagem à Criança e sua Família	92
2.6.3 Caso Contrário de Compaixão nos Cuidados de Enfermagem à Criança e sua Família	94
2.6.4 Caso Ilegítimo de Compaixão Nos Cuidados de Enfermagem à Criança e sua Família	95
2.7 Os Antecedentes e as Consequências da Compaixão	97
2.7.1 Os Antecedentes da Compaixão na Literatura e Segundo a Perspetiva dos Enfermeiros de Pediatria	97
2.7.2 As consequências da Compaixão na Literatura e Segundo a Perspetiva dos Enfermeiros de Pediatria	103
2.8 Os Indicadores Empíricos da Compaixão e a Definição do Conceito	106
2.8.1 Os Indicadores Empíricos da Compaixão na Literatura e nos Cuidados à Criança e sua Família dos Enfermeiros de Pediatria	107
2.8.2 A Definição da Compaixão nos Cuidados de Enfermagem à Criança e sua Família	108
2.9 O Lugar da Compaixão no Exercício Profissional do Enfermeiro de Pediatria	114

CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
ANEXOS	135
ANEXO I Consentimento Informado	
ANEXO II Caracterização do Participante	
ANEXO III Guia Orientador da Entrevista	

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Caracterização dos Participantes	24
QUADRO 2: Categorias e Subcategorias que Emergem das Entrevistas	64
QUADRO 3: Sentimento	65
QUADRO 4: Faz Parte de “Ser Bom Enfermeiro”	67
QUADRO 5: Técnica	67
QUADRO 6: Dever Ético	68
QUADRO 7: Qualidade dos Cuidados	69
QUADRO 8: Benevolência	70
QUADRO 9: Fazer Algo pelo Outro	72
QUADRO 10: Aliviar o Sofrimento	72
QUADRO 11: Ajudar	74
QUADRO 12: Apoiar	76
QUADRO 13: Estar com o Outro	77
QUADRO 14: Presença	77
QUADRO 15: Comunicação	79
QUADRO 16: Relação	80
QUADRO 17: Empatia	81
QUADRO 18: Transmitir Esperança	83
QUADRO 19: Respeito	84
QUADRO 20: Não Fazer Juízos de Valor	85
QUADRO 21: Sofrimento	99
QUADRO 22: Intrínseco ao “Ser” de cada um	100
QUADRO 23: Estar Atento ao Outro	102
QUADRO 24: Satisfação dos Intervenientes	105
QUADRO 25: Bom Ambiente de Trabalho	106
QUADRO 26: Difícil de Definir	114

QUADRO 27: Diferente de Outros Conceitos	115
QUADRO 28: Pode Desenvolver-se	116
QUADRO 29: Limites	117

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Esquema do modelo “Twelve Steps to a Compassionate Life”	51
FIGURA 2: Compaixão e Respetivos Constituintes	113

RESUMO

Título: A Compaixão nos Cuidados de Enfermagem à Criança e sua Família.

Os cuidados de enfermagem tiveram na sua origem o “caráter compassivo”, juntamente com outras qualidades e virtudes que Nightingale imprimiu à profissão. Nos nossos dias o tema da compaixão, no nosso país e no contexto da enfermagem, apresenta-se pouco trabalhado, suscitando dúvidas quanto à sua concetualização.

Este estudo tem como objetivo principal contribuir para a análise do conceito de compaixão inerente à prática profissional dos enfermeiros, através da exploração deste conceito no âmbito dos cuidados em pediatria.

As questões centrais a que se procurou dar uma resposta no presente estudo foram: qual é, para os enfermeiros, o lugar da compaixão nos cuidados de enfermagem à criança e sua família? Como a definem? Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, orientado, em grande parte, pelo método de análise concetual proposto por Walker e Avant (2005). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a nove enfermeiros, que prestam cuidados a crianças e suas famílias, no contexto de pediatria. A análise de dados foi realizada com base na técnica de análise de conteúdo de Bardin.

Da análise e discussão dos resultados salienta-se que o conceito de compaixão está alicerçado em três antecedentes: é intrínseco ao “ser” de cada um, estar atento ao outro, reconhecer o sofrimento. Como atributos do conceito emergiram o fazer parte do “ser bom enfermeiro” - acompanha a técnica, é dever ético e atribui qualidade aos cuidados -; é benevolência que nos impele a fazer algo pelo outro, nomeadamente a aliviar o sofrimento, a ajudar ou a dar apoio; é estar com o outro, através da presença, da comunicação e estabelecendo uma

relação, com empatia, transmitindo esperança, com respeito e sem juízos de valor. Como consequências surgiram a satisfação dos intervenientes e o bom ambiente de trabalho. Segundo as opiniões dos participantes a compaixão é difícil de definir, é diferente de outros conceitos, pode desenvolver-se e deve ter limites.

Os resultados deste estudo representam um contributo importante para o conhecimento e compreensão do conceito de compaixão nos cuidados de enfermagem à criança e sua família, bem como para uma compreensão efetiva da sua relevância e pertinência no contexto de uma prática de cuidados humanizados.

Palavras-chave: Compaixão, Enfermagem Pediátrica, Conceito.

ABSTRACT

Title: Compassion in Nursing Care of Children and their Families.

Nursing care had its origin in the "sympathetic character" along with other qualities and virtues that Nightingale printed into the profession. Nowadays, the theme of compassion in our country and in the context of nursing, has not been worked enough, and there are raising doubts about its conceptualization.

The main objective of this study is to contribute to the analysis of the concept of compassion inherent to the professional practice of nurses by exploring this concept in the context of pediatrics nursing.

The central questions that we tried to answer in this study were: what is, for nurses, the place of compassion in nursing care for children and their families? How do they define it? This study is exploratory, descriptive and qualitative, guided by the conceptual analysis method proposed by Walker and Avant (2005). We conducted semi-structured interviews to nine nurses caring for children and their families, in pediatrics' context. Data analysis was performed based on Bardin's technique of content analysis.

Analysis and discussion of the results reinforce that the concept of compassion is grounded on three antecedents: it is intrinsic of each "being", to be attentive to the other, to recognize the suffering. Attributes of the concept emerged as part of the "being good nurse" - that goes on with technique, it is an ethical duty and guaranty of quality in care - ; it is kindness that take us to do something for others, especially to relieve suffering, help or support; is to be with the other, with a sense of presence, communication and establishing an empathic relationship, conveying hope, in a respectful way and without judgments. The consequences that emerged were the satisfaction of all the intervenient and good

working environment. According to the opinions of participants compassion is difficult to define, is different from other concepts, can be developed, and must have limits.

The results of this study represent an important contribution to the knowledge and understanding of the concept of compassionate nursing care to children and their families, as well as, an effective understanding of its importance and relevance in the context and practice of humanized care.

Keywords: Compassion, Pediatric Nursing, Concept.

INTRODUÇÃO

A literatura aborda o tema da compaixão, quase sempre, conotando-a com um sentimento de cariz religioso ou confundindo-a com o sentimento de pena.

Historicamente, o desenvolvimento do "caráter compassivo" foi o impulso para o cuidado e, deu à profissão de enfermagem, o seu *ethos*. Na visão de Florence Nightingale, boas enfermeiras eram boas pessoas que cultivavam no seu caráter certas virtudes ou qualidades, uma das quais era compaixão (Nightingale,2008). Os doentes eram o centro de todos os pensamentos dos enfermeiros, que tinham sempre de ser gentis porque cuidavam de pessoas fragilizadas. Em diversas cartas para enfermeiros estagiários, Nightingale reiterou que no enfermeiro é o interior que conta, o resto é apenas a casca exterior ou envelope (Nightingale,2008). Desde Nightingale até aos anos 60, numerosos enfermeiros redigiram textos onde é possível identificar ideias similares, onde se referia a base moral de enfermagem e a necessidade do desenvolvimento de um caráter virtuoso. Usavam a mesma linguagem e abordagem de Nightingale.

Ao longo da história de enfermagem, a compaixão tem sido vista como uma qualidade associada ao caráter do indivíduo. Compaixão decorre de virtude. Trata-se de uma disposição interior do(a) enfermeiro(a), que age com uma intenção determinada.

No Reino Unido, Canadá, Estados Unidos e em muitos outros países, a compaixão é considerada uma qualidade com forte impacto nos cuidados aos doentes, existindo vários trabalhos sobre a temática. A literatura tem muitas descrições da sua importância para os doentes mas Schantz (2007) verificou, numa revisão da literatura, que o conceito de compaixão não está definido, nem a sua dimensão moral demonstrada e, no cenário clínico, na melhor das hipóteses é a simpatia que é cultivada.

De acordo com Dietze e Orb (2000), cada vez mais é proposta a inclusão da compaixão na prática de enfermagem e exortam as enfermeiras a que reflitam sobre a compaixão, enquanto forma ou estratégia para resistirem à indiferença ou insensibilidade ao sofrimento e de se abrirem, sem barreiras, para as reais necessidades do doente. Schantz (2007) concorda e acrescenta ainda que, a prática da compaixão é uma tarefa pessoal e profissional que está cheia de obstáculos sistêmicos, mas que estes não serão impossíveis de transcender. Claire Chambers e Elaine Ryder (2009) referem ser a compaixão, nas suas diversas manifestações, a chave da redescoberta do cerne da prática de enfermagem em todo o mundo.

A pesquisa sobre o conceito de compaixão em enfermagem é escassa e, enquanto não existirem dados efetivos de pesquisa sobre o conceito este vai continuar a não ser passível de uma conceptualização (Schantz, 2007, cit. por Straughair, 2012). Por outro lado, até o conceito de compaixão estar definido não poderá ser considerado como uma dimensão integrante da prática de enfermagem (Oldshansky, 2007, cit. por Straughair, 2012).

A motivação para a realização deste trabalho está intrinsecamente ligada a uma experiência profissional longa e com alguns anos a cuidar de crianças e famílias. A temática, aparentemente simples de compreender, aparece como algo de subjetivo, repleto de diferentes conotações intimamente ligadas às concepções individuais dos enfermeiros.

Na prestação de cuidados de enfermagem deparamo-nos com problemas que são verdadeiros dilemas e que necessitam de atitudes éticas sedimentadas. Na sua atividade diária os enfermeiros fazem escolhas sob orientações que são cada vez mais assentes em preocupações de ordem material, orientadas por um modelo de gestão muitas vezes tecnocrata e absorvido pela rentabilização máxima dos recursos humanos e materiais. Neste ambiente que é muitas vezes agreste e antípoda da essência do cuidar, têm que tomar decisões e de fazer escolhas que evidenciam os mais variados comportamentos.

Mas como devem reagir de forma a garantir a qualidade de cuidados? O que desenvolver nas suas atitudes e comportamentos de forma a prestar cuidados de excelência, em parceria com as crianças e famílias, de forma a garantir um ambiente verdadeiramente humanizado? Sendo as crianças e as suas famílias o centro do CUIDAR, como estabelecer relações de confiança entre todos, quais as competências de ordem emocional e social a desenvolver? Ver, segundo o olhar dos outros, quebra preconceitos e gera tolerância e aceitação das diferenças. Este

diferente formato de “olhar” o outro, Rogers (1961) designa como empatia, apontando que a mesma gera preocupação com os outros e promove o altruísmo, o que se relaciona com o apoio incondicional e a compaixão. Estas capacidades são cada vez mais necessárias para viver em sociedade, com respeito por todos, de forma a conseguir uma relação humanizada e individualizadora. E “há cada vez mais provas de que as posições éticas fundamentais que tomamos na vida decorrem de capacidades emocionais subjacentes (...) e se há duas atitudes morais que os nossos tempos exigem, são precisamente estas, autodomínio e compaixão” (Goleman, 1995, p.20).

Mas o que é a compaixão no contexto da enfermagem em pediatria? De que forma se traduz na prática a compaixão em enfermagem? Quais são as características que a definem? O que a precede? O que acontece quando está presente?

Tanto quanto nos é dado conhecer, trata-se este de um dos primeiros estudos realizados em Portugal que visa explorar o conceito de compaixão no âmbito da enfermagem em saúde infantil e pediatria, bem como conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a importância que lhe atribuem, neste contexto particular de cuidados.

O primeiro capítulo, do enquadramento metodológico, descreve o tipo de estudo realizado e respetivos procedimentos metodológicos. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, exploratório e descritivo.

O segundo capítulo - apresentação, análise e discussão dos resultados - desenvolve-se em nove subcapítulos. Os oito primeiros são destinados à exploração deste conceito, de acordo com o modelo de Walker e Avant, enquanto no nono se procederá à abordagem das opiniões dos enfermeiros sobre a compaixão no âmbito dos cuidados em pediatria.

O primeiro passo e subcapítulo a seleção do conceito “a compaixão” explica que este está associado à nossa área profissional e é um assunto de grande interesse e preocupação, pelo que nos parece necessário um exame aprofundado do mesmo, da sua utilização e das ideias que expressa.

O segundo passo do método, que corresponde à determinação dos objetivos da análise concetual, responde à seguinte questão: “porque estou a fazer esta análise?” (Walker e Avant, 2005, p. 66).

Constitui o terceiro passo do método a identificação dos possíveis usos do conceito na literatura. Neste passo são apresentados os resultados da pesquisa

bibliográfica, segundo diferentes perspectivas: a etimológica, a da neuropsicologia, a ético-filosófica, a de Karen Armstrong e, por último, a perspectiva de enfermagem.

No quarto subcapítulo apresentamos a determinação dos atributos. Walker e Avant (2005) afirmam que a determinação dos atributos definidores constitui o “coração” da análise do conceito e que, à medida que o pesquisador examina as diferentes situações em que o conceito é utilizado, deve registrar as características que aparecem com mais frequência. São os atributos definidores, ou características definidoras, que vão caracterizar o conceito e distingui-lo de outros semelhantes. São descritos os atributos da compaixão presentes na literatura e os atributos que emergiram das opiniões dos enfermeiros de pediatria nas entrevistas realizadas, após análise de conteúdo das mesmas.

O quinto passo do método, que corresponde ao quinto subcapítulo, é o da construção do caso modelo, que é um exemplo em que estão demonstrados todos os atributos que o definem (Walker e Avant, 2005). Um caso, cuja descrição, representa sem margens de dúvida, o conceito. Wilson refere que o caso modelo é o caso que depois de analisado nos leva a dizer que, se isto não é um exemplo disso, então nada o será (Wilson, 1963, cit. por Walker e Avant, 2005). Utilizando o conteúdo das entrevistas, descrevemos um caso modelo de compaixão nos cuidados de enfermagem à criança e sua família na perspectiva dos enfermeiros de pediatria.

O sexto passo, sexto subcapítulo, apresenta os casos adicionais. São casos que não são exatamente iguais aos do conceito e cuja análise desencadeia um processo reflexivo, que suporta uma avaliação mais detalhada e diferenciada do conceito. As análises pormenorizadas destes casos orientam-nos na decisão do que de fato é, ou não, um atributo do conceito e este processo, conduz-nos para a verdadeira identificação do mesmo. Walker e Avant (2005) sugerem quatro tipos de casos adicionais: o semelhante, o relacionado, o caso contrário e o caso ilegítimo. Caso semelhante é um caso aparentemente igual, contém todas ou quase todas as características que definem o conceito, mas é substancialmente diferente em alguma delas. O caso relacionado é um caso relacionado com o conceito da compaixão, mas que não contém todos os atributos que o definem. De acordo com Wilson, citado por Walker e Avant (2005), casos contrários são exemplos claríssimos do que não é a compaixão e, qualquer que seja o conceito, não será certamente um exemplo dele. Os casos contrários podem ajudar bastante na análise do conceito pois, muitas vezes, é mais fácil dizer o que não é, do que

dizer exatamente o que é. Depois de muitos “não conceitos” será fácil identificar realmente e objetivamente o conceito (Wilson,1963, cit. por Walker e Avant, 2005). Segundo Walker e Avant, os casos ilegítimos serão exemplos do uso impróprio do contexto, ou da utilização do termo de forma inapropriada, ou seja, fora de contexto. Todas as histórias apresentadas foram recolhidas das narrativas dos enfermeiros, como respostas à terceira e quarta perguntas da entrevista.

No sétimo subcapítulo apresentamos os antecedentes e as consequências do conceito. Os antecedentes são os eventos ou incidentes que precedem o conceito e um antecedente nunca pode ser um atributo definidor do conceito (Walker e Avant, 2005). As consequências são os eventos, ou incidentes, que ocorrem como resultado da presença do conceito. São muitas vezes utilizadas para determinar ideias negligenciadas e variáveis, que podem produzir ou desenvolver novas ideias de investigação (Walker e Avant, 2005).

No oitavo passo e último passo do método, são apresentados os indicadores empíricos da compaixão encontrados na literatura e aqueles que, na perspectiva dos enfermeiros de pediatria, emergem nos cuidados de enfermagem à criança e sua família. As referências empíricas são características observáveis que indicam a presença de compaixão, sendo essas características, ilustrações dos atributos críticos, os antecedentes e as consequências (Walker e Avant, 2005). Terminamos este subcapítulo com a definição da compaixão nos cuidados de enfermagem à criança e sua família.

No último subcapítulo, como já referimos, faremos a análise das opiniões dos enfermeiros entrevistados, sobre a compaixão no seu contexto profissional.

Por último são apresentadas algumas considerações finais, bem como, aspetos relacionados com as limitações e condicionalismos do estudo, privilegiando a sua articulação com a prática de enfermagem em pediatria.

CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo apresentamos os aspetos de carácter metodológico relevantes para a estruturação e desenvolvimento deste estudo.

1.1 Objetivos e Finalidade

A exploração de um conceito deve ser levada a cabo sempre que este emerge mas não está ainda definido nem desenvolvido, sendo isto o que constatamos com o conceito de compaixão em enfermagem. Segundo Meleis (2007), a exploração de um conceito inclui a identificação dos seus componentes e dimensões. É importante a premissa de que o conceito, uma vez formulado e rotulado, melhora a nossa compreensão e conhecimento do que observamos e experienciamos. Sabemos que a definição de um conceito nunca é permanente ou estanque, mas um processo dinâmico que se torna responsável por novos dados, conhecimentos, experiências e percepções.

O presente estudo tem como objetivo principal contribuir para a análise do conceito de compaixão inerente à prática profissional dos enfermeiros, através da exploração deste conceito no âmbito dos cuidados em pediatria e o de identificar os seus componentes e dimensões, num processo de pesquisa dos atributos do conceito, do que faz com que ele surja e das implicações ou consequências que advenham da sua existência.

Os objetivos específicos definidos são:

(1) Identificar a utilização do conceito de compaixão no contexto da enfermagem em pediatria;

- (2) Determinar os atributos definidores desse conceito;
- (3) Identificar o caso modelo e os casos adicionais de compaixão;
- (4) Identificar os antecedentes e conseqüências da compaixão neste mesmo conceito, assim como, os seus referenciais empíricos;
- (5) Analisar a opinião dos enfermeiros sobre a importância da compaixão no seu exercício profissional.

Com este estudo pretendemos contribuir para uma mais completa análise do conceito de compaixão, bem como para uma compreensão efetiva da sua relevância e pertinência, no contexto específico da enfermagem em saúde infantil e pediatria.

Esperamos ainda que esta análise concetual e a reflexão sobre as vivências e opiniões dos enfermeiros possam contribuir para o delineamento de estratégias que nos conduzam a uma prática profissional mais humanizada.

1.2 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de tipo exploratório e descritivo. Neste tipo de estudos os resultados não são alcançados através de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação mas de entrevistas realizadas, das quais surgiram dados que foram interpretados e organizados em categorias, segundo as suas propriedades e dimensões (Strauss e Corbin, 2008).

Há várias razões que justificam a escolha de uma metodologia qualitativa, como a preferência do pesquisador e a natureza do problema de pesquisa. Os métodos qualitativos podem ser usados para explorar fenômenos sobre os quais pouco se sabe e para obter detalhes sobre os mesmos, como sentimentos, processos de pensamentos e emoções, que seriam difíceis de extrair ou de descobrir, por outros métodos (Strauss e Corbin, 2008). Os dados obtidos são analisados indutivamente, recorrendo à análise de conteúdo, um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que visam obter, da descrição do conteúdo das mensagens, por procedimentos sistemáticos e objetivos, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos, para a interpretação do fenômeno e a atribuição dos seus significados (Bardin, 2009).

Assim, neste estudo partimos das experiências de enfermeiros que trabalham com crianças/adolescentes e suas famílias, para delas extrairmos os seus conhecimentos e opiniões, relacionados com os objetivos propostos.

Neste estudo seguimos a metodologia descrita por Walker e Avant (2005) para a análise concetual. Segundo estas autoras a seleção de um conceito resulta de uma análise rigorosa associada à área profissional e deverá constituir um fenómeno de significativo interesse e preocupação. Se o significado da palavra está relacionado com o conhecimento e o uso que se faz da mesma, o objetivo da análise do conceito é o de investigar a sua estrutura e respetiva utilização, através de um processo durante o qual todos os elementos que fazem parte do conceito são examinados. Assim, a análise de um conceito permite conhecer as suas características, definir os seus atributos e antecedentes, distingui-lo de outros similares e conhecer as respetivas consequências (Walker e Avant, 2005).

O primeiro passo do método de Walker e Avant (2005), a seleção do conceito, é um exame cauteloso e a descrição de uma palavra ou termo, da sua utilização e das ideias que expressa, associado à nossa área profissional, assunto que nos desperta atenção, interesse e preocupação.

O segundo passo, a determinação dos objetivos da análise concetual é a segunda etapa deste processo e responde à seguinte questão: “porque estou a fazer esta análise?

Com o terceiro passo, a identificação dos possíveis usos do conceito, procuramos através de uma pesquisa minuciosa e utilizando dicionários, enciclopédias e toda a literatura disponível, identificar os usos dados ao conceito. Pesquisamos a etimologia da palavra, a perspetiva da neuropsicologia, a espiritual, a ético-filosófica, a de Karen Armstrong e por último a perspetiva da enfermagem.

No quarto passo - a determinação dos atributos do conceito - identificamos os elementos definidores do conceito inferidos da literatura e os que emergiram das respostas à primeira e segunda perguntas das entrevistas, após a análise de conteúdo.

No quinto passo - construção de um caso modelo - apresentamos uma história real de compaixão, narrada por uma enfermeira numa entrevista deste estudo e que inclui os atributos essenciais do conceito de compaixão que emergem deste estudo.

No sexto passo - os casos adicionais - são apresentados casos cujas análises pormenorizadas nos orientam e ajudam a decidir o que de fato é ou não um atributo do conceito para, através deste processo, conseguirmos a verdadeira identificação do mesmo. Analisamos as narrativas dos enfermeiros e escolhemos entre elas, as mais paradigmáticas, para retirar excertos que utilizamos para a elaboração dos casos adicionais de compaixão: o caso semelhante, o relacionado, o caso contrário e o caso ilegítimo.

Sétimo passo, a identificação de antecedentes e consequências do conceito, como o próprio nome diz, é o levantamento de incidentes ou eventos que acontecem *a priori* e *a posteriori* do fenômeno, respetivamente. Apresentamos o que a literatura analisada aponta como antecedentes e consequências da compaixão assim como os que emergiram das entrevistas realizadas.

O oitavo passo, a determinação dos indicadores empíricos que definem o conceito é o último passo da análise do conceito. Os indicadores empíricos identificados, pela sua existência e presença demonstram que o conceito está presente e permitem a sua definição.

Complementarmente aos oito passos descritos na metodologia utilizada são apresentados alguns aspetos relacionados com o conceito que importam salientar, resultantes da análise de conteúdo das entrevistas realizadas e que estão diretamente ligados ao quinto objetivo traçado. Não são antecedentes, atributos nem consequências da compaixão, mas sim perspectivas dos enfermeiros entrevistados, opiniões que eles têm sobre a compaixão no seu exercício profissional.

Com este estudo procuramos analisar o conceito de compaixão em enfermagem e o seu significado, para os enfermeiros que prestam cuidados no contexto da pediatria.

1.3 Procedimentos do Estudo

Como já referimos, para a realização deste estudo recorreremos a entrevistas efetuadas a enfermeiros a desempenhar funções na área de pediatria, tendo sido o conteúdo dessas entrevistas submetido a análise de conteúdo. Pretendeu-se que este processo fosse seguido com o rigor metodológico necessário, a fim de se

obterem resultados com relevância para a ciência e para a prática da enfermagem.

1.3.1 Participantes

Uma vez que se trata de um estudo qualitativo em que pretendemos a definição de um conceito consideramos que na amostra “não deve confundir-se cientificidade com representatividade” (Quivy e Campenhoudt, 1998, p. 21). Estes autores propõem uma estratégia para obter uma generalização concetual e não estatística, em que, se o investigador procurar diversificar sistematicamente os perfis, chegará forçosamente o momento em que já não conseguirá encontrar novos casos, francamente diferentes dos que já encontrou e em que o rendimento marginal de cada entrevista suplementar se reduzirá rapidamente, de forma a obter a riqueza de dados que se pretende (Quivy e Campenhoudt, 1998).

A constituição da nossa amostra foi efetuada com recurso à estratégia “bola de neve” (snowball) conforme a denominação de Polit [et al.] (2004) em que, o primeiro sujeito nomeou o segundo, este nomeou o terceiro e assim sucessivamente, de forma a conseguirmos uma maior diversidade dos sujeitos inquiridos. Este procedimento decorreu até se verificar a saturação de dados. Os sujeitos do estudo foram profissionais de enfermagem a prestar cuidados a crianças e às suas famílias no contexto de pediatria. Os critérios de inclusão no estudo foram o tempo de exercício profissional ser superior a três anos e encontrar-se no exercício direto de cuidados à população pediátrica e respetivas famílias.

No total, participaram nove (9) enfermeiros, quatro (4) com o título profissional de enfermeiro generalista e os restantes de especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria, todos a exercer a sua atividade na prestação de cuidados no contexto da pediatria. Relativamente ao género, a nossa amostra é maioritariamente feminina, 6 enfermeiros têm idade igual ou superior a quarenta (40) anos. Quanto ao número de anos de exercício profissional, salienta-se que seis (6) participantes têm mais de dezasseis (16) anos de atividade. O local de trabalho predominante é o hospital, verificando-se que dois (2) enfermeiros trabalham no contexto de pediatria em enfermagem comunitária.

No quadro seguinte é apresentada uma síntese dos dados que caracterizam a amostra.

Quadro 1: Caracterização dos Participantes.

Características dos Participantes		
Sexo	Feminino	7
	Masculino	2
Idade	≤ 29 Anos	1
	30 - 39 Anos	2
	40 - 49 Anos	3
	≥ 50 Anos	3
Título profissional	Generalista	4
	Especialista	5
Número de Anos de Atividade Profissional em Pediatria	0 - 5 Anos	1
	6 - 10 Anos	2
	11 - 15 Anos	0
	16 - 20 Anos	3
	≥ 20 Anos	3

1.3.2 Método de Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, uma técnica utilizada quando se pretende, como neste estudo, “a análise do sentido que os actores dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais se veem confrontados...” (Quivy e Campenhoudt, 1998, p. 190). As entrevistas foram previamente agendadas e para a sua realização recorreu-se a suporte áudio (gravador). A entrevista iniciava-se com informação ao participante sobre os objetivos do estudo seguindo-se o pedido do consentimento (Anexo I). Num segundo momento, foram recolhidos os dados de caracterização de cada participante. Para tal recorreu-se ao preenchimento de uma grelha onde

constavam todos estes itens (Anexo II). Em seguida foi realizada a entrevista constituída por duas questões abertas direcionadas para a exploração do conceito em estudo e para a opinião dos entrevistados e duas questões onde era solicitada a narração de episódios da prática, relacionados com a compaixão (Anexo III).

A narrativa é uma “forma privilegiada de acesso à experiência vivida em enfermagem” (Ordaz, 2011, p.70) e tem sido uma ferramenta comum, com um importante papel no desenvolvimento da ciência de enfermagem. BoyKin & Schoenhofer propõem a narrativa como um método de organizar e comunicar o conhecimento em enfermagem, através de recriação ou representação de uma situação e uma forma de discurso, com um enorme potencial para expressar os fatos (BoyKin & Schoenhofer, 1991, cit. por Ordaz, 2011, p.71).

Jonsson e colaboradores consideram a sequência da narrativa como uma entrevista semiestruturada, em que posteriormente se analisa o conteúdo (Jonsson [et al.], 1997, cit. por Frid, Öhlén, Bergbom, 2000). Outros há, que propõem as narrativas relacionais (criadas em situações de diálogo) como um método de aceder à experiência do outro (Gadow, 1994, cit. por Ordaz, 2011). Nairn reconhece a narrativa como uma abordagem que concilia a perspetiva científica com a humanística, o que lhe confere uma especificidade única entre as profissões de saúde (Nairn, 2004, cit. por Ordaz, 2011, p.85). Para McCane a complexidade da enfermagem e a exploração dos seus aspetos qualitativos, enfatizam a necessidade de recorrer à narrativa, para o conhecimento da filosofia de cuidados (McCane [et al.] 2001, cit. por Ordaz, 2011, p.85).

Segundo Emden (cit. por Frid, Öhlén, Bergbom, 2000), a função central da pesquisa com narrativa é a de investigar e a narração envolve um processo criativo, em que tanto o narrador como a cena real renascem, fazendo de cada narração um momento único. A narrativa tem uma direção determinada pelo investigador, que depende dos objetivos e cria uma ponte simbólica entre o passado, o presente e o futuro, o abstrato e o imutável. As narrativas orais são a descrição de situações reais e expressão de experiências vividas e permitem um diálogo entre o que fala e o que ouve, em que as perguntas e respostas podem mudar a direção da narração. “Procuramos evidência científica de que essas histórias, partilhadas em narrativas, não só permitem o acesso às experiências vividas, como são produtoras de saberes, sem os quais não poderíamos compreender aspetos essenciais da natureza de enfermagem, quer como disciplina quer como profissão” (Ordaz, 2011, p.70).

Para garantir a mesma matriz de condução da entrevista a recolha dos testemunhos foi realizada por um único entrevistador, com um mesmo guião. Procurou-se desta forma garantir a *fidelidade* do estudo.

Construíram-se questões para a entrevista que permitissem uma narrativa do vivido.

Assim, partimos de 4 questões:

- 1) O que é para ti a compaixão? Como a defines?
- 2) Qual a importância que atribuis à Compaixão?
- 3) Narra uma situação vivida por ti, ou observada por ti, ou experienciada por ti, durante a prestação dos cuidados de enfermagem à criança/família, que te tenha marcado, em que esteve presente a compaixão.
- 4) Narra uma situação vivida por ti, ou observada por ti, ou experienciada por ti, durante a prestação dos cuidados de enfermagem à criança/família, que te tenha marcado, em que não esteve presente a compaixão.

Com a primeira questão pretendemos explorar o conceito de compaixão no contexto profissional destes enfermeiros e determinar os atributos constituintes do mesmo; com a segunda questão identificar o lugar da compaixão no exercício profissional. Com a 3ª e a 4ª pergunta pretendemos identificar o caso modelo e os casos adicionais de compaixão, os antecedentes e consequências da compaixão e os seus referenciais empíricos.

1.3.3 *Análise de Dados*

Através das entrevistas efetuadas aos enfermeiros pretendemos: analisar o conceito de compaixão, identificando os seus atributos, antecedentes e consequências; descrever, baseados nas respetivas narrativas, os casos adicionais do conceito (caso semelhante, caso relacionado, caso contrário e caso ilegítimo) e ainda conhecer a opinião destes enfermeiros sobre o lugar da compaixão na sua prática de cuidados. A análise de dados foi realizada de acordo com os procedimentos sugeridos por especialistas em investigação qualitativa como Meleis (2007), Strauss e Corbin (2008) e Bardin (2009). O conteúdo das entrevistas foi submetido à técnica de análise de conteúdo definida por Bardin, como uma

técnica de investigação que recorre à descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, com a finalidade de interpretar essas mesmas comunicações. O autor descreve este procedimento como sendo um conjunto de técnicas de análise das comunicações com o intuito de, suportado em procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de condições de produção e de receção das mesmas (Bardin, 2009).

As duas primeiras perguntas das entrevistas obedeceram a um processo de análise realizado em quatro etapas: gravação e transcrição da sua totalidade, leitura e análise cuidada mais do que uma vez das mesmas, identificação e transcrição das opiniões e por último a análise indutiva para a respetiva interpretação e categorização. A análise de conteúdo é a interação entre o pesquisador e os dados e é considerada uma ciência e uma arte. É ciência porque há rigor na análise de dados e é arte porque permite criar categorias, depois de ter feito perguntas estimulantes, comparar respostas e criar algo que é inovador, atual e realista (Strauss & Corbin, 2008).

Os dados que emergiram da transcrição das entrevistas foram integrados em categorias e subcategorias, de acordo com a análise do seu conteúdo e delas emergiram os antecedentes, os atributos e as consequências da compaixão, bem como as opiniões dos entrevistados, sobre a importância da compaixão no seu exercício profissional.

Da terceira e quarta pergunta surgiram as histórias narradas pelos participantes em que consideraram ter vivenciado a presença ou não da compaixão. Depois de transcritas, foram analisadas e utilizadas para a identificação e construção dos casos modelo e dos casos adicionais, conforme prevê a metodologia utilizada.

1.3.4 Considerações Éticas

Os aspetos éticos relativos a este estudo estão relacionados com os participantes, o meio e com a confidencialidade dos dados.

A recolha de dados foi realizada com recurso à estratégia em “bola de neve” e nunca houve envolvimento das instituições de saúde em que os enfermeiros

exercem funções, motivo pelo qual não foi necessário solicitar autorizações às Comissões de Ética.

As entrevistas ocorreram fora dos contextos profissionais dos enfermeiros, preservando assim a privacidade dos participantes.

