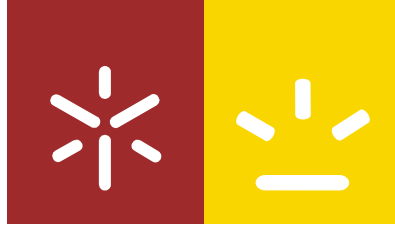




Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Liliana Veloso Chaves

A influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica



Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Liliana Veloso Chaves

**A influência das competências de
comunicação não-verbal dos enfermeiros
na experiência subjetiva de sofrimento de
pessoas com doença oncológica**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Enfermagem

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Isabel Gomes Sousa Lage
e coorientação da
Professora Doutora Clara Maria Faria Simões Mendes

DECLARAÇÃO

Nome: Liliana Veloso Chaves

Endereço eletrónico: Lil8@sapo.pt

Telefone: 919531378

Número do cartão de cidadão: 11682849

Título da dissertação: A influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica

Orientadora:

Professora Doutora Maria Isabel Gomes Sousa Lage, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

Coorientadora:

Professora Doutora Clara Maria Faria Simões Mendes, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

Ano de conclusão: 2015

Mestrado em Enfermagem

De acordo com a legislação em vigor, não é permitida a reprodução de qualquer parte da presente dissertação.

Universidade do Minho, ____/____/____

Assinatura:

Liliana Veloso Chaves

AGRADECIMENTOS

Muitas foram as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização da presente dissertação de mestrado, e sem as quais a sua conclusão não seria possível. Agradeço sinceramente a todas elas!

Endereço o meu particular e especial agradecimento:

À Professora Doutora Isabel Lage e à Professora Doutora Clara Simões, pelo profissionalismo, orientação, dedicação e disponibilidade.

Aos meus colegas de trabalho e amigos, por todas as palavras de incentivo ao longo desta jornada.

Aos profissionais dos serviços hospitalares onde decorreu a recolha de dados, designadamente aos enfermeiros pela permanente disponibilidade.

E, como não poderia deixar de ser, às pessoas com doença oncológica que participaram neste estudo, a quem agradeço a disponibilidade e a preciosa colaboração.

Aos meus pais, Joaquim e Alcina, a quem devo tudo que sou...

Ao Paulo, pelo constante apoio e paciência, e por nunca ter deixado de acreditar neste meu projeto.

À Professora Glória Campos pela ajuda, apoio e palavras amigas.

Obrigada!

RESUMO

A doença oncológica é uma doença crónica prevalente que condiciona a vivência de experiências subjetivas de sofrimento, o que apela à função de cuidar dos enfermeiros, no contexto da relação com o outro, alicerçada na comunicação terapêutica como intervenção facilitadora da vivência de uma transição saudável.

Face à escassez de investigação neste domínio, fundamental para a disciplina de enfermagem, este estudo correlacional e explicativo pretende analisar a influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica, internadas em hospitais de agudos no distrito de Braga.

Recorreu-se a uma amostra de conveniência simples, constituída por pessoas com doença oncológica ($N = 84$), internadas em hospitais do distrito de Braga. Os participantes foram avaliados através de um Questionário Sociodemográfico, Profissional e Clínico; da Escala de Avaliação da Comunicação Não-verbal das Enfermeiras (versão clientes) (EACNV, McIntyre & Lage, 1996); da Escala de Avaliação da Comunicação Empática (versão clientes) (EACEE, McIntyre & Lage, 1996); e do Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD, McIntyre & Gameiro, 1997).

Dos resultados destaca-se que a dimensão *Atenção/Contacto* da comunicação não-verbal exibida pelos enfermeiros constitui-se preditor significativo das *Experiências Positivas de Sofrimento* das pessoas com doença oncológica; a dimensão *Abertura/Flexibilidade* da comunicação empática dos enfermeiros constitui-se preditor significativo do *Sofrimento Psicológico* e das *Experiências Positivas de Sofrimento* das pessoas com doença oncológica; a dimensão *Atenção/Contacto* da comunicação não-verbal dos enfermeiros revela-se preditor significativo das dimensões da comunicação empática *Escuta/Interesse* e *Influência*, a dimensão *Proximidade/Clareza* da comunicação não-verbal mostra-se preditor da *Abertura/Flexibilidade* e *Influência* da comunicação empática dos enfermeiros; existe um efeito de mediação indireto da comunicação não-verbal dos enfermeiros no sofrimento das pessoas com doença oncológica, designadamente, através da dimensão *Escuta/Interesse* da empatia. Observa-se, também, a existência de diversas variáveis sociodemográficas, profissionais e clínicas com influência, quer nas competências de comunicação dos enfermeiros percebidas pelas pessoas com doença oncológica, quer nas experiências subjetivas de sofrimento relatadas por estas.

Conclui-se que a comunicação não-verbal dos enfermeiros tem influência nas experiências subjetivas de sofrimento das pessoas com doença oncológica e que a comunicação empática desempenha um papel mediador fundamental, pelo que é essencial incrementar estratégias de desenvolvimento contínuo das competências de comunicação dos enfermeiros. Esta investigação pode contribuir para o desenvolvimento de um novo paradigma na relação enfermeiro-doente, com a valorização da comunicação como estratégia terapêutica na transição positiva de pessoas com doença oncológica.

ABSTRACT

Oncologic disease is a prevalent chronic disease that determines the living of subjective experiences of suffering, which calls for the caring role of nurses in the context of the relationship with the other, underpinned in therapeutic communication as an intervention that facilitates a healthy transition.

Given the scarcity of research in this domain, fundamental for nursing discipline, this correlational and explanatory study aims to analyse the influence of nurses' nonverbal clinical communication skills in the subjective experience of suffering of people with oncological diseases, hospitalized in acute hospitals of Braga district.

It was used a simple convenience sample, constituted by people with oncological disease ($N = 84$), hospitalized in hospitals from Braga district. Participants were assessed through a Sociodemographic, Professional and Clinical Questionnaire; the Nurses' Nonverbal Communication Rating Scale (clients version) (EACNV, McIntyre & Lage, 1996); the Empathic Communication Rating Scale (clients version) (EACEE, McIntyre & Lage, 1996); and the Inventory of Subjective Experiences of Suffering in Disease (IESSD, McIntyre & Gameiro, 1997).

The results highlight that the dimension of Attention/Contact from nonverbal communication exhibited by nurses, constitutes a significant predictor of the Positive Experiences of Suffering of people with oncological diseases; the dimension of Opening/Flexibility from nurses' empathic communication, constitutes a significant predictor of psychological distress and Positive experiences of suffering of people with oncological diseases; the dimension of Attention/Contact from nurses' nonverbal communication, reveals to be a significant predictor of the empathic communication dimensions, Listening/Interest and Influence; the dimension of Proximity/Clarity from nonverbal communication, shows to be a predictor of Opening/Flexibility and Influence from nurses' empathic communication; there is an indirect mediation effect of nurses' nonverbal communication in the suffering of people with oncological diseases, namely through the Listening/Interest dimension of empathy. It is also observed the existence of several sociodemographic, clinical and professional variables with significant influence in both the nurses' communication skills perceived by people with oncological diseases and, in the subjective experience of suffering they reported.

It can be concluded that nurses' nonverbal communication has influence on subjective experiences of suffering of people with oncological disease and that empathic communication plays a key mediating role, whereby it is essential to implement continuous development strategies of nurses' communication skills. This research may contribute to the development of a new paradigm in nurse-patient relationship, valuing the communication as a therapeutic strategy in the positive transition of people with oncological disease.

ÍNDICE GERAL

	PÁGINA
AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	v
<i>ABSTRACT</i>	vii
ÍNDICE GERAL	ix
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	xiii
LISTA DE FIGURAS	xv
LISTA DE TABELAS	xvii
LISTA DE QUADROS	xxi
INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO I – ENFERMAGEM: DISCIPLINA HUMANA PRÁTICA DO CUIDAR	07
1.1. Enfermagem - Disciplina Humana Prática do Cuidar	09
1.1.1. Perspetiva Multiparadigmática da Disciplina de Enfermagem	09
1.1.2. O Cuidar Transicional em Enfermagem	10
1.2. Experiência Subjetiva de Sofrimento na Doença	12
1.2.1. A Natureza do Sofrimento Humano	12
1.2.2. Conceito de Sofrimento	14
1.2.3. Tipologia do Sofrimento	15
1.3. Doença Oncológica	18
1.3.1. Impacto Psicossocial da Doença Oncológica	19
1.3.1.1. <i>Stress e Coping</i>	19
1.3.1.2. Ajustamento à Doença Oncológica	21
1.3.2. Evidência Empírica sobre o Sofrimento na Doença Oncológica	23
1.3.2.1. Modelo de Sofrimento na Doença Oncológica de <i>Kahn e Steeves</i>	26
1.4. Comunicação Terapêutica	28
1.4.1. Competências de Comunicação dos Enfermeiros	29
1.4.2. Relação de Ajuda	30
1.4.2.1. Comunicação Não-Verbal	33
1.4.2.2. Comunicação Empática	36

1.4.2.2.1. Ensino da Empatia	38
1.4.2.2.2. Potenciais Obstáculos à Empatia	40
1.4.3. Obstáculos na Comunicação entre Enfermeiros e Pessoas com Doença Oncológica	42
1.5. Cuidar para o Alívio do Sofrimento na Doença	45
CAPÍTULO II - METODOLOGIA	51
2.1. Tipo de Estudo e Objetivos	53
2.2. Variáveis	53
2.2.1. Variáveis de Investigação	54
2.2.2. Variáveis Atributo	54
2.3. Hipóteses de Investigação	54
2.4. População e Amostra	55
2.4.1. Recrutamento e Seleção dos Participantes/Critérios de Elegibilidade	56
2.5. Procedimento de Recolha de Dados e Considerações Éticas	56
2.6. Instrumentos de Avaliação	58
2.6.1. Questionário Sociodemográfico, Profissional e Clínico	59
2.6.2. Escala de Avaliação da Comunicação Não-Verbal das Enfermeiras (versão clientes) (EACNV)	60
2.6.2.1. Características Psicométricas da EACNV na Amostra em Estudo	62
2.6.3. Escala de Avaliação da Comunicação Empática das Enfermeiras (versão clientes) (EACEE)	64
2.6.3.1. Características Psicométricas da EACEE na Amostra em Estudo	65
2.6.4. Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD)	67
2.6.4.1. Características Psicométricas do IESSD na Amostra em Estudo	69
2.7. Análise dos Dados	70
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	73
3.1. Caracterização Sociodemográfica, Profissional e Clínica dos Participantes	75
3.2. Caracterização dos Participantes em Função das Variáveis de Investigação	79
3.2.1. Variáveis Preditoras	79
3.2.1.1. Competências de Comunicação Não-Verbal dos Enfermeiros	79
3.2.1.2. Competências de Comunicação Empática dos Enfermeiros	80

3.2.2. Variáveis de Resultado	81
3.2.2.1. Experiências Subjetivas de Sofrimento dos Doentes	81
3.3. Resultados dos Testes de Hipóteses	81
3.3.1. Resultados do Teste da Hipótese 1: Relação Comunicação Não-verbal e Experiência Subjetiva de Sofrimento	83
3.3.2. Resultados do Teste da Hipótese 2: Relação Comunicação Empática e Experiência Subjetiva de Sofrimento	90
3.3.3. Resultados do Teste da Hipótese 3: Relação Comunicação Não-verbal e Comunicação Empática	97
3.3.4. Resultados do Teste da Hipótese 4: Efeito Mediador da Comunicação Empática na Relação entre a Comunicação Não-Verbal e a Experiência Subjetiva de Sofrimento	106
3.3.5. Resultados das Análises Exploratórias	108
3.3.5.1. Variáveis Sociodemográficas	109
3.3.5.2. Variáveis Profissionais	113
3.3.5.3. Variáveis Clínicas	116
CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	127
4.1. Limitações do Estudo	129
4.2. Discussão dos Resultados	129
4.2.1. Hipótese 1: Relação Comunicação Não-verbal e Experiência Subjetiva de Sofrimento	131
4.2.2. Hipótese 2: Relação Comunicação Empática e Experiência Subjetiva de Sofrimento	133
4.2.3. Hipótese 3: Relação Comunicação Não-verbal e Comunicação Empática	136
4.2.4. Hipótese 4: Efeito Mediador da Comunicação Empática na Relação entre a Comunicação Não-Verbal e a Experiência Subjetiva de Sofrimento	137
4.2.5. Efeitos Independentes das Variáveis Sociodemográficas, Profissionais e Clínicas	139
CAPÍTULO V – CONCLUSÃO	147
5.1. Conclusão	149
5.2. Sugestões para Futuros Estudos	152

5.3. Implicações para o Ensino, para a Investigação, para a Gestão e para a Prática em Enfermagem	153
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	155
ANEXOS	169
ANEXO I – Compromisso de Confidencialidade	171
ANEXO II – Autorização da Comissão Mista Científico-Pedagógica do Curso de Mestrado	175
ANEXO III – Carta da Presidência da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho	179
ANEXO IV – Autorização do Diretor do Serviço de Cirurgia do Hospital de Braga	183
ANEXO V – Autorização do Diretor do Serviço de Medicina do Hospital de Braga	187
ANEXO VI – Autorização do Diretor do Serviço de Oncologia do Hospital de Braga	191
ANEXO VII – Autorização do Diretor do Serviço de Pneumologia da Unidade Hospitalar de Guimarães	195
ANEXO VIII – Autorização da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde	199
ANEXO IX – Autorização da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga	203
ANEXO X – Autorização do Centro Académico do Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	207
ANEXO XI – Consentimento Escrito Informado	211
ANEXO XII – Questionário Sociodemográfico, Profissional e Clínico	215
ANEXO XIII – Escala de Avaliação da Comunicação Não-Verbal das Enfermeiras (versão clientes) (EACNV)	219
ANEXO XIV – Escala de Avaliação da Comunicação Empática das Enfermeiras (versão clientes) (EACEE)	223
ANEXO XV – Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD)	227
ANEXO XVI – Autorizações dos Autores dos Instrumentos de Colheita de Dados	231

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANOVA – Análise da Variância

ARS – Administração Regional de Saúde

CFI – *Comparative Fit Index*

Cit. – Citado por

Cont. – Continuação

DGS – Direção Geral de Saúde

EACEE – Escala de Avaliação da Comunicação Empática das Enfermeiras

EACNV – Escala de Avaliação da Comunicação Não-verbal das Enfermeiras

e.g. – Por exemplo

H – Hipótese

IC – Intervalo de Confiança

i.e. – Isto é

IESSD – Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença

MANOVA – Análise Multivariada da Variância

ns – Não significativo

RMSA - *Root Mean Square Error Approximation*

SCT – *Social Cognitive Transition Model*

Sofr. – Sofrimento

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

VIF – Fatores de Inflação da Variância

vs. – *Versus*

LISTA DE FIGURAS

	PÁGINA
Figura 1. <i>Tipologia de Sofrimento</i>	16
Figura 2. <i>Processos Psicossociais e Sofrimento</i>	26
Figura 3. <i>Esquema Integrador do Sofrimento na Doença Oncológica com a Teoria de Médio Alcance das Transições</i>	46
Figura 4. <i>Modelo do Efeito Indireto ou Mediador da Comunicação Empática – Escuta/Interesse (EACEE), na relação entre a Comunicação Não-Verbal Global (EACNV) e o Sofrimento Global (IESSD)</i>	107

LISTA DE TABELAS

	PÁGINA
Tabela 1. <i>Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Comunicação Não-Verbal Global dos Enfermeiros (ECNV) como preditor do Sofrimento Global dos Doentes (IESSD)</i>	84
Tabela 2. <i>Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com as Competências de Comunicação Não-Verbal dos Enfermeiros (EACNV-Expressividade/Autenticidade, EACNV-Proximidade/Clareza e EACNV-Atenção/Contacto) como preditores do Sofrimento Global dos Doentes (IESSD)</i>	85
Tabela 3. <i>Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Comunicação Não-Verbal Global dos Enfermeiros (EACNV) como preditor do Sofrimento Existencial dos Doentes (IESSD)</i>	86
Tabela 4. <i>Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a EACNV-Expressividade/Autenticidade, EACNV-Proximidade/Clareza e EACNV-Atenção/Contacto como preditores do Sofrimento Existencial dos Doentes (IESSD)</i>	86
Tabela 5. <i>Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Comunicação Não-Verbal Global dos Enfermeiros (EACNV) como preditor do Sofrimento Sociorrelacional (IESSD)</i>	87
Tabela 6. <i>Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a EACNV-Expressividade/Autenticidade, EACNV-Proximidade/Clareza e EACNV-Atenção/Contacto como preditores do Sofrimento Sociorrelacional (IESSD)</i>	88
Tabela 7. <i>Resultados da Regressão Linear Simples com a EACNV-Atenção/Contacto como preditor das Experiências Positivas de Sofrimento (IESSD)</i>	89
Tabela 8. <i>Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Comunicação Empática Global dos Enfermeiros (EACEE) como preditor do Sofrimento Global dos Doentes (IESSD)</i>	91
Tabela 9. <i>Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com as Competências de Comunicação Empática dos Enfermeiros (EACEE-Influência, EACEE-</i>	92

	<i>-Escuta/Interesse, EACEE-Abertura/Flexibilidade) como preditores do Sofrimento Global dos Doentes (IESSD)</i>	
Tabela 10.	<i>Resultados da Regressão Linear Simples com a EACEE-Abertura/Flexibilidade como preditor do Sofrimento Psicológico (IESSD)</i>	92
Tabela 11.	<i>Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Comunicação Empática Global dos Enfermeiros (EACNV) como preditor do Sofrimento Existencial dos Doentes (IESSD)</i>	93
Tabela 12.	<i>Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com as Competências de Comunicação Empática dos Enfermeiros (EACEE-Influência, EACEE-Escuta/Interesse, EACEE-Abertura/Flexibilidade) como preditores do Sofrimento Existencial</i>	94
Tabela 13.	<i>Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Comunicação Empática Global dos Enfermeiros (EACNV) como preditor do Sofrimento Sociorrelacional (IESSD)</i>	95
Tabela 14.	<i>Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com as competências de Comunicação Empática dos Enfermeiros (EACEE-Influência, EACEE-Escuta/Interesse, EACEE-Abertura/Flexibilidade) como preditores do Sofrimento Sociorrelacional (IESSD)</i>	96
Tabela 15.	<i>Resultados da Regressão Linear Simples com a EACEE-Abertura/Flexibilidade como preditor das Experiências Positivas de Sofrimento (IESSD)</i>	97
Tabela 16.	<i>Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Comunicação Não-Verbal Global (EACNV) como preditor da Comunicação Empática Global (EACEE)</i>	98
Tabela 17.	<i>Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a EACNV-Expressividade/Autenticidade, EACNV-Proximidade/Clareza e EACNV-Atenção/Contacto como preditores da Comunicação Empática Global (EACEE)</i>	99
Tabela 18.	<i>Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Comunicação Não-Verbal Global (EACNV) como preditor da dimensão Abertura/Flexibilidade (EACEE)</i>	100

Tabela 19.	<i>Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a EACNV-Expressividade/Autenticidade, EACNV-Proximidade/Clareza e EACNV-Atenção/Contacto como preditores da dimensão Abertura/Flexibilidade (EACEE)</i>	101
Tabela 20.	<i>Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Comunicação Não-Verbal Global (EACNV) como preditor da dimensão Escuta/Interesse da Comunicação Empática (EACEE)</i>	102
Tabela 21.	<i>Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a EACNV-Expressividade/Autenticidade, EACNV-Proximidade/Clareza e EACNV-Atenção/Contacto como preditores da dimensão Escuta/Interesse da Comunicação Empática (EACEE)</i>	103
Tabela 22.	<i>Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Comunicação Não-Verbal Global (EACNV) como preditor da dimensão Influência da Comunicação Empática (EACEE)</i>	104
Tabela 23.	<i>Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a EACNV-Expressividade/Autenticidade, EACNV-Proximidade/Clareza e EACNV-Atenção/Contacto como preditores da dimensão Influência da Comunicação Empática (EACEE)</i>	105
Tabela 24.	<i>Medidas de Significância da Mediação, Comunicação Empática-Escuta/Interesse (EACEE) na relação Comunicação Não-verbal Global (EACNV) e o Sofrimento Global (IESSD)</i>	107
Tabela 25.	<i>Diferenças nas dimensões das variáveis de investigação em função da variável Idade</i>	109
Tabela 26.	<i>Diferenças nas dimensões das variáveis de investigação em função da variável Escolaridade</i>	110
Tabela 27.	<i>Diferenças nas dimensões das variáveis de investigação em função da variável Filhos</i>	111
Tabela 28.	<i>Diferenças nas dimensões das variáveis de investigação em função da variável Rendimento Mensal Familiar</i>	112
Tabela 29.	<i>Diferenças nas dimensões das variáveis de investigação em função da variável Situação Profissional</i>	114

Tabela 30.	<i>Diferenças nas dimensões das variáveis de investigação em função da variável Período de Absentismo</i>	115
Tabela 31.	<i>Diferenças nas dimensões das variáveis de investigação em função da variável Unidade Hospitalar</i>	117
Tabela 32.	<i>Diferenças nas dimensões das variáveis de investigação em função da variável Unidade de Internamento</i>	118
Tabela 33.	<i>Diferenças nas dimensões das variáveis de investigação em função da variável Diagnósticos</i>	119
Tabela 34.	<i>Diferenças nas dimensões das variáveis de investigação em função da variável Tempo de Diagnóstico</i>	121
Tabela 35.	<i>Diferenças nas dimensões das variáveis de investigação em função da variável Dias de Internamento</i>	122
Tabela 36.	<i>Diferenças nas dimensões das variáveis de investigação em função da variável Comorbilidades Físicas</i>	123

LISTA DE QUADROS

	PÁGINA
Quadro 1. <i>Resultados da análise de validade de constructo e consistência interna da EACNV</i>	63
Quadro 2. <i>Resultados da análise de validade de constructo e consistência interna da EACEE</i>	66
Quadro 3. <i>Caracterização Sociodemográfica dos Participantes</i>	75
Quadro 4. <i>Caracterização Profissional dos Participantes</i>	77
Quadro 5. <i>Caracterização Clínica dos Participantes</i>	77
Quadro 6. <i>Caracterização dos participantes de acordo com as variáveis da Comunicação Não-verbal dos Enfermeiros (EACNV)</i>	80
Quadro 7. <i>Caracterização dos participantes de acordo com as variáveis da Comunicação Empática dos Enfermeiros (EACEE)</i>	80
Quadro 8. <i>Caracterização dos participantes de acordo com as Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD)</i>	81
Quadro 9. <i>Correlações r de Pearson entre as Competências de Comunicação Não-verbal e Comunicação Empática dos Enfermeiros e as Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença</i>	82

*“... A Pessoa, A Doença, A Solidão, O Sofrimento,
Um Olhar, Um Toque, Uma Palavra, Um Sorriso...”*

Numa sociedade pós-moderna, onde o belo e a luz constituem o âmago do bem-estar e da harmonia global, o cancro mantém-se como uma ameaça encoberta e insidiosa, com um potencial profundamente devastador da vida humana. Esta patologia transcende o domínio físico, privado, pessoal e familiar, consistindo numa entidade de rutura social e transgeracional, a qual impõe um compromisso de mudança ao nível das políticas de saúde e dinâmicas relacionais.

Os inúmeros avanços que a medicina já alcançou, ao longo das últimas décadas, são inquestionáveis, contudo, a verdade é que o combate ao cancro tem-se constituído como uma derrota, cujos números não deixam margem para dúvida. Segundo o Perfil de Saúde em Portugal, do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (2012a), no que reporta às principais causas de mortalidade prematura, são os tumores malignos os mais prevalentes, com uma percentagem de 31.7% do total de mortes. Além disso, a um nível macro, estima-se que em 2020 cerca de 12% da população mundial morrerá de cancro (Stewart & Kleihues, 2003).

Ao nível das doenças crónicas, o cancro é associado ao sofrimento, dado tratar-se de uma experiência subjetiva individualizada, envolvendo uma sensação de perda da integridade e identidade da pessoa humana, da sua autonomia e do controlo sobre a sua vida (Rodgers & Cowles, 1997). A sua dimensão emocional é omnipresente, pelo receio do diagnóstico, do tratamento, das recidivas e da morte, pelo que o elemento vital de restabelecimento reside na construção de uma relação interpessoal com os profissionais de saúde, pautada por uma compreensão comunicada, ou seja, pela empatia (Gameiro, 1999; Kissane, Bultz, Butow, & Finlay, 2011).

A investigação científica, neste domínio, nas últimas décadas, tem vindo a mostrar um interesse acrescido nas competências de comunicação, sugerindo que as competências de comunicação empática dos profissionais de saúde estão relacionadas com o aumento dos níveis de adesão ao tratamento oncológico, parecendo beneficiar o funcionamento psicológico e o bem-estar global das pessoas com doença oncológica (Barth & Lannen, 2011). Na perspetiva de McCabe (2004), a comunicação centrada no doente afigura-se como um componente basilar do cuidar, nomeadamente em enfermagem, sendo um elemento *major* para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Face aos constrangimentos emergentes dos condicionalismos políticos e económicos vivenciados nos últimos anos, o cuidar em enfermagem tem-se revelado cada vez mais exigente e desafiante, porquanto ação intencional humana, que se caracteriza por um elevado comprometimento do enfermeiro, que tem como imperativo ético utilizar os seus conhecimentos e competências na relação terapêutica que estabelece com o doente (Arnold & Boggs, 2003; Bermejo, 1995; Honoré, 2004; Watson, 2002a, 2002b).