Antes da realização da entrevista, respeitando os princípios éticos da autodeterminação, intimidade, anonimato e de confidencialidade, foi solicitado o consentimento livre e informado (Anexo I).

Trata-se de um grupo de participantes provenientes de várias instituições que não são referidas em nenhum momento da entrevista ou da apresentação dos resultados, motivo pelo qual não é possível a sua identificação. Preserva-se, deste modo a confidencialidade e anonimato dos dados.

Foi assegurado a todos os participantes que as gravações seriam destruídas depois da recolha de toda a informação e de que seriam informados dos resultados obtidos no estudo.

CAPÍTULO 2 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

2.1 Seleção do Conceito

Segundo Meleis, “a identificação e desenvolvimento de conceitos são etapas vitais no progresso de uma disciplina” (Meleis, 2007, p. 163).

Segundo Walker e Avant (2005), a seleção do conceito resulta de um exame aprofundado e descrição de uma palavra ou termo, da sua utilização e das ideias que expressa, que deve estar associado à nossa área profissional, e ser um assunto de grande interesse e preocupação. O conceito subjacente a uma palavra está relacionado com o conhecimento e o uso que habitualmente se faz dela e, para as autoras (Walker e Avant, 2005), o objetivo da análise do conceito será o de investigar a estrutura e respetivo uso através de um processo onde todos os elementos que constituem esse conceito são examinados. A análise de um conceito permite conhecer as suas características, definir os seus atributos, antecedentes e consequências e distingui-lo de outros similares.

O conceito escolhido para análise neste estudo foi a compaixão, fenómeno que, na nossa opinião, deve estar presente na prática da enfermagem.

A pesquisa sobre o conceito de compaixão em enfermagem é escassa e, enquanto não existirem dados efetivos de pesquisa sobre o conceito, este vai continuar a não ser passível de uma conceptualização (Schantz, 2007). Nos seus diferentes contextos, em particular na pediatria, há necessidade de o pesquisar e conhecer para, posteriormente, ser desenvolvido em todos os enfermeiros, no sentido da prestação de cuidados de qualidade, em ambientes verdadeiramente humanizados. Até o conceito de compaixão estar definido não poderá ser

considerado como uma dimensão integrante da prática de enfermagem (Oldshansky, 2007, cit. por Straughair, 2012). Segundo Cingel (2009) a compaixão é um construto com componentes distintos dos da simpatia e empatia, com dimensões afetiva e cognitiva mas também com aspetos volitivos como opção deliberada. Serão especificamente estes aspetos, os mais importantes no domínio da enfermagem?

Se nos comprometemos a cuidar das crianças e respetivas famílias de forma holística, em parceria, devemos perceber, não apenas o que a doença provoca no corpo dos doentes mas, também, o que pode provocar sob o ponto de vista cognitivo, psicológico e afetivo, no próprio e na sua família. Importa, ainda, conhecer todos os esforços que são feitos para encontrar respostas para questões como: o significado da vida, os valores pelos quais nos guiamos e, ainda, sobre as relações que estabelecemos. Só depois de respondermos a estas perguntas, poderemos ajudar os nossos doentes, as crianças e as suas famílias, uma vez que estes “lutam” por encontrar respostas a questões semelhantes. De acordo com Gilbert (2009) “a prática da compaixão (...) permite a consciencialização do ser que somos, a consciencialização do outro e a interação, com habilidades ou atributos específicos, que vão satisfazer os dois lados da relação” (Gilbert, 2009).

2.2 Determinação dos Objetivos da Análise Concetual

A segunda etapa deste processo é a de determinar o propósito da análise e o uso que faremos com os resultados deste estudo e deve, essencialmente, responder à seguinte questão: “porque estou a fazer esta análise?” (Walker e Avant, 2005, p. 66). Este propósito deve estar presente ao longo de todo o processo de análise do conceito e da determinação dos atributos que o definem. É nosso objetivo, com a análise deste conceito, explorar o conceito de compaixão, no contexto particular da enfermagem em pediatria e compreender a sua relevância na prática diária dos enfermeiros, contribuindo para a humanização dos cuidados de enfermagem à criança e sua família e para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

A enfermagem parece ter deixado de utilizar o termo compaixão, passando a adotar outras palavras como valores éticos, autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, para descrever a orientação da sua prática profissional.

Porém, após pesquisa bibliográfica, a compaixão aparece, em alguns estudos levados a cabo noutros países e contextos, como um valor ou motivação principal e guia orientador para o comportamento profissional, ético e moral do enfermeiro não só na Pediatria como em todas as outras especialidades.

Ao longo deste estudo vamos explorar o referido conceito, descobrir os opostos do mesmo, clarificar o significado que este assume na enfermagem em pediatria, tentando ainda compreender o lugar que ele ocupa no pensamento e na ação profissional dos enfermeiros entrevistados.

Se for considerada a sua relevância para uma prática de cuidados de qualidade e humanizados, poderemos planear e levar a cabo ações tendentes a manter e melhorar o nível de compaixão dos enfermeiros que trabalham em pediatria, fundamentados nos resultados obtidos.

2.3 Identificação dos Possíveis Usos do Conceito de Compaixão na Literatura

Para identificar o uso do conceito utilizamos dicionários, enciclopédias, opiniões de colegas e toda a literatura disponível, de forma a identificar todas as utilizações dadas ao conceito. Não nos limitamos apenas à literatura de enfermagem, a vertente que nos interessa, uma vez que isso poderia resultar em viés do entendimento real da natureza do conceito. Consideramos todos os usos possíveis do termo, de forma a sustentar ou validar a escolha final dos atributos definidores do conceito e, depois de identificados todos os usos, decidimos quais os mais pertinentes para serem utilizados na pesquisa científica a que nos propomos.

Durante a pesquisa bibliográfica sobre situações em que pode ser utilizado o conceito, poderemos conhecer outras formas de aprofundar a utilidade do mesmo (Walker e Avant, 2005). Apresentam-se as diferentes perspetivas de abordagem ao conceito que resultaram da pesquisa bibliográfica: a análise etimológica da palavra, perspetiva da neuropsicologia, espiritual segundo Dalai Lama, ético filosófica, a de Karen Armstrong e da enfermagem.

2.3.1 A Perspetiva Etimológica

O termo compaixão tem a sua proveniência do termo latino “*compassio*”, derivado de “*cum*” (com) e “*patior*” (sofrer) e, segundo o Dicionário da Língua Portuguesa, o sentido atribuído à palavra “*compaixão*” é (...) “sentimento de quem partilha do sofrimento alheio, de quem o lastima e pode ainda significar comiseração, dó, piedade” (Dicionário da Língua Portuguesa, 2001, p. 883). Numa análise de cada um dos sinónimos, esta mesma fonte apresenta, respetivamente, os seguintes significados: comiseração (...) “é um sentimento de quem partilha da infelicidade, do sofrimento de alguém, de quem lamenta os seus males”; dó é definido como (...) “sentimento despertado pela dor, pelo sofrimento alheio e que leva geralmente a agir, a ajudar” e piedade como (...) “amor, respeito e devoção, sentimento incutido pelo sofrimento alheio e que leva ao desejo de o mitigar; ternura; carinho; dedicação; amor”. Adicionalmente pesquisamos palavras do mesmo grupo semântico, surgindo o termo: “*compassivo*” como (...) “o que lamenta o sofrimento alheio, que se compadece; que sente compaixão” (Dicionário da Língua Portuguesa, 2001).

Max Scheler define o agir compassivo como “abstrair-se de si mesmo para se colocar determinantemente na presença de um outro e do seu estado psíquico individual (...) não através da negação de si mesmo mas como ato deliberado de alguém que tem a consciência do seu eu, de alguém com vida própria a que atribui valor” (cit. por Marçal, 1994, p.68).

Dado que a esmagadora maioria da literatura de enfermagem relativa à compaixão é de origem inglesa, decidiu-se procurar o significado da palavra em dicionários ingleses. Seleccionámos o Oxford Advanced Learner’s Dictionary of Current English, que inclui o termo Compassion com os seguintes significados: “*pity*” enquanto equivalente de pena; “*feeling for the sufferings of others, prompting one to give help*” que deverá ser entendido como sentimento face ao sofrimento dos outros, que mobiliza no sentido da ajuda ao outro (Dictionary of Current English, 1974).

A etimologia da palavra, a sua fonte, forma e significado não são suficientes para o conhecimento de um fenómeno, pelo que fará algum sentido introduzir

perspetivas mais específicas que permitem uma análise mais abrangente da compaixão.

2.3.2 A Perspetiva da Neuropsicologia

A psicologia concetualiza a compaixão de forma ampla, como uma combinação de motivos, emoções, pensamentos e comportamentos que nos abre ao sofrimento dos outros e de nós próprios, levando-nos a compreender esse sofrimento duma forma não avaliativa, bem como a atuar tendo em vista o seu alívio (Gilbert, 2009). Por outro lado, “envolve estar aberto ao sofrimento dos outros, o desejo de os ajudar a diminuir o sofrimento, tolerância, oferecer aos outros paciência, bondade e uma atitude não crítica, reconhecendo que todos os seres humanos são imperfeitos e cometem erros” (Castilho e Gouveia, 2011, p.204).

A compaixão é composta por três elementos que são: a bondade, a humanidade comum e a atenção plena (Neff, 2003; Pommier, 2010). Estes autores explicam que é necessário uma mente saudável e gostarmos de nós próprios, para sentirmos uma verdadeira compaixão pelos outros, de uma forma que ponha de parte interesses próprios (Neff, 2003; Pommier, 2010). Justificam esta sua premissa com a assunção de que, a pessoa a quem falte autocompaixão está sempre à procura de mais para compensar esta lacuna, mesmo à custa dos outros, por exemplo competindo com eles para provar algo a si próprio ou então comparando-se favoravelmente aos outros para mostrar que tem algum valor. No meio desta insegurança, competição e comparação, ser-lhe-á assim muito difícil ter compaixão pelo outro (Neff, 2003; Pommier, 2010). Concluem dizendo que não será possível dar aos outros aquilo que não dispomos, e que a compaixão que temos pelos outros deriva da compaixão e do amor que temos por nós próprios, que intitulam como autocompaixão. Acrescentam, ainda, que a autocompaixão tenderá a aumentar os sentimentos de compaixão e interesse pelos outros (Neff, 2003; Pommier, 2010).

Tendo como referente a experiência humana comum, torna-se viável admitir o sofrimento, o fracasso e imperfeições como fazendo parte integrante da condição humana, o que conseqüentemente implica que todo o ser humano é

merecedor de compaixão (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003; Vohs & Heatherton, 2004, cit. por Fontinha, 2009, p.28).

A compaixão está associada a uma variedade de características psicológicas positivas como: a felicidade, a melhoria das relações sociais e a potencial proteção de estados emocionais negativos como a ansiedade, o medo e a raiva. Nas profissões de saúde é considerada um valioso princípio ético, uma proteção dos direitos dos doentes e uma importante qualidade, que os doentes procuram nos que lhes prestam serviços (Neff, 2003; Pommier, 2010).

Segundo Goleman (1995) as áreas pré-frontais do cérebro regulam todas as nossas ações emocionais. A maior projeção da informação sensorial é proveniente do tálamo, mas não se direciona para a amígdala mas para o neocórtex e para os seus muitos centros, encarregados de registrar e decifrar o que está a ser percebido. No neocórtex, a informação é registada e analisada por uma série de circuitos sequenciais. Depois, através dos lóbulos pré-frontais, é orquestrada uma reação. Se, durante este processo, é necessária uma resposta emocional, os lóbulos pré-frontais ditam-na, mas sempre trabalhando de forma coordenada com a amígdala e os outros circuitos do cérebro emocional. Todo este processo permite dar discernimento à resposta emocional. Do bom funcionamento de todos estes circuitos, depende a vida emocional de cada um de nós.

Assim, enquanto a amígdala funciona desencadeando uma resposta emocional de ansiedade e impulsividade, características que fazem dela sentinela permanente, que escrutina todas as experiências sensoriais, uma outra parte do cérebro emocional permite uma resposta mais comedida e adequada. O comutador que amortece os excessos da amígdala parece encontrar-se na outra extremidade do principal circuito do neocórtex, nos lóbulos pré frontais situados mesmo por detrás da testa. Esta área neocortical do cérebro (córtex pré-frontal) origina uma resposta analítica e apropriada aos nossos impulsos emocionais, modulando a amígdala e outras áreas límbicas e pode ser considerado um eficiente gestor das emoções (Goleman, 1995).

A ligação entre a amígdala (e todas as estruturas límbicas a ela associadas) e o neocórtex está no centro de todas as batalhas interiores por nós travadas entre a cabeça e o coração ou seja entre a razão e a emoção. A emoção pode perturbar o pensamento da mesma forma que o pensamento pode impedir ou controlar a emoção. Estes circuitos explicam a razão pela qual a emoção é tão crucial para o pensamento eficaz, tanto na tomada de decisões sensatas como para simplesmente permitir que tenhamos uma forma de pensar clara. É este cérebro

emocional que controla tanto a raiva como a compaixão. O novo paradigma incita-nos a harmonizar a cabeça e o coração, a inteligência racional e a inteligência emocional num trabalho de complementaridade (Goleman, 1995).

Enquanto o hemisfério esquerdo tem predominantemente como funções raciocinar, explicar, analisar, preocupando-se com as palavras, distinções, precisão e relações causais, o hemisfério direito lida com as emoções, responde ao simbolismo e à abstração. Parece, portanto, que fomos “construídos” tanto para a compaixão como para a crueldade, para poder sentir amor mas, também, ódio. Neste emaranhado de emoções e sentimentos, descodificamos na face do outro (reconhecimento de expressão facial emocional) as emoções que ele vivencia e que são pistas emocionais para a nossa atuação. Segundo Ekman (2003) o ser humano nasce com a capacidade de reconhecer seis expressões faciais universais: raiva, medo, tristeza, nojo, alegria e surpresa. A face é o elemento fundamental no qual as emoções podem ser expressas e reconhecidas e a capacidade de identificar a emoção do outro através da sua face favorece a relação interpessoal que estabelecemos e é um passo importante para o estabelecer de uma relação empática pois facilita o reconhecimento do que o outro sente (Ekman,2003).

A empatia é considerada uma das aptidões mais amplamente valorizadas para a prática da compaixão (Armstrong, 2011). Mas o que é a empatia?

Sampaio e colaboradores consideram que no âmbito específico da Psicologia, desde 1909, a empatia foi descrita como a capacidade de conhecer a consciência de outra pessoa e de raciocinar de uma maneira similar, por meio de um processo de imitação interna. Com esta capacidade, pessoas com o mesmo nível intelectual e moral poderiam melhor compreenderem-se umas às outras (Sampaio [et al.], 2009, cit. por Rodrigues e Ribeiro, 2011).

Duan e Hill complementaram a definição de empatia, considerando-a um traço de personalidade ou competência geral para conhecer os estados mentais de outras pessoas e para sentir as emoções dos outros (Duan e Hill, 1996, cit. por Rodrigues e Ribeiro, 2011).

Atualmente entendida pelas ciências humanas, como a capacidade de se colocar no lugar do outro, a capacidade de descobrir o que é essencial e a de pensar sobre os outros, da mesma forma que pensamos sobre nós mesmo, a empatia vem sendo considerada uma das aptidões mais amplamente valorizadas (Armstrong, 2011).

Segundo Rodrigues & Ribeiro (2011) Falcone e colaboradores consideram a empatia em três dimensões: afetiva, expressa por um interesse genuíno em atender às necessidades da pessoa alvo; cognitiva, como tomada de perspectiva, autoconsciência, reconhecimento e compreensão de estados mentais do outro; e comportamental que funciona de forma integrada com intuito de oferecer apoio, conforto e consolo ao outro.

Na opinião de Ferreira (2006) baseada na obra Del Prette e Del Prette, a empatia é uma competência/aptidão com subclasses:

- Observar, prestar atenção, ouvir o outro;
- Demonstrar interesse e preocupação pelo outro;
- Reconhecer/inferir sentimentos do outro;
- Compreender a situação;
- Demonstrar respeito pelas diferenças;
- Expressar compreensão pelo sentimento ou pela experiência do outro;
- Oferecer ajuda;
- Compartilhar.

Ainda segundo a autora, para Lazure, uma das características ou aptidões que o enfermeiro deve desenvolver na Relação de Ajuda é ser empático com o outro. Rogers (1961) considera a empatia, a autenticidade ou congruência e a aceitação incondicional do outro, como condições essenciais da relação de ajuda. Brunero [et al.] (2010) citam cinco aspectos importantes da empatia em enfermagem de Kunyk & Olson, respectivamente: 1 - Característica humana; 2 - Nível profissional; 3 - Processo de comunicação; 4 - Processo no cuidar; 5 - Relação especial interpessoal.

Como podemos verificar foram exploradas várias definições para a empatia; salientam-se as definições com enfoque moral, cognitivo, comportamental e emocional e, recentemente, as contribuições das neurociências funcionais que apontam para um novo entendimento do fenômeno empático (Duarte, 2009).

Este aspecto de perspectivar as cognições e intenções do outro, que é definido como empatia, integra a Teoria da Mente (ToM) da autoria de Premack & Woodruff. Estes autores salientaram que o cérebro humano possui competência inata de construir representações mentais sobre os pensamentos, as intenções e os sentimentos dos outros.

Segundo Caixeta (2011) inferir o estado mental do outro significa ter uma competência que nos permita desenvolver uma avaliação daquilo que eles pensam e desejam. Esta capacidade foi denominada Teoria da Mente (ToM) e está presente sempre que o indivíduo imputa estados mentais para si mesmo e para os outros (Caixeta, 2002). Estas competências são uma importante e incontestável aquisição dos humanos. Foram competências desenvolvidas durante a evolução do homem, por pressão das necessidades de nutrição, proteção e reprodução, mas o homem atualmente utiliza-as para outros propósitos, especialmente a nível das relações sociais (Caixeta, 2011).

Os investigadores da área da cognição social, ramo da psicologia que estuda os eventos cognitivos ligados às relações sociais, assumem as pessoas como organismos pensantes que, para entenderem qualquer aspeto do comportamento social, têm de ser capazes de elaborar um modelo mental daquilo que pode estar a ocorrer na mente dos outros. Por cognição social (CS) subentendem-se as operações mentais que estão por trás das interações sociais e que incluem a competência humana de perceber as intenções e disposições dos outros (Pinkham, Penn, Perkins, Lieberman, 2003, cit. por Tonelli & Alvarez, 2009). As representações geradas por este tipo específico de cognição servem para que o indivíduo oriente o seu comportamento social de forma flexível e adaptada. Em relação à localização cerebral das habilidades ToM, os resultados mais frequentemente replicados dos estudos de neuroimagem funcional e ToM envolvem o córtex pré-frontal, pois quase todas as tarefas que avaliam tais habilidades parecem ativar uma ou mais áreas dessa região (Tonelli, 2009).

A Teoria da Mente (ToM) ou “Mentalização” como também pode ser referida, é a capacidade humana de representar estados mentais e/ou inferir as intenções de outra pessoa (Tonelli, 2011). Um sistema de inferências desta natureza é apropriadamente visto como uma ‘teoria’ porque tais estados não são diretamente observáveis e o sistema pode ser usado para fazer previsões sobre o comportamento dos outros (Caixeta, 2011). Assim sendo, a possibilidade de aceder a estados não diretamente observáveis do outro, assim como efetuar previsões relativas sobre o seu comportamento, facilitarão ao profissional de saúde o assumir do lugar do outro, postura fundamental para a prática da compaixão.

2.3.3 A Perspetiva Espiritual de Dalai Lama

A compaixão pode ser considerada como uma capacidade natural do coração humano, de se interessar e preocupar com os outros e de estabelecer laços com eles, constituindo um aspeto básico da natureza humana que é fundamento para a nossa felicidade. Por esta razão, todos os ensinamentos éticos e espirituais visam conhecer, desenvolver e aperfeiçoar esta qualidade. É considerada uma das virtudes universais e a atitude fundamental por detrás de todo o bom comportamento (Dalai Lama, 2012). Etimologicamente, numa análise das palavras-chave integradas nesta frase de Dalai Lama, surge reforçada a perspetiva atitudinal subjacente à compaixão, porém incluindo valores específicos que moldam a qualidade relacional com o outro:

- virtude: “é a disposição firme e habitual para a prática do bem, da justiça e da equidade”;
- atitude: “é uma posição assumida pelo espírito, um modo de proceder revelador das convicções”;
- comportamento é definido como “modo de agir, de proceder, de se comportar” (Dicionário da Língua Portuguesa, 2001).

Segundo Dalai Lama (2012), a compaixão é o elo que une as religiões de todo o mundo. Todas convidam os seus praticantes a abrirem o coração e a deixarem que a compaixão seja a mensagem central de toda a sua vida. A perspetiva espiritual com abordagem não religiosa, reconhece primazia à compaixão, pensando que todos somos iguais, o que acontece aos outros pode acontecer-nos a nós e, como demonstra a ciência e a história, todos dependemos profundamente da bondade dos outros. Todas as tradições de fé evidenciam a necessidade que existe de nos libertarmos de pensamentos negativos, tanto em relação a nós como aos outros, de praticar o bem e de viver de forma virtuosa, especialmente com uma visão compassiva de tudo e de todos.

Numa perspetiva das religiões não teístas (como o budismo), a compaixão é a base da ética, sendo fundamental para todos os seres que aspiram à felicidade e é vivida seguindo as leis da causalidade e a da igualdade. A abordagem teísta promove a imitação, por parte do homem, da compaixão de Deus. A primeira pessoa a formular aquilo que se tornou conhecido como a “Regra de Ouro” foi Confúcio: “Não faças aos outros aquilo que tu próprio não gostavas que te

fizessem. Assim não haverá nenhum ressentimento contra ti, tanto na família como no estado” (Analectos 12:2, cit. por Dalai Lama, 2012). Esta regra obriga a olhar para os nossos próprios corações, descobrir o que leva à dor e recusar, sob qualquer circunstância, infligir dor a alguém.

Cada uma das grandes religiões tem desenvolvido a sua própria versão da Regra de Ouro, nomeadamente:

- no Islamismo: a compaixão (rahmah) é um valor nuclear. “Todas as criaturas são filhas de Deus e, os mais queridos de Deus são aqueles que tratam os Seus filhos com amor” (Profeta Maomé, Hadith, citado por Dalai Lama, 2012). Segundo a crença islâmica, Deus (ou Alá) tem 99 nomes e atributos, liderados por “O Agradecido” e “O Misericordioso”. Na verdade, cada livro do Alcorão começa com a invocação: “Em nome de Deus, o Clemente, o Misericordioso.” Estas palavras (que em árabe são chamados *Bismillah*) são ditadas ao Profeta Muhammad para o texto do Alcorão e significam que, tudo o que Deus tem para nos dizer é baseado na misericórdia e na compaixão. Se Deus nos mostra uma atitude de misericórdia e compaixão, é nossa responsabilidade, falar e ou agir, em nome de Deus, de forma misericordiosa e compassiva (Dalai Lama, 2012).

- no hinduísmo: “Esta é a síntese do dever: não faças aos outros aquilo que não querias que te fizessem a ti” (Mahabharata 5:1517, cit. por Dalai lama, 2012). O conceito hindu *Ahimsa* (semelhante ao de compaixão) significa, literalmente, “ausência do desejo de matar ou ferir” qualquer criatura. Faz-nos perceber que temos de aprender a ser não-violentos nas palavras que usamos e nas formas com que lidamos com os outros, no trabalho, entre os amigos e em casa. Incentiva-nos a aprender a agir de forma a remover todas as atitudes e comportamentos, pessoais e da sociedade, que nos levam à violência: a injustiça, a pobreza, a fome e a repressão. Ahimsa inclui uma atitude de não-violência dirigida a toda a criação, não apenas aos seres humanos, mas também aos nossos companheiros animais e a todo o ambiente. Esta atitude de não-violência pode assumir a forma de ação direta (da mesma forma que Gandhi e Martin Luther King), mas também o envolvimento na política, em instituições de ajuda humanitária, na educação e em todos os ambientes.

- no Judaísmo: “Aquilo que é odioso para ti, não o faças ao teu semelhante. Esta é toda a lei; o resto é comentário” (Hillel, no Talmude para o Sabat 31.a, citado por Dalai Lama, 2012). Para os judeus, uma maneira popular de enquadrar a necessidade de uma ação compassiva é falar de *Tikkun Olam*, ou “reparar o mundo”. Segundo Lúria e outros místicos judeus, podemos tornar este mundo

melhor, através da realização de atos de misericórdia e bondade (*mitzvot*) (Cutler & Dalai Lama, 1999). De acordo com a tradição judaica, nenhuma pessoa ou geração pode completar a tarefa de tornar o mundo perfeito, mas todos nós somos obrigados a ser uma parte do processo de reparação (Cutler & Dalai Lama, 1999).

-no Budismo: “Preocupem-se com o vosso próprio bem. Aqueles que se preocupam com o seu próprio bem não deverão fazer mal aos outros” (Udanavarga 5:20, citado por Dalai Lama, 2012). O monge budista Thich Nhat Hanh (2005), principal divulgador do budismo no ocidente, refere-se à compaixão como sinónimo de uma mente que elimina o sofrimento do outro e cria a imagem de que a compreensão é uma árvore com duas belas flores que são, o amor e a compaixão. Dalai Lama refere que a compaixão pode ser definida como um estado de espírito não violento, não destrutivo, não agressivo. É uma atitude mental baseada no desejo de que os outros se possam libertar do sofrimento, está associada a um sentimento de envolvimento, responsabilidade e de respeito pelos outros, sendo um sentimento mais forte, mais vasto e mais profundo do que o amor. Diz ainda que todas as pessoas partilham de potencial para serem compassivas e felizes, ou para prejudicarem e serem infelizes e no final, é uma questão de opção individual. Portanto, na compaixão, para além de uma mera resposta emocional ao sofrimento dos outros, existe uma intencionalidade, existe uma escolha consciente, existe deliberação racional. A compaixão pertence à categoria de emoções que têm um componente cognitivo mais desenvolvido, ou seja, uma combinação de empatia com razão (Cutler & Dalai Lama, 1999).

-no Cristianismo: em vários documentos de referência, é demonstrada a importância da compaixão na tradição cristã. No evangelho segundo S. Marcos (6,30-44, cena da primeira multiplicação dos pães) a compaixão de Jesus é retratada de forma forte e dinâmica. Tudo começa com a sua sensibilidade: mais do que mestre, ele é o amigo atento às necessidades dos discípulos. Percebe quando estão cansados e esgotados e, então, convida-os a irem, com ele, a um lugar deserto, na outra margem do lago, para repousarem. Esta sensibilidade diante do cansaço dos discípulos sinaliza a compaixão de Jesus, que está presente no seu coração. (...) “Assim que ele desembarcou, viu uma grande multidão e ficou tomado de compaixão por eles, pois estavam como ovelhas sem pastor. E começou a ensinar-lhes muitas coisas”. Mas qual é o sentido exterior que ativa este sentimento? - O olhar: Jesus vê a multidão e comove-se. O olhar ativa a compaixão em Jesus, que oferece ao seu povo a sua palavra salvadora: “(...) e começou a ensinar-lhes muitas coisas” (Dalai Lama, 2012).

No evangelho de Marcos há uma demonstração da ação como resposta à compaixão. “ (...) *Chegaram a Jericó. Ao sair Jesus da cidade com seus discípulos e com uma grande multidão (...), estava sentado à beira da estrada um cego mendigo (...)* começou a clamar: *Jesus, filho de Davi, tem compaixão de mim! Muitos mandaram que se calasse, mas ele clamava ainda mais: Filho de Davi, tem compaixão de mim! (...)* Perguntou-lhe Jesus: *Que queres que eu te faça?* (10:46-52). No evangelho de S. Mateus, mais uma vez, há um reforço do agir compassivo.” (...) *Acompanhou a Jesus uma grande multidão. Dois cegos, sentados à beira do caminho, sabendo que Jesus passava, clamaram: Senhor, filho de Davi, tem compaixão de nós! (...)* Tem compaixão de nós (...) *Que desejam que eu vos faça?* (20:29-34). Outro texto marcado pelo olhar compassivo de Jesus é apresentado por S. Lucas (7,11-16), em que Jesus ressuscita o filho da viúva de Naim. Diante da desolação daquela mulher, viúva com seu filho morto, Jesus compadece-se e age. Quatro verbos dão ritmo à cena: Jesus vê, aproxima-se, toca e vivifica (v. 13-15). Ao ver a mulher, se comove e a consola. Ainda no evangelho de S. Lucas, surge o exemplo do bom samaritano (10,29-37). Novamente, a compaixão nasce com o olhar. Quando passava, o samaritano notou um homem ferido, caído à beira da estrada: “*Chegou junto dele, viu-o e moveu-se de compaixão*”. Nesta sequência, há seis gestos que dão resposta à compaixão do samaritano para com o homem caído: aproxima-se, limpa as feridas, coloca-o sobre o seu animal de montaria, leva-o à hospedaria, dispensa-lhe cuidados, provê o tratamento com o hospedeiro. A compaixão mobiliza, porque é depois de um olhar compassivo que surgem gestos de compaixão.

Jesus vê a Pessoa que padece e move-se de compaixão (Mt.9,18-34; Lc 7,13); pousa o olhar sobre o jovem, compreende a sua inquietude e ama-o (Mc 10,21). Segundo S. Mateus, “*Assim que desembarcou, Jesus viu uma grande multidão e, tomado de compaixão (...)* (Mt. 14,14). O samaritano viu e moveu-se de compaixão (Lc. 10,33). Ao ver o filho que voltava, o pai correu para ele e abraçou-o (Lc. 15,11-32).

Todas estas referências demonstram a importância fulcral da compaixão para o Cristianismo, religião representada pelo exemplo do próprio Jesus Cristo, que se deixa ser torturado e morto por compaixão por toda a humanidade, entregando a Sua vida por amor ao outro. A tradição cristã sublinha a importância da compaixão para uma vida eticamente correta, sugerindo que a compaixão deve ser oferecida de forma universal, em casos de perdão e, a um nível mais elevado de desenvolvimento espiritual, com o auto sacrifício (Pommier, 2010, p.19).

2.3.4 A Perspetiva Ético Filosófica

Pommier refere que “vários filósofos modernos sugerem que três requisitos devem estar presentes para que um indivíduo sinta compaixão, num contexto de cuidados de saúde: o sofrimento ou dificuldade deve ser visto como um problema; o doente não deve ser responsável por seu próprio sofrimento; a compaixão é um sentimento individual, é o ser capaz de imaginar-se ou um ser amado ou amigo na mesma situação” (Pommier, 2010, p.16). Os profissionais de saúde reconhecem sinais ou sintomas reveladores de algo que está errado com o doente, um processo racional de ordem prática, um julgamento, que os impele a uma ação determinada. Se afirmamos que a compaixão é uma decisão, que escolha devemos fazer? E Kant convida-nos a agir como se a máxima da nossa ação devesse tornar-se, por nossa vontade, em lei universal da natureza.

Kant é conhecido na História da Filosofia por ter desenvolvido uma fundamentação rigorosa acerca da moral. Para Kant a ação moral é empreendida a partir do cumprimento rigoroso e racional do dever como um *imperativo categórico*, em que o que importa não é a ação que se vê, mas aqueles princípios íntimos da mesma que não se veem (Kant, 2009). Pensadores que apreciam o racionalismo kantiano não gostam da ideia de que a compaixão é uma virtude. A linha de pensamento kantiano não tem espaço para o altruísmo e entende que só racionalidade e o dever são considerados a base da moral. Assim a responsabilidade é altamente valorizada e a compaixão é um dever a aprender.

De acordo com Madigan (2013) o fundamento da ética para Arthur Schopenhauer não é a razão e ele apresenta uma visão da moral e da ética que se opõe à de Kant e que se aproxima do budismo e do cristianismo. Este filósofo alemão considera o dever kantiano uma afronta ao que ele chama de sentimento moral genuíno e, no seu livro “Sobre o fundamento da moral”, convida-nos a conhecer as razões morais para o comportamentos dos homens, ou seja, as razões que nos levam a transformar uma vontade/ou desejo em ação. Segundo este filósofo encontram-se três modos básicos de agir, cada qual relacionado com um tipo de motivação: o egoísmo, a crueldade e a compaixão. Considera que, no ser humano, os ímpetos do egoísmo e da crueldade superam de forma significativa a compaixão.

Blackburn analisa a compaixão, para Schopenhauer, que a considera como a participação totalmente imediata, independente de qualquer outra consideração, no sofrimento de um outro, é a base efetiva de toda a justiça livre e de toda a caridade genuína, é a verdadeira base da moralidade, ao contrário de regras racionais ou mandamentos dados por Deus (Blackburn, 2007). Este comportamento moral consiste, na sua opinião, num reconhecimento intuitivo que todos nós, enquanto seres vivos e com vontade própria, deveríamos ter. Na perspectiva de Schopenhauer, nenhuma ação ocorre sem um motivo e os principais agentes mobilizadores de ações da vontade são o bem-estar e o mal-estar. Os seres humanos movem-se segundo o que favorece a sua vontade, assim como, de acordo com o que assume um caráter contrário à sua vontade. O princípio da moralidade schopenhaueriano, na opinião de Madigan, salienta que não se deve fazer mal ao outro mas ajudar o outro e todas as grandes religiões, segundo ele, foram tentativas de expressar esta realidade metafísica, mas foram perdendo de vista este objetivo, devido a intermináveis disputas doutrinárias. O que nos une é a compreensão de que a vida em si consiste num sofrimento sem fim, perseguindo objetivos que nunca poderão ser atingidos e que esta perseguição resulta numa morte sem sentido. Deveríamos ser felizes pelo simples fato de estarmos vivos e ter a obrigação moral de não aumentar o sofrimento. Devemos ser: pacientes, tolerantes e mostrar caridade para com os outros seres que estão em sofrimento (Madigan, 2013).