A comunicação terapêutica eficaz, arquitetada como requisito fundamental indissociável do cuidado e da sua legitimação, tem sido uma preocupação premente de algumas políticas e organizações de saúde, de tal forma que alguns países dispõem, atualmente, de projetos para implementar estruturas de certificação de qualidade, que obriguem a uma avaliação e classificação das competências de comunicação dos profissionais de saúde de cada instituição (Włoszczak-Szubzda & Jarosz, 2013).

Num campo tão vasto e elementar, como é o da comunicação terapêutica, afigura-se a relevância da comunicação não-verbal como uma das áreas mais enigmáticas da comunicação (Lage, 1996) e, simultaneamente, a que demonstra maior impacto nas relações que se estabelecem entre o profissional de saúde e a pessoa que sofre (Kissane *et al.*, 2011). Além disso, para o doente oncológico em sofrimento, aquilo que “é dito” em silêncio é mais facilmente captado, podendo-se assumir como uma via de abertura à relação de ajuda, ou pelo contrário, a um bloqueio que coloca em risco toda a relação (Dunne, 2005).

De acordo com Araújo e Silva (2007) e Sapeta (2011), muitos profissionais de enfermagem ainda desconhecem as técnicas de comunicação terapêutica, desenvolvendo atitudes de evicção e bloqueio comunicacionais, que se espelham sobretudo na comunicação não-verbal, especialmente no ambiente hospitalar mais focalizado para a cura de doenças agudas. Acresce ainda, que as próprias instituições de saúde não parecem valorizar nem reconhecer a importância das competências de comunicação dos enfermeiros (McCabe, 2004).

Por outro lado, segundo Kahn e Steeves (1986), apesar da convivência diária que os enfermeiros têm com o sofrimento na doença, em função do qual seria expectável que o estudo deste fenómeno estivesse profundamente intrincado nos *curricula* dos cursos graduados e pós-graduados de enfermagem, constata-se que, quer o estudo, quer a intervenção no sofrimento, têm estado pouco retratados na literatura de enfermagem e nos contextos de formação.

A investigação aponta, ainda, para uma carência, ao nível do desenvolvimento sistemático de conhecimento, sobre o sofrimento como experiência humana subjetiva na doença oncológica (Kahn & Steeves, 1995).

Ao ponderar sobre esta problemática, constata-se a escassez de estudos de enfermagem nesse âmbito, tão relevante para o cuidar em enfermagem, pelo que, julga-se pertinente a realização do estudo orientado pela seguinte pergunta de partida: *“Qual é a influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica, internadas em hospitais de agudos do distrito de Braga?”*

Partindo da questão orientadora formularam-se outras questões:

1) Qual a relação entre as competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros e a experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica?

2) Qual a relação entre as competências de comunicação empática dos enfermeiros e a experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica?

3) Qual a relação entre as competências de comunicação não-verbal e as competências de comunicação empática dos enfermeiros?

4) Qual o efeito mediador das competências de comunicação empática dos enfermeiros na relação entre as competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros e a experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica?

5) Qual a influência das variáveis sociodemográficas, profissionais e clínicas nas variáveis psicossociais?

Este estudo tem como objetivos: 1) analisar a influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica, internadas em hospitais de agudos no distrito de Braga; 2) analisar a influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica; 3) analisar a influência das competências de comunicação empática dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica; 4) analisar a influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros nas competências de comunicação empática dos enfermeiros; 5) analisar o efeito mediador das competências de comunicação empática dos enfermeiros na relação entre as competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros e a experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica; e, 6) investigar a influência das variáveis sociodemográficas, profissionais e clínicas nas variáveis psicossociais.

Esta dissertação está organizada em cinco capítulos. O primeiro capítulo corresponde ao enquadramento teórico, retrata o estado da arte sobre os temas relevantes para a compreensão do objeto de estudo. Inicia-se por uma breve contextualização do percurso epistemológico da disciplina de enfermagem, salientando o cuidar em enfermagem no contexto das transições. Por fim, apresenta-se a revisão da literatura, com exploração de modelos conceituais-chave, incidindo nos conceitos de sofrimento e comunicação terapêutica, explorando-se, essencialmente, as competências de comunicação não-verbal e as competências de comunicação empática, temáticas centrais neste estudo.

O segundo capítulo reporta-se à exposição detalhada da metodologia. Procede-se à descrição do tipo de estudo, dos objetivos, das variáveis e das hipóteses de investigação. Procede-se, ainda, à descrição dos instrumentos de recolha de dados, bem como dos procedimentos de recolha e de análise dos mesmos e às considerações éticas.

O terceiro capítulo diz respeito à apresentação, análise e interpretação dos resultados. Inicia-se pela caracterização do perfil sociodemográfico, profissional e clínico dos participantes; segue-se a caracterização da amostra atendendo às variáveis psicossociais de investigação, designadamente, em termos de estatísticas descritivas; prossegue-se com a exposição dos dados respeitantes às análises sobre os testes de hipóteses, tendo-se adotado a ordem pela qual estas foram formuladas.

No quarto capítulo procede-se à discussão dos resultados, optando-se, igualmente, pela ordem das hipóteses testadas. A discussão dos resultados tem início com a apresentação das limitações do estudo.

No quinto e último capítulo, faz-se uma conclusão dos principais achados. São apontadas algumas sugestões para estudos futuros, assim como as implicações dos principais resultados para o ensino, para a investigação, para a gestão e para a prática em enfermagem.

CAPÍTULO I

ENFERMAGEM: DISCIPLINA HUMANA PRÁTICA DO CUIDAR

“...Onde estamos e para Onde vamos...”

Neste capítulo procede-se a uma revisão da literatura, a qual gravita em torno dos conceitos-chave: o sofrimento e a comunicação terapêutica. No referente à comunicação terapêutica, destaca-se a comunicação não-verbal e a comunicação empática. Efetua-se uma breve contextualização da trajetória epistemológica da disciplina de enfermagem, salientando o cuidar no âmbito e no contexto das transições. Destaca-se o sofrimento enquanto experiência subjetiva, particularmente no contexto da doença oncológica, patologia vivenciada como uma crise geradora de transições, as quais exigem uma adaptação do indivíduo e respetiva família. Exploram-se os conceitos centrais, partindo da interação enfermeiro-doente, nomeadamente o da relação de ajuda em enfermagem. Identificam-se as barreiras e os bloqueios comunicacionais que perigam a eficácia da relação de ajuda terapêutica entre enfermeiro e pessoa com doença oncológica em sofrimento. Em jeito de conclusão, aborda-se, brevemente, o cuidar em enfermagem como intervenção terapêutica para o alívio do sofrimento na doença oncológica.

1.1. Enfermagem – Disciplina Humana Prática do Cuidar

A disciplina de enfermagem possui uma herança epistemológica cuja compreensão é fundamental para o reconhecimento do atual estatuto de disciplina humana prática do cuidar. A compreensão desse percurso é essencial para a construção de um futuro fundado numa postura crítica e reflexiva, sobretudo na atualidade, em que a elevada prevalência de doenças crónicas geradoras de vivências de transições saúde-doença, potencialmente causadoras de sofrimento, coloca desafios aos enfermeiros, nomeadamente em termos de comunicação na interação com os doentes e as famílias.

1.1.1. Perspetiva Multiparadigmática da Disciplina de Enfermagem

Numa análise sobre o percurso epistemológico da disciplina de enfermagem, distinguem-se dois períodos: 1) o período pré-paradigmático; e, 2) o período paradigmático. Em relação ao período paradigmático, Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major (2005) reconhecem três paradigmas: i) o paradigma da categorização; ii) o paradigma da integração; e, iii) o paradigma da transformação.

O primeiro paradigma, o da categorização, teve início por volta do século XVIII-XIX, na altura em que se começavam a identificar alguns agentes patogénicos e a relacioná-los com o

desenvolvimento de algumas doenças. Prevalencia o Modelo Biomédico com um domínio da atitude paternalista, sendo a pessoa encarada como a soma das suas partes, separadas e identificadas (Kérouac *et al.*, 2005; Ogden, 2012).

O segundo paradigma, o da integração, surgiu mais tarde, nos Estados Unidos, nos anos 50, altura em que emergiu a abordagem humanista e a expressão: “*a pessoa como ser bio-psico-socio-cultural-espiritual*”. A este paradigma subjaz o Modelo Biopsicossocial (Interacionista), no qual o profissional de saúde recolhe e organiza a informação sobre as diversas dimensões do doente, e avalia a sua saúde. A pessoa já não é encarada como uma vítima passiva, mas como agente ativo e corresponsável no seu processo saúde-doença (Ogden, 2012; Ribeiro, 1994). Foi no decorrer deste período, e numa conceção biopsicossocial, que surgiram os primeiros modelos conceptuais que permitiram aprimorar e desenvolver a prática dos cuidados de enfermagem, e orientar a formação e a investigação. Enquadram-se, neste âmbito, as seguintes escolas de pensamento: 1) Escola das Necessidades; 2) Escola da Interação; 3) Escola dos Efeitos Desejados; e, 4) Escola da Promoção da Saúde (Kérouac *et al.*, 2005).

No contexto da relação enfermeiro-doente, a escola da interação trouxe o contributo de algumas teorias de enfermagem importantes. De destacar Peplau (1990), que fundou a sua teoria na perspetiva Humanista Rogeriana da “Terapia Centrada no Cliente” e, para quem, a relação terapêutica é uma aliança potencialmente frágil e que tem de ser cuidada em todas as suas fases, sob pena de fracassar.

O terceiro paradigma, o da transformação, teve início nos anos 70, perspetivando os fenómenos como únicos, mas em interação com tudo o que os rodeia. Foi neste contexto que ocorreu a Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, e a Organização Mundial de Saúde elaborou a célebre Declaração de Alma-Ata (1978), reconhecendo oficialmente às pessoas a capacidade e a possibilidade de serem agentes e parceiros nas decisões de saúde. Destaca-se o Modelo Holístico (ou Integrador), no qual a relação profissional de saúde-doente se caracteriza por ambos serem livres criadores de significações (Ribeiro, 1994, 2010), tratando-se de uma relação de parceria. Neste paradigma podem ser enquadradas a escola do “Ser Humano Unitário” e a escola do “Cuidar” (Kérouac *et al.*, 2005).

1.1.2. O Cuidar Transicional em Enfermagem

Cossette, Cara, Ricard e Pepin (2005) consideram que o cuidar em enfermagem representa um prisma expressivo e profissionalizante do cuidado humano, bem como a essência

da profissão que se perfila em duas esferas distintas, i.e., a esfera objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e a esfera subjetiva, que se baseia na sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser.

O cuidar em enfermagem é considerado por vários peritos como o cerne da disciplina (Basto, 2009). Ideia corroborada por Sapeta (2011) que entende que para cuidar é necessário ter consciência e conhecimento acerca das possibilidades individuais, uma intenção para atuar de acordo com esse conhecimento e uma mudança positiva como resultado do cuidar, mantendo sempre uma atitude altruísta e responsável, orientada, unicamente, para o bem-estar dos outros. Cuidar requer, também, uma aprendizagem, o que implica prática, tempo e virtudes.

Nesta perspectiva, o cuidar em enfermagem pode ser equacionado como um processo facilitador de transições bem-sucedidas que não está sujeito a um início e a um fim medicamente determinado (Meleis & Trangenstein, 1994).

Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias e Schumacher (2000) são autores de uma teoria de médio alcance explicativa dos processos de transição, que possibilita a compreensão, interpretação e sistematização deste fenómeno. O conceito de transição é central na disciplina de enfermagem, pois os enfermeiros despendem de uma parte significativa da sua prática clínica a cuidar de pessoas que experienciam uma ou mais mudanças, com repercussões na saúde, designadamente, as doenças crónicas. Portanto, ao longo do ciclo de vida, todo o ser humano vivencia situações que exigem uma reorientação e uma redefinição do *eu*, o que gera processos de transição, que tornam as pessoas mais vulneráveis e expostas a riscos que afetam, potencialmente, a sua saúde e o seu bem-estar.

A transição reporta a uma mudança no estado de saúde, nas funções, nas relações, nas expectativas, nas habilidades e traduz-se numa constelação única de padrões de respostas contextualizadas num determinado período de tempo (Chick & Meleis, 1986).

O foco da enfermagem são as respostas humanas a eventos de saúde-doença, as quais, geralmente, implicam transições, ou seja, mudanças e instabilidade para o indivíduo em causa. Assim, dada a especificidade dos cuidados que estas fases exigem, os enfermeiros afiguram-se, frequentemente, como os principais cuidadores de doentes e famílias em fase de transição (Meleis *et al.*, 2000).

No fim da transição, espera-se que a pessoa atinja um período de maior estabilidade e se verifique um crescimento em relação ao que ocorreu e ao fator desencadeador (Meleis & Trangenstein, 1994).

A este respeito, somente no contexto de uma relação de parceria, é que o enfermeiro oferece a melhor compreensão ao outro, no seu sofrimento, e favorece as suas próprias escolhas, no contexto do projeto de saúde individual, que respeite e promova o autocontrolo e a autodeterminação (Watson, 2002b), tal como é requerido no contexto das transições de saúde-doença. Todavia, não obstante a evolução do pensamento em enfermagem, existe uma crença amplamente difundida nos cuidados de saúde, que diz respeito ao facto de ainda hoje se encarar que aquilo que se experiencia do ponto de vista subjetivo é irreal, o que acaba por ser pernicioso para uma correta abordagem do sofrimento na doença, nomeadamente em doenças crónicas tão prevalentes (Oliveira, 2014).

1.2. Experiência Subjetiva de Sofrimento na Doença

A doença confronta o indivíduo com a sua fragilidade e ameaça-o com a probabilidade de perdas significativas a diversos níveis (e.g., físico, psicológico, emocional, social, relacional, profissional), o que gera insegurança e falta de controlo, conduzindo à necessidade de uma ação adaptativa que não faz parte dos padrões de comportamento habituais do sujeito e cujo desfecho é desconhecido. Neste contexto, o sofrimento e a morte são algumas das possibilidades mais aventadas pelos sujeitos, o que se torna fortemente indutor de medo, ansiedade e gerador de *stress* (Gameiro, 1999).

Um dos maiores desafios que se colocam aos enfermeiros, reporta, pois, ao cuidar de indivíduos e grupos que vivenciam transições, de uma forma holística e individualizada, o que exige dos profissionais de saúde uma compreensão da experiência subjetiva e individual de sofrimento de cada doente.

1.2.1. A natureza do sofrimento humano

Apesar do alívio do sofrimento ser reconhecido desde a antiguidade como uma obrigação da medicina, este fenómeno universal, ainda hoje, carece de reflexão por parte dos profissionais de saúde (Bayés, 1998; Egnaw, 2005). Em virtude da prevalência da visão cartesiana, característica do Modelo Biomédico, que tem vigorado até aos nossos dias e não vê o doente como um todo, o sofrimento é preterido como foco da prática, do ensino e da investigação, e é substituído por outras entidades nosológicas, das quais se destaca a “*dor*” (Cassell, 2004).

Face à dicotomia mente/corpo, o sofrimento é assumido como um aspeto meramente subjetivo e os sintomas físicos são remetidos para a experiência de dor (Chapman & Gavrin, 1999;

McIntyre, 1995). No entanto, muito fica por explicar, quando alguém sofre na ausência de dor, ou até, quando se constata que alguém com dor nega estar em sofrimento (Pessini, 2002).

Porém, não é somente o conceito de dor que é utilizado para “camuflar” o sofrimento. Rodgers e Cowles (1997) apresentam um estudo no qual constatam que, frequentemente, o sofrimento é substituído por termos tais como depressão, ansiedade e angústia. Contudo, para os autores, estas alternativas terminológicas são resultado, quer da parca pesquisa sobre este fenômeno, quer da “conspiração do silêncio”, a qual tem impedido uma abordagem holística e multidisciplinar do sofrimento.

A verdade é que, como refere Oliveira (2014), muitos profissionais de saúde têm dificuldade em encarar o sofrimento dos doentes, ou porque isso acarreta um sentimento de culpa, ou porque os relembra da vulnerabilidade que todos os seres humanos têm face ao sofrimento. Assim, o sofrimento tem-se imposto, de forma sinuosa e corrosiva, como o novo “obsceno *tabu*”, que acaba por contribuir para um sofrimento acrescido dos doentes, os quais se sentem impotentes e incompreendidos.

No contexto de uma prática humanizada, que se aprende e se pretende, a ignorância do sofrimento da pessoa cuidada, não é de todo aceitável (Carnevale, 2009; Lindholm & Eriksson, 1993; McIntyre, 1995), e o maior contrassenso é quando se constata que são os próprios tratamentos que infligem sofrimento aos doentes (Cassell, 1999, 2004; Pessini, 2002). São exemplos destas terapêuticas, as habitualmente adotadas em contexto oncológico, como a quimioterapia, a radioterapia, as cirurgias de amputação, entre outras. Um estudo desenvolvido por Apóstolo, Batista, Macedo e Pereira (2006), com pessoas com doença oncológica, revela que, perante o desconforto da quimioterapia e da própria ameaça à integridade, o sofrimento acentua-se.

Acresce ainda que, sempre que há necessidade de internamento hospitalar, para além do sofrimento provocado pela doença e pela sua sintomatologia, o doente tem de enfrentar a incerteza, o medo, a fragilidade e a impotência associada a um processo de hospitalização, num ambiente estranho, adverso, afastado da segurança dos familiares e dos amigos (Martins, 2010).

Consequentemente, a natureza humana e conceptual da disciplina de enfermagem tem, necessariamente, de considerar o sofrimento da pessoa, como o foco fundamental das suas práticas, reconhecendo-o nas suas diferentes formas e expressões (Honoré, 2004; Krikorian, Limonero, & Maté, 2012; Lindholm & Eriksson, 1993). Só considerando a pessoa que sofre, e os seus contextos de relação e interação, como a família, igualmente sofredora, se consegue atingir

uma compreensão holística, necessária à avaliação e intervenção eficazes (Bidarra, 2010; Hinds, 1992; Paúl, 1995; Wright, 2005). Neste sentido, torna-se fundamental um entendimento verdadeiro sobre o conceito de sofrimento nas suas múltiplas dimensões.

1.2.2. Conceito de Sofrimento

O sofrimento pode ser definido como um estado de angústia severa e sem sentido que está associado a eventos que ameaçam a integridade da pessoa, bem como os seus projetos futuros (Cassell, 2004). Em última instância, o sofrimento é, fundamentalmente, uma questão pessoal, uma *experiência subjetiva* e, portanto, algo cuja presença e extensão só pode ser conhecida pelo próprio sofredor (Bayés, 1998; Gameiro, 1999; Krikorian *et al.*, 2012; Rodgers & Cowles, 1997).

Na perspectiva de Egnaw (2005), o sofrimento engendra uma “crise de sentido da vida” e compõe-se de uma consideração espiritual de importância suprema da existência, refletindo-se numa narrativa intensamente pessoal.

No contexto do processo saúde-doença, o sofrimento gera angústia, dor ou aflição física, emocional e espiritual, aspetos que, estão, constantemente, presentes na vivência de uma doença grave (Wright, 2005).

Apóstolo e colaboradores (2006) corroboram esta ideia, quando referem que a doença é uma enorme fonte de sofrimento, que faz com que a pessoa se confronte com os seus limites, com a perda e com o luto, repense os seus valores e procure incessantemente formas de o aliviar. Assim, o sofrimento constitui-se como uma experiência universal e inevitável do ser humano, “consciente de si”, e confrontado com a sua circunstância de vulnerabilidade, finitude e incompletude (Carqueja, 2009; Gameiro, 1999).

Porém, de acordo com Cassell (2004) e Gameiro (1999), o sofrimento também poderá ser encarado como um processo de readaptação faseado, uma transição, um valor, uma verdadeira oportunidade de crescimento e de transcendência pessoal que possibilita, em última instância, a passagem para um estado mais elevado de desenvolvimento afetivo-moral. Para que ocorra esta reconstrução após o sofrimento, a pessoa tem de possuir uma força do *self*, que se inscreve na capacidade do indivíduo usar os seus recursos internos (e.g., autoestima, competências adquiridas, defesas, *etc.*), e recursos externos (e.g., apoio social, ideais de grupo, valores socioculturais, *etc.*) para lidar com o sofrimento. Se, pelo contrário, a pessoa não detém

esta força do *eu*, poderá acabar por sucumbir ao sofrimento, predominando os aspetos negativos do mesmo (McIntyre, 1995).

Adicionalmente, Paúl e Fonseca (2001) reiteram que o conceito de sofrimento varia de pessoa para pessoa, e que isso se deve aos recursos pessoais (e.g., tempo, energia, dinheiro, apoio social, personalidade), assim como ao significado cultural atribuído a uma determinada doença, o qual (des)valoriza mais ou menos, estigmatiza, segrega ou protege. Saliente-se que o sofrimento é um processo dinâmico que varia não só de pessoa para pessoa, mas também na própria pessoa. Deste modo, se um acontecimento pode ser indutor de sofrimento, numa determinada ocasião da vida, num outro momento, perante a mesma situação, poderá não existir sofrimento. Esta visão está relacionada com a interpretação subjetiva da pessoa à qual é fundamental atender, quando se trata do binómio saúde-doença. Esta subjetividade existente na interpretação dos factos, não deve ser descontextualizada das transições normativas e não normativas que ocorrem ao longo do ciclo vital (Carter & Mcgoldrick, 2005; Chick & Meleis, 1986).

A totalidade da experiência humana, congregando o modo de cada um estar no mundo, constitui um campo fenomenológico, um quadro de referência, o qual é conhecido, apenas, pela própria pessoa, e que só pode ser aferido pelos outros através da comunicação empática. Assim, a forma como cada pessoa compreende e responde face a uma situação, depende da sua realidade subjetiva, e não somente das condições objetivas e observáveis da realidade externa (Watson, 2002b).

1.2.3. Tipologia do Sofrimento

A clássica dicotomia cartesiana distingue, pelo menos, dois tipos de sofrimento, i.e., o sofrimento físico e o sofrimento psicológico. No entanto, tal como já mencionado, uma abordagem holística do sofrimento requer uma compreensão globalizante, concebendo a pessoa no seu todo biopsicossocial, espiritual e sistémico, pelo que, a noção dicotómica revela-se reducionista, não permitindo um entendimento global que respeite a multidimensionalidade do fenómeno (Barbosa & Neto, 2010; Gameiro, 1999; Ramos, 2013).

Atendendo à conceção do sofrimento global como uma experiência biopsicossocial e espiritual, Barbosa e Neto (2010) classificam o sofrimento em quatro tipologias: 1) sofrimento físico; 2) sofrimento psicológico; 3) sofrimento relacional; e, 4) sofrimento espiritual.

Este modelo encontra-se ilustrado na Figura 1.

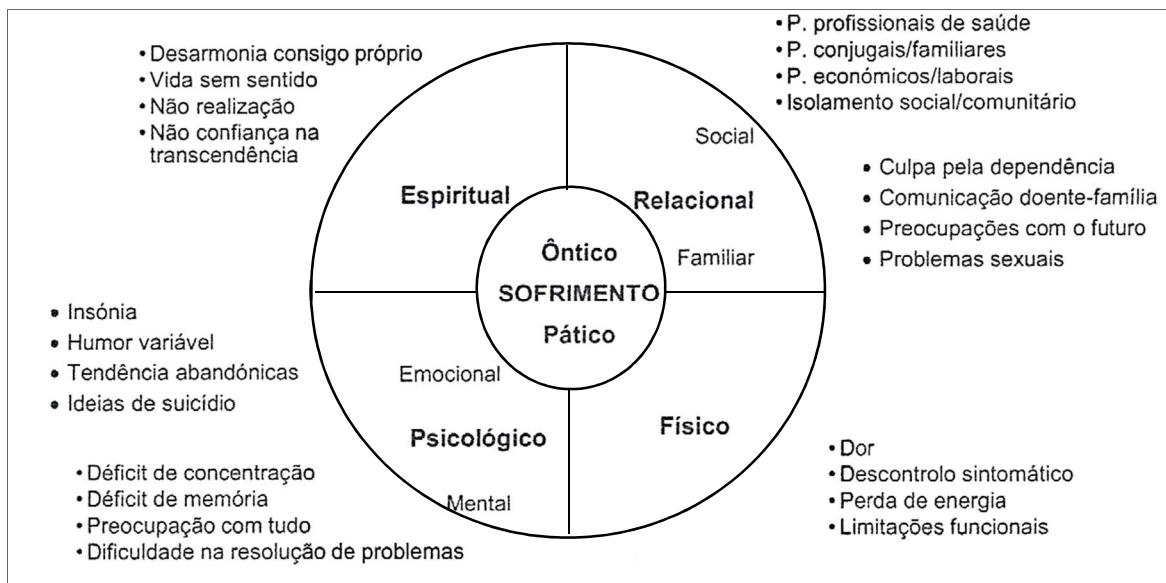


Figura 1. Tipologia de Sofrimento (adaptado de Barbosa & Neto, 2010).