Como viver a compaixão segundo a filosofia de Schopenhauer? Se compaixão quer dizer: não causar dor ao outro, abdicar de posições injustas, não impor a “minha” vontade à do “outro” e agir de maneira caridosa, qual a sua fundamentação moral? A compaixão está, em certa medida, associada a uma negação do querer-viver (*nichtwollen*) ou negação da pulsão. A negação da pulsão (querer-viver) significa que há que diminuir a distância entre “eu” e “não-eu”, tornando idêntico o “meu” corpo ao do outro. Significa calar a pulsão da vontade. O ato de negar a pulsão e, portanto, agir compassivamente manifesta-se pelas virtudes da justiça e da caridade (Blackburn, 2007).

Mas como se nega a pulsão? Simplesmente percebendo que “o outro sou eu” ou, melhor ainda, encurta-se a distância entre “eu” e o “outro” e perceber que a vontade ou a não-vontade indicam, apenas, recusar a dinâmica da pulsão. Schopenhauer adere ao hinduísmo e fala de uma experiência existencial em que a sensação do não-sentido da vida conduz a negar a pulsão (Blackburn, 2007). Este filósofo pensa que, ao deixar colocar de lado a pulsão, tornando-se compassivos, a justiça e a caridade aumentam. Deixa uma mensagem clara de que no fundo, tudo

e todos são um, o que possibilita a identificação com o outro, a compaixão e o amor (Blackburn, 2007).

Nietzsche, pupilo de Schopenhauer, a quem este se referia como "o único moralista sério", sentiu a necessidade de questionar a sua doutrina sobre a compaixão, que ele chegou a considerar como uma forma inaceitável de ascetismo. A compaixão passou mesmo a ser vista como uma fraqueza, não como uma virtude a ser "cultivada". Um pressuposto de Schopenhauer amplamente combatido por Nietzsche é o de que "todo o amor (*ágape*, *caritas*) é compaixão e isso significava que, só pela anulação de si, o homem poderia falar realmente de amor - no sentido de um afeto puro e desinteressado o que significa que esse amor é a fonte da igualdade, pela substituição do amor-próprio pelo amor ao próximo (Madigan, 2013).

Assim, pensadores ocidentais examinaram a relevância e a definição de compaixão no discurso filosófico e intelectual ao longo dos séculos. Alguns autores defendem e outros discordam, da importância da sua prática na vivência diária em sociedade, na construção da identidade e na ação interpessoal. Pommier, citando Cassel, sugere que desde Aristóteles que um requisito para a compaixão é a capacidade de se imaginar na mesma situação do outro (Cassell 2002, cit. Pommier, 2010); existe uma identificação com o que sofre e o limite entre si e o outro torna-se mais tênue (Wang, 2005; Wayment & O'Mara, 2008, cit. por Pommier, 2010). De acordo com Pommier (2010) começamos a possuir e a compreender o sofrimento dos outros como se este fosse nosso.

Eckhart Tolle no seu livro "O Poder do Agora" inicia a explicação da natureza da compaixão apresentando a imagem de um lago e diz que "a situação exterior da nossa vida e tudo o que nela acontece, representam a superfície do lago que pode estar calmo ou encrespado conforme o clima ou a estação do ano, mas no fundo o lago nunca é perturbado. Assim, também nós somos como o lago e apesar de podermos estar perturbados exteriormente, a nossa paz interior não é perturbada pelas circunstâncias ou situações exteriores, pois não resistimos a mudanças e aceitamos mentalmente todas as situações, o que deixa a nossa natureza tranquila" (Eckhart Tolle, 2001, p. 198). Segundo o autor, "esta consciencialização do Ser como imutável, intemporal e imortal, sem depender de formas ou seres externos torna-nos desprendidos de nós próprios e capazes de ver e aceitar o outro, de o reconhecer, tal como ele é e não o analisar segundo a nossa perspectiva" (Tolle, 2001, p. 198). Deste modo, "a compaixão é o reconhecer

da profunda ligação que existe entre nós e todas as outras criaturas” (...) e que essa ligação tem duas faces que são a física e a espiritual (Tolle, 2001, p. 199).

Considera o autor que, na compaixão, os sentimentos opostos da tristeza e da alegria se fundem num só, transmutando-se numa paz interior profunda a que designa como paz de Deus, um dos sentimentos mais nobres de que os seres humanos serão capazes. Este possui um poder curativo e de transformação que se pode manifestar simultaneamente ao nível do fazer e do efeito, pelo aliviar do sofrimento sempre que este se encontra presente. Diz, ainda, Tolle que “a compaixão não pode ter um único lado pois para além de empatia com a dor e a carência de outrem e o desejo de ajudar devem ser contrabalançados por uma compreensão mais profunda da natureza eterna de toda a vida e da ilusão última de toda a dor” (Tolle, 2001, p. 205).

Todo este processo da ética centrada na compaixão constitui um caminho de desenvolvimento espiritual, que nos retira do egocentrismo e nos leva a uma vida compassiva de profunda espiritualidade (Dalai Lama, 2012). No capítulo seguinte, desenvolvemos o conceito de compaixão segundo a perspetiva de Karen Armstrong.

2.3.5 A Perspetiva de Karen Armstrong

Apresentando uma perspetiva abrangente e inspiradora do tema, Karen Armstrong, uma das mais importantes historiadoras de religião do nosso tempo, autora do livro “*Twelve Steps to a Compassionate Life*” refere que “a compaixão significa suportar (alguma coisa) com outra pessoa, colocarmo-nos no lugar de alguém, sentir a sua dor como se fosse nossa, e partilhar generosamente o seu ponto de vista” (Armstrong, 2011, p.15). Será, portanto, “uma atitude de princípios consistentes de altruísmo, que nos pede para olharmos para o nosso coração, descobrirmos o que nos provoca dor e, então depois, recusar em todas e quaisquer circunstâncias, infligir dor a outrem; a autora apresenta como “regra de ouro” da compaixão “não fazer aos outros o que não gostaríamos que nos fizessem” (Armstrong, 2011, p.10). Insiste na ideia de que todos os credos referem a compaixão como o teste à verdadeira espiritualidade e que esta não pode ser dirigida ao nosso grupo restrito, mas sim alargada a todos, mesmo aqueles com quem temos conflitos.

Na sua perspectiva viver a compaixão é um longo processo de desenvolvimento pessoal, que contempla várias etapas e que nos permite colocar o eu no seu devido lugar, porque exige que, durante todo o dia todos os dias, nos destronemos do centro do nosso mundo para lá colocarmos os outros. “O nosso egocentrismo limita drasticamente a visão que temos do mundo, que vemos através do filtro distorcido pelos nossos desejos e necessidades pessoais” (Armstrong, 2011, p.90).

Aprender a compaixão é o primeiro passo importante para a poder alcançar. Aprende-se a compaixão praticando, qualquer pessoa a pode aprender, desde que tenha talento e tenacidade para a conhecer e cultivar. A um ser compassivo toda a violência é proibida e o seu comportamento deve ser de cortesia para com todos. “A compaixão exige que abramos os nossos corações e os nossos espíritos a todos os outros” (Armstrong, 2011, p.68).

Olhar o nosso próprio mundo é o segundo passo necessário para a prática da compaixão. A evolução científica e tecnológica fez-nos abandonar a espiritualidade pois vivemos em sociedades competitivas, de economia agressiva, movidas pelo lucro e pelo poder. Somos seres sedentos de compaixão e, “enquanto procuramos criar um mundo mais compassivo, devemos também pensar de forma mais criativa, reconsiderar as principais questões do nosso tempo e descobrir novas formas de lidar com os desafios atuais” (Armstrong, 2011, p.72). Uma forma de treinar a compaixão será o criar de círculos concêntricos, começando pela família, depois os amigos e a comunidade em que vivemos e, por ultimo, o país. “ A família é uma escola de compaixão, porque é nela que aprendemos a viver com outras pessoas” (Armstrong, 2011, p.74). Devemos estar presentes em todos os ambientes, fazer todos os esforços ou auto sacrifícios possíveis para viver a regra de ouro e, acima de tudo, olhar as contrariedades que surgem não com tensão, mas como uma oportunidade de desenvolvimento pessoal (Armstrong, 2011).

Neste processo de aprendizagem, aparece como terceiro passo, a compaixão por nós mesmos, a **autocompaixão**, sintetizada e evidenciada na frase de Jesus “amarás o teu próximo como a ti mesmo” (Armstrong, 2011, p.81). Temos que conhecer e aceitar as nossas qualidades ou forças, os nossos defeitos ou fraquezas e, com sentido de humor e gentilmente, sorrir perante as nossas falhas. Ter consciência das nossas transgressões e aceitar a inerente responsabilidade. Treinar as nossas mentes de modo a que a bondade vença as nossas tendências para a maldade e, com calma e determinação, não nos identificarmos com os

sentimentos e emoções negativas. Rever tudo o que nos tem feito sofrer (morte, rejeição, traição, fracassos, solidão...) e só depois de interiorizar estes momentos, enviar uma mensagem de compaixão ao “eu”. “Quando começar a sentir genuína compaixão por si, estará apto a redirigi-la para os outros” (Armstrong, 2011, p.95).

Atualmente entendida pelo senso comum, como a capacidade de se colocar no lugar do outro, “a capacidade de descobrir o essencial e a aptidão de pensar sobre os outros da mesma forma que pensa sobre si mesmo” (Armstrong, 2011, p.109) a **empatia**, vem sendo considerada uma das aptidões mais amplamente valorizadas e é o quarto passo, segundo a autora, necessário para o desenvolvimento de uma personalidade compassiva. O “nosso cérebro racional pode manter-nos afastados dos impulsos animais e a razão, se não for moderada pela compaixão e pela empatia, pode orientar-nos para uma moral vazia” (Armstrong, 2011, p.101). Ser empático “significa, pois, ser capaz de, ao testemunhar o sofrimento alheio, usar a imaginação para sair de si e abrir o coração ao sofrimento do outro como se fosse nosso” (Armstrong, 2011, p.108). A empatia é demonstrada pela equanimidade, ou seja, a capacidade que lhe permitirá relacionar-se com todos de forma imparcial, pensar neles como em nós próprios, sermos capazes de descobrir o essencial de cada um.

No quinto passo do seu livro, Karen Armstrong fala-nos de “*Mindfulness*”, que o tradutor da 1ª edição do livro traduz como **consciência plena**, cujo propósito, segundo Buda, “é o de nos ajudar a libertar-nos do nosso ego, respeitando a forma como funcionam as nossas mentes” (Armstrong, 2011, p.111). A consciência plena “é uma forma de meditação que realizamos enquanto vivemos o nosso dia e, que foi concebida, para nos permitir um maior controlo das nossas mentes” (Armstrong, 2011, p.112). Com a consciência plena estamos abertos à realidade do momento presente, mantemo-nos mentalmente à distância, observamo-nos a nós e aos outros com objetividade e sem envolvimento emocional, identificamos o que nos aborrece e o que nos faz sentir felizes e ainda o que aborrece e incomoda os outros, de forma a aceitar o que somos e o que os outros são, sem juízos de valor. Num processo de consciência plena, as emoções positivas devem ser desenvolvidas, constatando que cada vez que praticamos um ato de bondade nos sentimos melhor. Com consciência plena não nos tornamos ansiosos porque nos atormentamos com o dia de amanhã, nem angustiados porque recordamos o passado, mas aprendemos a viver o presente e a saborear os prazeres simples do dia-a-dia. Esta consciência plena pode ser treinada de forma a

tornar-se um hábito e não é um fim em si mesma, mas sim, uma ferramenta para a ação compassiva (Armstrong, 2011).

E é da **ação** que nos fala a autora como sendo o sexto passo para uma vida de compaixão, recordando uma frase de encorajamento que recebeu quando estava em situação de conflito e que é para ela uma marca do tempo. Todos nós “podemos criar «marcas do tempo» nos outros” (Armstrong, 2011, p.119) que não são mais do que pequenos atos de amor e de bondade, realizados num dado momento, dirigidos aos que nos rodeiam. Se já aprendemos a ter consciência plena das nossas palavras e atos, não podemos esquecer que essas mesmas palavras e ações podem acarretar consequências agradáveis ou desagradáveis para os que nos rodeiam e portanto, se queremos ser uma força do bem no mundo, devemos proteger os outros das nossas tendências destrutivas e iluminar as suas vidas com atos de amizade, bondade e de amor. Somos senhores de nós próprios e, por isso, podemos criar uma rotina disciplinada para o bem, tanto nos pensamentos como nos sentimentos e nos comportamentos. Esta disciplina exige um treino diário de: primeiro fazer aos outros o que gostaríamos que nos fizessem a nós; segundo não fazer aos outros o que não gostaríamos que nos fizessem; terceiro, diariamente, “fazer um esforço por mudar um padrão de pensamento que seja negativo, por exemplo um acesso de ira ou autocomiseração, canalizando essa energia negativa numa direção mais favorável” (Armstrong, 2011, p.121). No final do dia, fazer uma avaliação da forma como desempenhamos estas três funções e, se falharmos, sermos compassivos connosco, rirmos de nós próprios e dos nossos erros e decidirmos fazer melhor no dia seguinte; mas se conseguimos, então, no dia seguinte, em vez de um ato de bondade fazer dois e depois três e, assim sucessivamente, até conseguirmos agir compassivamente em cada momento de todos os dias (Armstrong, 2011).

No sétimo passo, “**quão pouco sabemos**”, Karen Armstrong afirma que a sociedade ocidental graças à preciosa liberdade de expressão é altamente opiniosa mas que nem sempre sabemos do que estamos efetivamente a falar. Afirma, ainda, que é necessário “alargar as minhas perspetivas de forma disciplinada e empática” (Armstrong, 2011, p.124), dialogando connosco e com os outros. Segundo a autora é “o egocentrismo é o que nos faz identificar mais com a opinião de uns do que a de outros, tornarmo-nos conflituosos, agressivos e, muitas vezes, cruéis pensando que temos o direito de fazer mudar os outros de acordo com as nossas opiniões” (Armstrong, 2011, p.129). Acrescenta que “se a nossa perceção dos outros estiver perpetuamente ensombrada pelos nossos preconceitos, opiniões, necessidades e desejos nunca os compreenderemos e respeitaremos

verdadeiramente” (Armstrong, 2011, p.130). Sugere que podemos libertar-nos do nosso prisma pessoal se conhecermos as razões, as intenções e os desejos dos outros.

No oitavo passo, “**como devemos falar entre nós**”, a autora insiste na “necessidade do diálogo socrático, de discurso compassivo, como caminho para a paz” (Armstrong, 2011, p.139). Herdamos dos antigos gregos um discurso agressivo e competitivo, muitas vezes utilizado para sabotar opiniões e para derrotar os opositores. No verdadeiro diálogo socrático, os interlocutores devem argumentar de forma amável e apropriada e as perguntas e respostas são trocadas de boa-fé e sem que ninguém se sinta desconfortável. Falar um de cada vez e ouvir, ter atenção e ser simpático para o outro, com espírito permeável à informação e aceitação das opiniões, numa interação amigável e de cooperação, o que exige bondade e docilidade. É necessário saber escutar, ouvir as palavras que são ditas e ouvir, também, aquilo que não é expressado em alta voz, decodificando o sofrimento e os medos expressos pela linguagem corporal e tom de voz. Este diálogo baseia-se na confiança, pelo que devemos assumir, pelo menos inicialmente, que o interlocutor fala verdade. Interrogarmo-nos sobre se queremos ganhar uma discussão ou procurar a verdade e, se estamos disponíveis, para mudar de opinião. Se o nosso discurso for de impaciência, ríspido ou agressivo, isso significa que estamos a ir por um caminho de intolerância condenado pela compaixão. Karen Armstrong refere serem vitais, para a tentativa de compreensão das ideias e discursos dos outros, a ciência da compaixão com um entendimento empático do contexto, imaginarmo-nos em circunstâncias semelhantes, a sentir o mesmo; e o princípio da caridade que consiste em procurar entender as asserções e os comportamentos dos outros, mesmo os mais aberrantes, fazendo um esforço por encontrar neles uma grande dose de verdade e de razão (Armstrong, 2011).

Cuidar de todos é o nono dos doze passos de desenvolvimento pessoal necessários para viver a compaixão, uma vez que a compaixão deve ser alargada a todos e “temos que conhecer e entender as diferentes tradições nacionais, culturais e religiosas para cuidarmos de todos” (Armstrong, 2011, p.152). Como educadores temos a responsabilidade de proporcionar aos formandos a verdadeira e equilibrada informação, para que cresçam respeitando todos os povos, credos, políticas e opiniões. No nosso mundo global, usufruímos de muitos produtos de trabalho escravizante, realizado por povos que vivem em condições de extrema pobreza e, sobre estes seres, que são iguais a nós, devemos lançar olhares de agradecimento, mensagens de amor e orações (Armstrong, 2011).

No décimo passo do seu livro, Karen Armstrong fala do **conhecimento** que devemos ter dos costumes culturais, religiosos e políticos de outros povos. Afirma a autora que “saindo da nossa visão parcial e míope, cada um de nós pode desenvolver um conhecimento e uma compreensão ampla e panorâmica dos outros países” (Armstrong, 2011, p.163). Esta postura exige esforço e procura constante de informação, assim como disponibilidade para nos interrogarmos e mudarmos de opiniões e de perspectivas. Para a autora, numa sociedade global, um conflito raramente resulta de apenas uma das partes e, as diferentes respostas agressivas mundiais a que temos assistido nas últimas décadas são a “colheita” que os países intervenientes estão a efetuar em consequência do que semearam. Devemos estender a estas pessoas e tradições que estamos a conhecer, a nossa amizade, compaixão, alegria compassiva e equanimidade. Considera-a uma experiência preciosa que nos faz testar os limites da nossa compreensão e apercebermo-nos de quão ignorantes somos, o que fará mudar a nossa mente. Isto “significa que podemos não mudar a nossa de opinião, mas sim, desenvolver uma saudável desconfiança em relação ao pensamento tribal uma vez que vamos ver ou conhecer, para além do pré estabelecido” (Armstrong, 2011, p.31).

Surge, então, o décimo primeiro passo de desenvolvimento de compaixão com a apresentação do **reconhecimento** do sofrimento próprio e o dos outros, em que permitimos que a nossa infelicidade e a aflição dos outros invada as nossas consciências, sem o rejeitar, ignorar ou mesmo fugir dele. A “regra de ouro” exige que usemos os nossos infortúnios para fazer a diferença nas vidas dos outros, com a constatação de que não somos de uma categoria especial e à parte e “essa consciencialização do sofrimento dos outros, pode constituir uma oportunidade de desenvolvimento espiritual, por dar lugar a estes no nosso coração e, assim, abandonarmos o nosso ser egoísta” (Armstrong, 2011, p.171).

A autora termina o livro com o capítulo intitulado **amar os inimigos** e refere esta etapa como sendo a última do desenvolvimento de uma mente compassiva. A hostilidade que sentimos por alguém de quem não gostamos e a constante meditação sobre os defeitos e as limitações desse ser vão enraizar-se na nossa consciência e dominá-la quase por completo, de tal forma que esse inimigo acaba por fazer parte de nós (Armstrong, 2011). Mesmo que seja por boas intenções, a violência qualquer que ela seja, acaba por se refletir sobre o seu próprio autor como a história da humanidade o tem demonstrado. A agressão do eu é a resposta imediata a qualquer ameaça e a verdadeira vitória do adversário deve ser conduzida sem ostentação, sem vanglória, sem arrogância e sem intimidação. A compaixão tem riscos e torna os que a vivem vulneráveis, como a história tem

demonstrado, com exemplos como o de Jesus, Gandhi ou Luther King mas os seus discursos e exemplos compassivos mudaram o mundo (Armstrong, 2011). Nesta última etapa, Karen Armstrong ensina-nos a amar os inimigos com um programa interior sistematizado em que devemos:

- (a) reconhecer o nosso ódio e as razões da nossa revolta contra esse ser;
- (b) interiorizar quão errado é estarmos dominados por esse sentimento e correr o risco de que ele faça parte de nós;
- (c) conhecer profundamente esse ser e pensar que está em sofrimento e tem as suas razões para se comportar dessa forma;
- (d) por último, desejar o bem-estar e a felicidade a essa pessoa sendo esta a maior prova de compaixão.

Termina a autora o seu livro referindo que a prática constante da compaixão é um programa de desenvolvimento pessoal num caminho de aperfeiçoamento ou santidade para toda a vida e, se perseverarmos, podemos tornar-nos uma força para o bem no mundo. Apresento graficamente, na seguinte figura, os doze passos para uma vida de compaixão segundo o modelo de Karen Armstrong.

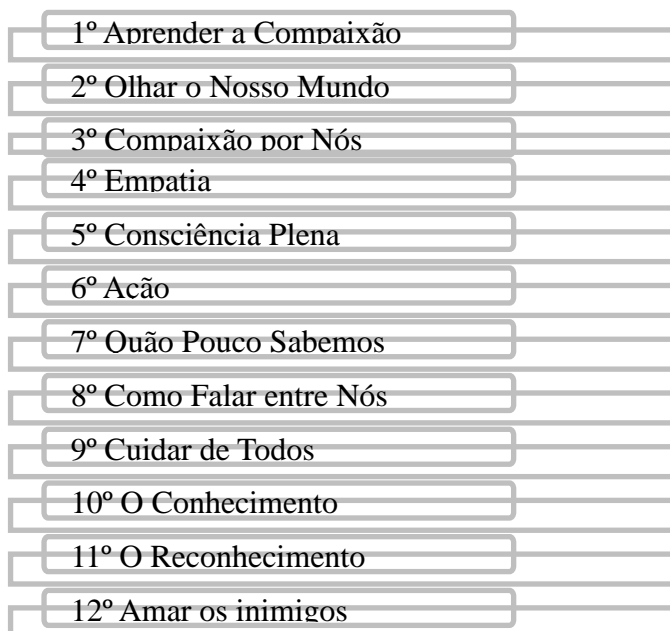


Figura 1: Esquema do modelo “Twelve Steps to a Compassionate Life”, traduzido e adaptado de Armstrong, 2011.

Segundo Karen Armstrong a prática da compaixão exige um longo processo de desenvolvimento pessoal, que contempla várias etapas e que nos permite colocar o eu no seu devido lugar e destronarmo-nos do centro do nosso mundo para lá colocarmos outrem (Armstrong, 2011).

2.3.6 A Perspetiva da Enfermagem

A compaixão é uma qualidade sem a qual a enfermagem não será capaz de dar resposta à sua missão atual, de colaboração nas decisões políticas de saúde, na resolução de conflitos nas equipas multidisciplinares, na prevenção de desastres naturais ou não naturais, na renovação de pessoas e ambientes mornos e acomodados, em que os valores altruístas são cada vez mais raros. No domínio da enfermagem, e conforme previamente referido, tem sido descrita como um conceito com dimensões cognitiva, afetiva e comportamental, porém assumindo os aspetos volitivos a maior ênfase (Cingel, 2007).

Numa revisão sistemática da literatura, realizada entre 2004 e 2005 em que as palavras-chaves foram: “compassionate care”, “compassionate action”, “compassionate work”, “compassionate nurse”, “caring” and “empathy” foram identificados 426 artigos, porém apenas um artigo incluía no título a palavra “Compassion” (Schantz, 2007).

Na presente pesquisa utilizamos como palavras-chave “Compassion* AND “Nursing and Compassion* AND “Quality in Nursing Practice*. Foram selecionados os artigos publicados entre 2007 e 2013. Encontramos um número significativo de artigos mas nenhum deu resposta satisfatória à pergunta de partida, embora vários estudos apresentem conteúdo referente a cada um dos descritores. O número de artigos revistos correspondeu, sensivelmente a 75. Podemos constatar que se trata de um conceito pouco investigado até então.

Com a evolução da enfermagem como área do saber, várias definições e teorias foram surgindo e são autoras de referência na enfermagem, como Jean Watson (1985) e, posteriormente, Marta Rogers (1986), que salientam o seu carácter de ciência holística que privilegia a função cuidativa, por oposição, à função curativa tão enfatizada até então.

A compaixão em enfermagem começou por ser considerada numa perspetiva teológica, no século XIX com Florence Nightingale que, no seu trabalho *Notes on*

Nursing, transporta para a prática de enfermagem os seus ideais cristãos identificando as diferentes virtudes morais e religiosas como necessárias às enfermeiras e referindo que estas devem praticar atos de compaixão (Nightingale, 2008).

A enfermagem como ciência, e desde Nightingale, fala da compaixão como sendo uma qualidade, mas de que forma é descrito o conceito de compaixão ao longo do tempo, e o que nos ensina a história acerca desta “qualidade”?

Historicamente, o desenvolvimento do “ser compassivo” parece ser o alicerce do CUIDAR e o princípio, o incentivo e a missão da enfermagem. Segundo a perspectiva de Nightingale, boas enfermeiras são boas pessoas, que desenvolvem no seu caráter algumas virtudes e qualidades, uma das quais é a compaixão, os doentes devem ser o centro da atenção e o que é importante são os valores interiores (Nightingale, 2008). Também Catherine Wood, enfermeira e uma das fundadoras do Hospital for Sick Children in Great Ormond Street (hospital pediátrico inglês), refere que a bondade de coração ensinar-nos-á a ser gentis nos atos e nos modos. Segundo a autora, não se poderá dar melhor regra do que a de se colocar no lugar do outro que está doente (Wood, 1878, cit. por Bradshaw, 2011).

Na prestação de cuidados, muitas vezes se ouvem os enfermeiros referirem que sentem que não há grande impacto das teorias que aprendem e interiorizam enquanto estudantes, na prática dos cuidados que prestam e que há um desenvolvimento tecnológico na área médica, com excessiva importância para as técnicas cirúrgicas e para os cuidados intensivos, ou seja, sentem que há um crescimento exponencial de um modelo de enfermagem tecnicista, de um modelo biomédico. Muitos enfermeiros cedo perceberam o poder da relação que estabeleciam com os pacientes, a quem encorajavam e ajudavam a criar esperança. Não foi por acaso que a primeira “escola de pensamento” em enfermagem se centrou na relação entre o enfermeiro e o paciente, iniciada em por Hildegard Peplau com a publicação do seu livro abordando o relacionamento interpessoal em enfermagem (Peplau, 1952, cit. por Vieira, 2008, p. 77-78).

Neste capítulo impunha-se uma análise das diferentes linhas de pensamento do cuidar em enfermagem. McCance, McKenna & Boore analisaram o trabalho de Leininger, Watson, Roach, and Boykin and Schoenhofer e referem que a teoria de Roach está focada no conceito dos seis “C’s” do Cuidar, sendo estes a Compaixão, a Competência, a Confiança, a Consciência, o Comprometimento e o Comportamento (Roach, 1999, cit. por Gangeness, 2005). Segundo Roach, o

mundo da saúde, por se tratar de um ambiente de sofrimento, repleto de medos e de angústia, necessita da compaixão que definiu como sendo “um modo de vida que resulta da consciencialização da relação que se tem com todas as criaturas vivas e o engendrar de uma resposta de participação na experiência do outro, de alguém com uma sensibilidade diante da dor e do sofrimento do outro e com uma qualidade de presença que lhe permita partilhar com e fazer espaço para o outro” (Marçal, 1994, p.56).

Para Chochinov, o significado de compaixão é a profunda consciencialização do sofrimento do outro associado ao desejo de o aliviar, o que exige que os profissionais deem muito de si próprios. Quando o profissional sente fadiga ou quando os problemas pessoais ou circunstâncias organizacionais são uma fonte de *stress* para os profissionais, torna-se mais difícil sentir e mostrar compaixão, o que pode criar uma separação entre as suas intenções e as suas capacidades (Chochinov, 2007, cit. por Cornwell, 2011). Nouewn e colaboradores referem que para ser compassivo, tem que se sentir empatia pelo sofrimento do outro, entrar nesse sofrimento e reagir de forma a demonstrar humanidade (Nouewn [et al.], 1982, cit. por Straughair, 2012). Nussbaum também afirma que a compaixão implica reconhecer o sofrimento do outro e um comprometimento ativo para o aliviar (Nussbaum, 1996, cit. por Straughair, 2012).

Dietze e Orb sugerem que, para atingir esta meta, para não serem ultrapassadas as fronteiras da razão e da emoção, o enfermeiro deve considerar a compaixão não como o que escolhe fazer pelos doentes, mas sim, aquilo que conjuntamente escolhem fazer pelo outro. Mas exercer a compaixão não é fácil, obriga-nos a transcender as fronteiras da tradição e das diferenças e sugere que, qualquer sentido de diferenciação entre as pessoas deve ser removido (Dietze e Orb, 2000, cit. por Schantz, 2007).

Num estudo de Lindholm e Eriksson (cit. por Marçal, 1994, p.65) os doentes referem que o alívio do sofrimento é possível através do amor, da confiança e da presença de outra pessoa. Experimentam esse alívio quando alguém é capaz de sofrer com eles e expressar compaixão”. Ainda nesse mesmo estudo, e na opinião dos enfermeiros, a relação de confiança que se estabelece com o doente é determinante para diminuir o seu sofrimento e esta relação é caracterizada por ser uma relação aberta, sincera, próxima, demonstrando verdadeira compaixão. Num estudo de pesquisa dos pioneiros da enfermagem a compaixão surge, não só como sendo a essência de enfermagem mas, também, como uma qualidade inerente à enfermagem.

Para Cornnwell a compaixão envolve a empatia, o respeito, o reconhecimento da singularidade de cada um e a disposição para entrar numa relação em que importa não só conhecer o doente e o cuidador mas, também, conhecer de forma empenhada e comprometida, as suas intuições, os seus gostos e as suas emoções. A compaixão exige um diálogo real, com envolvimento e não apenas uma comunicação desligada entre profissional e doente. O profissional compassivo não forma estereótipos nem faz juízos de valor mas aprecia a diferença e reconhece um ser humano único e irrepetível em cada doente e em cada familiar. Um profissional compassivo não deve necessariamente ser visto como alguém doce e agradável mas como sendo verdadeiro e corajoso (Cornnwell, 2011).

Ainda segundo o mesmo autor, compaixão pode significar coisas muito diferentes, em situações diferentes e para pessoas diferentes. Ao reconhecerem a individualidade de cada doente, os prestadores de cuidados compassivos também vão saber adaptar o seu comportamento e a sua atitude, de forma a mostrar compaixão com base nas necessidades personalizadas de cada indivíduo (Cornnwell, 2011).

Quando o enfermeiro responde à chamada do doente com entusiasmo e compaixão e intenção de aliviar o sofrimento, ocorre um processo bilateral de troca de energia. Rogers afirma que quando duas pessoas se relacionam há uma integração dos seus campos de energia; cada um se torna no ambiente do outro (Rogers, 1970, cit. por Dunn, 2009). A enfermeira compassiva transporta uma energia de compaixão que a leva a separar-se do seu ego e deixar-se ir, entregar-se ao outro de forma a interiorizar, conhecer, aliviar ou eliminar o seu sofrimento (Fox, 1979, cit. por Dunn, 2009). Nos cuidados compassivos é criada uma energia bilateral e segundo Pembroke, as qualidades necessárias para que esta energia esteja presente na prestação de cuidados são: a humildade, a atenção, a compaixão e a ternura (Pembroke, 2006, cit. por Dunn, 2009).

Nesta “dança” na relação interpessoal, a enfermeira transporta vitalidade, vivacidade, responsabilidade e paixão e mantém a harmonia da mente, do corpo, do espírito e das emoções. A compaixão é o valor subjacente à presença desta energia de compaixão que deve ser estimulado na prática de enfermagem (Boykin & Schoenhofer, 2001; Dunn, 2008; Johnston, 2007; Mayeroff, 1971; Newman, 1994; Rogers, 1970, cit. por Dunn, 2009).

Há alguns fatores individuais que podem interferir na prática de cuidados com compaixão como a idade e a experiência, o baixo grau de autoestima, a

resiliência pessoal e a satisfação profissional. Pode haver, também, razões ambientais que não favoreçam a prática da compaixão, como a exposição contínua à dor e ao sofrimento, o conflito interior provocado pela organização, pelo que esta valoriza ou espera dos enfermeiros, falta de reconhecimento ou elogios por atos individuais de compaixão nos cuidados e, ainda, a falta de tempo, em simultâneo com a pressão por atingir metas de produtividade (Dunn, 2009). Num artigo publicado Cornwell and Goodrich (2009) identificam nos enfermeiros algumas barreiras à prática de cuidados compassivos como: as defesas naturais como o distanciamento pessoal após repetidos casos difíceis, não criarem oportunidades para se interrogarem após momentos stressantes, trabalhar em locais onde a distância pessoal é vista como um ideal, baixa autoestima e falta de tempo” (Carman, 2012).

Segundo Johnston, os enfermeiros têm uma tendência para se protegerem do impacto do sofrimento que encontram durante o acompanhamento das pessoas de quem cuidam. Conseguem criar uma “espécie” de imunidade, um distanciamento padrão, que é incongruente com um ambiente que deve ser especialmente humano. Para que tal não aconteça, a capacidade de ter compaixão necessita de ser fortalecida, de forma a garantir que os enfermeiros estarão integralmente presentes, em situações de sofrimento, junto dos doentes e das suas famílias (Johnston, 2007, cit. por Dunn, 2009).

Os cuidados de enfermagem em pediatria não se restringem à criança mas, de fato, necessitam de abranger todos os elementos significativos do seu contexto de vida. Assim sendo, a compreensão da realidade da criança doente pressupõe inevitavelmente a compreensão de uma multiplicidade de relações e de circunstâncias da sua vida. Facilmente se depreende que para o profissional de enfermagem que atua no contexto de pediatria, o estabelecer de relação como os pais e outros familiares é uma inevitabilidade. Para tal, há que lançar mão do recurso que é a empatia o que, conjuntamente com a cognição social, nos dá um suporte para o trabalho a desenvolver com a criança e a sua família.

Se o que caracterizou a grande mudança dos cuidados de enfermagem nos serviços de pediatria, nas décadas de 70 e 80 do século XX, foi o permitir a permanência da família junto das crianças, o que vai caracterizar a grande mudança deste século será desenvolver uma prática de enfermagem em pediatria, cuja principal premissa é a compaixão, dado que o modelo biomédico mostrou-se insuficiente para dar resposta à complexidade das relações que existem num serviço de pediatria.

Em serviços desta especialidade, costumam existir modelos específicos de cuidados, e a enfermagem atua com conhecimentos específicos e intervenções definidas dirigidas a dois focos de atenção que são: a criança doente e a sua família em situações de sofrimento (Perry, 2009).

A gravidade da doença e as suas consequências familiares, emocionais, sociais e económicas vão implicar um deslocar da ciência positivista, para uma centralização numa teoria de cuidados de enfermagem humanística, como a de Paterson y Zderad cujos pressupostos fenomenológicos consideram estes cuidados como um encontro vivido e dialogado (Paterson y Zderad, 1976, cit. por Morgan, 2009).

A Enfermagem, como disciplina inter-humana e intersubjetiva, é ciência e arte na área da saúde, uma vez que, para além da tecnologia, dos procedimentos e rotinas, está alicerçada na relação, na interação, no diálogo, no encontro (Schaurich [et al.], 2005).

Segundo Casey (1993), uma enfermeira inglesa que concebeu o modelo de parceria de cuidados para a enfermagem pediátrica, as atividades específicas do enfermeiro em pediatria são:

- conduzir os cuidados da família e da enfermagem com vista a satisfazer as necessidades da criança para que esta atinja o seu potencial máximo;
- auxiliar a criança e a família, ajudando-os a cooperar nos cuidados;
- ensinar conhecimentos e técnicas de forma adequada;
- apresentar a criança e a família aos elementos da equipa de saúde e trocar opiniões acerca dos problemas encontrados.

Estas atividades serão possíveis numa relação repleta de criatividade, adaptada a cada criança/família, construída com perguntas e respostas, com a partilha de experiências e sentimentos, numa reciprocidade de conhecimentos. Ou seja, “numa situação em que o conhecimento, o poder, o controlo e a ansiedade não são iguais, em que uma parte está stressada e ansiosa e fora do território familiar, é difícil ver como é que os enfermeiros e os pais podem negociar a parceria de cuidados. Mas alguns enfermeiros pediátricos especializados têm vontade de dividir o seu conhecimento e perícia, de atender às preocupações, necessidades e conselhos sábios das famílias, e de trabalhar desta forma” (Casey, 1995, p. 1061).

No acompanhamento da criança/família, a compaixão tem que ser vivida não só com a criança mas, também, com a sua família. Além da dor, da tristeza, da mágoa ou da raiva, outros sentimentos são vivenciados por estes seres, como a insegurança, o isolamento, o medo, a não-aceitação, o desespero entre outros. A compaixão é uma resposta ao sofrimento apesar do facto de ele não desaparecer por ela estar presente (Cingel, 2009).

Na relação exigida a um enfermeiro que trabalha num serviço de pediatria, é necessária a imaginação para reconhecer o fenómeno da vulnerabilidade humana, para que a relação seja de envolvimento. Tem que servir para que o profissional seja capaz de imaginar o que seria aquele sofrimento para si, de forma a equacionar o que significa para aquela pessoa (Cingel, 2009).

Em situações extremas, como por exemplo quando os pais perdem o seu filho, poucos duvidarão do sofrimento daqueles pais e a seriedade da situação dá evidentes razões para a prática da compaixão. Mas haverá situações em que se pode precisar de mais informação e necessitar de estar atento aos aspetos mais valorizados pelos pais e pelas crianças, a pormenores que informem sobre os seus gostos e desejos, medos e vivências afetivas. Se o valor de uma perda ou de uma ameaça de perda é desconhecido para o profissional, então o sofrimento pode tornar-se invisível. Um risco significativo é o de ler os sinais de forma errada, pelo que, sentir compaixão significa “ler” o outro sem impor a interpretação do cuidador (Teuber, 1982, cit. por Cingel, 2009).

A relação entre a enfermeira e o doente ajuda a identificar, de forma precisa, o momento em que é necessária a compaixão (Blum, 1980, cit. por Cingel, 2009), uma relação com envolvimento, que em alguns momentos, também deve permitir um distanciamento profissional. Mas em ambas as situações esta relação tem algumas armadilhas. Excessiva compaixão pode tornar-se autossacrifício e se diminuta pode significar negligência, pelo que se deve “navegar” entre, estar bem perto quando é realmente importante e permanecer em liberdade e na sua perspectiva, de forma a manter a nossa própria opinião (Carse, 2005, cit. por Cingel, 2009). Como enfermeiros da criança/família, somos confrontados com numerosos obstáculos e desafios associados à doença, muitas vezes terminal, que requer qualidades como a compaixão (Morgan, 2009).

Como resposta a vários problemas detetados nos cuidados de enfermagem dos hospitais no Reino Unido, em 2010, o Departamento de Saúde Inglês, publicou os princípios e os valores que o sustentam. Um desses valores refere-se especificamente à compaixão, indicando que os doentes a podem esperar como

uma parte integrante dos cuidados de enfermagem diária referindo-se a esta da seguinte forma: “garantimos que a compaixão é essencial para os cuidados que prestamos e para responder com humanidade e bondade à dor, angústia, ansiedade ou necessidade de cada pessoa. Procurar fazer tudo de forma a dar conforto e aliviar o sofrimento. Encontrar tempo para os doentes, para as suas famílias e para os profissionais que que trabalham connosco” (United Kingdom NHS Constitution, 2013, p.5).

Esta declaração de valor representa a compaixão expressa pelos doentes, pelos profissionais e pelo público, e demonstra o compromisso de reconhecer o sofrimento das pessoas e o comprometer-se ativamente para agir no sentido de o resolver. O relatório do ministério de saúde inglês reconhece a complexidade da compaixão e afirma que o Cuidar verdadeiramente compassivo é hábil, competente, um cuidado baseado em valores que respeitem a dignidade individual e a sua prestação exige os mais altos níveis de habilidades e profissionalismo (United Kingdom NHS Constitution, 2013).

Com uma prática de cuidados verdadeiramente humanizados, poderemos conhecer o outro de forma genuína, o que significa não observar numa postura de superioridade mas o estabelecer de uma relação em que o enfermeiro sai da sua zona de conforto e se “entrega” a cada criança e a cada familiar, vê cada um como seres únicos que conhece, respeita, defende, seres de quem cuida com bondade, carinho, gentileza e delicadeza, com os quais cria empatia. Este diálogo vai fortalecer o respeito e a cumplicidade entre cuidador e o binómio criança/família e ajudar a compreender as características e a conhecer as necessidades. Mas, para isso, temos que estar “despido” de preconceitos e de julgamentos.

2.4 Determinação dos Atributos Definidores

Walker e Avant (2005) afirmam que a determinação dos atributos definidores constitui o “coração” da análise do conceito e que, à medida que o pesquisador examina as diferentes situações em que o conceito é utilizado, deve registar as características que aparecem com mais frequência, lista esta denominada de atributos definidores ou características definidoras, que vão caracterizar o conceito e distingui-lo de outros semelhantes.

Neste capítulo faremos uma reflexão sobre cada uma das definições de compaixão que encontramos na análise da literatura, identificando palavras ou expressões que aparecem repetidamente e que mostram a essência do conceito.

2.4.1 Os Atributos da Compaixão na Literatura

A compaixão é um conceito assente em atributos próprios. A sua prática, caminho de desenvolvimento pessoal no sentido da felicidade, permite a consciencialização do ser que somos, a consciencialização do outro e a interação, com habilidades ou atributos específicos, que vão satisfazer os dois lados da relação (Gilbert, 2009). Na definição deste mesmo autor identificamos como atributos da compaixão a interação e a relação. A consciencialização do eu e do outro antecedem a compaixão e a satisfação sentida será uma consequência do fenómeno.

A compaixão é o reconhecer da profunda ligação que existe entre todos os seres humanos tendo essa ligação duas dimensões que são a física e a espiritual. Ao nível da forma, de acordo com Tolle, compartilha-se a imortalidade e a precariedade da existência. Já ao nível do Ser, o que é compartilhado será a vida radiosa e eterna (Tolle, 2001). Com Tolle identificamos como atributo a ligação que se manifesta física e espiritualmente de forma partilhada.

A compaixão é o ser tocado pelo sofrimento dos outros, abrindo a consciência à dor dos outros e não a evitar ou desligar-se dela, de modo a que os sentimentos de bondade para com os outros e o desejo de aliviar o seu sofrimento surjam (Neff, 2003;Pommier, 2010). Ambos os autores apresentam o sofrimento e o ser tocado por ele, ou a consciência da sua presença, como precedentes da compaixão e definem a bondade e o aliviar do sofrimento como atributos definidores desta consciencialização/ação.

Para Castilho & Gouveia (2011) a compaixão é uma combinação de motivos, emoções, pensamentos e comportamentos que nos abre ao sofrimento dos outros e de nós próprios, levando-nos a compreender esse sofrimento numa forma não avaliativa, bem como a atuar tendo em vista o seu alívio. Referem que a compreensão não avaliativa e a ação dirigida ao alívio do sofrimento são atributos definidores.

Quando Armstrong (2011) fala de compaixão descreve como um atributo definidor a empatia, ao explicar que esta significa suportar (alguma coisa) com outra pessoa, colocarmo-nos no lugar de alguém e sentir a sua dor como se fosse nossa, e partilhar generosamente o seu ponto de vista.

Vários autores se focam na benevolência como um atributo da compaixão. A benevolência manifesta-se de várias formas e é referida como um abstrair-se de si mesmo (Scheler, 1923, cit. por Marçal, 1994) e representada por sentimentos de bondade para com os outros (Neff, 2003; Pommier, 2010). Para Armstrong (2011) a benevolência é a disposição generosa para acolher o sofrimento dos outros, é abandonarmos o nosso ser egoísta, é o indivíduo descentrar-se do seu mundo para lá colocar o outro. Segundo a autora esta benevolência deve ser alargada a todos e significa o dirigir amizade, felicidade, alegria e altruísmo a todos os que sofrem (Armstrong, 2011).

Ser benevolente ou fazer o bem ou a prática da compaixão é uma ação, muitas vezes traduzida pelo desejo de ajudar (Tolle, 2001) e deve ser acompanhada de cortesia para com todos (Armstrong, 2011). Esta ação deve ser desempenhada com equidade (Armstrong, 2011) porque todos são merecedores de compaixão (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003; Vohs & Heatherton, 2004, cit. por Fontinha, 2009). Deste modo e segundo a perspetiva destes autores surgem os atributos ação e equidade. Estes atributos identificados na literatura contribuem, de forma especial, para a prática da compaixão mas esta só será possível se se tiver a capacidade de se relacionar com todos os seres humanos de forma imparcial (Armstrong, 2011), de se colocar determinantemente na presença de um outro (Scheler, 1923, cit. por Marçal, 1994) e pensar nos outros como em si próprio (Armstrong, 2011).

Compaixão é empatia com a dor e a carência de outrem (Tolle, 2001) e, para que esta seja possível, é necessário usar a imaginação para sair de si e imaginar que se vive em circunstâncias semelhantes às do outro (Armstrong, 2011).

Esta relação plena consiste em ouvir, atenta e simpaticamente o outro, saber escutar, decodificar a dor e o medo expressos pela linguagem corporal, tom de voz e prosódia. Assim, torna-se possível sentir como os intervenientes desse mesmo acontecimento (Armstrong, 2011); ter um espírito permeável à informação e aceitação das opiniões (Armstrong, 2011); viver empaticamente com a dor e a carência de outrem (Tolle, 2001).

2.4.2 *Os Atributos da Compaixão na Literatura de Enfermagem*

Alguns teóricos de enfermagem fazem referência à compaixão e à sua importância para a enfermagem. Dos seus textos emergem vários atributos da compaixão mas, a única definição encontrada é a de Roach que define compaixão como “um modo de vida resultante da consciencialização da relação que se tem com todas as criaturas vivas; o engendrar de uma resposta de participação na experiência do outro; uma sensibilidade face à dor e sofrimento do outro; uma qualidade de presença que permita partilhar com e fazer espaço para o outro” (Roach, 1992, cit. por Marçal, 1994, p. 56).

Tal como noutras áreas da literatura, também na literatura de enfermagem os atributos são elementos distintos mas interativos e interdependentes e que se conjugam de forma a definir o conceito.

Conforme anteriormente já se referiu, para Nightingale, boas enfermeiras são boas pessoas que desenvolvem no seu carácter algumas virtudes e qualidades sendo uma delas a compaixão, que se traduz para a enfermagem pela prática de atos de compaixão (Nightingale, 2008). Refere-se a um carácter com determinadas qualidades, em que o que é importante são os valores interiores e o resto é apenas do domínio da aparência ou superficialidade (Nightingale, 2008). A compaixão exige que os profissionais deem muito de si próprios (Chochinov, 2007, cit. por Cornwell, 2011) e representa a motivação interior de “fazer o bem” pois a gentileza do coração vai ensinar gentileza à mão e aos modos (Wood, 1878, cit. por Bradshaw, 2011).

Do conjunto destas citações podemos identificar, entre outros, a benevolência como um dos atributos da compaixão.

O cuidar é um caminho de compaixão (Ray, 1940, cit. por Marçal, 1994), é “entrar” no sofrimento do outro (Nouewn [et al.], 1982, cit. por Straughair, 2012) com uma resposta de participação na experiência do outro (Roach, 1992). A compaixão não é expressa em palavras mas em ações (Pearce 1937, cit. por Bradshaw, 2011) que são realizadas pelos enfermeiros.

Emerge destes textos, da literatura de enfermagem, que um importante atributo do cuidar é a compaixão.

Nesta execução de cuidados com compaixão, a literatura revela, ainda, alguns atributos referentes à relação que se estabelece entre o profissional e os doentes e respectivas famílias. Para Lindholm e Eriksson (1993) a compaixão deve ser uma relação aberta, sincera e próxima. Roach (1992) refere que exige uma qualidade de presença e um diálogo real. Segundo Cornnwell (2009) esta relação é de envolvimento que, segundo Bradshaw (2011) citando Pearce, pode ser demonstrada utilizando o toque seguro com gentileza, a cortesia e a delicadeza.

O ser compassivo deve permanecer constante e imutável no contato com o doente e demonstrar humanismo (Nouewn [et al.], 1982, cit. por Straughair, 2012).

Sentir compaixão significa “ler” o outro sem impor a sua própria interpretação (Teuber, 1982, cit. por Cingel, 2009) e o profissional compassivo não deve formatar estereótipos nem fazer juízos de valor (Cornnwell, 2011), mas sim, partilhar com e criar espaço para o outro (Roach, 1992, cit. por Marçal, 1994) numa relação interpessoal determinada não pelo que se escolhe fazer pelos doentes, mas sim, pelo que conjuntamente se escolhe fazer pelo outro (Dietze e Orb, 2000, cit. por Straughair, 2012).

A compaixão envolve a empatia, o respeito, o reconhecimento da singularidade de cada um (Cornnwell, 2011) e convida-nos a transcender as fronteiras da tradição e das diferenças e sugere que, qualquer sentido de diferenciação entre as pessoas deve ser removido (Dietze e Orb, 2000, cit. por Straughair, 2012). Armstrong (2011) acrescenta que a compaixão na relação garante equidade (característica de alguém que revela senso de justiça, imparcialidade, isenção, neutralidade de agir ou de opinar) e equanimidade (ânimo inalterável, sempre igual, tanto na adversidade como nos bons momentos, espírito sereno, equilibrado, correto e imparcial).

2.4.3 Os Atributos da Compaixão na Perspetiva dos Enfermeiros de Pediatría

Na sequência do anteriormente descrito no capítulo da metodologia, a colheita de dados foi efetuada com recurso a entrevistas semiestruturadas a um total de nove (9) enfermeiros.

O conteúdo destas entrevistas foi submetido a análise de conteúdo. A análise de conteúdo, interação entre o pesquisador e os dados é uma ciência e uma arte. É ciência porque há rigor na análise dos dados e é arte porque permite criar categorias, depois de ter feito perguntas estimulantes, comparar respostas e criar algo que é inovador, atual e realista (Strauss & Corbin, 2008).

Apresento, no quadro que se segue, as categorias que emergem da análise de conteúdo relativas às duas primeiras questões da entrevista e das quais se irão evidenciar os atributos, os antecedentes e as consequências da compaixão e, ainda, a opinião dos enfermeiros sobre a importância da compaixão na prática de enfermagem pediátrica.

Quadro 2: Categorias e Subcategorias que Emergem das Entrevistas.

Categoria	Subcategoria
Sufrimento	
Intrínseco ao “ser” de cada um	
Estar atento ao outro	
Sentimento	
Faz parte de “ser bom enfermeiro”	Técnica
	Dever ético
	Qualidade nos Cuidados
Benevolência	
Fazer algo pelo outro	Aliviar o sofrimento
	Ajudar
	Apoiar
Estar com o outro	Presença
	Comunicação
	Relação
Empatia	
Transmitir esperança	
Respeito	
Não fazer juízos de valor	
Satisfação	

Bom ambiente de trabalho	
Difícil de definir	
Diferente de outros conceitos	
Pode desenvolver-se	
Limites	

Afinal, quais são, para os enfermeiros entrevistados, os atributos da compaixão? Ao longo deste capítulo apresento as categorias que, dada a sua natureza, emergem como atributos da compaixão neste contexto particular.

Recorremos à utilização de quadros individuais para a apresentação de cada uma das categorias, identificadas por nós como atributos, e respetivas unidades de registo. No final de cada atributo procederemos à respetiva análise e discussão, face ao estado da arte.

Categoria: Sentimento

Da análise do discurso dos participantes emergiu a categoria “sentimento”. As unidades de registo que expressam a opinião dos enfermeiros são apresentadas no quadro que se segue.

Quadro 3: Sentimento.

Categoria	Unidades de registo
Sentimento	(...) Compaixão, para mim é um sentimento. (E7) (...) é um sentimento que uma pessoa tem. (E7) (...) misto tão grande de sentimentos, um misto tão grande de acontecimentos. (E1) (...) é um bocado destes sentimentos todos misturados.(E1) (...) também me confundo um bocado com o meu sentimento em relação aos outros. (E1) (...) estar a sentir grande compaixão (E3). (...) Sentimento ou uma forma de (...) (E7). (...) foi um momento em que eu senti, que mais me marcou. (E4) (...) Ter compaixão, é muito importantes termos este sentimento. (E5) (...) muito sobre aquilo que nós somos e aquilo que nós

sentimos. (E5)

Nós sentimos alguma coisa que não está bem com a pessoa (...). (E5)

(...) é o sentir as necessidades daquela criança e daquela família. (E1)

Os enfermeiros entrevistados expressam que a compaixão é algo que se sente, pensam que é importante, referem que é uma mistura de vários sentimentos: o que são e sentem quando algo não está bem com a criança e a família. Surge ainda a opinião de que é um sentimento que “deixa marcas”.

Como vimos no capítulo três, numa perspectiva espiritual a compaixão é também considerada como um sentimento que resulta da fusão de outros sentimentos e as neurociências referem-se à compaixão como um sentimento de riqueza especial.

Para Tolle (2001) a compaixão é composta por sentimentos opostos da tristeza e da alegria, que se fundem num só, transmutando-se numa paz interior profunda a que designa como paz de Deus, um dos sentimentos mais nobres de que os seres humanos serão capazes. Este possui um poder curativo e de transformação que se pode manifestar simultaneamente ao nível do fazer e do efeito, pelo aliviar do sofrimento sempre que se encontra presente. Damásio (2010) refere que o termo sentimento deve ser reservado para referir e experiência mental e privada de uma emoção, enquanto o termo emoção deve ser usado para designar um conjunto de respostas, muitas das quais são facilmente observáveis. A consciência tem que estar presente para que os sentimentos possam influenciar o sujeito que os tem (Damásio, 2010).

O sentimento parece emergir neste estudo, aliás como noutros, como um importante atributo definidor.

Categoria: Faz Parte de “Ser Bom Enfermeiro”

Os enfermeiros consideram que a compaixão faz parte de “ser bom enfermeiro” e optamos por agrupar estas unidades de registo em três subcategorias, que evidenciam as áreas de desempenho dos enfermeiros que devem ser acompanhadas pela compaixão para que se possam considerar “bons enfermeiros”: a “técnica”, o “dever ético” e a “qualidade dos cuidados”, que se apresentam no quadro seguinte.

Quadro 4: Faz Parte de “Ser Bom Enfermeiro”.

Categoria	Subcategoria
Faz Parte de “Ser Bom Enfermeiro”	Técnica
	Dever ético
	Qualidade dos Cuidados

Efetuar-se-á uma análise breve de cada uma destas subcategorias.

Subcategoria: Técnica

Pela análise da subcategoria “técnica” e das unidades de registo que a compõem, que apresentamos no quadro 5, podemos compreender melhor as opiniões dos enfermeiros.

Quadro 5: Técnica.

Subcategoria	Unidades de registo
Técnica	<p>(...) Sem a compaixão não somos enfermeiras mas sim umas pessoas treinadas a fazer atos técnicos muito difíceis. (E1)</p> <p>(...) acho que há enfermeiros que são tarefeiros. São tarefeiros, fazem a tarefa, picam o ponto, entram a horas, fazem os registos, tudo direitinho (...) (E4).</p> <p>(...) quando nós nos obstinamos com a técnica, acho que é mais vezes aí que nós acabamos por esquecer a compaixão. (E3)</p> <p>(...) se nos deixamos embarcar demasiado nesse barco técnico, largamos um bocadinho o cais da compaixão. (E3)</p>

A compaixão deve acompanhar sempre os procedimentos técnicos, na opinião destes enfermeiros. Referem que sem compaixão não são enfermeiros mas sim pessoas treinadas a executar atos técnicos. Trabalhando à tarefa, muitas vezes de forma obstinada, vão-se afastando da importância que têm os atos de enfermagem para além dos aspetos técnicos.

Chambers & Ryder referem que “embora a competência seja claramente fundamental na área da saúde não acreditam que o cuidado seja verdadeiramente competente, se não for realizado com compaixão” (Chambers & Ryder, 2012, p.7).

Subcategoria: Dever Ético

Do discurso dos participantes no estudo, surgiu a subcategoria “dever ético” como atributo ou característica da compaixão. São estas unidades de registo que apresentamos no quadro seguinte.

Quadro 6: Dever Ético.

Subcategoria	Unidades de registo
Dever Ético	(...) ter compaixão por eles. Porque se nós não a tivermos, não estamos a ter uma atitude verdadeiramente do nosso âmbito profissional. (E5) (...) momentos em que nós somos obrigados a ter compaixão e a desenvolver o nosso apoio, e as nossas atitudes de apoio para com o outro que sofre. (E5) (...) Não é boa vontade é um dever mesmo, acho que deve ser um dever. (E8) (...) é um valor primário de todos, na sociedade, deveria ser ter compaixão para com o outro (...) Acho que é um valor que devíamos ter.(E4)

Segundo estes enfermeiros a compaixão é um dever ético do seu âmbito profissional. É implícito ao cuidar e traduz-se numa obrigação de desenvolver apoio para com o outro que está em sofrimento. Não é boa vontade é mesmo um dever, implícito nos cuidados e que, além disso, pode ser ainda visto numa perspetiva mais alargada enquanto um valor primário de todos os membros da sociedade.

Também Pommier (2010) refere que, nas profissões de saúde a compaixão é considerada um valioso princípio ético, uma proteção dos direitos dos doentes e uma importante qualidade, que os doentes procuram nos que lhes prestam serviços. Não é boa vontade mas é um dever, motor do nosso desenvolvimento profissional. Para este autor “a compaixão é considerada um princípio ético de valor significativo nas profissões de saúde, uma proteção dos direitos dos doentes

e uma importante qualidade procurada pelos doentes naqueles que lhes prestam cuidados” (Pommier, 2010, p.14).

No sentido atual do termo, valor além de ser um “aspecto do bem”, o valor vale “para alguém” porque tem importância e merece existir (Cabral, 2003). A presença de um valor orienta e justifica os comportamentos e permite constituir normas ou critérios que interferem na nossa atividade (Ferreira e Dias, 2005). A compaixão, um componente essencial dos cuidados de enfermagem configura-se como um valor, a decisão de agir fazendo o bem, na opinião destes enfermeiros.

Parece-me importante referir Gardner (2008) ao falar da importância da utilização da mente de forma a estimular cada um de nós, nas diferentes situações e percursos profissionais, de forma a desenvolver novos hábitos mentais importantes e referencia a mente ética, uma mente situada a um nível mais abstrato: “a mente ética dos profissionais reflete (...) e conceptualiza a forma de serem uteis, a propósitos que vão para além do interesse pessoal, e de como podem trabalhar altruisticamente, de forma a melhorar a vida de todos” (Gardner, 2008, p.12).

Subcategoria: Qualidade dos Cuidados

Dos discursos dos participantes no estudo, que incluímos na categoria “faz parte de ser bom enfermeiro”, surgiu a subcategoria “qualidade dos cuidados” que expomos no quadro que se segue.

Quadro 7: Qualidade dos Cuidados.

Subcategoria	Unidades de registo
Qualidade dos Cuidados	(...) ter compaixão para mim é o nosso trabalho com qualidade, com segurança, dando o nosso melhor. (E8) (...) poderemos dar algumas respostas que sejam mais céleres. (E7) (...) Se nós queremos realmente cuidar da pessoa, a compaixão acaba por estar praticamente implícita. (E3)

A presença da compaixão, no trabalho dos enfermeiros, é considerada como uma exigência de qualidade, nomeadamente dando segurança nos cuidados de enfermagem. É dar o seu melhor como é referido por um dos relatos.

A questão da compaixão ser importante para a qualidade dos cuidados é evidenciada pelo Departamento de Saúde Inglês: “a disponibilização de cuidados de alta qualidade caracteriza-se por ser segura, eficaz e focada na experiência do doente, nas pessoas envolvidas, e no apoio, educação, formação e desenvolvimento que deverão receber. Na liderança e gestão das organizações e através do compromisso com a inovação e promoção da utilização das pesquisas para melhoria das práticas de saúde atuais. Valoriza-se o atendimento da população, o respeito, a dignidade atual e futura, assim como a compaixão. O cuidar deve ser centrado na forma como os doentes e funcionários são tratados não só por ser correto mas para garantir a segurança do doente. A experiência e os resultados apontam para uma efetiva melhoria da qualidade dos cuidados, quando existe valorização e capacitação suportada dos profissionais (Department of Health, 2013).

Categoria: Benevolência

A categoria “benevolência” emerge como uma característica identificadora da compaixão. O quadro que se segue clarifica, com a espontaneidade das verbalizações apresentadas nas unidades de registo, como a benevolência emerge dos discursos dos enfermeiros no contexto dos cuidados à criança e à sua família.

Quadro 8: Benevolência.

Categoria	Unidades de registo
Benevolência	(...) Gostar dele como outro (...) amá-lo ao lado dele. (E6) (...) Pensava, fora daqui, que aquela pessoa estava a sofrer e precisava de mim. (E4) (...) Tu gostas e queres fazer tudo pelo outro, para agradar ao outro, para satisfazer o outro. (E4) (...) temos que ir além de ... darmos um bocado de nós mesmos. (E9) (...) dar o meu melhor para que tudo corra, dentro do possível (...) Tentar dar o nosso melhor para que as coisas corram bem (...) dar

o nosso melhor à pessoa que está doente. (E8)
(...) tu queres dar ao outro. (E4)
Estou ali com eles, a viver com eles, a fazer o bem com eles,
portanto isso é compaixão. (E6)

Segundo os participantes a compaixão é gostar do outro, como outro, amá-lo ao lado dele, gostar de e querer fazer tudo pelo outro, para lhe agradar para o satisfazer. Em resposta à necessidade da pessoa, querer dar e dar o que se é e o que se tem de melhor, para que tudo corra bem. Pensar, estar e fazer-lhes o Bem.

Segundo Aristóteles a benevolência é a decisão de amar o outro, de lhe querer o maior bem, de gostar de fazer o bem e de agradar ao outro. Na benevolência, tal como na amizade, eu desejo o bem para o outro “em virtude dele mesmo” e não de maneira instrumental. Refere o Ser excelente como o que “age em vista da nobreza da ação e quanto melhor for a pessoa, tanto mais age com esse objetivo em vista. Age em vista do *si* de outrem, deixando o seu próprio *si* de lado” (Aristóteles, 2009, p. 238). Acrescenta que “temos que nos esforçar por fugir de toda a perversão e tentar ser excelentes. Só numa tal disposição alguém poder-se-á amar a si próprio e só assim poderá amar a outrem” (p. 233).

Neff (2003), ao definir compaixão fala de “sentimentos de bondade” e Pommier (2010), na sua escala de avaliação de compaixão pelos outros como itens para avaliação da bondade, refere: cuidar de alguém que está a passar por um momento difícil; gostar de estar presente junto do outro em momentos de dificuldade; ter o coração junto de pessoas que estão descontentes; tentar confortar os que sentem tristeza.

Catherine Wood, enfermeira e uma das fundadoras do Hospital for Sick Children in Great Ormond Street, refere que a bondade de coração ensinar-nos-á a ser gentis nos atos e nos modos (Wood, 1878, cit. por Bradshaw, 2011). Palavras e ações podem acarretar consequências agradáveis ou desagradáveis nos outros que nos rodeiam e portanto, se queremos ser uma força benéfica no mundo, devemos proteger os outros das nossas tendências destrutivas e iluminar as suas vidas com atos de amizade, bondade e de amor (Armstrong, 2011).

Portanto, esta categoria parece também ir de encontro ao referenciado na literatura, por diversos autores.

Categoria: Fazer Algo pelo Outro

Da categoria “fazer algo pelo outro” representada no quadro que se segue, emergem três subcategorias que são: aliviar o sofrimento, ajudar e apoiar. Optou-se por esta subdivisão da categoria com o objetivo de transmitir de forma mais sistemática as ideias transmitidas pelos entrevistados relativamente à descrição da ação de fazer algo pelo outro.

Quadro 9: Fazer Algo pelo Outro.

Categoria	Subcategoria
Fazer Algo pelo Outro	Aliviar o sofrimento
	Ajudar
	Apoiar

Esta categoria representa a ação de enfermagem como resposta ao sofrimento, de forma a aliviar, apoiar e ajudar o outro que sofre. Tratam-se de ações de enfermagem realizadas para além da competência, do saber fazer.

Esta ação é descrita pelos enfermeiros como “aliviar”, “ajudar” e “apoiar”, componentes do cuidar. Sem ação não há compaixão mas sim pena. O enfermeiro deve considerar a compaixão não como o que escolho fazer pelos doentes, mas sim, aquilo que conjuntamente escolhem fazer (Dietze e Orb, 2000, cit. por Schantz, 2007).

Subcategoria: Aliviar o Sofrimento

“Aliviar o sofrimento” é, sem dúvida, uma preocupação central dos profissionais entrevistados e que pressupõe, acrescentamos nós, que identificam naqueles de quem cuidam, indicadores de mal-estar físico ou emocional, tal como é visível no quadro seguinte.

Quadro 10: Aliviar o Sofrimento.

Subcategoria	Unidades de registo
Aliviar o Sofrimento	(...) ações que me levam a aliviar o sofrimento do outro. (E4) (...) aliviar o sofrimento dos outros com ações. (E4)

(...) aliviar a dor dos outros com ações. (E4)
(...) estar sempre a trabalhar nisto do aliviar e do explicar este sofrimento. (E5)
(...) de que forma eu consigo minimizar esse sofrimento nessa pessoa. (E5)
(...) para ter compaixão por nós, para aliviar o meu sofrimento. (E4)
(...) ações que me levam a aliviar o sofrimento do outro. (E4)
(...) aliviar o sofrimento dos outros com ações. (E4)
(...) aliviar a dor dos outros com ações. (E4)
(...) estar sempre a trabalhar nisto do aliviar e do explicar este sofrimento. (E5)
(...) de que forma eu consigo minimizar esse sofrimento nessa pessoa. (E5)
(...) para ter compaixão por nós, para aliviar o meu sofrimento. (E4)
(...) que me aliviassem a minha dor naquele momento. (E4)
(...) não só compreender sim, ele está a sofrer e não cruzar os braços. (E4)
(...) não só que te ouve mas que te proporciona coisas para aliviar a tua dor. (E4)
(...) Atuo sobre a parte da dor, sobre o sofrimento, tanto da família como do próprio. (E8)
(...) compaixão para com os outros, mas ela praticou ações para aliviar o sofrimento dos outros. (E4)
(...) eu vim-lhe fazer muitas vezes massagens, porque eu sabia que ela dormia melhor se eu lhe fizesse massagem e não me incomodava se havia críticas se não havia, o que seja. (E4)

Nesta subcategoria “aliviar o sofrimento”, os enfermeiros expressam as formas que conseguem encontrar para minimizar o sofrimento, dirigindo a sua ação de forma definida ao doente e à sua família. Trata-se de uma atitude ativa, com ações concretas de alívio.

Nussbaum afirma que a compaixão implica reconhecer o sofrimento do outro e um comprometimento ativo no sentido de o aliviar (Nussbaum,1996, cit. por Straughair, 2012).