No modelo da Figura 1, os autores situam o *sofrimento físico* em termos de dor e descontrolo de sintomatologia, destacando a perda de energia e as limitações funcionais. O *sofrimento psicológico* subdivide-se em sofrimento mental e emocional. O sofrimento mental reporta-se a sentimentos relacionados com a perda ou ameaça do *eu*, e inclui os esforços desenvolvidos para encontrar um sentido e manter o controlo. Nesta dimensão do sofrimento inserem-se, ainda, as dificuldades de memória e o descontrolo cognitivo decorrentes das várias perdas vivenciadas. Já o sofrimento emocional manifesta-se pela variabilidade de humor, as insónias, as tendências de abandono e o desejo de morte, com eventual ideação suicida. Ou seja, o sofrimento psicológico caracteriza-se pelos sentimentos que decorrem da perda, dos défices e das ameaças à identidade. O *sofrimento relacional* tem uma componente familiar e uma componente social. A componente familiar pode decorrer de vários fatores, como a perceção de sofrimento dos conviventes significativos, disfunções na comunicação, autculpabilização pela dependência, preocupações com o futuro, disfunções sexuais, problemas económicos e laborais, qualidade e tipo de apoio social e comunitário. A componente social respeita à perda de objetos importantes, de papéis ou estatutos sociais e da separação de pessoas significativas. O *sofrimento espiritual* está relacionado com as crenças religiosas, com o significado e o sentido da vida, traduzindo-se em várias dimensões: 1) sensação de realização deficitária e sentido de transgressão do passado, manifestado por sentimentos de vergonha, culpa e remorso; 2) sentimento de desarmonia consigo próprio, por avaliação negativa do presente, manifestada pelo desapontamento, infortúnio e desgraça; 3) perda de vontade de investir no futuro, manifestada por

sentimentos de futilidade, de falta de sentido para a vida, desesperança e alienação da transcendência (Barbosa & Neto, 2010).

Na opinião de Wright (2005), as crenças religiosas das pessoas e da família têm uma grande influência nas experiências de doença. Para esta autora, é necessário atender ao facto de que tais fatores podem concorrer como agravantes do sofrimento, sobretudo, se a pessoa acreditar que a sua condição de saúde decorre do facto de não ter vivido em congruência com as suas crenças religiosas, ou por não acreditar que as suas ações e comportamentos passados são dignos de perdão.

Aquino e Zago (2007) desenvolveram um estudo exploratório com o objetivo de identificar como é que a religião influencia a sobrevivência de pessoas com doença oncológica em sofrimento. Os resultados salientam a representação moral do cancro, as crenças religiosas, na trajetória desta doença e a negociação com a religião para a sobrevivência, como as variáveis mais eloquentes. Acrescentam que o significado emergente de *“expectativa de uma segunda oportunidade”* enfatiza a importância da religião como parte das redes de apoio que se articulam com o confronto, com o estigma do cancro, a expectativa de cura e as formas de organizar a vida quotidiana, na sobrevivência.

Na mesma linha de pesquisa, Carqueja (2009) refere que a prática religiosa não diminui a percepção de sofrimento, pelo contrário, os sujeitos com mais práticas religiosas apresentam maiores índices de sofrimento.

Contudo, será importante referir que, no que reporta à espiritualidade, Sá, Silva, Oliveira, Filipe e Gonçalves (2012) sustentam que a dimensão espiritual dos cuidados de enfermagem tem sido desvalorizada em relação a outras dimensões do cuidar. Aliás, no estudo que conduziram com doentes hemato-oncológicos, os autores concluem que os cuidados de enfermagem espirituais aliviam o sofrimento. As intervenções mais importantes no alívio do sofrimento consistem na escuta ativa, na facilitação do crescimento espiritual, no apoio espiritual, na promoção da esperança, no desenvolvimento de técnicas de massagens, no relaxamento, na terapia das reminiscências e na imaginação guiada.

Atendendo ao potencial adaptativo e mobilizador de estratégias de sobrevivência, que possibilita perspetivar o sofrimento de uma forma positiva, tal como foi anteriormente mencionado, Gameiro (1999) acrescenta a esta tipologia do sofrimento uma quinta dimensão – as *experiências positivas de sofrimento na doença*. Defensor da necessidade de desenvolver estudos de investigação que possibilitem definir, de uma forma mais empírica, as características do

sofrimento em situação de doença física, Gameiro (1999) desenvolveu um estudo de validação do Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD) (McIntyre & Gameiro, 1997).

Os resultados do estudo desenvolvido por Gameiro (1999) com doentes de patologias diversas, sugerem algumas proposições importantes, de entre as quais se destaca que: 1) não existem diferenças significativas entre as experiências subjetivas de sofrimento e o género, exceto no que diz respeito às experiências subjetivas de sofrimento psicológico, em que, para situações de igual morbidade psicológica e física, o sexo masculino experimenta, com maior intensidade, o sofrimento psicológico; 2) quanto à idade, os doentes do grupo etário dos 20-29 anos e os do grupo etário dos 40-49 anos expressam menor sofrimento na dimensão das experiências de sofrimento físico; e, 3) as experiências subjetivas de sofrimento não variam em função do tempo de internamento. Face ao exposto, considera-se fundamental atender à particularidade da experiência subjetiva de sofrimento no contexto da doença oncológica, para compreender os processos que desencadeiam esta condição de transição de saúde-doença.

1.3. Doença Oncológica

O cancro, ou doença oncológica, agrega uma panóplia de patologias que se caracterizam pelo crescimento incontrolável de células anormais (Otto, 2000; Stevens & Lowe, 1998) e que, de acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS, 2014), tem vindo a aumentar em termos de incidência, com particular destaque para os tumores da mama feminina, do cólon e do pulmão. A preocupação com a taxa de incidência desta patologia e as suas repercussões contribuíram para a conceção de um Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (2012b), destacando-a no contexto da ação dirigida à saúde da população.

A doença oncológica assume-se, atualmente, como uma doença crónica grave, a qual tem uma conotação especial pelos mitos e pelas crenças que lhe estão associados. Trata-se de uma doença que condiciona importantes transições, quer para o doente, quer para a sua família (Pereira, 2008; Ramos, 2013).

Apesar do aumento da sobrevivência, para muitos a doença oncológica persiste como sinónimo de morte, de dor, de sofrimento, de medo e de incapacidade (Justo, 2014; Pavlish, Brown-Saltzman, Jakel, & Rounkle, 2012). Por conseguinte, a doença oncológica, ainda hoje, representa uma deterioração significativa da qualidade de vida, não só pela gravidade da doença em si, mas também pelas reações adversas, e pelos efeitos potencialmente mutilantes dos

tratamentos (Aquino & Zago, 2007; Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira, & Reis, 2009; Koocher, 1986; Neves, 2002; Pereira & Lopes, 2005).

1.3.1. Impacto Psicossocial da Doença Oncológica

O diagnóstico de cancro é um acontecimento de vida que despoleta um turbilhão de emoções perante o qual o doente tem que mobilizar diversos recursos e capacidades individuais (Costa, 2013; Souza & Seidl, 2014). Acresce ainda que, na doença oncológica, raramente se pode falar de cura, mas sim de remissão, o que pressupõe um potencial de evolução negativo da doença que acompanha a pessoa com doença oncológica ao longo da sua existência (Ramos, 2013).

Deste modo, compreende-se que a doença oncológica tem um impacto significativo na vida do doente, sendo um potencial indutor de um estado de angústia severa, sobretudo, quando as estratégias de ajustamento não suplantam os desafios impostos. Importa, por isso, refletir sobre o *stress*, o *coping* e o ajustamento psicossocial à doença oncológica.

1.3.1.1. *Stress e Coping*

A palavra *stress* deriva etimologicamente do verbo latino *stringo*, *stringere*, *strinxi*, *strinctum*, que significa apertar, comprimir, restringir (Serra, 2002).

Segundo Mendes (2002), a temática do *stress* tem vindo a ser abordada essencialmente segundo três perspetivas possíveis: a) como estudo das respostas do indivíduo a nível biológico, psicológico e/ou social; b) como estudo dos fatores sociais, psicológicos e/ou biológicos potencialmente indutores de *stress*; e c) numa perspetiva transacional, que analisa a forma como o indivíduo percebe as exigências do meio e observa as suas capacidades para lhes fazer face.

Quanto ao *stress* como resposta do indivíduo, destaca-se o *Síndrome Geral da Adaptação de Selye*, teoria que define o *stress* como uma resposta não específica do organismo face a qualquer tentativa de alteração do seu equilíbrio, ou melhor, face ao desequilíbrio homeostático (Mendes, 2002).

Em relação ao estudo dos fatores sociais, psicológicos e/ou biológicos potencialmente indutores de *stress*, realça-se a perspetiva de Holmes e Rahe (1967, *cit.* Mendes, 2002), para quem os fatores indutores de *stress* envolvem qualquer acontecimento que cria mudança no padrão habitual do ciclo vital e que, por conseguinte, requer um ajustamento significativo no estilo de vida. Estas mudanças podem ser consideradas positivas ou negativas.

Quanto à perspectiva transacional, e segundo Lazarus e Folkman (1984), o *stress* consiste numa relação entre o indivíduo e o meio, que é percebida como nefasta ou incapaz de ser superada, ameaçando o seu bem-estar. Ou seja, o *stress* deriva de uma avaliação cognitiva que se compõe de três etapas: 1) uma *avaliação primária*, na qual a pessoa tenta entender o que a ocorrência tem de prejudicial ou de benéfico; 2) uma *avaliação secundária* na qual se ajuíza sobre os meios à disposição para lidar com a situação (e.g., recursos/estratégias de *coping*); e, 3) uma *reavaliação*, na qual se faz um balanço das possibilidades em função dos dados recolhidos.

De acordo com Serra (2002), a doença é um acontecimento do ciclo vital potencialmente indutor de *stress*, ou melhor, de *distress* (*stress* negativo). Nesse contexto, o diagnóstico de cancro pode ser dos eventos mais *stressantes* da vida de uma pessoa. Serra (2002) também subdivide o conceito de *stress* em *stress* positivo ou “bom *stress*” (*eustress*), e *stress* negativo ou “mau *stress*” (*distress*) e, ainda, reforça os constrangimentos que o doente tem que enfrentar, quando o aponta como um processo que compreende três fases: alarme, resistência e exaustão.

Nos seus estudos, Cardoso e colaboradores (2009), e Hopman e Rijken (2015) mostram que algumas pessoas com doença oncológica tendem a adotar estratégias de *coping* que bloqueiam a expressão das emoções, e que isso condiciona ansiedade e depressão. Contrariamente, para Maia e Correia (2008), as pessoas com doença oncológica que utilizam estratégias focalizadas no problema, com um estilo proativo (i.e., espírito de luta), e que procuram apoio psicossocial, conseguem manter uma autoestima mais elevada, com melhor qualidade de vida e melhor adaptação à doença oncológica. Gameiro (1999) também reconhece que o estilo proativo, ou espírito de luta, representa uma postura ativa, na qual o doente aceita o seu diagnóstico, mantém uma atitude otimista, quer participar nas decisões médicas e lutar contra a doença, o que, em última instância, contribui para as experiências subjetivas de sofrimento na doença.

De acordo com Díez, Forjaz e Landívar (2005), o estilo de *coping* refere-se à estratégia mais frequentemente utilizada por um indivíduo ao lidar com os eventos *stressantes* da sua vida e está intimamente relacionado com a personalidade de cada um.

No contexto específico da doença oncológica, existem alguns fatores que afetam as avaliações e estratégias de *coping* adotadas pelo doente, e que se referem às variáveis do contexto sociodemográfico e cultural (e.g., idade, apoio social, idade dos filhos, condição económica), às variáveis psicológicas (e.g., história de comorbilidades psicológicas prévias, tipo de personalidade),

e às variáveis clínicas (e.g., estadios da doença oncológica, o sistema orgânico afetado) (Díez *et al.*, 2005).

Destaca-se, portanto, a existência de múltiplas variáveis que concorrem para os estilos de *coping* adotados, os quais são essenciais no ajustamento à doença oncológica.

1.3.1.2. Ajustamento à Doença Oncológica

O conceito de ajustamento sugere uma mudança de um estado para outro, porém, a investigação tem vindo a destacar o ajustamento como se consistisse meramente na fase final do *coping* com uma determinada mudança. Propondo uma perspectiva que se focaliza nos processos envolvidos no ajustamento à doença oncológica, Brennan (2001) enfatiza uma abordagem psicossocial e desenvolvimental, a qual não se restringe ao *coping* com as exigências, e apresenta, como alternativa amplificada, o *Social Cognitive Transition Model* (SCT) de ajustamento ao cancro.

De acordo com o SCT, o ajustamento ao cancro é um processo contínuo de aprendizagem e de adaptação às inúmeras alterações que o indivíduo enfrenta face à condição de pessoa com doença oncológica. Deste modo, o grau de ajustamento depende do efeito da combinação das respostas de *coping*, do suporte social e da avaliação cognitiva da experiência de ter um cancro.

O SCT personifica a tentativa de considerar, não somente o ajustamento positivo ao cancro, mas também o ajustamento negativo, ao associar os conceitos da teoria sociocognitiva com a teoria do *coping*. Ou seja, este modelo enfatiza o contexto social no qual decorre a experiência da pessoa com doença oncológica. Efetivamente, como produto do seu desenvolvimento social, o indivíduo adquire uma matriz complexa de assunções acerca do mundo, que consiste num mapa cognitivo que está em permanente atualização. Este mapa mental, também designado por assunções nucleares, só se revela útil se possibilitar prever, avaliar e interpretar a experiência com precisão, permitindo ao indivíduo manter uma experiência coerente e relativamente estável do seu mundo.

Esta proposição sobre a matriz de assunções apresenta um paralelismo com o conceito de *Sentido Interno de Coerência* do *Modelo Salutogénico* de Antonovsky (1988). De acordo com este modelo, existe um conjunto de recursos flexíveis e criativos que entram em jogo quando o equilíbrio do organismo está em risco. São estes recursos que dão um sentido interno de coerência e possibilitam a atribuição de significado à existência, mesmo perante eventos negativos. Estes recursos podem ser de carácter genético, psicossocial ou material (e.g., conhecimento, inteligência, estratégias de *coping*, apoio social, religião) (Oliveira, 2014).

Os acontecimentos novos ou inesperados exigem uma elaboração ou expansão das assunções acerca do mundo. No caso das pessoas com doença oncológica, a situação agrava-se, pois experienciam níveis elevados de *stress*, visto que as suas assunções nucleares acerca do mundo são postas em causa. Acresce ainda, que as assunções nucleares que, habitualmente, são fraturadas perante a doença oncológica dizem respeito à trajetória de vida, e às representações acerca do próprio indivíduo, designadamente as representações de controlo e de valor pessoal, bem como a natureza das relações de afeto, as questões espirituais e existenciais (Brennan, 2001).

Não raramente, após um diagnóstico de cancro, que o indivíduo perspetiva como uma condição ameaçadora da sua vida, é habitual que ocorra uma desorientação inicial, a qual pode perdurar por horas ou mesmo dias, o que gera uma resistência da parte do indivíduo para aceitar aquilo que lhe foi comunicado. No contexto deste modelo SCT, o processo de negação tem como propósito o controlo da absorção de informação traumática para o indivíduo. Este mecanismo de defesa consiste numa estratégia temporária de preservação do modelo coerente do mundo que, se for mantida por demasiado tempo, pode resultar num ajustamento mal adaptativo, por ser impeditivo da reorganização das assunções nucleares (Brennan, 2001).

A doença oncológica pode ser perniciosa para a motivação individual, dado que o conhecimento da existência de uma expectativa de vida mais curta, pode conduzir o indivíduo a uma perda de aspirações e de objetivos, pelo que, não é raro verificar que as pessoas com doença oncológica deixam de fazer planos para o futuro, com o intuito de não se desapontarem, o que pode conduzir à falta de esperança e depressão (Brennan, 2001; Ogden, 2012).

A doença oncológica confronta, frequentemente, o indivíduo com a ameaça permanente da separação das pessoas que ama. Isto determina níveis elevados de *stress* e preocupação, não só pelo receio de deixarem o mundo, mas pela antecipação do processo de luto dos entes queridos. Assim se compreende que a natureza das relações e os papéis desempenhados são frequentemente reexaminados pelas pessoas com doença oncológica (Brennan, 2001).

Adicionalmente, em termos de transição, no contexto das relações íntimas, uma transição positiva pode originar relações interpessoais mais criativas, valorizadas e envolventes. Por outro lado, a solicitação de suporte social em resposta à doença oncológica, pode ser um fator facilitador de mudanças pessoais e sociais positivas. Todavia, se por ventura ocorrer uma transição negativa, isso pode conduzir a dificuldades nos relacionamentos, preocupação, ruminação, e *distress* entre os familiares (Brennan, 2001; Serra, 2002).

A doença oncológica pode provocar alterações importantes na relação do doente com o seu ambiente, o que determina uma modificação radical das assunções do indivíduo acerca do controlo e do seu valor pessoal que nem sempre é negativa. Na verdade, muitas pessoas com doença oncológica, ao reverem as suas assunções nucleares, descobrem um novo controlo e afirmação de valor pessoal, com uma acomodação às alterações físicas impostas pela doença oncológica. Habitualmente as pessoas com doença oncológica asseguram a recuperação do controlo optando por colaborar com os profissionais de saúde, tornando-se mais informados acerca da sua doença e tratamento (Brennan, 2001; Ogden, 2012).

Resumidamente, o modelo SCT é um modelo específico de ajustamento psicossocial à doença oncológica que reflecte sobre a revisão das assunções nucleares do doente oncológico, nas suas mais variadas dimensões, contemplando um ajustamento, que pode produzir efeitos positivos ou negativos e, essencialmente, não descarta o contexto intrapessoal e subjetivo da vivência da doença.

O conhecimento dos processos de ajustamento à doença oncológica é fundamental para a compreensão da experiência subjetiva de sofrimento. Ao compreender como a pessoa com doença oncológica vivencia a sua doença, o enfermeiro poderá planear e realizar intervenções de enfermagem, em parceria com o doente, que promovam um ajustamento positivo face à doença oncológica, independentemente do seu estadio.

1.3.2. Evidência Empírica sobre o Sofrimento na Doença Oncológica

O sofrimento na doença oncológica é uma consequência da interação dinâmica e mutável, em contextos específicos, entre a perceção de ameaça e a perceção de recursos, sendo modulada pelo humor do doente. Quanto mais o doente perceciona a situação como ameaçadora maior será o seu sofrimento (Bayés, 2009).

Um dos tratamentos mais temidos pelas pessoas com doença oncológica é a quimioterapia citostática, já que, frequentemente, tem efeitos secundários nefastos, tais como a alopecia, as náuseas, os vômitos, a fadiga, a mucosite, *etc.* (Pereira, 2008). Também as cirurgias mutilantes, tais como as mastectomias e as cirurgias com confecção de ostomias de eliminação (e.g., colostomias e ileostomias), contribuem para o sofrimento de pessoas com doença oncológica que a elas são submetidos.

Díez e colaboradores (2005), no seu estudo, constatarem que o sofrimento psicológico está correlacionado de forma negativa com a idade e a perceção de apoio social. Para além disso,

também concorrem para o sofrimento psicológico das pessoas com doença oncológica, as dificuldades familiares e os problemas de relacionamento, ter filhos com idade inferior a vinte e um anos, e as dificuldades económicas.

Saarnio, Arman e Ekstrand (2012), também, apontam, num estudo desenvolvido com pessoas com doença oncológica, que a situação de vulnerabilidade social aumenta o sofrimento destes doentes. Assim, as mulheres com cancro, com baixa escolaridade e pertencentes a uma minoria étnica, sofrem mais do que os doentes altamente qualificados pertencentes a uma maioria étnica.

Com o objetivo de conhecer a experiência da terapêutica quimioterápica na visão de doentes com cancro da mama, Anjos e Zago (2006) desenvolveram um estudo no qual constataram que estas mulheres apelidam a experiência de doença como uma “*perda do controlo da vida*”.

Igualmente, Silva (2008), na sua investigação, frisa que o sofrimento da mulher com cancro da mama transcende o sofrimento da doença em si, e congrega as representações e os significados culturais femininos atribuídos à doença, os quais influenciam os relacionamentos interpessoais.

Também, num estudo descritivo-correlacional com o objetivo de analisar a perceção das pessoas com doença oncológica, quanto ao sofrimento, Alves, Jardim e Freitas (2012) salientam a existência de níveis intermédios de sofrimento global nas pessoas com doença oncológica, e de correlação significativa entre a idade e a dimensão sofrimento sociorrelacional.

Morins (2009) com o objetivo de analisar a relação entre as dimensões *sofrimento* e *qualidade de vida* num grupo de pessoas com doença oncológica internadas num serviço hospitalar, e num outro grupo de doentes a realizar quimioterapia na mesma instituição, desenvolveu um estudo cujos resultados, nos dois grupos, salientam que: 1) os níveis de sofrimento das pessoas com doença oncológica situam-se entre o fraco e o moderado; 2) quanto menor o sofrimento da pessoa com doença oncológica, melhor o seu nível de funcionalidade e de qualidade de vida; 3) quanto menos sintomas (e.g., fadiga, dor, dispneia, insónia, anorexia) menor o sofrimento global, e maior o índice de experiências positivas de sofrimento.

Num estudo sobre o sofrimento em mulheres com cancro da mama, Costa (2015) mostra que a dimensão sociorrelacional do sofrimento atinge níveis superiores de sofrimento comparativamente com todas as outras. Este resultado indica que a doença compromete significativamente a dimensão social (e.g., papéis, atividades sociais, profissionais e lúdicas) e

relacional (relacionamentos interpessoais e de intimidade) sendo potenciadora do sofrimento. Não obstante, a investigadora também verificou que as experiências positivas de sofrimento são as segundas a registar índices mais elevados, o que sugere que apesar da adversidade da doença, estas mulheres com cancro de mama, conseguem encontrar um sentido positivo para a experiência de sofrimento. Quanto às variáveis sociodemográficas, no referido estudo, a escolaridade parece influenciar a experiência subjetiva de sofrimento na doença em todas as dimensões, com a exceção do sofrimento sociorrelacional.

Numa outra investigação, foi analisada a relação do sofrimento com a perceção de doença e fé religiosa. Os resultados indicam que as pessoas com doença oncológica apresentam valores de intensidade de sofrimento elevados, quase sempre acima dos valores intermédios das escalas. A dimensão de sofrimento sociorrelacional foi aquela que apresentou valores de intensidade de sofrimento mais elevados e, apenas, a variável sociodemográfica estado civil teve impacto no sofrimento, com as pessoas com doença oncológica não casadas a revelarem valores médios de intensidade de sofrimento psicológico, e valores ligeiramente mais elevados quanto ao sofrimento existencial e ao sofrimento sociorrelacional (Sobral, 2006).

Já o estudo de Capela e Apóstolo (2012) foi realizado com o objetivo de caracterizar o sofrimento de pessoas com doença oncológica em cuidados paliativos, e avaliar se a dor apresentava menor intensidade relativamente às outras temáticas de sofrimento. Os resultados revelam que estes doentes experienciam maior grau de sofrimento sociorrelacional e de sofrimento psicológico (médias 3.67; 3.49), nomeadamente nos aspetos afetivo-relacionais. A dimensão existencial apresentou menor média (3.28) e as experiências positivas de sofrimento níveis medianos (3.00).

Paralelamente, Krikorian, Limonero, Román, Vargas e Palacio (2014), cientes da complexidade da experiência subjetiva de sofrimento no contexto da oncologia, procuraram identificar preditores de sofrimento em doentes com cancro avançado, em contexto de cuidados paliativos. Os resultados revelam o seguinte: 1) o sofrimento físico e a perda de autonomia têm influência sobre a dimensão psicológica; 2) a dimensão psicológica manifesta-se através dos níveis de ansiedade, depressão, anedonia e humor alterado, e estes são preditores do nível de problemas no ajustamento, através do tipo de estratégias de *coping* escolhidas e pelo impacto que têm sobre a dimensão espiritual; 3) por sua vez, e concomitantemente, a dimensão espiritual (e.g., desespero, desejo de morte e perda do sentido da vida) é mediada pelo tipo de *coping* e pela magnitude dos problemas de ajustamento.

Do exposto, pode depreender-se que, apesar de constituir uma experiência individual e subjetiva, patente nas diferenças encontradas em termos de intensidade de sofrimento, nas distintas dimensões dos vários estudos mencionados, frequentemente, a doença oncológica é encarada como uma crise altamente *stressante* que desencadeia um processo de significações pessoais, que são as principais responsáveis pelo sofrimento. Isto porque, a doença oncológica, ao ter de ser integrada na identidade, implica uma redefinição da relação da pessoa com os outros e com o seu ambiente, uma redefinição das próprias expectativas e do sentido final da existência (Díez *et al.*, 2005; Ramos, 2013).

1.3.2.1. Modelo de Sofrimento na Doença Oncológica de Kahn e Steeves

Segundo Kahn e Steeves (1995), o sofrimento inicia-se através de dois processos relacionados, nomeadamente um intrapessoal e um interpessoal. A relação entre estes processos está representada na Figura 2.

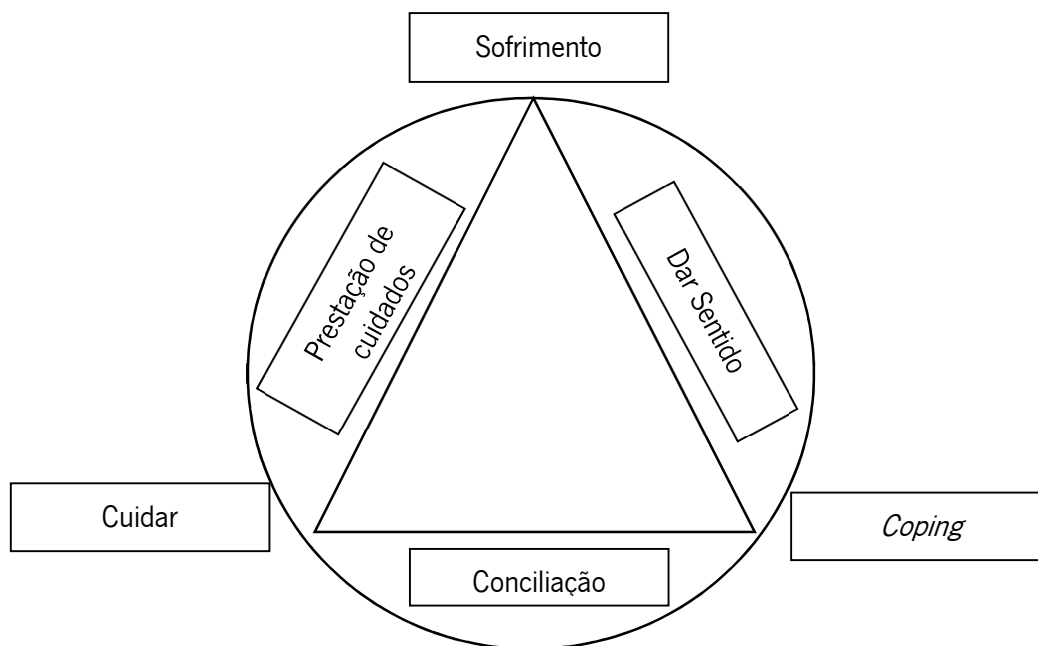


Figura 2. Processos Psicossociais e Sofrimento (adaptado de Kahn & Steeves, 1995).