Também outros autores referem que, na compaixão, para além de uma resposta emocional ao sofrimento dos outros, existe uma intencionalidade, existe uma escolha consciente, existe deliberação racional. A compaixão pertence à categoria de emoções que têm um componente cognitivo mais desenvolvido, ou seja, uma combinação de empatia com razão (Cutler & Dalai Lama, 1999). Num estudo de Lindholm e Eriksson os doentes referem que o alívio do sofrimento é possível através do amor, da confiança e da presença de outra pessoa e que sentem esse alívio quando alguém é capaz de sofrer com eles e expressar compaixão (Lindholm e Eriksson,1993, cit. por Marçal, 1994).

Subcategoria: Ajudar

É uma das subcategorias identificadas no âmbito de “fazer algo pelo outro”, que parece pressupor uma atitude de disponibilidade para ser responsivo às necessidades daquele que cuidamos. No quadro seguinte apresentamos as unidades de registo que integram a subcategoria “ajudar”.

Quadro 11: Ajudar.

Subcategoria	Unidades de registo
Ajudar	(...) identifica e tenta ajudar. (E8) (...) ação que uma pessoa possa ter para ajudar. (E7) (...) ajudar quem mais precisa e às vezes quem está ao nosso lado. (E2) (...) ter uma atitude ativa, não é, tenho que a ajudar. (E5) quem está com necessidade de cuidados, vai precisar sempre de ajuda.(E8) (...) saber qual é a forma que temos de a ajudar, não é? Isso sim é ter compaixão. (E5) (...) é podermos dar alguma ajuda. (E8) (...) estratégias nós vamos usar, para dar a volta a isto, para o ajudar. (E5) (...) forma diferente para ajudar a pessoa a entender.

(E6)	(...) ajudá-los a eles a encontrar ou a terem conhecimentos, para a resolução daquele problema.
(E7)	(...) podemos ajudá-los a eles a terem mais informação.
(E7)	(...) ajudarmos a encontrar a melhor solução para a resolução daquela necessidade. (E7)
	(...) quando nós justificamos o choro da criança, porque é isto ou é aquilo, e não fazemos nada para a ajudar, eu acho que não estamos a ter compaixão. (E5)
	(...) não adianta falar, adianta fazer. (E4)
	(...) lhe fazermos tudo aquilo de que ele precisa. (E9)

Na subcategoria ajudar torna-se claro que perante o sofrimento ou a necessidade não adianta falar, o que é preciso é agir. Pensam que se trata de compreender que o doente está a sofrer, não cruzar os braços e fazer alguma coisa ou tudo o que é preciso para o ajudar.

Lazure citada por Pommier considera que “todas as situações de cuidados implicam ajudar a viver” e Pommier reforça esta ideia ao dizer que “um dos benefícios da compaixão é o de ajudar na interação com as famílias na prática diária” (Pommier, 2010, p.4).

Ao falar de cura através de cuidados compassivos Carman (2012) cita Santo Agostinho referenciando que “pequenas coisas são pequenas coisas mas ser fiel nas coisas pequenas é uma grande coisa” e refere-se à ajuda diária em todas as atividades de vida, de forma a dar resposta aos pequenos gostos e hábitos do doente (Carman, 2012, p.9).

Importa não esquecer que esta ajuda pode significar coisas muito diferentes, em situações diferentes, e para pessoas diferentes. Ao reconhecerem a individualidade de cada doente, os prestadores de cuidados compassivos também vão saber adaptar o seu comportamento e a sua atitude, de forma a mostrar compaixão com base nas necessidades personalizadas de cada indivíduo (Cornwel, 2011).

Subcategoria: Apoiar

“Apoiar” é outra das subcategorias, da categoria “fazer algo pelo outro”, que mostra que os enfermeiros consideram como sendo muito importante na prática da compaixão. Apoiar suporta a ação de cuidar. O quadro apresenta as unidades de registo retiradas das entrevistas em que este aspeto se evidencia.

Quadro 12: Apoiar.

Subcategoria	Unidades de registo
Apoiar	(...) dando tempo para ele ter confiança comigo para dizer-me quais são as verdadeiras necessidades e as dificuldades que sentem. (E7) (...) pôr os que estão a sofrer, a sorrir e consigo que, quem está a sofrer me procure. (E4) (...) apoio muitas vezes, esta criança e família nas recaídas. (E5) (...) achei que ela tinha capacidades para tratar do bebé, mas coloquei-me ao lado dela, para eu e ela, tentarmos perceber as necessidades. (E7) (...) ter um bocado de tolerância de apoio. (E8)

Segundo a opinião dos participantes este apoio é dar tempo para ele ter confiança, para dizer quais são as verdadeiras necessidades e as dificuldades que sentem, de pôr os que estão a sofrer, a sorrir e conseguir que quem está a sofrer os procure e apoiar muitas vezes a criança e família nas recaídas. Achar que têm capacidades para tratar da criança mas colocar-se ao lado da mãe para, com ela, perceber as necessidades. É ter tolerância e dar apoio.

Se a compaixão é considerada um importante aspeto do conceito do cuidar deve ser disponibilizada de forma incondicional a todos os que sofrem garantindo assim a justiça a todos os que necessitam de cuidados. Acesso incondicional de todos a todo o tipo de cuidados, sem preferência de uns ou de outros (Cingel, 2009) com justiça, “valor pelo qual cada um tem o que lhe compete e dá aos outros aquilo a que eles têm direito” (Ferreira e Dias, 2005, p.46).

Categoria: Estar com o Outro

A categoria “estar com o outro”, que emerge dos discursos dos inquiridos, é apresentada no quadro 13. Como apresentava um conteúdo diversificado foi dividida em três subcategorias: “presença”, “comunicação” e “relação”.

Quadro 13: Estar com o Outro.

Categoria	Subcategoria
Estar com o Outro	Presença
	Comunicação
	Relação

O ser humano está implicado nos outros e está naturalmente constituído para viver com outrem (Aristóteles, 2009).

Em qualquer intervenção de enfermagem, se a aproximação for holística, há oportunidades de aproximação e de comunicação e estudos verificam que há ações, intervenções e relações que são específicas dos profissionais com um comportamento compassivo (Chambers e Ryder, 2012). Estas ações relacionais exigem dos profissionais competências específicas e “o conceito de competência é multidimensional e, entre outras, engloba a dimensão pessoal e interpessoal” (Ferreira & Dias, 2005, p.78). A dimensão interpessoal referida pelos participantes é a que emerge nesta categoria.

Subcategoria: Presença

A “presença” é apresentada no quadro 14 onde se sintetizam as ideias transmitidas pelos participantes relativamente a esta subcategoria.

Quadro 14: Presença.

Subcategoria	Unidades de registo
Presença	(...) é o estar presente. (E1) (...) acompanhá-lo, estar com ele. (E4) (...) ainda há bocadinho estava com ela. (E8) (...) é o querer estar com o outro, com ele. (E6)

(...) estou com ele estou ao lado dele. (E6)

(...) devia de ser assim, o contato com o doente, o paciente, eu trabalho nessa área da pediatria e noto que, não só a criança em si mas sim a família. (E8)

(...) mas depois, a parte para mim muito mais importante do que pôr um soro fisiológico às 11 horas ou fazer registros atempadamente, é estar lá. (E4)

Nas unidades de registo evidencia-se que os enfermeiros ao definir compaixão falam da presença como algo com importância. Surge aqui como a genuína disponibilidade para o outro e pode contemplar a dimensão física e afetivo-emocional num determinado contexto temporal e espacial. Para eles significa o querer estar presente, o querer estar em contato e acompanhar a criança e a sua família. Consideram esta presença mais importante ou prioritária relativamente a algumas intervenções técnicas.

A presença é uma forma de estar com o outro, física e psicologicamente, uma verdadeira interação entre o prestador de cuidados e os doentes, muitas vezes manifestada por pequenos gestos de ternura, com momentos de bom humor e que, apesar de poderem apenas durar alguns segundos, são o suficiente para garantir uma relação interpessoal. Há diferentes formas e a presença plena é “a forma de estar lá, no contexto de um com o outro” (Ferreira & Dias, 2005, p.82). Trata-se de estar presente física e psicologicamente e é descrita como “a encarnação da empatia no cuidar traduzida por pequenos atos de carinho, de humor ou de interesse” (Ferreira & Dias, 2005, p.83). Referem ainda as autoras que para além desta presença plena que vai para além da presença simples e da presença parcial há também a presença transcendente, abstrata e subtil, que aparece como uma troca de energia constante que é transformadora, espiritual e transcende a relação. Esta energia ultrapassa as pessoas em interação, aparece no ambiente que os envolve e chega a ser sentida pelos outros, transmitindo sentimentos de paz, conforto e harmonia (Ferreira & Dias, 2005). De acordo com Goleman (1995), emitimos e recebemos sinais emocionais num processo de troca que é gerido pela inteligência emocional e que classifica as pessoas com quem gostamos de estar e que nos fazem sentir bem como simpáticas e encantadoras assim como, quando estamos em sofrimento, nos aproximamos de pessoas capazes de ajudar os outros e de acalmar os seus sentimentos.

Este aspeto não é evidente nos discursos dos participantes, mas parece-nos de grande importância.

Subcategoria: Comunicação

A “comunicação” foi uma subcategoria que emergiu com cinco unidades de registo que são apresentadas no quadro 15.

Quadro 15: Comunicação.

Subcategoria	Unidades de registo
Comunicação	(...) a parte da comunicação é muito importante. (E8) (...) conhecer e comunicar com carinho, com meiguices. (E1) (...) todos nós gostamos de uma palavra de conforto, gostamos de ser ouvidos. (E8) (...) Acho que isso tudo vem da conduta da comunicação. (E8) (...) Tentamos falar um bocadinho da sua família se não quiser responder também não vamos estar ali a puxar muito. (E8)

Os enfermeiros transmitem a opinião de que consideram que uma conduta de comunicação é muito importante pois permite identificar necessidades, transmitir carinho até com gestos de ternura. Acrescentam, que qualquer um aprecia uma palavra de conforto e gosta de ser ouvido.

Ferreira e Dias (2005) salientam a importância das atitudes relacionais e de comunicação, considerando a comunicação um processo interpessoal, que envolve trocas verbais e não-verbais, de informações e de ideias. Não referem só o diálogo mas também o conteúdo, os sentimentos e as emoções que possam ser partilhadas vendo a comunicação como “um processo dinâmico verbal e não-verbal que permite que as pessoas se tornem acessíveis umas às outras, que consigamos pôr em comum sentimentos, opiniões, experiências e informações” (Ferreira e Dias, 2005, p.106).

Subcategoria: Relação

A subcategoria “relação”, com as suas unidades de registo, é apresentada no quadro que se segue.

Quadro 16: Relação.

Subcategoria	Unidades de registo
Relação	<p>(...) é estar ligada de qualquer maneira. (E1)</p> <p>(...) a mãe tem uma ligação muito forte espiritual comigo. (E4)</p> <p>(...) E aquela ligação que eu tenho e que gosto sempre de falar dela, dessa pessoa, e fico feliz por alguém me estar a ouvir a falar dela. (E4)</p> <p>(...) A compaixão é uma relação entre duas pessoas, neste caso em termos profissionais entre o enfermeiro e o doente. (E8)</p> <p>(...) Eu senti compaixão no sentido em que, ao estabelecer esta relação com ela, diária. (E7)</p> <p>(...) tipo de relação, não é, portanto tanto verbal como não-verbal, como pelas atitudes, pela maneira de ser. (E8)</p> <p>(...) o nosso trabalho é tentar interiorizar e interagir com a criança, e tentar, no fundo, desfazer aquele complexo, aquela necessidade de ter os pais. (E8)</p> <p>(...) E a mãe foi-me contando várias coisas, e a chorar e a pedir ajuda. (E6)</p> <p>(...) estive com ela, trabalhei um diálogo permanente, com visitas domiciliárias diárias e perguntei o que ela achava. (E7)</p> <p>(...) sentares-te à beira da criança e com calma, falas com ela com calma (E5).</p> <p>(...) depois resolvermos em conjunto a melhor forma de. (E7)</p>

É referido que a compaixão é uma relação entre duas pessoas, entre o enfermeiro e o doente, uma relação diária. É um tipo de relação verbal ou não verbal, num diálogo diário com atos e atitudes que demonstram interesse. Gostar

de falar com a pessoa e falar da pessoa. Interagir com a criança, transmitindo calma e estabelecendo uma ligação muito forte que permite chorar e pedir ajuda. Trabalhar em diálogo, perguntar a opinião para resolver em conjunto, os assuntos.

Esta relação é definida por Ferreira e Dias (2005, p.63) como “uma relação na qual aquele que ajuda fornece ao outro condições de que este precisa para satisfazer as suas necessidades fundamentais”. A doença desfaz a ilusão de invulnerabilidade e subitamente os doentes sentem-se fracos, impotentes e vulneráveis e emocionalmente fragilizados. Vários problemas podem surgir se ignorarmos o fato de que os doentes, embora a serem tratados de problemas físicos, reagem emocionalmente, se assumirmos que não há relação sem emoções se “na terra dos doentes as emoções reinam como soberanas” (Goleman, 1995, p.186). O estar preparado para interagir com seres emocionalmente perturbados requer inteligência interpessoal, definida como uma habilidade para entender e responder adequadamente a temperamentos, humores, desejos e motivações de outras pessoas (Gardner, 2008).

Categoria: Empatia

Nesta categoria integram-se as unidades de registo, apresentadas no quadro 17, que, de algum modo, expressam a ideia de que a empatia se relaciona com a compaixão.

Quadro 17: Empatia.

Categoria	Unidades de registo
Empatia	(...) a empatia se calhar é o princípio, aquela barreira que se quebra, para conseguires atingir a pessoa(...). (E8) (...) estabelecemos uma relação de empatia com o doente. (E9) (...) trates os outros de forma mais humana, porque consegues ter uma postura de empatia. (E6) (...) a pessoa não tem compaixão e não tem qualquer tipo de relação empática com aquela mãe, nem se dá ao trabalho de se por no papel. (E7) Comparar connosco, mãe jovem, mãe recente, que tem o seu filho e vem tratar o outro, não consegue abandonar o seu filho nem quando tem uma febrezinha e coitadinha já tem que faltar ao trabalho, por uma febrezinha tem que ficar em casa, então imagina estes. (E1)

Tomarmos como nosso algo sobretudo as coisas más que a pessoa está a experienciar. (E3)

(...) sentir esse sofrimento quase como nosso. (E3)

(...) porque hoje é o outro amanhã posso ser eu. (E4)

Se estivesse em sofrimento gostava que tivessem compaixão para comigo. (E4)

(...) calçar os sapatos do outro. (E6)

(...) eu tentar-me pôr um bocadinho na pele do outro. (E6)

(...) pôr-se um bocadinho no papel do outro. (E6)

(...) entrar no campo, entrar na casa, sentir as vivências das pessoas. (E6)

(...) em que nos colocamos no lugar da família, para tentar compreender as necessidades daquela família. (E7)

(...) é estarmos na situação do outro e compreendermos a situação do outro. (E7)

(...) mas colocarmo-nos no lugar do outro, para compreendermos as dificuldades dele. (E7)

Só pondo-me no lugar daquela pessoa(...). (E7)

(...) Eu pus-me no lugar dela e verifiquei que era uma pessoa que teve grandes dificuldades de aprendizagem. (E7)

(...) pormo-nos um bocado a viver a dor do outro em nós. (E9)

(...) é como se o estivéssemos a fazer a nós mesmos, o que ele sofre “sofremos”. (E9)

(...) eu sofria um bocado por ele, ou metade até. (E4)

(...) compreender emocionalmente o outro. (E4)

Devemos ter mais compreensão porque aquelas pessoas não estão numa situação normal. (E6)

(...) nós temos que lhe fazer entender que, de fato, que aquilo é muito difícil, porque aquilo dói imenso. (E5)

(...) porque a compreendi, porque eu consegui entrar numa onda de compaixão. (E6)

(...) tem que se ver o nível cognitivo deles, as capacidades deles. (E6)

(...) este espírito para perceber que aquelas mães não estão ali há tanto tempo. (E6)

A empatia está descrita pelos enfermeiros como sendo o recurso que lhes vai permitir a aproximação da pessoa em sofrimento. Assim, trata os outros de forma mais humana porque consegue ter uma postura de empatia e não tem compaixão se não tem uma relação empática com a mãe, nem se dá ao trabalho de se pôr no seu papel. Cada um vai referindo que se tenta colocar no lugar do outro (da criança e da família), compreende a situação, conhece as necessidades que apresentam e sente esse sofrimento como se fosse seu. O fato de saber que hoje é o outro e amanhã pode ser ele mesmo naquele lugar, faz com que faça pelo outro o que gostaria que lhe fizessem. Acrescentam que é compreender sob o ponto de vista emocional e cognitivo o outro.

Sampaio e colaboradores consideram que no âmbito específico da Psicologia, desde 1909, a empatia foi descrita como a capacidade de conhecer a consciência de outra pessoa e de raciocinar de uma maneira similar, por meio de um processo de imitação interna. Com esta capacidade, pessoas com o mesmo nível intelectual e moral poderiam melhor compreenderem-se umas às outras (Sampaio [et al.], 2009, cit. por Rodrigues e Ribeiro, 2011). Atualmente entendida, pelas ciências humanas, como a capacidade de se colocar no lugar do outro, a capacidade de descobrir o que é essencial e a de pensar sobre os outros, da mesma forma que pensamos sobre nós mesmo, a empatia vem sendo considerada uma das aptidões mais amplamente valorizadas para a prática da compaixão (Armstrong, 2011).

Categoria: Transmitir Esperança

Nesta categoria reunimos as opiniões dos participantes a que atribuímos o sentido de “transmitir esperança”.

Quadro 18: Transmitir Esperança.

Categoria	Unidades de registo
Transmitir Esperança	(...) dar alguma luz ao fundo do túnel. (E8) (...) Dar-lhes sempre uma perspetiva positiva da etapa que vem a seguir. (E5) (...) fazê-los acreditar, faze-los ganhar ... Limpar de fato as lágrimas quando saírem dali e voltarem a ter confiança, naquilo que, nos dias que vêm a seguir. (E5)

Esta categoria torna evidente a forma como fazem acreditar, às crianças e aos familiares, que vão “vencer aquela batalha” se não perderem a perspetiva

positiva, ensinando-os a estarem centradas no dia melhor que há de vir. Quando saem do serviço, voltam a ter confiança e uma perspectiva positiva da etapa que vem a seguir. Referem-se à esperança como uma "luz ao fundo do túnel" e parece fazer parte intrínseca do ser compassivo.

Snyder define a esperança como "acreditar que temos a vontade e os meios de atingir os nossos objetivos, sejam eles quais forem (...) e as pessoas com um elevado nível de esperança sentem-se com capacidades suficientes para atingirem os seus fins, dizendo a si mesmas quando estão numa situação de sofrimento que as coisas vão melhorar, são flexíveis para procurar maneiras diferentes para atingir os objetivos ou, se necessário, mudarem de objetivos e têm o bom senso de decompor algo excessivamente difícil em partes mais pequenas e mais facilmente resolúveis" (Snyder,1991, cit. por Goleman,1995, p.108). Na perspectiva da inteligência emocional "ter esperança significa que a pessoa não se deixará dominar pela ansiedade, por uma atitude derrotista ou pela depressão face a um desafio difícil ou a um contratempo" (Goleman,1995, p.108).

Segundo os guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Ordem dos Enfermeiros, a esperança "é uma vivência universal, subjetiva, integradora das crenças culturais e religiosas" e "pressupõe o respeito pelos objetivos, metas e planos a curto, médio e longo prazo, traçados pelos pais no cuidar dos filhos" (Ordem do Enfermeiros, 2011, p.11). E "sempre que se identifique o diagnóstico de Enfermagem "esperança não demonstrada", o enfermeiro tem o dever de implementar intervenções promotoras de esperança" (Ordem do Enfermeiros, 2011, p.13).

Categoria: Respeito

Esta categoria que emergiu dos discursos dos participantes inclui as unidades de registo apresentadas no quadro que se segue.

Quadro 19: Respeito.

Categoria	Unidades de registo
Respeito	(...) tenho uma consideração gigante por essa adolescente. (E4) (...) termos de relação, de respeito pelo outro. (E8) (...) fazer pausas, e o silêncio, e respeitar o outro. (E8) (...) respeitando aquele espaçozito, aquele... a palavra das pessoas. (E8)

(...) Vêm (as crianças) tirar sangue, que fazem quimioterapia e pronto agora siga e venha outro...não é nenhuma linha de montagem. (E1)

Os enfermeiros falam-nos de um respeito pelo ser, pelo seu tempo, pelo seu silêncio, pelo espaço que o rodeia e pela informação sigilosa que recebeu deste ser em sofrimento.

Se a nossa percepção dos outros estiver comprometida por preconceitos, opiniões, necessidades e desejos, nunca seremos capazes de respeitar verdadeiramente os outros (Armstrong, 2011). O respeito é um dos componentes da compaixão, é valorizar o outro, é compreensão: “compreender é o que constitui autenticamente o ser do Humano, sendo isto mesmo o que cada um é. (...) Mas o respeito do excelente, o modo como deve agir é, precisamente, o modo como age. Todo o poder de compreensão nele decide o melhor de tudo; e ele é excelente ao obedecer ao poder da compreensão” (Aristóteles, 2009, p.240).

Conseguir pôr de lado o nosso “eu” e os nossos impulsos pode ter vantagens também sociais, porque abre o caminho à empatia, ajuda-nos a ouvir verdadeiramente os outros e a ver as coisas sob os seus pontos de vista. O ver segundo o olhar dos outros quebra preconceitos e gera a tolerância e a aceitação das diferenças (Armstrong, 2011).

Categoria: Não Fazer Juízos de Valor

A categoria “não fazer juízos de valor” está representada nas unidades do quadro 20.

Quadro 20: Não Fazer Juízos de Valor.

Categoria	Unidades de registo
Não Fazer Juízos de Valor	(...) compreender o sofrimento do outro e não criticá-lo. (E4) (...) este juízo de valor do sofrimento da criança.(E5) (...) também não o criticar, não o criticar de forma negativa. (E6) (...) Cada sofrimento é um sofrimento, e o da criança quer chore quer não, nós não temos que dizer que é inferior ou superior, é o sofrimento dela.(E5) (...) esta mãe está sempre a chegar tarde... não podemos fazer estes juízos de valor, porque não sabemos o que vai lá por casa.

(E1)

(...) para não entrarmos a dizer: esta mãe abandona a criança, ou esta mãe porque é que nunca está presente, ou o pai porque é que nunca vem. (E1)

(...) eu não posso estar com o outro, família criança, pronto, sem compreender as suas necessidades, porque senão vou eu julgar e fazer juízos de valor de acordo com as minhas necessidades. (E7)

(...) essa não ter compaixão, a atitudes ainda de avaliação, de juízos de valor. (E5)

(...) começa, quase que, entre aspas, ainda a compará-lo com os outros que não choram. (E5)

(...) vêes os profissionais quase que a desafia-los, não é, com comparações e com atitudes de Não têm compaixão. (E5)

A categoria “não fazer juízos de valor” pode ser descrita como: o compreender o sofrimento do outro, não o criticar de forma negativa, não fazer juízo de valor do sofrimento da criança. Acrescentam que não podemos estar com o outro, família e criança, se não compreendermos as suas necessidades e fizermos juízos de valor, de acordo com as nossas próprias necessidades.

Referem que cada sofrimento é um sofrimento, e o da criança, quer chore ou não, representa o sofrimento dela que não pode ser avaliado como inferior ou superior ao de qualquer outro. Salientam, ainda, a importância de não se fazerem juízos de valor sobre os pais porque não sabemos verdadeiramente os motivos para as suas ações. No entanto, não fazer juízos de valor não significa, para os enfermeiros, que não haja preferências, mas sim, que aprendemos a experimentar e conhecer cada pessoa, cada momento, exatamente como são, com consciencialização e aceitação.

Trata-se de estabelecer uma interação social em que “damos lugar ao outro” sem fazer juízos precipitados, sem impor as nossas próprias experiências e convicções, o não dissertar confiadamente sobre as razões, intenções e desejos alheios (Armstrong, 2011).

Concluindo, apresentamos os atributos da compaixão que emergiram, na nossa opinião, das entrevistas realizadas.

Segundo os enfermeiros que prestam cuidados à criança e à sua família a compaixão é um “sentimento”, é “benevolência”, “faz parte de ser bom enfermeiro” é “técnica”, “dever ético” e “qualidade dos cuidados”. Referem

ainda que é “fazer algo pelos outros” é “aliviar”, “ajudar” e “apoiar”. Acrescentam ainda que é “estar com o outro” em “presença”, “comunicação” e “relação”. A “empatia” e “transmitir esperança”, o “respeito” e o “não fazer juízos de valor” são também atributos que emergem destas opiniões.

2.5 Construção de um Caso Modelo

Um dos aspetos importantes na análise de um conceito é o processo através do qual este é clarificado. Caso modelo é um exemplo, utilizando o conceito, em que estão demonstrados todos os atributos que o definem (Walker e Avant, 2005), um caso cuja descrição representa, sem margens de dúvida, o conceito. Refere Wilson, que o caso modelo é o caso que depois de analisado nos leva a dizer: “bem, se isto não é um exemplo disso, então nada o é” (Wilson, 1963, cit. por Walker e Avant, 2005).

Um caso modelo de compaixão nos Cuidados de Enfermagem à Criança e sua Família, na perspetiva dos Enfermeiros de Pediatria, é o conteúdo de uma história real de compaixão, narrada por uma das enfermeiras entrevistadas no decurso deste estudo.

"Houve uma situação com o menino X, que foi no sábado... à tarde. O miúdo estava com muitas dores. Aquilo que tinha sido relatado na passagem de turno era que o miúdo estava com uma depressão muito grande e que estava, de certa forma, a somatizar.

Pela minha experiência, por uma questão de família, muitas vezes porque se trata de um doente psiquiátrico, menosprezamos as queixas físicas e fazemos juízos do tipo “acha que dói a cabeça porque é maluquinho da cabeça”. Há muito esse estigma... Então, no caso desta criança, no meu ponto de vista, sim senti que estava deprimido, pois ele tem uma história de vida tão pesada e nós nem imaginamos quanto, que se calhar, a maior parte das queixas podem ser reais. Provavelmente está a passar por todo este sofrimento físico, assustado ou mesmo em pânico, pois não está a conseguir perceber tudo aquilo que se está a passar com ele. Mas para além da depressão, o miúdo tem dor, o que agrava também o seu estado depressivo e uma coisa leva à outra.

No sábado à tarde, o miúdo dizia que não era capaz de se mexer, que não era capaz e tentamos (...). Eu, tentei mostrar-lhe por várias razões, que ele realmente era capaz e ele dizia: “ajuda-me então”. Respondia que ajudava mas que não faria as coisas por ele (...) e ele lá ia fazendo (...).

Fiz-lhe massagem, consegui que o intestino funcionasse, teve uma dejeção, ficou melhor, dei-lhe medicação para as dores, ficou melhor ... Depois, mesmo no final do turno, foi para o cadeirão, esteve lá, até conseguiu comer, e ele próprio dizia que realmente se sentia melhor (...).

Neste caso, eu estou a dizer que é compaixão, porque eu acho que vi (...) para além daquilo que era óbvio, tentei perceber que realmente o miúdo a nível psicológico não estava bem, mas que não era só isso. Ele está com um estado depressivo instalado, mas não é só isso. Havia mais qualquer coisa por trás, e consegui, de certa forma, perceber isso. Consegui dar algum apoio ao miúdo, e a verdade é que, no final do turno, a própria mãe comovida e a chorar comentou que já não via assim o filho tão descansado e relaxado há uns dias (...).

Consegui com esta criança, pôr-me um bocadinho no lugar dele, para perceber que ele realmente não estava bem sob o ponto de vista psicológico, mas que havia mais qualquer coisa por trás daquilo (...). Foi assim a mais recente história de compaixão que me lembro”.

Análise do caso: Considero estarmos perante um caso modelo de compaixão pois estão presentes os atributos identificados por nós na análise das entrevistas aos enfermeiros. A enfermeira diz que sentiu que ele estava deprimido: está presente o “sentimento”. Quando refere havia mais qualquer coisa por trás e que conseguiu de certa forma perceber isso, tem atitudes de benevolência” e vai agir fazendo o bem. Aparece também o atributo “faz parte de ser bom enfermeiro” o qual inclui os aspetos “técnica”, “dever ético” e “qualidade dos cuidados” e é o que verificamos que existiu, com as descrições que se seguem. A “técnica”, quando a enfermeira refere que lhe fez massagens e conseguiu que o intestino funcionasse, que lhe deu medicação para as dores e ele ficou melhor. O “dever ético”, pois agiu fazendo o bem e para o bem-estar do doente e realizando intervenções para além das preconizadas, como por exemplo a massagem e fez mais do que era a sua estrita obrigação. Quando refere que no final do turno, a própria mãe comovida e a chorar comentou que já não via assim o filho tão descansado e relaxado há uns dias confirma que há “qualidade dos cuidados” pois os resultados são bons e a mãe agradece. Está presente o atributo “fazer algo pelo

outro” porque ela age, “aliviando” a dor com a administração de medicação e a execução de massagem, dá “apoio” e responde ao pedido de “ajuda” de forma eficaz e, desta forma concretiza estes três atributos da compaixão. “Transmite esperança”, outro atributo da compaixão, assegurando-lhe de que vai ficar melhor. O atributo “estar com o outro” está demonstrado pela “presença”, pela “comunicação” e pela “relação”, como se constata pela seguinte descrição: “o miúdo dizia que não era capaz de se mexer, que não era capaz e tentamos (...). Eu, tentei mostrar-lhe por várias razões, que ele realmente era capaz e ele dizia: *“ajuda-me então”*. Respondia que ajudava mas que não fazia as coisas por ele (...) e ele lá ia fazendo...”. A “empatia” esteve também presente como confirma a enfermeira quando diz: “eu consegui com esta criança, pôr-me um bocadinho no lugar dele, para perceber que ele realmente não estava bem sob o ponto de vista psicológico, mas que havia mais qualquer coisa por trás daquilo”. O “respeito” está também presente e representado pelas palavras da enfermeira quando diz que ele está com um estado depressivo instalado, mas não é só isso (...) que há mais qualquer coisa por trás e que consegue perceber. Por último refiro a presença do atributo “não fazer juízos de valor” pois a enfermeira acredita no que a criança refere, não menospreza as queixas físicas e não faz juízos do tipo “acha que dói a cabeça porque é maluquinho da cabeça” mas, pelo contrário, valoriza aquilo que lhe é transmitido, avalia e age sem ideias preconcebidas e deformadas.

A presença de todos os atributos faz desta história, um exemplo de compaixão nos cuidados de enfermagem à criança e sua família.

2.6 Os Casos Adicionais de Compaixão

Os casos adicionais são casos que não são exatamente iguais aos do conceito e cuja análise desencadeia um processo reflexivo, que suporta uma avaliação mais detalhada e diferenciada do conceito. As análises pormenorizadas destes casos orientam-nos, ajudam-nos a decidir o que de fato é ou não um atributo do conceito e através deste processo, conseguiremos a verdadeira identificação do mesmo. (Walker e Avant,2005).

As autoras sugerem quatro tipos de casos que apresentamos em seguida e que são: o caso semelhante, o relacionado, o contrário e o ilegítimo. Analisamos as narrativas dos enfermeiros e escolhemos de entre elas, as que consideramos

mais paradigmáticas e que utilizamos para a elaboração dos casos adicionais de compaixão.

2.6.1 *Caso Semelhante de Compaixão nos Cuidados de Enfermagem à Criança e sua Família*

Caso semelhante é um caso aparentemente igual, contém todas ou quase todas as características que definem o conceito, mas é substancialmente diferente em alguma delas. Trata-se, assim, de um caso que será inconsistente em relação à compaixão pois, apesar de idêntico, falta-lhe uma das “colunas” estruturantes do conceito (Walker e Avant, 2005).

Um caso modelo de compaixão nos Cuidados de Enfermagem à Criança e sua Família na perspectiva dos Enfermeiros de Pediatria é parte do conteúdo de uma história real de compaixão, narrada por uma das enfermeiras entrevistadas no decurso deste estudo e outra parte é imaginada, uma vez que o conteúdo desta entrevista não respondia, de modo pleno, a um exemplo de caso semelhante.

“L. estava preocupada, porque o turno estava pesado, muitos doentes entraram de urgência e ela era a responsável de turno. Sabia que alguns dos elementos do grupo estavam desmotivados, mas ela estava consciente, atenta e centrada em executar as intervenções de enfermagem com qualidade. Sabia que cada uma daquelas crianças e famílias, especialmente um caso de uma criança cujos pais pertenciam a uma família de elevado nível económico e político, necessitavam de cuidados de excelência.

Durante o turno esteve sempre bem-disposta e genuinamente alegre e sorridente, brincando com todos e dedicando algum do seu tempo, para delicadamente acariciar uma criança ou abraçar uma mãe em sofrimento. A aliviar a dor a uns, a administrar medicação a outros, ajudando e apoiando as mães, notava-se que tratava de cada criança com entusiasmo, com uma técnica de excelência de forma a garantir qualidade.

L. sabia que muitos elementos da sua equipa, não partilhavam um tipo de abordagem personalizada, tratando de cada um como ser único, conhecendo os seus gostos e as suas preferências. Naquele dia, uma das mães, mais desorientada e de forma irritada, interrompeu-a várias vezes, sempre com a mesma pergunta e

ela nunca se perturbou e, com compreensão e paciência respondia a cada questão as vezes que lha fizesse. Quando na passagem de turno alguém tentou fazer uma crítica aquela mãe e fez juízos de valor em relação à sua forma de ser e estar, a L. sorriu e respondeu que ela se encontrava em sofrimento, o que justificava a sua postura e que, se estivesse no lugar dela, seria igual ou muito pior.