No modelo ilustrado na Figura 2, o sofrimento está representado como o ápice de um triângulo com o cuidar e o *coping* na base. A assunção é a de que o sofrimento é a experiência central que motiva e guia as respostas de cuidado e as respostas de *coping*. Por conseguinte, a resposta dos enfermeiros ao sofrimento da pessoa com doença oncológica é o cuidar. Em conjunto, o sofrimento e o cuidar determinam o processo interpessoal de prestação de cuidados. No outro lado do triângulo, o *coping* é a resposta intrapessoal ao sofrimento, em que a pessoa

procura conferir-lhe um sentido, ou até modificar o seu significado negativo na condição global de pessoa com doença oncológica, de forma a conciliar o sofrimento. A base do triângulo descreve a interação entre a luta da pessoa com doença oncológica para enfrentar o seu sofrimento e o cuidado dos outros, de entre os quais os enfermeiros, que se envolvem na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica em sofrimento. Esta relação entre os dois processos é dinâmica, pois ambas as respostas de *coping* e as respostas de cuidado se influenciam e modificam continuamente (Kahn & Steeves, 1995).

De acordo com este modelo de sofrimento na doença oncológica, a resposta dos enfermeiros ao sofrimento destes doentes é, precisamente, o cuidar. A prestação de cuidados, no contexto de sofrimento, passa por intervenções de enfermagem complexas, procedimentos técnicos, administração de terapêutica, mas essencialmente, pelo estabelecimento de uma comunicação terapêutica, sustentada num verdadeiro calor humano.

Para Bayés (2004), o sofrimento poderia ser diminuído se os profissionais de saúde utilizassem ferramentas e competências de escuta ativa, o que facilitaria a comunicação e melhoraria substancialmente a qualidade da relação profissional no contexto da prestação de cuidados de saúde. Esta noção é partilhada por Gameiro (1999), quando refere que, face à natureza profundamente subjetiva e potencialmente avassaladora e isoladora do sofrimento, persiste uma necessidade de desenvolver um esforço de comunicação para aceder à experiência subjetiva de sofrimento na doença, o que é possível, somente, através de uma atitude empática, que personifica uma atitude de atenção fenomenológica e envolvimento existencial, i.e., um *estar com* e *atuar com* o outro.

Este cuidar imbuído de esforço na comunicação terapêutica, se não for bem conduzido, pode, inclusivamente, contribuir para o próprio sofrimento do doente, o que destaca a relevância do processo interativo das respostas de cuidado e de *coping* atrás mencionadas. Efetivamente, Paulo (2006), num trabalho de investigação sobre as narrativas da dor e do sofrimento na pessoa com doença oncológica em tratamento paliativo, refere que o sofrimento dos doentes pode resultar das relações com os profissionais de saúde, com os amigos, conhecidos e familiares; do sentimento contínuo de esperança/desesperança; da perda de continuidade; do confronto com a doença; da perda de controlo e da perceção de ausência de suporte social.

Uma revisão sistemática da literatura, com o objetivo de identificar as principais necessidades de comunicação dos doentes em fase terminal e seus familiares, e, ainda, com o objetivo de compreender de que forma a comunicação pode constituir-se como uma estratégia de

alívio do sofrimento, destaca a gestão da dor e do sofrimento, e a necessidade de comunicação dos doentes/família. No contexto específico da comunicação, esta nem sempre é valorizada ou satisfeita corretamente, dado que muitos enfermeiros têm dificuldade em comunicar com os doentes em fase final de vida (Almeida, Ferreira, Lança, & Rodrigues, 2011).

Halldorsdottir (1999) considera que o cuidar, a competência e o respeito no âmbito da interação enfermeiro-doente, afetam significativamente as pessoas com doença oncológica, as quais percecionam a indiferença dos enfermeiros como uma ausência de cuidado, desencadeadora de sentimentos de insegurança, desconforto, ansiedade, *stress*, diminuição da autoconfiança, diminuição da sensação de controlo, sentimento de rejeição e de discriminação.

Dos resultados dos estudos empíricos apresentados, sobressai o facto da grande maioria ter sido desenvolvida no âmbito dos cuidados paliativos. Nesse contexto do fim de vida, e de acordo com Costa (2015), a experiência de sofrimento na doença tem vindo, há muito, a ganhar relevo clínico e científico, no entanto, é um imperativo que o sofrimento passe a ser observado, investigado e aliviado, não só no caso dos doentes terminais, mas em todas as fases do curso da doença oncológica, onde inequivocamente o sofrimento está presente.

Tal como ficou evidente, o estudo da experiência subjetiva de sofrimento na doença reveste-se de grande importância. As pessoas com doença oncológica vivenciam transições que requerem cuidados de enfermagem holísticos, que atendam à pessoa e às suas circunstâncias como um todo. Considerar o sofrimento é um imperativo ético que não pode ser esquecido, e a comunicação terapêutica constitui um instrumento fundamental na prossecução do cuidar transicional e um elemento conciliador do sofrimento.

1.4. Comunicação Terapêutica

Atendendo ao Modelo de Sofrimento na Doença Oncológica descrito, o *cuidar* é um aspeto basilar na relação entre enfermeiro e doente, do qual não se pode dissociar a comunicação terapêutica. Para Coelho e Sequeira (2014), a comunicação terapêutica é essencial para a prática de enfermagem, visto que permite, de forma consciente e intencional, identificar e responder às necessidades de cada pessoa, contribuindo, simultaneamente, para a melhoria da qualidade dos cuidados. Não obstante, os autores acrescentam que a utilização deliberada da comunicação terapêutica ainda constitui um verdadeiro desafio para muitos enfermeiros.

1.4.1. Competências de Comunicação dos Enfermeiros

O termo comunicar é proveniente do latim – *communicare* – e significa “colocar em comum” (Ramos & Bortagarai, 2012). Trata-se de uma atividade humana básica e de uma condição da vida humana e da ordem social (Watzlawick, 1973).

No contexto da prática profissional de enfermagem, as competências de comunicação são fundamentais para uma prática de excelência e, não será de estranhar, tal como referem van Vliet e Epstein (2014), que a maioria das queixas formais na área da saúde estejam relacionadas com problemas de comunicação com os respetivos profissionais. Este aspeto destaca a importância do desenvolvimento de competências de comunicação no curso de licenciatura de enfermagem e, também, o reconhecimento da necessidade de um contínuo aperfeiçoamento das competências adquiridas, ao longo de toda a vida profissional. De facto, os cuidados de enfermagem foram definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001) como o exercício profissional da enfermagem que se centra na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade). A relação terapêutica, promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem, caracteriza-se pela parceria estabelecida com o doente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel.

Atualmente, considera-se que o desenvolvimento de competências comunicacionais constitui um objetivo essencial da prática e da formação em saúde (Carvalho *et al.*, 2010; Włoszczak-Szubzda & Jarosz, 2013). Estas competências de comunicação abrangem uma ampla gama de atitudes e comportamentos, nos domínios humanísticos, relacionais e clínicos da prática de enfermagem, constituindo um dos principais veículos para a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem (Cossette *et al.*, 2005).

Na interação enfermeiro-doente todo o comportamento tem o valor de uma mensagem/comunicação, e pode constituir-se como uma comunicação terapêutica (Sapeta, 2011). Assim, a comunicação pode estar presente na forma verbal e na forma não-verbal, e pode veicular conteúdos conscientes e conteúdos inconscientes (Ramos & Bortagarai, 2012). De salientar que, no contexto terapêutico, é a comunicação não-verbal que qualifica a interação humana imprimindo sentimentos, emoções e qualidades. Aliás, o próprio silêncio é extremamente significativo, e pode transmitir inúmeras mensagens em determinado contexto (Kozłowska & Doboszynska, 2012; Webb, 2011).

Neste âmbito, uma relação de ajuda entre profissional de saúde e doente, caracteristicamente empática, que atenda às necessidades da pessoa, respeite a sua

individualidade, fomenta a sua autoestima e incute esperança, é essencial para minorar o sofrimento do doente. Não obstante, isto exige competências de comunicação para as quais, frequentemente, os profissionais de saúde não se sentem preparados (Carnevale, 2009; Gameiro, 1999; Kearsley & Youngson, 2012).

1.4.2. Relação de Ajuda

Para Sapeta (2011), a relação de ajuda é um território privilegiado da disciplina de Enfermagem, que pode mesmo ser considerada intrínseca ao seu património. Esta aliança terapêutica, que é a relação de ajuda, constitui-se como um instrumento de cura e de autorrealização para a pessoa cuidada, que assim descobre o seu *self* autêntico. É no contexto desta relação que a pessoa encontra todas as suas possibilidades de autorrealização, crescimento e empoderamento (Green, 2006; Miller & Nambiar-Greenwood, 2011; Phaneuf, 2005; Pinto *et al.*, 2012; Stefanelli & Carvalho, 2005).

A relação de ajuda implica a presença (de estar por si), a reciprocidade (enquanto troca ou estar para o outro), o cuidado (acolhendo o outro) e, ainda, o laço emocional (Simões, Fonseca, & Belo, 2006).

Os princípios enunciados pelo Humanista Carl Rogers (2010), na sua Abordagem Centrada no Cliente, serviram de base para os preceitos fundamentais da relação de ajuda em enfermagem que consistem: 1) na *centralização sobre o ajudado*, considerando a natureza subjetiva das suas experiências; 2) na *consideração positiva*, reconhecendo no indivíduo as capacidades para superar as crises que se interpõem na sua vida; 3) na *aceitação incondicional*, sem julgamento, pela forma particular como a pessoa manifesta o seu sofrimento; 4) na *intervenção não diretiva* na qual não se pretende substituir o outro mas torná-lo apto a selecionar e a desenvolver estratégias de superação; 5) no *respeito caloroso*, com um envolvimento humano a humano baseado na afetuosidade compassiva, onde se inclui o sorriso aberto, o toque, e outras manifestações de carinho e de estima; e 6) na *autenticidade* patente numa atitude de espontaneidade, sinceridade e respeito.

No contexto da relação de ajuda em enfermagem, Phaneuf (2005) destaca precisamente o *olhar* partilhado na interação, que se compõe de uma expressão do sentido profundo atribuído mutuamente ao que é dito, e o *tocar* na qualidade de comportamento não-verbal de significado muito forte, pois, frequentemente, transmite mais sentido às mensagens do que propriamente as palavras ditas. Neste âmbito, Peplau (1990) contribuiu de forma decisiva para o desenvolvimento

da disciplina de enfermagem, através da Teoria das Relações Interpessoais, na qual descreve a relação enfermeiro-doente sob os auspícios da abordagem Rogeriana, com a relação de ajuda como corolário da terapia centrada no cliente. Para esta teórica, a relação enfermeiro-doente compõe-se de quatro fases independentes, mas que se sobrepõem e ocorrem durante o tempo da relação: 1) a fase de orientação; 2) a fase de identificação; 3) a fase de exploração; e, 4) a fase de resolução, tendo como objetivo o crescimento e o desenvolvimento pessoal face a um problema. Assim, no decorrer da relação, o enfermeiro pode desempenhar as seguintes funções: 1) papel de estranho; 2) papel de pessoa de recurso; 3) papel de professor; 4) papel de líder; 5) papel de substituto; e, 6) papel de conselheiro.

Considerando, de forma particular, cada uma das fases da relação enfermeiro-doente, na *fase de orientação*, a pessoa sente uma necessidade e recorre a ajuda profissional. Compete ao enfermeiro ajudar o doente a reconhecer e a compreender o seu problema e determinar a sua necessidade de ajuda. Segue-se a *fase de identificação*, na qual o enfermeiro possibilita a exploração de sentimentos, a fim de que, no final do processo de saúde/doença, e através da relação enfermeiro-doente, a personalidade do doente se fortaleça. No decorrer da *fase de exploração*, o doente procura maximizar a ajuda que lhe é oferecida através da relação, sendo que o enfermeiro pode projetar novos objetivos. Por fim, na *fase de resolução*, o doente coloca de parte os objetivos antigos, adota novos propósitos e, simultaneamente, liberta-se da identificação que desenvolveu com o enfermeiro no decorrer da relação (Peplau, 1990).