Depois de sair do serviço e enquanto se desfardava a L. comentou animadamente com a colega de turno, em conversa íntima e porque ela era sua amiga, que tinha a certeza de que ia conseguir a promoção porque a mãe aborrecida que tinha aturado durante o turno era irmã do diretor do hospital e ia falar dela ao irmão”.

Análise do caso: A enfermeira não viveu um dos aspetos fundamentais da compaixão. Começarei por apresentar todos os outros que estão presentes para finalmente me referir ao que falta. L. agiu, aparentemente, com compaixão durante o turno. Sabia e sentia que tinha que cuidar de cada uma daquelas crianças e famílias pelo que havia “sentimento”. “Estar com o outro” é um atributo presente pois é referido na história “brincando com todos e dedicando algum do seu tempo, para delicadamente acariciar uma criança ou abraçar uma mãe em sofrimento”. A L. está em “presença” “relação” e “comunicação”. O “fazer algo pelo outro”, a “ajuda”, o “apoio” e o “alívio” do sofrimento também são atributos evidentes nas palavras: aliviar a dor a uns, a administrar medicação a outros, ajudando e apoiando as mães”. O “dever ético”, a “técnica” e a “qualidade dos cuidados”, que fazem parte de “ser bom enfermeiro” são preocupações da enfermeira, como podemos confirmar pelas atitudes e comportamentos que estão descritos nas seguintes palavras: “notava-se que tratava de cada criança com entusiasmo, com uma técnica de excelência de forma a garantir qualidade”.

Mostrou também que vivia o “respeito” pois perante a desorientação e o estado de irritação da mãe ela nunca se perturbou e, com compreensão e paciência respondia a cada questão as vezes que lha fizessem. Quando na passagem de turno alguém tentou fazer uma crítica àquela mãe, e fez juízos de valor em relação à sua forma de ser e estar, a enfermeira não o permitiu e sorrindo justificou o comportamento referindo “que ela se encontrava em sofrimento, o que justificava a sua postura e que, se estivesse no lugar dela, seria igual ou muito pior”. Com esta reação evidencia os atributos de “empatia”, o “respeito” e o de “não fazer juízos de valor”.

Só no fim da história percebemos o que falta para a compaixão estar presente. Contam que no final do turno, depois de sair do serviço e enquanto se desfardava a enfermeira, comentou animadamente com a colega de turno, em conversa íntima e porque ela era sua amiga, que tinha a certeza de que ia conseguir a promoção que tanto ambicionava e finalmente ser promovida. Estava a trabalhar a fazer “teatro”, não lhe interessava em nada o sofrimento nem daquela criança nem das outras. Tinha aturado a mãe aborrecida durante o turno e fingido estar preocupada com as crianças porque sabia que a mãe era irmã do diretor do hospital e gabar o seu trabalho ao irmão”.

Estamos perante um caso inconsistente em relação à compaixão pois, apesar de idêntico havia apenas interesse pessoal. Com o desabafo no vestiário a enfermeira evidencia não agiu exclusivamente por compaixão, pois o que a moveu não foi a benevolência, a ação para o bem do outro mas sim o desejo de atingir um objetivo pessoal. Tem um comportamento aparentemente “compassivo” apenas para agradar à família da criança e, desta forma, conseguir atingir o seu objetivo pessoal.

2.6.2 Caso Relacionado de Compaixão nos Cuidados de Enfermagem à Criança e sua Família

Segundo Walker e Avant (2005) é um caso relacionado com o conceito da compaixão, mas que não contém todos os atributos que o definem. Podem parecer exemplos de compaixão, estarem verdadeiramente relacionados com a compaixão, até terem o mesmo nome mas, quando examinados em pormenor, verificamos que falta um importante ou essencial atributo que faz parte do conceito. Só a análise pormenorizada do caso nos permite identificar o que falta.

O caso relacionado que se apresenta foi adaptado de uma das narrativas contadas por uma enfermeira durante a entrevista.

“Trata-se de uma menina de cinco anos, ainda há bocadinho estava com ela, e senti uma tristeza muito grande, porque é uma criança institucionalizada por razões sociais. A nossa unidade é ampla e não há isolamentos, as camas estão ao lado umas das outras num espaço aberto e está outra criança, com a mesma idade dessa miúda de 5 anos, na cama ao lado, com a mãe, com muitos brinquedos e

(...). *A miúda está sozinha, é visitada semanalmente por uma pessoa da instituição apenas por um curto período de meia hora.*

Nota-se na criança aquele olhar distante, para a cama ao lado. Ela neste momento está consciente e orientada, já não está sob o efeito da sedação, já está numa fase de preparação da alta. Nota-se que a criança sente a falta de um acompanhante que a ocupe e que a mime e imagino a tristeza que ela deve sentir porque me imagino no lugar dela. Ao lado está uma outra que tem muitos brinquedos, tem o apoio dos pais (...). A esta criança falta alguma coisa, faltam ali os pais e ainda bem que não estão com ela, porque os que estão com os outros já dão muito trabalho porque vêm para cá descansar e dar trabalho e não para acompanhar os filhos. Há um bocado desse parecer da compaixão, que é tentar interiorizar e interagir com a criança, e tentar, no fundo, desfazer aquele complexo, aquela necessidade de ter os pais. Apesar de lhe perguntar o nome da mãe e de tentar interagir ela nada responde e está pouco receptiva à nossa presença.

Damos a nossa ajuda. Tentamos compensar dando brinquedos, há colegas que trazem brinquedos ou outro tipo de entretenimentos para ela estar ali ocupada, tentamos falar um bocadinho da sua família, mas quando não quer responder também não estamos ali a insistir. Também fazemos outras distrações de forma a compensar um bocado a ausência de um familiar. Pronto, estás quase a ir embora, já foste operada, já estás muito melhor, já não tens dores, mais uns dias e já vais embora, não sei a data ainda prevista mas ... e ela fica assim mais compensada. Nota-se que tem uma certa tristeza no olhar, é uma miúda muito atenta apesar de ser pequenina”.

Análise do caso: Trata-se de um enfermeiro que reconhece que a criança está a sofrer e interioriza esse sofrimento e com benevolência consegue aproximar-se dela, interage com ela e dá-lhe atenção e carinho. Ajuda, apoia, alivia o sofrimento, estabelece uma relação estando presente e comunicando, sendo empático e colocando-se no lugar dela. Dá esperança ao falar melhoria do seu estado e da alta que se avizinha. Estão presentes os atributos da compaixão, no entanto faz um juízo de valor e uma crítica aos pais, acompanhantes das crianças quando diz a certa altura da narrativa: (...) nota-se que a esta criança falta alguma coisa, que lhe faltam ali os pais e ainda bem que não estão com ela, porque os que estão com os outros já dão muito trabalho porque vêm para cá descansar e dar trabalho e não para acompanhar os filhos.

Os cuidados de enfermagem em pediatria são realizados segundo um modelo de parceria nos cuidados de enfermagem à criança e sua família. A enfermagem atua com conhecimentos específicos e intervenções definidas dirigidas a dois focos de atenção que são a criança doente e a sua família em situações de sofrimento (Perry,2010). A família colabora em parceria nunca pode ser julgada e marginalizada mas deve ser integrada na equipa de cuidados.

Estamos perante um caso relacionado de compaixão uma vez que o atributo “não fazer juízos de valor” não está presente.

2.6.3 *Caso Contrário de Compaixão nos Cuidados de Enfermagem à Criança e sua Família*

Segundo Wilson, casos contrários são exemplos claríssimos do que não é a compaixão e qualquer que seja o conceito, isto não será certamente um exemplo dele (Wilson, 1963, cit. por Walker e Avant, 2005). Os casos contrários podem ajudar bastante na análise do conceito pois muitas vezes é mais fácil dizer o que não é, do que dizer exatamente o que é. Depois de muitos “não conceitos” será fácil identificar realmente e objetivamente o conceito.

Apresenta-se uma história adaptada de uma das narrativas das entrevistas, que representa um caso contrário à compaixão.

“Vi faltas de compaixão (...) ao prestar cuidados a uma criança, faço o meu trabalho com qualidade, de forma a pô-lo feliz e chega outro colega e faz com que a criança deixe de rir. Na passagem de um turno para o outro, verifiquei que a criança está completamente diferente. Tinha mudado de humor e todo o trabalho desenvolvido no sentido de manter a jovem com ânimo e esperança de que ia melhorar foi todo “por água abaixo” e estava numa tristeza profunda depois de cuidada por aquele enfermeiro. A jovem a chorar copiosamente disse-me: Eu não quero que aquele enfermeiro entre aqui. Não tem paciência, não sabe lidar comigo que estou doente. Estou dependente e sei que dou muito trabalho, mas sou doce e estou fragilizada e sinto que fui maltratada. O enfermeiro que deve ser profissional, que é um ser humano cheio de vitalidade, de saúde, que vem trabalhar, não aliviou o meu sofrimento, não me apoiou enquanto chorava, não me ajudou nos cuidados de higiene. Não agiu no sentido de diminuir o meu

sofrimento mas conseguiu aumentá-lo e levar-me a este desespero. Num tom agressivo, disse ao meu pai que é o meu acompanhante: a sua filha está toda suja com fezes, veja lá se a limpa. E quando lhe chamamos a atenção de que não devia comportar-se desta forma porque estou em sofrimento ainda respondeu que ele não é o responsável nem tem culpa de que isso aconteça. Foi uma situação de tal forma agressiva que chegou a provocar a alteração dos meus sinais vitais. O meu pai insatisfeito reclamou e determinou que aquele enfermeiro nunca mais cuidaria de mim”.

Análise do caso: O sentimento que está presente não é o de compaixão. Não há benevolência porque não faz o bem mas sim o mal e de tal forma que a criança chora e fica triste. O enfermeiro não estabelece uma relação com a adolescente e a família e a sua presença não é no sentido da comunicação mas sim da agressão e distanciamento. Não faz nada pelo outro no sentido de o aliviar, o ajudar ou de o apoiar. A criança refere que o enfermeiro não tem paciência, não sabe lidar com ela, que se sente fragilizada e maltratada e acrescenta que ele não agiu no sentido de diminuir o seu sofrimento mas conseguiu aumentá-lo não garantindo esperança mas desespero. É agressivo, não compreende, não é empático, não só não se coloca no lugar dela vivendo a empatia como ainda faz críticas. Não presta cuidados de enfermagem de qualidade, como demonstra no discurso, ao falar de um tom agressivo dirigido ao pai e obrigando-o a ser ele a cuidar da filha. No final da história a adolescente refere que foi uma situação de tal forma agressiva que chegou a provocar a alteração dos seus sinais vitais, que o pai insatisfeito reclamou e determinou que aquele enfermeiro nunca mais cuidaria dela. O atributo faz parte de ser bom enfermeiro representado pelos atributos da técnica, dever ético e qualidade não estão presentes. O enfermeiro, além de não cumprir o seu dever ético, tecnicamente falhou e o seu desempenho profissional não é de qualidade, o que dá origem inclusive a uma queixa do pai.

Não está presente nenhum dos atributos o que faz deste caso e sem qualquer dúvida, um caso contrário da compaixão.

2.6.4 Caso Ilegítimo de Compaixão nos Cuidados de Enfermagem à Criança e sua Família

Segundo Walker e Avant (2005) os casos ilegítimos são exemplos do uso impróprio do conceito, ou da utilização do termo de forma imprópria, ou seja,

fora do contexto. Segue-se uma história adaptada da narração obtida na entrevista.

“Tivemos aí um miúdo, que ele tem uma doença metabólica, entrou-nos aqui muito magrinho e era um suplício para ser puncionado. Essa criança estava a cargo da avó que dava apoio à mãe, pois esta teve que se ausentar por razões de trabalho.

A avó começou a tomar conta daquela criança desde que nasceu e afeiçoou-se demais a ele. É o menino dela e portanto é tudo para ela. Se queremos puncioná-lo e não conseguimos encontrar uma veia para tal, muitas vezes a avó não o permitia e nós acabávamos por não o fazer por compaixão, por ele e pela avó. Ele porque chorava muito e da avó porque sofria também. Nós sabemos que se ele não fizer a medicação pode não resistir e morrer, mas temos compaixão. Tudo é bastante difícil (...). O que é que eu faço? Sou profissional, sou pessoa, faço ou não faço? Acaba por ser um dilema muito grande porque se não o fizermos ele não faz a medicação e pode entrar em falência multiorgânica. Depois de “lutarmos”, com aquela avó que não só nos impede como telefona à mãe e a mãe diz que também não quer, e temos que lidar com a avó, a mãe e a criança”.

Análise do caso: O conceito de compaixão é usado de forma imprópria. A enfermeira afirma que por compaixão não puncionaram a criança porque a criança chorava e a mãe e a avó se opunham a esta ação. Estes comportamentos da criança e da sua família perturbaram-na de tal forma que ela não cumpriu os cuidados necessários, não foi uma boa técnica, não cumpriu o seu dever ético e não garantiu a qualidade. Na compaixão, o sofrimento é o motor da ação no sentido de o aliviar dando apoio e ajudando e, neste caso, embora o ato de puncionar fosse provocar a dor era necessário para o tratamento e para a cura. A enfermeira não consegue uma relação de empatia e respeito com a criança e família de forma a permitir atuar de acordo com o que se impunha pelo estado de saúde da criança. Embora esteja presente a comunicação não é eficaz, uma vez que não consegue que interiorizem a necessidade do ato. A ação de ajuda, de apoio ou de alívio do sofrimento assenta numa relação de empatia, de esperança e de respeito pela criança e família e o resultado evidente é de que há desespero da criança, da avó e da mãe. Neste caso a enfermeira não age para o bem da criança mas tem pena dela e não intervém. Refere-se à compaixão como pena e é este o sentimento que impera nesta narrativa.

Há utilização do termo de forma imprópria, pelo que se trata de um caso ilegítimo de compaixão.

2.7 Os Antecedentes e as Consequências da Compaixão

A identificação de antecedentes e consequências do conceito, como o próprio nome diz, é o levantamento de incidentes ou eventos que acontecem *a priori* e *posteriori* ao fenômeno, respectivamente. Importante não esquecer o critério de exclusividade: um atributo, um antecedente ou uma consequência não podem existir concomitantemente (Walker e Avant, 2005).

2.7.1 *Os Antecedentes da Compaixão na Literatura e Segundo a Perspetiva dos Enfermeiros de Pediatria*

Os antecedentes são os eventos ou incidentes que precedem o conceito e um antecedente nunca pode ser um atributo definidor do conceito (Walker e Avant, 2005).

A literatura analisada aponta como antecedentes da compaixão o conhecer e reconhecer o sofrimento, a consciencialização do mesmo sofrimento e o desejo de o aliviar. Segundo Thich Nhat Hanh (2005) a observação superficial não é suficiente para reconhecer o sofrimento, nós e o objeto da nossa observação temos que nos tornar uma e a mesma coisa para que haja sintonia ou reconhecimento e “quando estamos em sintonia com o sofrimento de outrem, nasce em nós um sentimento de compaixão. Compaixão significa, literalmente, “sofrer com” (Thich Nhat Hanh, 2005, p.82).

Segundo Marçal (1994) Roach, na sua definição de compaixão, refere que há uma sensibilidade face à dor e sofrimento. Straughair (2010) citando outros autores, refere-se à compaixão como o entrar no sofrimento do outro o que implica o reconhecimento desse sofrimento. Para Neff (2003) e Pommier (2010) a compaixão envolve o estar aberto e o ser tocado pelo sofrimento dos outros. Armstrong (2011) refere a importância do reconhecimento do sofrimento próprio e

o dos outros para a prática da compaixão. Pommier refere que “vários filósofos modernos sugerem que um dos três requisitos que deve estar presente para que um indivíduo sinta compaixão é o sofrimento, dificuldade ou problema” (Pommier, 2010, p.16). As diferentes opiniões dos vários autores apresentam-nos o sofrimento como antecedente da compaixão.

Na opinião de Armstrong “a compaixão vai permitir que a nossa infelicidade e a aflição dos outros invada as nossas consciências, sem o rejeitar, ignorar ou mesmo fugir dele” (Armstrong, 2011, p.171) ou seja, a nossa consciência percebe claramente a existência do sofrimento, tanto do nosso como o dos outros. Para Nussbaum a compaixão implica reconhecer o sofrimento do outro (Nussbaum, 1996, cit. por Straughair, 2012) ou seja, reconhecer o outro e o sofrimento. Para Neff e para Pommier para haver compaixão é necessário abrir a consciência à dor dos outros e não a evitar ou desligar-se dela (Neff, 2003; Pommier, 2010) e para Chochinov a compaixão é a profunda consciencialização do sofrimento do outro (Chochinov, 2007, cit. por Cornwell, 2011). Ao falar de consciencialização é importante referir que “temos que observar atentamente as coisas de maneira a vê-las” (Thich Nhat Hanh, 2005, p.101) e de que “é necessária uma presença intensa quando determinadas situações desencadeiam uma reação com forte carga emocional (...). Na consciencialização sê presente como observador da tua mente, dos teus pensamentos e das tuas emoções assim como das tuas reações a várias circunstâncias” (Tolle, 2001, p.72). Esta atenção ao “eu” e ao outro no agora, no momento presente, é a consciencialização ou a consciência plena e implica envolvimento. A consciencialização é também um antecedente da compaixão segundo a literatura.

Depois de referenciar os antecedentes da compaixão segundo a literatura passamos a apresentar as categorias que emergiram do discurso dos participantes neste estudo e que se evidenciam para nós como antecedentes da compaixão.

Categoria: Sofrimento

Na perspetiva dos enfermeiros que colaboraram neste estudo o sofrimento está sempre presente e é ele que desencadeia a compaixão. Apresentamos as suas opiniões no quadro seguinte.

Quadro 21: Sofrimento.

Categoria	Unidades de registo
Sofrimento	(...) associo compaixão a sofrimento. (E4) (...) ter compaixão por alguém, é avaliar nela aquilo que lhe faz ou que lhe causa sofrimento. (E5) (...) capacidade que nós temos de avaliar o sofrimento no outro e aquilo que nós fazemos para aliviar esse sofrimento. (E5) (...) não posso ter compaixão por uma pessoa que tem tudo e está muito feliz. (E4) (...) o que mais me marcou foi o ciclo do sofrimento. (E4) (...) ter compaixão pelo sofrimento daquela criança. (E5) (...) muito jovem, mas foi um sofrimento muito prolongado. (E4) (...) ela está a chorar porque é ela, o sentimento dela, o sofrimento dela. (E5) (...) consegues de fato perceber qual é o seu sofrimento. (E5) (...) ela entendeu também o sofrimento. (E4) (...) entendo compaixão, associo a sofrimento. (E4)

Associam compaixão a sofrimento, a ter capacidade de avaliar o sofrimento do outro, da criança. Compreender porque chora, o sentimento dela, o sofrimento dela. Afirmam que ter compaixão por alguém é o ser capaz de avaliar o que faz ou causa sofrimento ao outro e fazer algo para o aliviar, e complementam esta opinião referindo que não podemos ter compaixão por alguém que está muito feliz.

A compaixão surge quando se é marcado pelo sofrimento de alguém, da criança, do jovem ou da mãe, em sofrimento prolongado ou intenso, que chora exteriorizando o seu sofrimento. Compreender esse sofrimento e fazer com que a criança ou a mãe percebam que se entendeu o seu sofrimento é essencial para que surja a compaixão. Existe um sentimento de ligação e de responsabilidade, um desejo de chegar até aos outros, uma vivacidade e não um entorpecimento (...) uma resposta que é determinada (Cutler e Dalai Lama, 1999). Carman, no seu artigo intitulado a “Cura através cuidados compassivos” refere que a enfermagem nasceu do desejo de aliviar o sofrimento de outros numa época em que os enfermeiros tinham pouco mais do que compaixão para oferecer. Durante a sua viagem como paciente severamente doente experienciou, quer a falta de cuidado com compaixão, quer o seu poder curativo. (Carman, 2012, p.9).

Categoria: Intrínseco ao “Ser” de Cada Um

Esta categoria emergiu através das unidades de registo que são transcritas no quadro seguinte. Os participantes no estudo descrevem a compaixão como algo intrínseco a cada pessoa e foi considerado, por nós, um antecedente, por ser algo que existe *a priori* em cada um, algo com que se nasce, como uma propensão para ser de determinada forma.

Quadro 22: Intrínseco ao “Ser” de Cada Um.

Categoria	Unidades de registo
Intrínseco ao “Ser” de Cada Um	<p>(...) Compaixão para mim é uma forma de estar. (E7)</p> <p>(...) É uma coisa que nós temos ou nascemos com ela. (E5)</p> <p>(...) depende muito das pessoas em si (...)vem muito já do nosso ser em si. (E8)</p> <p>(...) já nascemos um pouco com essa sensibilidade. (E8)</p> <p>(...) Há perfis de pessoas que têm paciência, aptidões (...) (E4)</p> <p>(...) Se é uma forma de tu estares na vida, se é uma maneira, se são, se são quase princípios que recebeste do teu berço. (E5)</p> <p>(...) acho que vai muito do enfermeiro em si, da pessoa, da unidade enfermeiro.(E8)</p> <p>(...) pelas atitudes, pela maneira de ser. Eu acho que isso é importantíssimo e parte da formação da pessoa. (E8)</p> <p>(...) fazer “tratamento” só com a sua postura, a sua maneira de ser, o que transmitem, o que não transmitem às vezes.(E8)</p> <p>(...) este sentimento não nasce com todos, ou não se desenvolve da mesma maneira com todos.(E5)</p> <p>Eu acho que nós também conseguimos ter mais compaixão pelos outros, conforme a nossa maturidade. (E5)</p> <p>(...) acho que há pessoas que por mais que se lhes ensinasse, se calhar nunca teriam compaixão. (E5)</p> <p>(...) há pessoas que de fato, por mais que lhes expliquemos elas não vão conseguir ser, ter compaixão. (E5)</p>

Os participantes no estudo são da opinião de que a compaixão é uma forma de estar, que os enfermeiros têm, que nasce com eles. Que há seres que já nascem com uma sensibilidade diferente, que faz parte do seu ser em si, e que varia de

pessoa para pessoa. Há um perfil diferente, com aptidões como a paciência, com princípios recebidos do “berço”, com um desenvolvimento pessoal diferente. Revelam-se como pessoas diferentes pelas atitudes e pela maneira de ser, pois conseguem “fazer tratamento” só com a sua postura, com o que transmitem e o que não transmitem. Referem, ainda, que os doentes são os “motores” do desenvolvimento deste carácter e que é uma característica que não nasce com todos mas que, quando está presente, aumenta com a maturidade. Afirmam que há pessoas que, por mais que lhes expliquemos, nunca conseguirão ter compaixão.

O enfermeiro é um sistema aberto que, além de possuir características biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, tem conhecimentos, aptidões, competências e atitudes que caracterizam o seu perfil (Ferreira & Dias, 2005). Ora, o possuir “algo intrínseco” que leva a atitudes compassivas, aparece como um pré-requisito, que depois, ao longo da vida, deverá ser trabalhado.

Segundo Goleman (1995) e referenciando a opinião de Etzioni “o caráter é a musculatura psicológica que a conduta moral exige” (Goleman, 1995, p. 307). Acrescenta o autor que a base do carácter é a autodisciplina e que a vida virtuosa, como tem sido observado pela filosofia desde Aristóteles, baseia-se no autocontrolo. O autor refere que uma das pedras angulares do caráter da pessoa é ela ser capaz de motivar-se e guiar-se a si mesma, em todas as atividades da sua vida, de controlar e orientar os impulsos para a ação (aquilo a que antigamente se chamava força de vontade) pois só controlando os seus apetites e paixões, consegue agir bem perante o outro (Goleman, 1995).

Parece-me pertinente referir neste momento a Teoria da Mente (ToM) da autoria de Premack & Woodruff que salienta o fato de que o cérebro humano possui competência inata de construir representações mentais sobre os pensamentos, as intenções e os sentimentos dos outros. A Teoria da Mente (ToM) ou *Mentalização* como também pode ser referida, é a capacidade humana de representar estados mentais e/ou inferir as intenções de outra pessoa (Tonelli, 2009) e segundo Caixeta (2011) inferir o estado mental do outro, significa ter uma competência que nos permita desenvolver uma avaliação daquilo que eles pensam e desejam. Trata-se de uma competência que pode ser desenvolvida e que facilitará ao profissional de saúde a prática da compaixão.

Estamos perante um conjunto de competências que quando treinadas permitirão a prática da compaixão tal como refere Gilbert na sua abordagem à compaixão baseada no seu modelo evolucionário da teoria das mentalidades sociais. Diz-nos que as capacidades de compaixão estão ligadas a competências

motivacionais, emocionais e cognitivo-comportamentais - fruto da evolução, de cuidar dos outros (Gilbert, 2009).

Categoria: Estar Atento ao Outro

Os enfermeiros afirmam que procuram conhecer a criança e a mãe, aperceber-se das suas tristezas, dificuldades e necessidades. Conseguem estar atentos e ver “para além” do que se vê. No quadro seguinte apresentam-se os resultados relativos a esta categoria.

Quadro 23: Estar Atento ao Outro.

Categoria	Unidades de registo
<p>Estar Atento ao Outro</p>	<p>(...) então procurei conhecer a mãe e a filha. (E6)</p> <p>(...) aperceber-me das dificuldades que as pessoas têm, das tristezas, dos problemas que eles têm. (E2)</p> <p>(...) deteção das necessidades e para o conhecimento dela a nível. (E7)</p> <p>(...) se vêm bem dispostos, se vêm mal dispostos e, não nos passarem completamente ao lado. (E1)</p> <p>(...) ter compaixão para com o outro, é olhar para o outro e dizer assim, tu não estás bem. (E4)</p> <p>(...) ver nos outros para além da aparência, daquilo que eles mostram. (E2)</p> <p>(...) No fundo uma pessoa tem que ter esse olhar superior, no fundo não é. Deve estar mais atento. (E8)</p> <p>(...) São pessoas mais atentas (...) há pessoas que simplesmente a olhar conseguem fazer diagnósticos. (E8)</p> <p>(...) nota-se que há falta de alguma coisa, faltam ali os pais. (E8)</p>

Estar atento ao outro parece ser imprescindível para se perceber que o outro sofre, que tem necessidades.

Referem a importância do conhecimento dos pais e das crianças, dos seus gostos, das dificuldades e das características do ambiente socio cultural em que vivem. Acrescentam que é o ser capaz de reconhecer com a observação atenta que algo não está bem “é olhar para o outro e dizer assim, tu não estás bem”. “Quando se sente compaixão por uma pessoa (...) essa atitude compassiva

compreende (...) uma mente aberta perante essa outra pessoa” (Fontinha, 2009, p.10). A compaixão pede aos profissionais que façam a escolha de ver, reconhecer o sofrimento dos outros, a opção de ver verdadeiramente a outra pessoa (Cingel, 2009). A atenção ao outro é um elemento chave e que deve começar por nós próprios. Proporciona o equilíbrio emocional necessário para permitir que um indivíduo dê uma resposta compassiva, não só com bondade mas, também, com inteligência. Ferrucci (2006) afirma que a atenção é uma forma de bondade e a falta de atenção é a maior forma de indelicadeza. A desatenção é ser frio e duro e a atenção é acolhedora e solidária. É sinal de equilíbrio emocional e sustenta uma postura compassiva. Sem atenção, não há bondade (Ferrucci, 2006, cit. por Pommier, 2010).

Há um aspeto referido na literatura, que não surge dos discursos dos participantes mas que também parece ser um importante antecedente da compaixão, pelo menos noutros contextos: a autoconsciência. Segundo Goleman a autoconsciência é a consciência das nossas emoções, no sentido de uma atenção continuada dada aos nossos estados íntimos. Com esta consciência autorreflexiva, a mente observa e investiga ela própria as experiências, incluindo as emoções, uma atenção discreta e constante, que observa de forma imparcial tudo o que se passa na consciência, de forma interessada mas não interveniente. É uma atenção que não se deixa arrastar pelas emoções, exagerando e amplificando aquilo que percebe, é um estado neutral, de autorreflexão mesmo em momentos em que as emoções possam ser turbulentas. Significa ter consciência tanto do nosso estado de espírito como dos nossos pensamentos a respeito desse estado de espírito. Pode ser uma vigilante dos nossos estados íntimos mas que não reage nem julga mas ajuda a controlar as emoções (Goleman, 1995). A autoconsciência e a consciência plena devem ser algo que se torna habitual, que não é um fim em si mesmo mas deve conduzir-nos à ação (Armstrong, 2011) abrindo a consciência à dor dos outros (Neff, 2003; Pommier, 2010).

2.7.2 As consequências da Compaixão na Literatura e Segundo a Perspetiva dos Enfermeiros de Pediatria

As consequências são os eventos ou incidentes, que ocorrem como resultado da presença do conceito. São muitas vezes utilizadas para determinar ideias

negligenciadas e variáveis que podem produzir ou desenvolver novas ideias de investigação (Walker e Avant, 2005).

Como já foi referido no segundo capítulo, a compaixão está associada a uma variedade de resultados psicológicos positivos como a felicidade, a melhoria das relações sociais (Pommier, 2010) e Fox refere que a enfermeira compassiva transporta uma energia de compaixão (Fox, 1979, cit. por Dunn, 2009). Quando o enfermeiro responde à chamada do doente com entusiasmo e compaixão e intenção de aliviar o sofrimento, ocorre um processo bilateral de troca de energia. Rogers afirma que quando duas pessoas se relacionam há uma integração dos seus campos de energia; cada um se torna no ambiente do outro (Rogers, 1970, cit. por Dunn, 2009). A enfermeira compassiva transporta uma energia de compaixão que a leva a separar-se do seu ego e deixar-se ir, entregar-se ao outro de forma a interiorizar, conhecer, aliviar ou eliminar o seu sofrimento (Fox, 1979, cit. por Dunn, 2009). Nos cuidados compassivos é criada uma energia bilateral e segundo Pembroke, as qualidades necessárias para que esta energia esteja presente na prestação de cuidados são: a humildade, a atenção, a compaixão e a ternura (Pembroke, 2006, cit. por Dunn, 2009).

Excessiva compaixão pode tornar-se autossacrifício e se diminuta pode significar negligência, pelo que se deve “navegar” entre, estar bem perto quando é realmente importante e permanecer em liberdade e na sua perspetiva, de forma a manter a nossa própria opinião (Carse, 2005, cit. por Cingel, 2009). Segundo Johnston, os enfermeiros têm uma tendência para se protegerem do impacto do sofrimento que encontram durante o acompanhamento das pessoas de quem cuidam. Conseguem criar uma “espécie” de imunidade, um distanciamento padrão, que é incongruente com um ambiente que deve ser especialmente humano (Johnston, 2007, cit. por Dunn, 2009). Este conjunto de fatores negativos o autossacrifício, a negligência, o distanciamento e conseqüente desumanização é denominado “fadiga da compaixão”. Da literatura se inferem as duas conseqüências da compaixão: resultados positivos (psicológicos, emocionais e sociais) e a fadiga da compaixão.

Depois de referenciar as conseqüências da compaixão segundo a literatura passamos a apresentar, no quadro seguinte, as conseqüências da compaixão segundo a opinião dos enfermeiros que participaram no estudo.

Categoria: Satisfação dos Intervenientes

Quadro 24: Satisfação dos Intervenientes.

Categoria	Unidades de registo
Satisfação dos Intervenientes	<p>(...) Só com pequenos gestos de compaixão nós podemos dar significado aos nossos dias. (E2)</p> <p>(...) é extremamente satisfatório e eleva-te, quando tens alguém que compreende e que te ajude. (E4)</p> <p>(...) o que me sinto satisfeito por essa necessidade, no fundo, satisfeita. (E8)</p> <p>(...) a pessoa pelo menos ficar satisfeita porque sabe que tem ali um aliado, sabe que tem ali um amigo. (E8)</p> <p>(...) Se algures, no processo de cuidar, a compaixão não estiver presente, o cuidado não vai ser satisfatório, eu acho que não vai ser satisfatório. (E3)</p> <p>(...) E acho que eles são os motores do nosso, desse tal nosso desenvolvimento ao longo dos anos, esta coisa de ter compaixão por eles. (E5)</p>

Os enfermeiros referem que com compaixão os seus dias têm mais significado. A compreensão e a ajuda prestada e a interação com um amigo/aliado vão-se converter em satisfação e gratificação. Acrescentam ainda que se a compaixão não estiver presente os cuidados não vão ser satisfatórios.

Nesta “dança” na relação interpessoal, a enfermeira transporta vitalidade, vivacidade, responsabilidade e paixão e mantém a harmonia da mente, do corpo, do espírito e das emoções. A compaixão é o valor subjacente à presença desta energia de compaixão que deve ser estimulado na prática de enfermagem (Boykin & Schoenhofer, 2001; Dunn, 2008; Johnston, 2007; Mayeroff, 1971; Newman, 1994; Rogers, 1970, cit. por Dunn, 2009). A compaixão pode ser protetora de emoções negativas como a ansiedade, o medo e a raiva (Pommier, 2010) tanto para o doente como para o profissional.

Segundo Dunn com a compaixão é criada uma energia transformadora, tanto para o enfermeiro como para o doente, que os transporta para um alto nível de consciencialização onde a fadiga da compaixão não existe. Esta energia de compaixão é curativa para o doente e família e regeneradora para o enfermeiro. Esta transporta vitalidade, vivacidade, responsabilidade e paixão e mantém a harmonia da mente, do corpo, do espírito e das emoções o que o vai aliviar do

fardo da individualidade. O doente fica satisfeito porque o seu sofrimento é aliviado e o profissional torna-se mais humano (Dunn, 2009).

Categoria: Bom Ambiente de Trabalho

Quadro 25: Bom Ambiente de Trabalho.

Categoria	Unidades de registo (N=3)
Bom Ambiente de Trabalho	(...) Sem compaixão não se consegue trabalhar, torna-se a pessoa muito fria ou torna-se o ambiente muito austero, porque já é pesada a carga. (E1) (...) Acho que devemos contribuir para um bom ambiente e para que não haja situações sem compaixão. (E8) (...) ambiente de trabalho é muito importante, manter esta calma e transmitir esta segurança. (E8)

Os enfermeiros referem que sem compaixão não conseguem trabalhar, tornam-se pessoas muito frias num ambiente muito austero. Consideram que devem contribuir para um ambiente melhor. Acrescentam que a “carga” já é pesada e que transmitindo calma e segurança contribuem para um bom ambiente.

Estamos perante uma série de fatores que criam um bom ambiente, um ambiente humanizado. Na perspetiva de Nightingale, boas enfermeiras são boas pessoas e para Catherine Wood, enfermeira e uma das fundadoras do Sick Children in Great Ormond Street (hospital pediátrico inglês), a bondade de coração ensinar-nos-á a ser *gentis* nos atos e nos modos. Esta gentileza, no ser e no agir, apresenta-se como uma energia positiva transformadora que envolve o ambiente.

2.8 Os Indicadores Empíricos da Compaixão e a Definição do Conceito

A determinação dos indicadores empíricos dos atributos que definem o conceito é o último passo da análise do conceito. Os indicadores empíricos são classes ou categorias do fenómeno, que pela sua existência e presença demonstram que o conceito está presente. Em muitos casos os atributos e indicadores empíricos são idênticos (Walker e Avant, 2005).

Uma vez identificados os indicadores empíricos, estes podem ser extremamente úteis para o investigador, porque estão claramente ligados à base teórica do conceito contribuindo, assim, para o conteúdo e a validação do construto de qualquer novo instrumento (Walker e Avant, 2005).

2.8.1 Os Indicadores Empíricos da Compaixão na Literatura e nos Cuidados à Criança e sua Família dos Enfermeiros de Pediatria

De acordo com a metodologia utilizada, os indicadores empíricos são características observáveis que indicam a presença de compaixão sendo, essas características, ilustrações dos atributos (Walker e Avant, 2005).

A etapa final da análise do conceito é determinar as referências empíricas para os atributos definidores. Walker e Avant (2005) referem que quando a definição do conceito chega a esta fase surge a pergunta: “se formos medir o conceito ou verificar a sua existência na nossa realidade profissional como o faríamos”? Afirmam que as referências empíricas são categorias que, pela sua presença, demonstram a existência do conceito e que, uma vez identificadas, são úteis para o desenvolvimento de instrumentos de avaliação de cada um dos atributos ou mesmo do próprio construto.

Não há, em enfermagem, instrumentos desenvolvidos que permitam avaliar a compaixão em enfermagem de pediatria e, como referimos ao longo deste estudo, à medida que fomos investigando, uma consciência crescente foi surgindo relativamente à necessidade de desenvolver outros trabalhos que nos permitam análise científica do conceito de compaixão, nomeadamente da sua definição nas diferentes especialidades, estratégias de avaliação adequadas e impacto nos cuidados prestados, quer na perspetiva do cuidador quer do doente e respetiva família e das unidades de saúde.

Definido o conceito e contextualizado nas várias especialidades, torna-se imperioso desenvolver um recurso adequado, um ou vários instrumentos de mensuração de cada um dos seus componentes. Assim, fará sentido uma reflexão aprofundada sobre qual a estratégia metodológica mais adequada para a medição de um conceito com este tipo de características.

2.8.2 *A Definição da Compaixão nos Cuidados de Enfermagem à Criança e sua Família*

Há aspetos necessários para que a compaixão se manifeste, que a antecedem, que são complementares e importantes para a operacionalização do conceito. Referenciando a literatura, o conhecer e reconhecer o sofrimento, ou seja, a consciencialização do sofrimento e o desejo de o aliviar são os antecedentes do conceito. A compaixão envolve estar aberto ao sofrimento dos outros, o desejo de os ajudar a diminuir o sofrimento (Castilho e Gouveia, 2011); para Neff e Pommier, para haver compaixão é necessário abrir a consciência à dor dos outros e não a evitar ou desligar-se dela (Neff, 2003; Pommier, 2010); para Nussbaum, a compaixão implica reconhecer o sofrimento do outro (Nussbaum, 1996, cit. por Straughair, 2012).

Também os enfermeiros deste estudo associam compaixão a sofrimento, a ter capacidade de avaliar o sofrimento do outro, da criança. Compreender porque chora, o seu sentimento e respetivo sofrimento. Afirmam que ter compaixão por alguém é e ser capaz de avaliar aquilo que faz ou causa sofrimento ao outro e fazer algo para o aliviar, e complementam esta opinião referindo que não podemos ter compaixão por alguém que está muito feliz. Acrescentam que a compaixão surge quando se é marcado pelo sofrimento de alguém, da criança, do jovem ou da mãe, em sofrimento prolongado ou intenso, que chora exteriorizando o seu sofrimento. Compreender esse sofrimento e fazer com que a criança ou a mãe percebam que se entendeu o seu sofrimento, é essencial para a compaixão.

O segundo indicador diz respeito aos atributos definidores do conceito, que são evidenciados pelos enfermeiros, surgindo enquanto categorias e subcategorias do estudo. Os enfermeiros pensam que a compaixão é um sentimento que consideram de extrema importância e que surge quando algo não está bem com a criança e com a família. De fato, etimologicamente ser “compassivo” é apresentado como (...) o que lamenta o sofrimento alheio, que se compadece; que sente compaixão (Dicionário da Língua Portuguesa, 2001). Desta forma, parece ficar claro que estamos na presença de um sentimento.

Acrescentam os participantes no estudo que a compaixão “faz parte de ser bom enfermeiro”. Trata-se de uma característica que inclui a competência técnica, o dever ético e a garante a qualidade dos cuidados. Nos seus discursos referem que sem compaixão não somos enfermeiros, mas sim, pessoas treinadas a

executar atos técnicos, que podem ser de extrema dificuldade, e que trabalhando a tarefa, muitas vezes de forma obstinada, podemos centrar-nos apenas nas habilidades técnicas. Chambers & Ryder referem que “embora a competência seja claramente fundamental na área da saúde não acreditam que o cuidado seja verdadeiramente competente, se não for realizado com compaixão” (Chambers & Ryder, 2012, p.7). Os enfermeiros consideram a compaixão um dever ético implícito ao cuidar que vai para além da vontade. Segundo a literatura, “nas profissões de saúde, a compaixão é considerada um princípio ético de valor significativo nas profissões de saúde, uma proteção dos direitos dos doentes e uma importante qualidade procurada pelos doentes naqueles que lhes prestam cuidados” (Pommier, 2010, p.14). A presença de um valor orienta e justifica os comportamentos e permite constituir normas ou critérios que interferem na nossa atividade (Ferreira e Dias, 2005). A compaixão, uma componente essencial dos cuidados de enfermagem, configura-se como um valor, a decisão de agir fazendo o bem. Ainda como fazendo parte de “ser bom enfermeiro”, a compaixão é referida pelos enfermeiros como sendo o dar o seu melhor para garantir a segurança dos doentes e consideram-na como uma exigência da qualidade.

A benevolência é outra das características referenciadas na compaixão, tanto na literatura como na opinião dos profissionais. Segundo os participantes a benevolência é gostar do outro, tal como ele é, querer fazer tudo pelo outro, para lhe agradar para o satisfazer. Em resposta à necessidade da pessoa, querer dar e dar o que se é e o que se tem de melhor, para que tudo corra bem. Pensar, estar e fazer-lhes o bem. Um estudo de pesquisa dos pioneiros da enfermagem a compaixão surge, não só como sendo a essência de enfermagem mas, também, como uma qualidade inerente à enfermagem.

Afirmam os participantes no estudo que a compaixão é “fazer algo pelo outro” e referem ações como o aliviar, ajudar e apoiar, para diminuir ou mesmo fazer desaparecer o sofrimento. Em relação ao alívio do sofrimento, os enfermeiros referem que o fazem com ações concretas de alívio dirigidas ao doente e à sua família. Falam de ajudar dizendo que não adianta falar, o que é preciso é agir e com respostas céleres. Pensam que se trata de compreender que o doente está a sofrer, não cruzar os braços e fazer alguma coisa ou tudo o que é preciso para o ajudar. Incluem ainda nas suas ações aspetos como o apoio incondicional à criança e sua família.

Trata-se de uma ação de enfermagem realizada para além da competência, do saber fazer e num serviço de pediatria há um modelo específico de cuidados e

a enfermagem atua com conhecimentos específicos e intervenções definidas dirigidas a dois focos de atenção que são: a criança doente e a sua família em situações de sofrimento (Perry, 2009). Roach, na sua definição de compaixão refere-se ao engendrar de uma resposta de participação na experiência do outro. A psicologia concetualiza a compaixão de forma ampla, como uma combinação de motivos, emoções, pensamentos e comportamentos que nos (...) levam a atuar tendo em vista o seu alívio (Gilbert, 2009). Acrescentam outros autores que ela envolve estar aberto ao sofrimento dos outros e o desejo de os ajudar (Castilho e Gouveia, 2011).

Outro atributo referido é o “estar com o outro” que aparece constituído pelas subcategorias: presença, comunicação e relação. A Enfermagem, como ciência humana, corresponde às regras que orientam o processo do cuidar mas estas não possuem significado se não forem aplicadas a situações vividas, numa interação autêntica entre o ser que cuida e o ser que é cuidado. Além da tecnologia, dos procedimentos e das rotinas, está alicerçada na relação, na interação, no dialógico, no encontro (Schaurich [et al.], 2005). Muitos enfermeiros cedo perceberam o poder da relação que estabeleciam com os pacientes (...) e, não foi por acaso, que a primeira “escola de pensamento” em enfermagem se centrou na relação entre o enfermeiro e o paciente, iniciada em por Hildegarde Peplau com a publicação do seu livro abordando o relacionamento interpessoal em enfermagem (Peplau, 1952, cit. por Vieira, 2008, p. 77-78). A relação ajuda a identificar, de forma precisa, o momento em que é necessária a compaixão (Blum, 1980, cit. por Cingel, 2009). Assim, estamos perante outro atributo que foi afirmado pelos profissionais. Os enfermeiros, ao definirem compaixão, falam da presença como algo com importância, como um ato de vontade, um querer estar presente, em contato e a acompanhar a criança e a sua família e consideram esta presença mais importante ou prioritária a algumas intervenções técnicas. Consideram a comunicação muito importante pois permite identificar necessidades, transmitir carinho com gestos de ternura. Acrescentam, que qualquer um aprecia uma palavra de conforto e gosta de ser ouvido. Consideram que a compaixão nos cuidados é o estabelecer de uma relação e diálogo diários, representada com atos e atitudes que demonstram interesse. Referem que é o interiorizar da criança e o interagir com ela, transmitindo calma e estabelecendo uma ligação muito forte que permite chorar e pedir ajuda. Trabalhar em diálogo e perguntar a opinião para resolverem, em conjunto, questões ou dificuldades.

A empatia aparece como um atributo de extrema importância, estando descrita pelos enfermeiros como sendo um importante recurso que lhes vai

permitir a aproximação da pessoa em sofrimento. Referem que lhes permite tratar os outros de forma mais humana. Acrescentam, ainda, que não têm compaixão se não têm uma relação empática com a mãe, nem se dão ao trabalho de se por no seu papel. Cada um vai descrevendo o que para si é a empatia: é o colocar-se no lugar do outro (da criança e da família), compreender a situação, conhecer as necessidades que apresentam e sentir esse sofrimento como se fosse seu. Acrescentam que é compreender sob o ponto de vista emocional e cognitivo o outro. Atualmente entendida pelas ciências humanas, como a capacidade de se colocar no lugar do outro, a capacidade de descobrir o que é essencial e a de pensar sobre os outros, da mesma forma que pensamos sobre nós mesmo, a empatia vem sendo considerada uma das aptidões mais amplamente valorizadas para a prática da compaixão (Armstrong, 2011).

Parece-me importante não deixar de referir que Goleman (2011), quando apresenta o conceito de inteligência social refere que um dos seus dois componentes é a consciência social. Na sua descrição da consciência social refere que é um leque de capacidades que vai desde o reconhecimento instantâneo do estado de espírito interior de outra pessoa até ao compreender os seus sentimentos e pensamentos, passando pelo descobrir de complicadas situações sociais. Neste espectro de capacidades inclui a empatia que define como o sentir em consonância com os outros, o captar de sinais emocionais e não-verbais e refere a “acuidade empática” que define como o compreender os pensamentos, sentimentos e intenções de outra pessoa (Goleman, 2011). Na perspetiva da inteligência emocional ter esperança significa que a pessoa não é dominada pela ansiedade, nem por uma atitude derrotista ou depressão face a uma situação difícil ou um contratempo (Snyder, 1991, cit. por Goleman, 1995) e aparece, também, como definidora da compaixão, segundo as opiniões recolhidas. Transmitir esperança é um indicador empírico da compaixão apresentado como o fazer acreditar, às crianças e aos familiares, que vão “vencer aquela batalha” se não perderem a perspetiva positiva, ensinando-os a estarem centradas no dia melhor que há de vir e descrevem a esperança como uma “luz ao fundo do túnel”. Segundo as linhas orientadoras de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos enfermeiros, a esperança “sempre que se identifique o diagnóstico “esperança não demonstrada”, o enfermeiro tem o dever de implementar intervenções promotoras de esperança” (Ordem do Enfermeiros, 2011, p.11 e p.13).

O respeito aparece como outro atributo da compaixão. Os enfermeiros falam-nos de um respeito pelo ser, pelo seu tempo, pelo seu silêncio, pelo espaço

que o rodeia e pela informação sigilosa que recebem deste ser em sofrimento. Armstrong (2011) fala da importância do respeito por todos, de forma a conseguir uma relação “produtiva” (Armstrong,2011). Se a nossa percepção dos outros estiver comprometida por preconceitos, opiniões, necessidades e desejos, nunca seremos capazes de respeitar verdadeiramente os outros. O respeito é um dos componentes da compaixão, é valorizar o outro, é compreensão. Conseguir pôr de lado o nosso “eu” e os nossos impulsos (Armstrong, 2011).

Não fazer juízos de valor é, também, um dos aspetos fundamentais da compaixão referidos pelos enfermeiros. Explicam que o sofrimento da criança não pode ser avaliado como inferior ou superior ao de qualquer outro e salientam a importância de não se fazerem juízos de valor sobre a mãe, não criticar, não julgar. Na relação, segundo Teuber, um risco significativo é o de ler os sinais de forma errada, pelo que, sentir compaixão significa “ler” o outro sem impor a interpretação do cuidador (Teuber,1982, cit. por Cingel, 2009). Trata-se de estabelecer uma interação social em que “damos lugar ao outro” sem fazer juízos precipitados, sem impor as nossas próprias experiências e convicções, o não dissertar confiadamente sobre as razões, intenções e desejos alheios (Armstrong, 2011).

Por último aparece o terceiro ponto referente à compaixão que diz respeito às consequências da compaixão, aspeto que é complementar e importante para a operacionalização do conceito: a satisfação dos intervenientes e o bom ambiente de trabalho.

Os enfermeiros referem que a compaixão dá mais significado os seus dias. A compreensão e a ajuda prestada e a interação com um amigo/aliado vão-se converter em satisfação e gratificação e acrescentam que se a compaixão não estiver presente os cuidados não vão satisfazer. A evidência mostra-nos que a compaixão transporta vitalidade, vivacidade, responsabilidade e paixão e mantém a harmonia da mente, do corpo, do espírito e das emoções, o que os vai aliviar. O doente fica satisfeito porque o seu sofrimento é aliviado e o profissional torna-se mais humano (Dunn, 2009). Estamos perante uma das consequências da compaixão que é a satisfação dos intervenientes. Por outro lado, estes enfermeiros acrescentam que sem compaixão não conseguem trabalhar, que se tornam pessoas muito frias. Consideram que devem contribuir para um ambiente melhor, menos austero, sem faltas de compaixão uma vez que a “carga” já é pesada e a calma e segurança vão contribuir para um bom ambiente.

Da análise e discussão dos resultados obtidos, para o grupo estudado, o conceito de compaixão está alicerçado nos aspetos que apresento, sumariamente. É antecedida pelo reconhecimento do sofrimento, por algo intrínseco ao “ser” de cada um, que o faz estar atento ao outro. É um sentimento, faz parte de “ser bom enfermeiro”, devendo acompanhar a técnica, aparecendo como um dever ético e de identificação da qualidade dos cuidados que se prestam. É benevolência, que nos impele a fazer algo pela criança/família de forma a aliviar, a ajudar, a dar apoio, no sofrimento. É “estar com o outro”, em presença, com comunicação, estabelecendo uma relação. Com empatia, com transmissão de esperança, de respeito e sem juízos de valor. Falamos de um conjunto de componentes que, quando estão presentes, têm como consequências a satisfação de todos os intervenientes e um bom ambiente de trabalho.

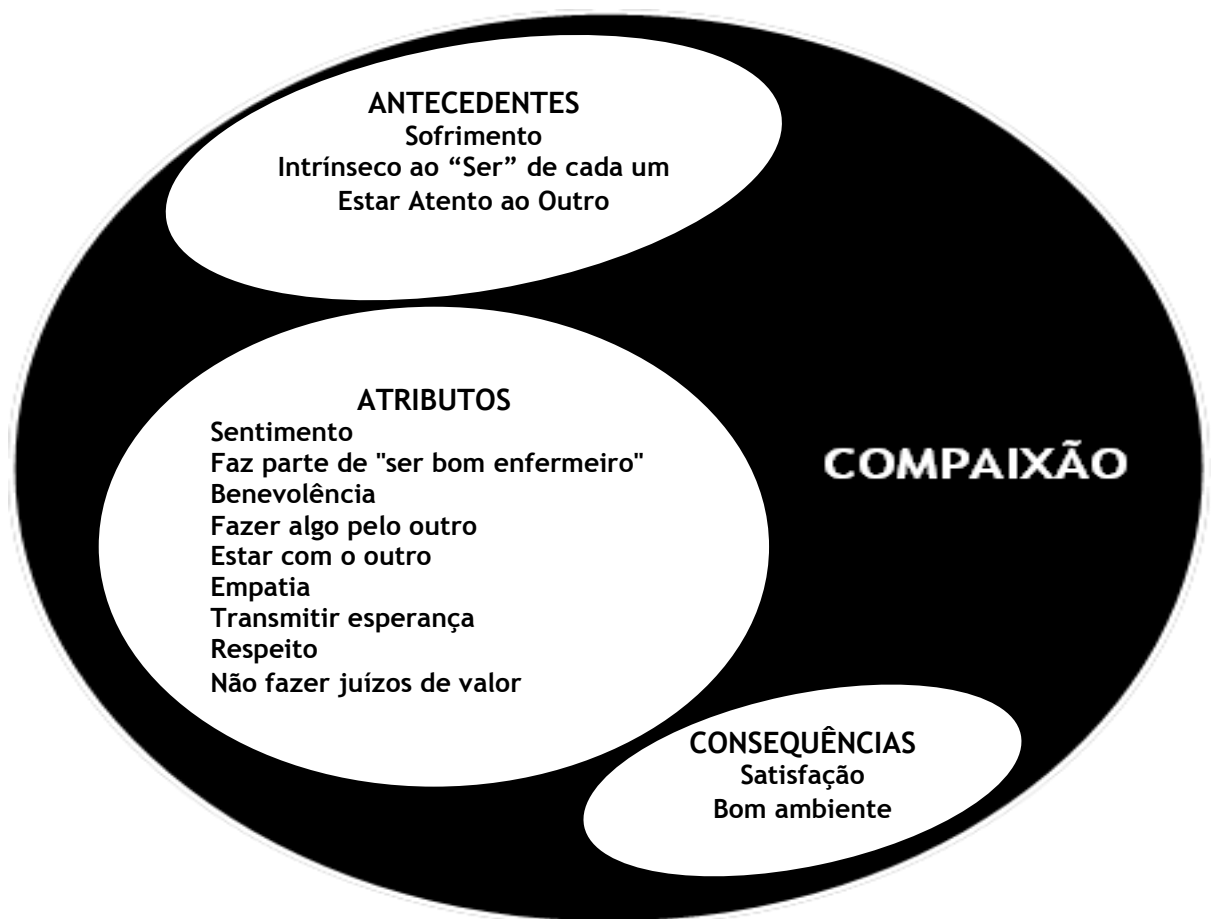


FIGURA 2: A Compaixão e Respetivos Constituintes.

2.9 O Lugar da Compaixão no Exercício Profissional do Enfermeiro de Pediatria

Apresento neste subcapítulo, alguns aspetos relacionados com o conceito que importa salientar, resultantes dos conteúdos das entrevistas realizadas. Não são antecedentes, atributos nem consequências da compaixão, mas sim perspectivas dos enfermeiros entrevistados, opiniões que eles têm sobre a compaixão no seu exercício profissional que, de certo modo, evidenciam a importância que lhe atribuem.

Estas opiniões estão representadas por quatro categorias, que são respetivamente: a compaixão é difícil de definir, é diferente de outros conceitos, a compaixão tem limites e pode ser desenvolvida.

Categoria: Difícil de Definir

Da análise do discurso das participantes emergiu a categoria “É difícil de definir” e, nesta categoria, incluem-se os relatos dos enfermeiros que não conseguiram definir com exatidão a compaixão. As unidades de registo relativas a esta categoria são apresentadas no quadro seguinte.

Quadro 26: Difícil de Definir.

Categoria	Unidades de registo
Difícil de Definir	(...) é difícil de se dizer o que é. (E1) (...) para mim a compaixão é um tema subjetivo. (E5) (...) não sei dizer assim: compaixão é taratatata. (E1) Uma pessoa confunde o que é realmente compaixão (...). (E1) Mistura conceitos (...). (E3) (...) Sei lá. (E7) (...) mais do que paixão, não sei se a compaixão é um sentimento ou uma ação ou (...) (E4) (...) se são as duas coisas, ou se é a compreensão com ação, não sei. (E4) (...) é com carinho mas não é compaixão o que sentimos, sentimos mas não sentimos, é um bocado controverso. (E9)

Consideram que a definição de compaixão é subjetiva, sendo difícil de se dizer o que é de forma exata. Julgam ser um sentimento que vai para além da paixão, uma mistura de conceitos e de sentimentos. Surge como uma interrogação, como uma forma de agir, uma ação acompanhada de carinho e de compreensão.

Referem ser um conceito que tem outros conceitos integrados.

Categoria: Diferente de outros Conceitos

A opinião baseada na diferença emergiu com oito unidades de registo. No quadro seguinte enumeram-se as unidades de registo que integram esta categoria.

Quadro 27: Diferente de outros Conceitos.

Categoria	Unidades de registo
Diferente de outros Conceitos	(...) sem ser o sentimento de pena, nem daquela empatia. (E7) Acho que compaixão não é propriamente empatia nem é ter pena (...).(E7) (...) não é uma relação de empatia só, mas há um grupo de coisas que vai muito para além da empatia. (E8) (...) se não ajudar não é ter compaixão é ter pena. (E5) (...) felicidade e compaixão, que são duas coisas extremamente diferentes. (E4) (...) há uma mistura entre a empatia e simpatia. (E3) Lembro-me de no curso de base me ensinarem a empatia a empatia, assertividade ... e a compaixão não anda propriamente por essas bandas. (E3) (...) e relacionando precisamente, um bocadinho com a empatia, é tão parecido e tão diferente quanto isso. (E3) (...) eu posso não simpatizar contigo mas ter compaixão por ti. (E4)

Se na categoria anterior referiam tratar-se de um sentimento parecido com alguns outros, com estes testemunhos explicam que é um sentimento diferente e que é facilmente confundido com outros conceitos como a simpatia, a empatia, o cuidar ou a pena. Ou seja, não é ter pena, não é só empatia ou uma relação empática, mas combina empatia e simpatia, e é um grupo de “coisas” que vai muito para além da empatia. A compaixão não se sustenta numa relação

empática, mas vai para além dela. Identificam o que é a empatia e a assertividade, mas consideram que a compaixão é distinta, assim como o é, da simpatia.

Uma vez que muitas vezes se confunde empatia com compaixão importa referir as diferenças. Para Schantz (2007) a compaixão é muitas vezes confundida com a empatia, que se refere apenas à compreensão das emoções, ideias e opiniões dos outros; com a simpatia que é apenas uma afinidade com os sentimentos e as emoções dos outros. O que distingue a compaixão é o fato de ser uma profunda simpatia com a tristeza, o sofrimento e os problemas dos outros, de os conhecer e compreender, mas também de agir no sentido de os resolver (Shantz,2007).

Categoria: Pode Desenvolver-se

Uma outra categoria que surge das opiniões recolhidas é a de que a compaixão “pode desenvolver-se” como está representado nas unidades de registo do quadro 28.

Quadro 28: Pode Desenvolver-se.

Categoria	Unidades de registo
Pode Desenvolver-se	(...) acho que isso também se aprende. (E8) (...) podemos trabalhá-la, pois acho que há quem pense que nós podemos trabalhar isto da compaixão. (E5) (...) acho que em termos de formação acho que devia estar incluído também, em termos de curso de enfermagem, nos doutoramentos, mestrados. (E8) (...) E acho que é quando nós, enfermeiros, pelo menos na situação que eu estou a trabalhar, temos o desenvolvimento desta, desta necessidade de ter compaixão. (E5)

Consideram que se pode aprender a ter compaixão, que deveria ser um tema incluído na formação, tanto no curso de base como nos mestrados e doutoramentos e, por último, referem que, mesmo depois de já exercer atividade profissional, se deveria desenvolver esta capacidade de forma contínua.

Segundo Straughair (2012) o papel a desempenhar pelos enfermeiros será cada vez mais exigente e especializado o que exigirá dos profissionais muita determinação e competências humanas. Os enfermeiros nos hospitais devem ser

adequadamente apoiados pelo ambiente clínico, de forma a facilitar comportamentos de compaixão. A liderança clínica, nos seus diferentes níveis, deve manter as promessas políticas e profissionais para alcançar esse patamar de cuidados compassivos (Straughair, 2012). A compaixão pode desenvolver-se e Armstrong no seu livro “Doze passos para uma vida de compaixão” refere que a prática da compaixão é um programa de desenvolvimento pessoal, num caminho de aperfeiçoamento para toda a vida e acrescenta que, se perseverarmos, podemos tornar-nos uma força para o bem no mundo.

Categoria: Limites

Para estes profissionais, surge a opinião, em relação aos limites de compaixão. Esta opinião é apresentada no próximo quadro.

Quadro 29: Limites.

Categoria	Unidades de registo
Limites	<p>(...) Tens que saber, onde começa o teu trabalho e onde é que termina o teu trabalho, tens que saber ali, aquela limitação, senão também já estás a entrar muito dentro e também não é bom. (E1)</p> <p>(...) uma situação grave, em que tu te vais intrometer, em que tu vais dar de ti muito, não é, e depois também estás a dar demais. (E1)</p> <p>(...) ai meu Deus será que estou a dar muito de mim? Será que estou a dar mais ali do que ali? (E1)</p> <p>(..) aquele nível de empatia que tu querias mas, que nós aprendemos na escolinha, que há que saber distanciar...impossível ... impossível. (E4)</p>

Afirma que se tem que saber bem quais são os limites entre a compaixão e o trabalho. A compaixão é “intrometer-se” numa situação grave e exigente, com generosidade, dando muito mas sem ser em demasia e que pode suscitar a dúvida: “Ai meu Deus será que estou a dar muito de mim?” Acrescentando que o distanciamento aprendido durante o curso por vezes é impossível

Segundo Johnston (2007) citado por Dunn (2009) os enfermeiros têm uma tendência para se protegerem do impacto do sofrimento que encontram durante o

acompanhamento das pessoas de quem cuidam. Conseguem criar uma “espécie” de imunidade, um distanciamento padrão, que é incongruente com um ambiente que deve ser especialmente humano. Para que tal não aconteça, a capacidade de ter compaixão necessita de ser fortalecida, de forma a garantir que os enfermeiros estarão integralmente presentes, em situações de sofrimento, junto dos doentes e das suas famílias. Por outro lado, além deste equilíbrio entre os limites na intensidade de compaixão, sugerem também que pode haver momentos em que se questionam sobre “será que estou a dar mais ali do que ali?” Uma dúvida em relação ao limite deste fenómeno na prática dos cuidados, é descrita como sendo um sentimento parecido com o de uma mãe de vários filhos, que distribui o seu amor de forma igual por todos sem favorecer mais a uns do que a outros. A equidade, que consiste em dar o mesmo a todos, será a forma de prevenir que tal aconteça (Johnston, 2007, cit. por Dunn, 2009).

Esta identificação com o outro, se for excessiva, pode não levar à compaixão (Roeser & Willemsen, 2002, cit. por Cingel, 2009) e é incongruente com a empatia ou a compaixão (Duyndam, 1997 & Richmond, 2004, cit. por Cingel, 2009) e pode dar origem à fadiga de compaixão.

A fadiga de compaixão é definida por Figley (1995), como um estado de exaustão e disfunção biológica, psicológica e social, resultante da exposição prolongada ao *stress* traumático secundário e a tudo o que ele evoca. Para o autor, a fadiga por compaixão será inevitável se, adicionalmente, o profissional experimentar excessivas perturbações na sua vida, resultantes de doença, alterações no seu estilo de vida, estatuto social ou nas suas responsabilidades pessoais e profissionais. Para que tal não aconteça, é necessário estabelecer um limite na compaixão (Figley, 1995).

CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

Ao longo do nosso estudo, começamos por apresentar o percurso de teorização sobre o conceito de compaixão, qual o seu lugar nos cuidados de enfermagem à criança e sua família, utilizando um caminho da abordagem indutiva, com recurso ao método de Walker e Avant (2005). Do ponto de vista empírico, recorreremos a um grupo constituído por nove enfermeiros a exercerem atividade profissional em contexto pediátrico, que foram entrevistados. Estas entrevistas foram objeto de exploração e análise sistemática do respetivo conteúdo.

O estudo permitiu conhecer: a perceção dos enfermeiros sobre a compaixão, os atributos, os antecedentes e consequências da mesma; a opinião dos enfermeiros sobre o lugar da compaixão no exercício profissional do enfermeiro de pediatria.

A identificação de antecedentes e consequências do conceito, como o próprio nome diz, é o levantamento de incidentes ou eventos que acontecem a priori e posteriori ao fenómeno, respetivamente (Walker e Avant, 2005). Neste estudo, os enfermeiros associaram compaixão a sofrimento. Ter capacidade para conhecer e reconhecer, de avaliar o sofrimento do outro, da criança e da sua família. Compreender e ser capaz de avaliar o que faz ou causa sofrimento ao outro e fazer algo para o aliviar. Acrescentam que a compaixão surge quando se é marcado pelo sofrimento prolongado ou intenso de alguém, da criança, do jovem ou da mãe. Compreender esse sofrimento é essencial para que surja a compaixão. Acrescentam ainda como antecedente, ser intrínseco ao “ser” de cada um e são da opinião de que a compaixão é uma forma de estar, que os enfermeiros têm, que nasce com eles. Que há seres que já nascem com uma sensibilidade diferente, que faz parte do seu “ser” em si, e que varia de pessoa para pessoa. Que há um

perfil diferente, com aptidões, com princípios recebidos do “berço”, com um desenvolvimento pessoal diferente. Revelam-se como pessoas diferentes pelas atitudes e pela maneira de ser, pois conseguem “fazer tratamento” só com a sua postura, com o que transmitem e o que não transmitem. Referem ainda que os doentes são os “motores” do desenvolvimento deste carácter e que é uma característica que não nasce com todos mas que, quando está presente, aumenta com a maturidade. Afirmam que há pessoas que, por mais que lhes expliquemos, nunca conseguirão ter compaixão.

Falam da necessidade de estar atento ao outro que explicam como uma atenção aos pais e às crianças, um conhecer os seus gostos, características do ambiente socio cultural em que vivem. O ser capaz de reconhecer com a observação atenta “é olhar para o outro e dizer assim, tu não estás bem”. Estamos perante um conjunto de atitudes e comportamentos conhecida como “Mindfulness” traduzida por muitos como consciência plena ou consciencialização, sem a qual não será possível viver a compaixão. Por um lado um despojar-se de si e dos seus pensamentos para prestar uma especial atenção a tudo o que o rodeia e, por outro lado, é dirigir todos os seus sentidos aos seres de quem cuida. Não tem algemas materiais nem emocionais mas tem uma consciência plena de si, do outro e da situação que requer a sua atenção. Importa que cada um dos enfermeiros saiba estar no presente, viver o agora com a consciência plena e a atenção interior centrada no que está a fazer e no ser de quem tem que cuidar.

Os atributos ou características definidoras vão caracterizar o conceito e distingui-lo de outros semelhantes. Walker e Avant (2005) afirmam que a determinação dos atributos definidores constitui o “coração” da análise do conceito e que, à medida que o pesquisador examina as diferentes situações em que o conceito é utilizado, deve registar as características que aparecem com mais frequência.

Apresentamos as características que, segundo enfermeiros participantes, devem estar presentes na compaixão. Pensam que é um sentimento muito intenso, uma mistura de vários sentimentos, que deixa marcas, que é importante que o sintam e que surge quando algo não está bem com a criança/família.

Consideram que a compaixão faz parte de “ser bom enfermeiro” evidenciando as áreas que parecem “compor” esse ser bom enfermeiro. Deve acompanhar a técnica, é um dever ético e é essencial para a qualidade dos cuidados. Referem que sem compaixão não serão enfermeiros, mas sim, pessoas treinadas a executar atos técnicos, que podem ser de extrema dificuldade,

reforçando a importância que têm os nossos atos de enfermagem para além dos aspetos técnicos. Segundo eles, a compaixão é um dever ético, não é boa vontade é mesmo um dever, implícito ao cuidar e que se traduz em fazer algo pelo outro que está em sofrimento. A presença da compaixão no trabalho dos enfermeiros, é considerada como uma exigência de qualidade e consiste em dar o seu melhor para garantir segurança nos cuidados de enfermagem.

A benevolência aparece também referenciada como uma característica da compaixão. É gostar do outro, como outro, amá-lo ao lado dele, gostar de e querer fazer tudo pelo outro, para lhe agradar para o satisfazer. Em resposta à necessidade da pessoa, querer dar e dar o que se é e o que se tem de melhor, para que tudo corra bem. Pensar, interiorizar e agir para fazer-lhes o Bem.

Ter compaixão é igualmente “fazer algo pelo outro”. Esta característica representa a ação de enfermagem não só como um ato técnico, mas sim, como uma resposta ao sofrimento de forma a aliviar, apoiar e ajudar. Trata-se de uma ação de enfermagem realizada para além da competência, do saber fazer. Quando referem aliviar o sofrimento, os enfermeiros dirigem a sua ação de forma definida ao doente e à sua família, para minimizar o sofrimento. Trata-se de uma atitude ativa, com ações concretas de alívio. Na subcategoria ajudar torna-se claro que perante o sofrimento não adianta falar, o que é preciso é agir e com respostas céleres. Pensam que se trata de compreender que o doente está a sofrer, não cruzar os braços e fazer alguma coisa ou tudo o que é preciso para o ajudar. Apoiar é outra das características que os enfermeiros consideram como sendo muito importante na prática da compaixão. O apoiar suporta a ação de cuidar e descrevem esta ação como apoio incondicional à criança e sua família, com tolerância e esperando o tempo que for necessário para que haja confiança entre todos de forma a facilitar a atuação.

O “estar com o outro” apresenta um conteúdo diversificado, incluindo três aspetos referidos como importantes para a prática da compaixão e que são a presença, a comunicação e a relação. A presença é aqui entendida como genuína disponibilidade para o outro e pode contemplar as dimensões físicas e afetivo-emocional num determinado contexto temporal e espacial. Significa o querer estar presente, o querer estar em contato e acompanhar a criança e a sua família. Os profissionais consideram esta presença mais importante ou prioritária a algumas intervenções técnicas. Os enfermeiros transmitem a opinião de que consideram que a conduta no sentido da comunicação é muito importante pois permite identificar necessidades, transmitir carinho até com gestos de ternura e

acrescentam, que qualquer um aprecia uma palavra de conforto e gosta de ser ouvido. É referido que a compaixão é uma relação entre duas pessoas, entre o enfermeiro e o doente, uma relação diária. É um tipo de relação verbal ou não verbal, num diálogo diário com atos e atitudes que demonstram interesse. Gostar de falar com a pessoa e falar da pessoa, interiorizar a criança e interagir com ela, transmitir calma e estabelecer uma ligação muito forte que permite, a quem sofre, chorar e pedir ajuda. É um trabalhar em diálogo, perguntando a opinião para, em conjunto, resolver os assuntos.

A empatia está descrita pelos enfermeiros como sendo o recurso que lhes vai permitir a aproximação da pessoa em sofrimento. Permite tratar os outros de forma mais humana. Referem que não têm compaixão se não têm uma relação empática com a mãe, nem se dão ao trabalho de se pôr no seu papel. Cada um dos participantes vai referindo que se coloca no lugar do outro (da criança e da família), compreende a situação, conhece as necessidades que apresentam e sente esse sofrimento como se fosse seu. Pelo fato de saber que hoje é o outro e amanhã pode ser ele mesmo naquele lugar, faz pelo outro o que gostaria que lhe fizessem. Acrescentam que é compreender sob o ponto de vista emocional e cognitivo o outro.

A característica transmitir esperança, é apresentada pelos enfermeiros como a evidente necessidade de fazer acreditar, às crianças e aos familiares, que vão “vencer aquela batalha” se não perderem a perspetiva positiva, ensinando-os a estarem centradas no dia melhor que há-de vir. Fazê-los acreditar que quando saem do serviço, devem ter confiança e uma perspetiva positiva da etapa que vem a seguir. Referem-se à esperança como uma “luz ao fundo do túnel”.

Os enfermeiros falam-nos de um respeito pelo ser, pelo seu tempo, pelo seu silêncio, pelo espaço que o rodeia e pela informação sigilosa que recebem deste ser em sofrimento.

O “não fazer juízos de valor” é descrito como a compreensão pelo sofrimento do outro, não o criticar de forma negativa, não fazer juízo de valor do sofrimento da criança. Acrescentam que não podemos estar com o outro, família e criança, se não compreendermos as suas necessidades, pois poderemos julgar e fazer juízos de valor, de acordo com as nossas próprias necessidades.

As consequências referidas pelos enfermeiros são a satisfação dos intervenientes e o bom ambiente de trabalho. São definidas como os eventos ou incidentes, que ocorrem como resultado da presença do conceito. São muitas vezes utilizadas para determinar ideias negligenciadas e variáveis que podem

produzir ou desenvolver novas ideias de investigação (Walker e Avant, 2005). Quando trabalham com compaixão os seus dias têm mais significado e a compreensão e a ajuda que prestam e a interação com um amigo/aliado, convertem-se em satisfação e gratificação e confirmam esta ideia acrescentando que se a compaixão não estiver presente os cuidados não vão ser satisfatórios. Outro resultado da presença da compaixão referida pelos enfermeiros é o bom ambiente de trabalho. Sem compaixão não conseguem trabalhar, tornam-se pessoas frias num ambiente austero. Acrescentam que a “carga” já é pesada e que devem contribuir para um ambiente melhor sem faltas de compaixão.

Após a síntese das principais evidências relativas à análise do conceito de acordo com Walker e Avant, colocamos em perspetiva as opiniões que emergiram sobre o lugar da compaixão nos cuidados de enfermagem à criança/família.

Da análise do discurso das participantes emergiu a categoria “É difícil de definir” e, nesta categoria, incluem-se os relatos dos enfermeiros que sentiram dificuldade em definir com exatidão a compaixão. Consideram que a compaixão é algo de subjetivo é difícil de definir o que é de forma exata. Julgam ser um sentimento que vai para além da paixão e pensam que poderá ser uma mistura de conceitos e de sentimentos. Surge como uma interrogação, como uma forma de agir, uma ação acompanhada de carinho e de compreensão. Referem ser um conceito que tem outros conceitos integrados. Se na categoria anterior, referiam tratar-se de um sentimento parecido com alguns outros, com estes testemunhos explicam que é um sentimento diferente da pena e da felicidade e da empatia e que é facilmente confundido com outros conceitos como a simpatia, a empatia, o cuidar ou a pena. Acrescentam que a compaixão não se sustenta numa relação empática, mas que, vai para além dela.

Ao longo deste estudo empírico, uma consciência crescente foi surgindo relativamente à inexistência de uma análise do conceito de compaixão, nomeadamente da sua definição, estratégias de avaliação adequadas e impacto nos cuidados prestados, quer na perspetiva do cuidador quer do doente e respetiva família e das unidades de saúde. Nesta lógica, será pertinente, dar continuidade ao estudo do conceito de compaixão noutras especialidades até obter os seus constituintes de base.

Outra opinião que surge relaciona-se com a conceção da compaixão como algo que pode desenvolver-se. Segundo os participantes, aprender a ter compaixão deveria ser um tema incluído na formação, tanto no curso de base como nos mestrados e doutoramentos e, por último, referem que, mesmo depois

de já exercer atividade profissional, se deveria desenvolver esta capacidade de forma contínua.

A compaixão, tal como qualquer competência, contempla distintas capacidades e o seu conhecimento e desenvolvimento a nível profissional, institucional e, se possível, governamental, pode torna-la um valor nuclear e a sua prática poderá dar excelência às relações. Seria importante a sua implementação porque garante o desenvolvimento pessoal, com treino de competências ao nível das inteligências intrapessoal, interpessoal e social. Um programa de aprendizagem de compaixão traduzir-se-á em melhoria nas relações com os doentes e as suas famílias, entre os profissionais de um mesmo grupo e entre equipas multidisciplinares. Não se pode deixar de enfatizar que a compaixão pode permitir que a enfermagem assuma papéis importantes quer na prevenção quer na resolução de problemas, que preocupam a comunidade global. Será de acrescentar que deve haver um esforço no sentido de a incluir nas reformas dos modelos de cuidados. Por outro lado o desafio de um modelo profissional assente na compaixão e a determinação de uma gestão das próprias instituições assente neste mesmo modelo, pode garantir competência na liderança, com aumento de eficácia, maior satisfação dos profissionais e dos doentes.

Na sequência das opiniões expressas pelos participantes surgem as referências aos limites da compaixão. Afirmam que têm que saber bem quais são os limites entre a compaixão e o trabalho. A compaixão é “intrometer-se” numa situação grave e exigente, com generosidade, dando muito mas sem ser em demasia e que pode suscitar a dúvida: “Ai meu Deus será que estou a dar muito de mim?” Acrescentam que o distanciamento aprendido durante o curso por vezes é impossível. São múltiplos os trabalhos realizados e publicados sobre a fadiga da compaixão em enfermagem, que revelam a existência de uma tendência dos enfermeiros para se protegerem do impacto do sofrimento e que explica alguns dos problemas que surgem nas relações interpessoais. Para que tal não aconteça, a capacidade de ter compaixão necessita de ser fortalecida, de forma a garantir que os enfermeiros estarão integralmente presentes, em situações de sofrimento, junto dos doentes e das suas famílias. Por outro lado, além deste equilíbrio entre os limites na intensidade de compaixão, sugerem também que pode haver momentos em que se questionam sobre “será que estou a dar mais ali do que ali?” Uma dúvida em relação ao limite deste fenómeno na prática dos cuidados, é descrita como sendo um sentimento parecido com o de uma mãe de vários filhos, que distribui o seu amor de forma igual por todos sem favorecer mais a uns do que

a outros. A equidade, que consiste em dar o mesmo a todos, será a forma de prevenir que tal aconteça (Johnston, 2007, cit. por Dunn, 2009).

Esta identificação com o outro, se for excessiva, pode não levar à compaixão (Roeser & Willemsen, 2002, cit. por Cingel, 2009) e é incongruente com a empatia ou a compaixão (Duyndam, 1997 & Richmond, 2004, cit. por Cingel, 2009) e pode dar origem à fadiga de compaixão.

A fadiga de compaixão é definida por Figley (1995), como um estado de exaustão e disfunção biológica, psicológica e social, resultante da exposição prolongada ao *stress* traumático secundário e a tudo o que ele evoca. Para o autor, a fadiga por compaixão será inevitável se, adicionalmente, o profissional experimentar excessivas perturbações na sua vida, resultantes de doença, alterações no seu estilo de vida, estatuto social ou nas suas responsabilidades pessoais e profissionais. Para que tal não aconteça, é necessário estabelecer um limite na compaixão (Figley, 1995).

Abrem-se, pois, múltiplas perspetivas de trabalho. Deveríamos dar continuidade ao estudo das questões que já foram equacionadas pelos investigadores neste domínio. Algumas descobertas poderão representar importantes ganhos para a humanização dos nossos serviços. Estamos perante um processo dinâmico que se pode considerar em permanente atualização, e a continuidade da investigação nesta área revela-se crucial. Representa um passo em frente na humanização dos cuidados e dos ambientes.

A enfermagem não se vai desenvolver na prática da compaixão se nos mantivermos em silêncio sobre o tema e se não o trabalharmos durante a formação de novos profissionais ou na formação contínua dos elementos de enfermagem na prestação de cuidados. Ao promover o estudo da compaixão, estamos a promover o desenvolvimento da compaixão na nossa profissão e na própria sociedade, o que é importante, uma vez que sempre existirá sofrimento na vida de todos. Quanto mais pudermos aprender sobre a compaixão, mais competência e conhecimento poderão ter para a viver, tanto a nível profissional como pessoal. Por outro lado, somos seres sociais e os relacionamentos são fundamentais para o nosso bem-estar e, quando essas relações são compassivas, promovem não só o nosso bem-estar individual, mas também o bem-estar dos outros. O estudo deste tema deve resultar numa melhoria da qualidade dos relacionamentos, tornando-os saudáveis e gratificantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Pio - Comunicação e Medicina. Coimbra: Virtualidades, 1998. ISBN 972-97547-0-5.

APKER, Julie [et al.] - Collaboration, Credibility, Compassion, and Coordination: Professional Nurse Communication Skill Sets in Health Care Team Interactions. *Journal of Professional Nursing*. Vol. 22, n.º 3 (2006), p. 180-189.

ARISTÓTELES - Ética a Nicômaco. 3ªed. Lisboa: Quetzal Editores, 2009. ISBN: 978-972-564-803-2.

ARMSTRONG, Karen - *Twelve Steps to a Compassionate Life*. 1st ed. New York: Alfred A. Knopf, 2011. ISBN 978-0-307-59559-1.

BALDWIN, Moyra; ROSE, Pat - Concept Analysis as a Dissertation Methodology. *Nurse Education Today*. Vol. 29, n.º 7 (2009), p. 780-783.

BARDIN, Laurence - *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009. ISBN 978-972-44-1154-5.

A BIBLIA SAGRADA. Braga: Edições Theológica, 1985.

BLACKBURN, Simon - Dicionário de Filosofia. 2ª ed. Lisboa: Gradiva Publicações Ld.ª, 2007.

BRADSHAW, Ann - Compassion: What History Teaches Us. *Nursing Times Ethical & Compassionate Nursing*. [Em linha]. Special Supplement (2011), p. 4-6. [Consult. 4 Maio 2013]. Disponível na internet em: <URL: <http://www.nursingtimes.net/Journals/2011/08/24/j/y/s/NT-Ethical-Compassionate-Care.pdf>>.

BRUNERO, Scott; LAMONT, Scott; COATES, Melissa - A Review of Empathy Education in Nursing. *Nursing Inquiry*. Vol. 17, n.º 1 (2010), p. 65-74.

BULL, Alister; MARJORIE, Gillies - Spiritual Needs of Children With Complex Healthcare Needs in Hospital. *Paediatric Nursing Research*. Vol. 19, nº 9 (2007), p. 34-38.

CABRAL, Roque - *Temas de Ética*. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa, 2003. ISBN 9789726971566.

CAIXETA, Leonardo - Teoria da mente: uma revisão com enfoque na sua incorporação pela psicologia médica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Vol. 15 (2002), p. 105-112.

CAIXETA, Leonardo - Demência Frontotemporal e Teoria da Mente. *Revista de Neurociências*. Vol. 19, nº3 (2011), p. 407-408.

CARMAN, Karen - Healing Through Compassionate Care. *The Pennsylvania Nurse*. Vol. 67, nº 1 (2012), p. 17-21.

CASEY, Anne - Development and use of the partnership model os nursing care. In GLASPER, E.A; TUCKER A. - *Advances in child health nursing*. London: Scutari, 1993a, p. 183-193. ISBN1871364914.

CASEY, Anne - Using a nursing model in curriculum planning. In PENDLETON, Stella; MYLES, Alan - *Curriculum planning in nursing education*. London: Edward Arnold, 1993. ISBN 0-340-51-839-1.

CASEY, Anne - Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 22, nº 6 (1995), p. 1058-1062. ISSN 03092402.

CASEY, Anne - Partnership in Paediatric nursing: child, family and nurse. Conferência na Aula Magna da Faculdade de Medicina do Hospital de S. João. Abril 1997.

CASTILHO, Paula; GOUVEIA, José - Estudo da Validação da Versão Portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua Relação com as Experiências Adversas na Infância, a Comparação Social e a Psicopatologia. *Psychologica*. Nº 54 (2011), p. 203-230.

CHAMBERS, Claire and RYDER, Elaine - *Compassion And Caring In Nursing*. London: Radcliffe Publishing, 2009. ISBN: 184619-2870.

CHAMBERS, Claire and RYDER, Elaine - *Excellence in compassionate Nursing Care: Leading the change*. London: Radcliffe Publishing, 2009. ISBN: 184619-3996.

CINGEL, Margreet - Compassion and Professional Care: Exploring the Domain. *Nursing Philosophy*, Vol. 10 (2009), p. 124-136.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. Versão B, 2000.

CORNWELL, Jocelyn - Ensuing Compassionate Care in Hospital. *Nursing Times Ethical & Compassionate Nursing*. [Em linha]. Special Supplement (2011), p. 7-9. [Consult. 4 Maio 2013]. Disponível na internet em: <URL: <http://www.nursingtimes.net/Journals/2011/08/24/j/y/s/NT-Ethical-Compassionate-Care.pdf>>.

CUTTNER, Howard e DALAI LAMA - Um Guia para a Vida. Lisboa: Editorial Presença, 1999.

DAHLBERG, Ingetraut - Teoria do Conceito. *Ciência da Informação*. [Em linha]. Vol. 7, n.º 2, (1978), p. 101-7. Trad. Astério Campos. (Consult. 24 Junho 2013). Disponível na internet em: <URL: <http://revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/view/1680/1286>>.

DALAI LAMA - Caminhos da Fé. 1ª ed. Lisboa: Editora Albatroz, 2012. ISBN 978-972-0-04573-7.

DAMÁSIO, António - *O Livro da Consciência*. 1ª ed. Lisboa: Círculo de Leitores, 2010. ISBN 978-989-644-120-3.

DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA - ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA. Contemporânea. Lisboa: Editorial Verbo, 2001, Volumes I e II de A-Z.

Dicionário da Língua Portuguesa - com Acordo Ortográfico. [Em linha]. Porto: Porto Editora [Consult. 2013-07-15]. Disponível na internet em: <URL: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/consciencializa%C3%A7%C3%A3o>>.

Dictionary of Current English - Oxford Advanced Learner's. Third Edition. Oxford University Press, 1974.

DIETZE, Erich; ORB, Angelica - Compassionate Care: A Moral Dimension of Nursing. *Nursing Inquiry*, Vol. 7, n.º 3 (2000), p. 166-174.

DUARTE, Miguel - *A Empatia e a Compaixão como Objetos de Estudo na Formação Médica: Um Paradigma de Pensamento Integrativo*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Trabalho de 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina.

DUNN, Dorothy J. - A Way of Knowing, Being, Valuing and Living with Compassion Energy: A Unitary Science and Nursing as Caring Perspective. *Visions: The Journal of Rogerian Science*. Vol. 16, n.º 1 (2009), p. 36-47.

EKMAN, Paul P - Unmasking the face: a guide to recognizing emotions from facial expressions. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

FERREIRA, Manuela; DIAS, Maria Odília - *Ética e Profissão: Relacionamento Interpessoal em Enfermagem*. Lisboa: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2005. ISBN 978-972-8930-04-2.

FERREIRA, Maria José - *Supervisão e Desenvolvimento de Competências na Relação de Ajuda em Enfermagem*. [Em linha]. Aveiro: Universidade de Aveiro, Departamento de Didática e Tecnologia Educativa, 2006. [Consult. 13 Março 2013]. Disponível na internet em: <URL: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1427/1/2010001052.pdf>>. Dissertação de Mestrado.

FIGLEY, Charles - *Compassion Fatigue: Secondary Traumatic Stress Disorders from Treating the Traumatized* (Review), New York: Brunner/Mazel, 1995.

FONTINHA, Jorge - *Faz a ti mesmo aquilo que farias aos outros: Estilo de Vinculação como determinante da Compaixão e da Auto Compaixão*. [Em linha]. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2009 [Consult. 15 Abril 2013]. Disponível na internet em: <URL: http://academia.edu/1296603/_Faz_a_ti_mesmo_aquilo_que_farias_aos_outros_estilo_de_vinculacao_como_determinante_da_compaixao_e_auto-compaixao>. Tese de Mestrado Integrado em Psicologia.

FORTIN, Marie-Fabienne - *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FRID, Ingvar; ÖHLÉN, Joakim; BERGBOM, Ingegerd - On the Use of Narratives in Nursing Research: Methodological Issues in Nursing Research. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 32, n.º 3 (2000), p. 695-703.

GANGENESS, Jeanine - *Online Instruction as a Caring Endeavor*. Minnesota: Bemidji State University, 2005.

GARDNER, Howard - *Cinco Mentes para o Futuro*. 1ªed. Lisboa: Atual Editora, 2008. ISBN 978-989-8101-24-2.

GILBERT, Paul - Introducing Compassion-Focused Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*. Vol. 15, (2009), p. 199-208.

GOLEMAN, Daniel - Inteligência Emocional. 1ªed. Lisboa: Temas e Debates - Atividades Editoriais, Lda., 1995. ISBN 972-759-063-2.

GOLEMAN, Daniel - Inteligência Social. 1ªed. Lisboa: Temas e Debates, Circulo de Leitores, 2011. ISBN 978-989-644-117-3.

GRACIA, Diego - *Fundamentos de Bioética*. 2ªed. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda., 2008. ISBN 978-972-603-441-4.

GUEDERT, Jucélia; GROSSEMAN, Suely - Abordagem dos Problemas Éticos em Pediatria: Sugestões Advindas da Prática. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Vol. 35, n.º 3 (2011), p. 359-368.

HEM, Marit; HEGGEN, Kristin - Is Compassion Essential to Nursing Practice. *Contemporary Nurse*. Vol. 17, n.º 1-2 (2004), p. 19 - 31.

Instituto Português da Qualidade (IPQ) - Norma Portuguesa 405 - Informação e Documentação: Referências Bibliográficas. Disponível na internet em: URL: <http://www.ua.pt/sbidm/biblioteca/ReadObject.aspx?obj=15295>.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). [Em linha]. 2010. [Consult. em 01.04.2013]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>>.

KANT, Immanuel - *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Tradução nova com introdução e notas por Guido Antônio de Almeida. São Paulo: Discurso Editorial 2009. ISBN 978-85-86590-88-7.

LENINGER, Madeleine - *Culture Care: Diversity and Universality Theory*. In SITZMAN, Katheleen; EICHELBERGER, Lisa - *Understanding the Work of Nurse Theorists*. 2nd ed. Canada: Jones & Bartlett Publishers, 2011, p. 93-99.

MADIGAN, Timothy - Nietzsche & Schopenhauer on Compassion. *Philosophy Now*, a magazine of ideas. [Em linha]. Vol. Jul/Aug, (2013), [Consult. 06 Agosto 2013]. Disponível na internet em: <URL: http://philosophynow.org/issues/29/Nietzsche_and_Schopenhauer_On_Compassion>

MARÇAL, Maria Teresa - *A Compaixão Uma Dimensão Ética Do Cuidar Em Enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica, 1994. Dissertação de Mestrado.

McDONALD, Heidi; RUSHFORTH, Helen - Children's Views of Nursing and Medical Roles: Implications for Advanced Nursing Practice. *Paediatric Nursing*. Vol. 18, n.º 5. (2006), p. 32-36.

MELEIS, Afaf - *Theoretical Nursing Development & Progress*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

MORGAN, Darla - Caring for Dying Children: Assessing the Needs of the Pediatric Palliative Care Nurse. *Pediatric Nursing*. Vol. 35, n.º 2 (2009), p. 86-90.

NIGHTINGALE, Florence - *Notes on Nursing: And Others Writings*. New York: Kaplan Publishing, 2008. ISBN-13: 978-1-4277-9797-1.

NEFF, Kristin - The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*. Vol. 2, nº3 (2003).

ORDAZ, Olga - O uso das narrativas como fonte de conhecimento em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, Vol. 15, nº 1 (2011), p. 70-87.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - GUIAS ORIENTADORES DE BOA PRÁTICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA. CADERNOS O.E. Vol.3, nº 3. (2011), p. 11-13. ISBN 978-989-8444-01-1.

PERRY, Beth - Conveying Compassion Through Attention to the Essential Ordinary. *Nursing Older People*. Vol. 21, n.º 6 (2009), p. 14-21.

POBLETE-TRONCOSO, Margarita; VAENZUELA-SUAZO, Sandra; MERINO, José - *Validación de dos Escalas Utilizadas en la medición del Cuidado Humano Transpersonal Basadas en la Teoría de Jean Watson*. [Em linha]. Vol. 12, n.º1, (2012), p. 8-21. [Consult. em 22 de Março de 2013]. Disponível na internet em: <URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124091002>.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl; HUNGLER, Bernadette - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. ISBN 85-7307-984-3.

POMMIER, Elizabeth - Development of a Scale to measure compassion. [Em linha]. Austin: University of Texas (2010), [Consult. em 22 de Março de 2013]. Disponível na internet em: <URL: <http://repositories.lib.utexas.edu/bitstream/handle/2152/ETD-UT-2010-12-2213/POMMIER-DISSERTATION.pdf?sequence=1>. Dissertation Presented to Faculty of the Graduate School of The University of Texas at Austin in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan - *Manual de Investigação Em Ciências Sociais*. 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998. Trad. João Minhoto Marques; Maria Amélia Mendes; Maria Carvalho. ISBN 972-662-275-1.

RAFFERTY, Anne-Marie - We Can Read Nightingale as a Credo for Compassion Today. *Nursing Times Ethical & Compassionate Nursing*. [Em linha]. Special Supplement (2011), p. 3. [Consult. 4 Maio 2013]. Disponível na internet em: <URL:

<http://www.nursingtimes.net/Journals/2011/08/24/j/y/s/NT-Ethical-Compassionate-Care.pdf>.

RODRIGUES, Marisa; RIBEIRO, Nathalie - Avaliação da Empatia em Crianças Participantes e Não Participantes de Um Programa de Desenvolvimento Sociocognitivo. *Psicologia: Teoria e Prática*. Vol. 13, n.º 2 (2011), p. 114-126.

ROGERS, Carl - Tornar-se pessoa. São Paulo: Martins Fontes, 1961.

ROURKE, Mary - Compassion Fatigue in Pediatric Palliative Care Providers. *Pediatric Clinics of North America*, Vol. 54, n.º 5 (2007), p. 631-644.

SCHANTZ, Maria - Compassion: A Concept Analysis -*Nursing Forum*. Vol. 42, n.º 2 (2007), p. 48-55.

SCHAURICH, Diego [et al.] - Utilização de Teoria Humanística de Paterson e Zderad como possibilidade de prática em Enfermagem Pediátrica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [Em linha]*. Vol. 9, n.º 2, 2005. [Consult. 03 Março 2013]. Disponível na internet em: <URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127720493015>>.

SCHFILELD, Barbara - Concept Analysis - Compassion in Nursing Nurse Report. *Medical Center of the Rockies*. [Em linha]. [Consult. 03 Março 2013]. Disponível na internet em: <URL: http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0011/445817/Research2012Mo16.pdf>.

SILVA, Conceição - O Cuidar em Saúde da Criança: um ato humanizado do cuidado. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem*. Vol. 5, n.º 1 (2005), p. 5-8. ISSN 1676-3793.

STRAUGHAI, Collette - Exploring Compassion: Implications for Contemporary Nursing. *British Journal of Nursing*. Vol. 21, n.º 3 (2012), p. 160-164.

STRAUGHAI, Collette - Exploring Compassion: Implications for Contemporary Nursing. *British Journal of Nursing*. Vol. 21, n.º 4 (2012), p. 239-244.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet - Pesquisa Qualitativa técnicas de Procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. Trad. Luciane de Oliveira Rocha. ISBN 978-85-363-1043-5.

THICH NHAT HANH - Harmonia a Cada Passo. 1ª ed. Editora Pergaminho, 2005. ISBN 972-711-625-6.

TONELLI, Hélio; ALVAREZ, Cristiano; Silva, André - Esquizotipia, habilidades “Teoria da Mente” e vulnerabilidade à psicose: uma revisão sistemática. [Em linha]. Vol. 36, n.º 6, 2009. [Consult. 07 Março 2013]. Disponível na internet em: <URL: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol36/n6/229.htm>>.

TONELLI, Hélio; ALVAREZ, Cristiano - Cognição social na esquizofrenia: um enfoque em habilidades ALVAREZ, Cristiano]. Vol. 31, n.º 3, 2009. [Consult. 08 Março 2013]. Disponível na internet em: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000400005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

TOLLE, Eckhart - *O Poder do Agora: Guia para o crescimento espiritual*. 1ª ed. Lisboa: Editora Pergaminho, 2001. Trad. Elvira Vaz. ISBN 972-711-415-6.

WALKER, Lorraine; AVANT, Kay - *Strategies for theory construction in nursing*. 4th ed. New York: Pearson Prentice Hall, 2005.

WESLEY, Ruby - *Teorias y Modelos de Enfermeria*. 2ª ed.: Mexico: McGRAW-HILL INTERAMERICA, 1995. ISBN 9789701014585.

UNITED KINGDOM. Department of Health - THE NHS CONSTITUTION. England. DH, 2013. [Em linha]. Disponível na internet em: <URL: www.orderline.dh.gov.uk>.

VIEIRA, Margarida - *Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência*. 2ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008. ISBN: 9789725401958.

YOUNG, Jeanine [et al.] - Negotiation of care for a hospitalized child: parental perspectives. *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing*. Vol. 9, nº 2 (2006), p. 4-13.

ANEXOS

ANEXO I

Consentimento Informado

A COMPAIXÃO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA E SUA FAMÍLIA

Ao decidir se vai colaborar neste trabalho de investigação, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, assim como os riscos e benefícios da sua participação.

Pedimos-lhe que leia todo o documento com atenção e que se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretende, antes de aceitar participar no estudo.

Isabel Maria Vieira de Sá Figueiredo, aluna do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, encontra-se a elaborar o estudo de investigação subordinado ao tema “*A compaixão nos Cuidados de Enfermagem à Criança e sua Família*”.

Este estudo está a ser orientado pela Professora Doutora Ana Paula Santos Jesus Marques França e co-orientado pela Mestre Teresa Cristina Tato Marinho Tomé Ribeiro Malheiro Sarmento, professoras da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

O presente estudo teve como objetivo principal o de conhecer o conceito de compaixão subjacente à prática profissional do enfermeiro que trabalha num serviço de pediatria. Os objetivos específicos definidos foram:

- ✓ Conhecer a definição de compaixão para os enfermeiros que trabalham num serviço de pediatria;
- ✓ Percecionar o conceito dos enfermeiros de pediatria sobre a compaixão no seu exercício profissional;
- ✓ Compreender a perspetiva dos enfermeiros de pediatria sobre o lugar da compaixão no âmbito dos cuidados de enfermagem à criança e sua família;
- ✓ Identificar os atributos da compaixão inerentes aos cuidados de enfermagem à criança e família.

Para a realização do presente trabalho de investigação e face aos objetivos propostos, optámos pela realização de entrevistas semi-estruturadas, gravadas por meio áudio. Neste sentido, vimos solicitar o seu consentimento para a participação no estudo, garantindo que:

- O uso da informação é exclusivo para este estudo;
- A sua participação no estudo é voluntária e da recusa não irá advir qualquer tipo de dano pessoal ou profissional;
- Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer em qualquer momento;
- A confidencialidade e a privacidade dos participantes serão salvaguardadas;
- Após a transcrição das entrevistas, serão destruídas as respetivas gravações;
- Após a conclusão do estudo, serão destruídos todos os instrumentos de colheita de dados, bem como o termo de consentimento.

No final do estudo, se o desejar, poderá aceder aos resultados, bastando contactar com a investigadora (telemóvel 966576199, e-mail isabel3figueiredo@gmail.com).

Este estudo de investigação foi aprovado e autorizado pelo Conselho Científico da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Eu,

Aceito participar no estudo “ *A compaixão nos Cuidados de Enfermagem à Criança e sua Família*” e confirmo que todos os procedimentos do mesmo me foram explicados e todas as perguntas que coloquei foram respondidas de forma satisfatória.

Data: _____ / _____ / _____

Investigadora:

ANEXO II

Caracterização do Participante

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

DADOS PESSOAIS

Sexo:

Feminino

Masculino

Idade:

 ≤ 29
Anos 30 a 39
Anos 40 a 59 Anos

Número de Anos de Serviço:

 0 a 5 Anos 6 a 15 Anos 16 a 24
Anos ≥ 25 Anos

Número de Anos de Serviço na Pediatria:

 0 a 5 Anos 6 a 15 Anos 16 a 24
Anos ≥ 25 Anos

Especialidade:

Sim

Não

ANEXO III

Guia Orientador da Entrevista

GUIA ORIENTADOR DA ENTREVISTA

Como forma de conseguir alcançar os objetivos do estudo, definimos as quatro questões orientadoras da entrevista que apresentamos nos quadros que se seguem.

Pergunta 1	Objetivos
O que é para ti a compaixão? Como a defines?	Explorar o conceito de compaixão no contexto profissional dos enfermeiros. Determinar os atributos definidores desse conceito.
Pergunta 2	Objetivos
Qual a importância que atribuis à compaixão?	Identificar o lugar da compaixão no exercício profissional.
Pergunta 3	Objetivos
Narra uma situação vivida, observada ou experienciada por ti, durante a prestação dos cuidados de enfermagem à criança/família, em que esteve presente a compaixão.	Identificar o caso modelo e os casos adicionais de compaixão. Identificar os antecedentes e consequências da compaixão neste mesmo conceito, assim como, os seus referenciais empíricos.
Pergunta 4	Objetivos
Narra uma situação vivida, observada ou experienciada por ti, durante a prestação dos cuidados de enfermagem à criança/família, em que não esteve presente a compaixão.	Identificar o caso modelo e os casos adicionais de compaixão. Identificar os antecedentes e consequências da compaixão neste mesmo conceito, assim como os seus referenciais empíricos.