Para Simões e colaboradores (2006), a relação de ajuda pode desenvolver-se em duas vertentes, a formal e a informal. Nos contextos da prática, a relação de ajuda que se estabelece com maior frequência é a de tipo informal, enquanto nos encontros previamente agendados (e.g., consultas) ocorre uma relação de ajuda formal que se equipara ao designado *counselling*, o qual se pauta por um tipo de ajuda previsto, previamente estruturado, pontual e com uma vertente mais explícita. A este respeito, alguns autores mencionam que existem algumas condições particulares nas quais a relação de ajuda tem reconhecida importância. De entre estas situações podemos citar os doentes em sofrimento (Włoszczak-Szubzda & Jarosz, 2013); os doentes em fase terminal de vida (Araújo & Silva, 2007); e as pessoas com doença oncológica (Corso, 2012; Farrington & Townsend, 2014; Goldsmith, Ferrell, Wittenberg-Lyles, & Ragan, 2013; Phaneuf, 2005; van-Vliet & Epstein, 2014).

A relação de ajuda contribui para a adaptação à doença oncológica e ajuda a romper com o “secretismo” que a envolve, o qual ainda está diretamente relacionado com a sensação de

estigma que muitas pessoas com doença oncológica vivenciam (Cardoso *et al.*, 2009; Goffman, 1988; Robinson & Turner, 2003).

Saliente-se que um dos pilares da relação de ajuda é a *escuta ativa*, que se constitui como um vetor fundamental para aceder não só ao conteúdo verbal, mas também ao conteúdo não-verbal das interações, enquadrando os sentimentos que subjazem à comunicação (Pinto *et al.*, 2012). Aliás, foi precisamente a partir da Abordagem Centrada na Pessoa que foi atribuído um outro sentido à escuta. Na interação, o terapeuta intervém de forma a aumentar a informação do doente sobre a sua própria atividade mental, ajuda-o a expressar-se de forma a compreender-se a si mesmo, e a identificar o melhor para si, o que no contexto do sofrimento é extremamente relevante, porquanto fenómeno que impõe uma redefinição do *eu* (Souza, Pereira, & Kantorski, 2003).

Neste domínio, Riley (2004) destaca um aspeto muito importante da relação de ajuda e que perpassa o designado calor humano. Para esta autora, o calor humano é o verdadeiro catalisador das relações, impulsionador de emoções positivas potenciadoras de sentimentos de bem-estar, altamente facilitadores da cura e que, no contexto da doença oncológica, têm um papel fulcral. Especificamente, no contexto hospitalar, é necessário destacar a penosidade que a hospitalização assume na vida dos indivíduos e das suas famílias. Reconhecendo a necessidade do calor humano, que deve transmitir compaixão, Kearsley e Youngson (2012) definiram as três características de um "*Hospital compassivo*": a) a existência de um ambiente curativo; b) a existência de um sentido de união entre as pessoas; c) a existência de um propósito e identidade bem definidos, que integrem um núcleo de compaixão e que se traduzam numa maior satisfação para os doentes, para os familiares e para os profissionais de saúde.

Num estudo, Brito e Carvalho (2010) consideram que há alguns aspetos primordiais, aos quais os profissionais de saúde dos serviços hospitalares, que prestam cuidados a pessoas com doença oncológica, têm que atender: 1) a compreensão do momento difícil que está a ser vivenciado; 2) o real interesse pelos problemas e dificuldades do doente; 3) ser cordial e simpático no atendimento; e, 4) atuar com ética e responsabilidade. Segundo os autores, estes aspetos revelam-se fundamentais para a humanização dos cuidados no hospital.

Araújo e Silva (2007) corroboram a necessidade de uma relação de ajuda com pessoas com doença oncológica, particularmente, na fase terminal de vida, já que os doentes que participaram num estudo por eles desenvolvido, valorizaram aspetos comunicacionais dos enfermeiros, de entre os quais: 1) a capacidade dos enfermeiros constituírem uma fonte de

segurança e confiabilidade, ajudando-os a resolver as suas dificuldades e necessidades; 2) a capacidade de fornecerem apoio emocional e, se possível, o conforto espiritual; 3) serem capazes de demonstrar empatia e simpatia quando os doentes estão angustiados; e, 4) simplesmente estarem junto dos doentes quando eles estão moribundos num leito do hospital, valorizando assim os diversos aspetos da comunicação não-verbal.

Face à pertinência da comunicação não-verbal, incidir-se-á, de forma particular, nesta dimensão da comunicação.

1.4.2.1. Comunicação Não-Verbal

A comunicação não-verbal pode ser definida como o processo de comunicação através do envio e receção de mensagens, sem palavras faladas, na interação entre dois ou mais interlocutores (Freixo, 2011). Cerca de dois terços do que os seres humanos comunicam é transmitido por intermédio da linguagem não-verbal, a qual tem como funções, de entre outras, auxiliar na expressão de sentimentos e pensamentos, substituir a comunicação verbal e demonstrar a coerência entre a intenção e o discurso (Stefanelli & Carvalho, 2005).

Segundo Ramos e Bortagarai (2012), a comunicação não-verbal abrange cerca de 93% das possibilidades de expressão num contexto de interação social. A leitura da comunicação não-verbal pode contradizer a fala e, neste caso, a mensagem transmitida não-verbalmente irá prevalecer (Lage, 1996).

Phaneuf (2005) também defende que a pessoa cuidada, devido ao seu estado de vulnerabilidade, tem uma perceção aguçada destas contradições. Na verdade, esta autora salienta que as mensagens silenciosas do olhar, expressão facial ou postura são na sua grande maioria inconscientes e, por conseguinte, passíveis de trair a vontade do enfermeiro, transmitindo os seus verdadeiros sentimentos e colocando em causa um atributo fundamental da relação de ajuda, que é a autenticidade (Lage, 1996; Phaneuf, 2005).

A comunicação não-verbal pode ser classificada em Linguagem Cinésica, Linguagem Proxémica e Paralinguística, pelo que importa refletir brevemente sobre cada uma destas categorias (Freixo, 2011).

A *Linguagem Cinésica* é uma vertente da semiótica e compreende o estudo da linguagem corporal (e.g., movimentos, gestos, posturas e expressões faciais) no contexto da comunicação não-verbal. A mão e o braço constituem os principais transmissores do gesto, pelo que são os mais focalizados, contudo, os gestos dos pés e da cabeça também têm muito relevo.

A *Linguagem Proxémica* concerne ao uso do espaço no contexto da comunicação, ou seja, num processo de interação, a proxémica interessa-se sobre as mensagens latentes que resultam da distância espacial entre os interlocutores, da orientação do corpo e do rosto, da forma como se tocam ou se evitam, e do modo como se dispõem e posicionam entre os diversos objetos e espaços. Ainda no que diz respeito à Proxémica, o rosto humano sobressai, pois trata-se da área do corpo com maior importância no plano expressivo. De facto, existem duas áreas do rosto particularmente especializadas na expressividade: a área inferior (boca e nariz) e a área superior (olhos, sobrancelhas e testa). O autor assinala ainda que existem diferenças no uso do espaço interpessoal em função do género. Assim, em contexto de interação social, as mulheres, habitualmente, adotam uma distância inferior, aproximando-se mais do interlocutor e, também, toleram uma maior aproximação da parte do outro, independentemente do género do interlocutor com quem estabelecem comunicação. Para além disso, Arnold e Boggs (2003) consideram que as mulheres parecem ser mais eficazes na descodificação de significados não-verbais, e tendem a usar maior expressividade facial, mantendo mais frequentemente o contacto ocular, sorriem mais e tocam com mais frequência.

O estudo da proxémica, no decurso da interação fornece importantes dados sobre a intenção de iniciar, manter, ou interromper um encontro. Um movimento na direção de uma pessoa pode ser um sinal indicativo de que existe intenção de interagir, enquanto afastar-se do interlocutor pode comunicar a intenção de suspender o encontro (Freixo, 2011; Ivey, Ivey, & Zalaquett, 2010).

Finalmente, a *Paralinguística* reporta-se a um conjunto de sinais que exteriorizam os estados emocionais do indivíduo, podendo informar e confirmar o teor das palavras proferidas. Destacam-se o timbre de voz, a entoação, as projeções, as articulações, as modulações, as pausas, os ritmos e intensidades dos sons, bem como os silêncios (Freixo, 2011; Ivey, Ivey, & Zalaquett, 2010).

No caso concreto do silêncio, este pode ter várias funções na interação enfermeiro-doente, podendo-se assumir, inclusive, como estratégia de comunicação de grande mestria (Lage, 1996; Veríssimo & Sousa, 2014).

Back, Bauer-Wu, Rushton e Halifax (2009) entendem que os silêncios estão repletos de textura e sentimento, e tanto podem ter efeitos terapêuticos, como podem ser neutros, ou até destrutivos para a relação terapêutica. Estes autores propuseram uma tipologia de silêncios por constatarem a existência de poucos estudos, neste âmbito, e acreditarem que é necessário

impulsionar a investigação sobre o efeito dos silêncios na relação terapêutica, classificando-os em: silêncios constrangedores, silêncios convidativos e silêncios compassivos.

Os *silêncios constrangedores* concernem os silêncios que são percebidos como longos e que se arrastam no tempo, transmitindo uma sensação de estranheza ao doente, o qual, provavelmente, os interpreta como julgamento, ambivalência ou desaprovação. Os *silêncios convidativos*, em oposição aos constrangedores, constituem um convite. Assim, nestas situações, o profissional de saúde cria um silêncio com a intenção de transmitir empatia, permitindo que o doente pense e sinta, ou ingresse na comunicação de uma outra forma. Os *silêncios compassivos* são silêncios que requerem processos mentais intencionais ativos, e que se baseiam profundamente na empatia e na compaixão (Back *et al.*, 2009).

A este respeito, Kacperek (1997), num artigo de reflexão pessoal sobre a sua prática de enfermagem, afirma que esta ficou reforçada quando perdeu a voz, subitamente, por questões de saúde. Surpreendentemente, ao ser incapaz de falar, constatou que a relação que estabeleceu com os doentes melhorou significativamente. Para a autora, os doentes responderam positivamente a uma abordagem mais calma, com uma comunicação silenciosa. Na verdade, o uso das competências de comunicação não-verbal, tais como o silêncio, a expressão facial, o contacto e a proximidade física, facilitaram a escuta ativa, ajudaram a desenvolver a empatia, a intuição e a presença. “*Estar com*” silenciosamente revelou-se uma forma eficaz de comunicação.

Em síntese, a comunicação não-verbal tem um papel primordial na comunicação terapêutica e no seio da interação enfermeiro-doente. Torna-se, deste modo, compreensível que o treino de competências de comunicação, designadamente da comunicação não-verbal, seja tão relevante para os profissionais de saúde (Bermejo, 1995). No entanto, Melo e Raposo (2007), no âmbito de um estudo, constataram que, apesar da filosofia humanista subjacente ao ensino de enfermagem, alguns enfermeiros, particularmente os recém-formados, no desempenho das suas funções, apresentam um défice de competências relacionais/comunicacionais.

Nishizawa e colaboradores (2006), conscientes da importância da comunicação não-verbal na relação enfermeiro-doente, desenvolveram um estudo comparativo entre as competências de comunicação não-verbal de estudantes de enfermagem e as competências de comunicação não-verbal de enfermeiros experientes, com o intuito de obter indicações específicas para o ensino de enfermagem. Os resultados revelaram que 90% dos alunos de enfermagem interagem com os doentes de pé e não estabelecem contacto ocular ao mesmo nível. Para além disso, a duração dos gestos ao nível das mãos, foi significativamente menor no grupo de

estudantes. Os autores consideram que estes resultados salientam a importância de desenvolver um programa educacional que possibilite o treino e o desenvolvimento específico de competências de comunicação não-verbal.

Paralelamente, o estudo de Montague, Chen, Xu, Chewning, e Barret (2013) mostrou uma correlação positiva entre a comunicação não-verbal e a comunicação empática, ou seja, estas vertentes da comunicação estão verdadeiramente relacionadas uma com a outra. Face a esta correlação, competirá, neste ponto do trabalho, refletir sobre a comunicação empática dada a importância crucial que esta assume na relação de ajuda entre enfermeiro e doente.

1.4.2.2. Comunicação Empática

A empatia é um termo que deriva do vocábulo *Einfühlung* que, inicialmente, era utilizado para descrever a experiência estética nas várias formas de arte (Hackney, 1978; Nunes, 2010). Adotado pelos psicoterapeutas, este termo consubstancia que, ao procurar compreender o *mundo vivido*, o psicoterapeuta necessita de estar imbuído de empatia, porque de outra forma lhe é impossível “penetrar” no mundo do outro (Moreira, 2009).

A comunicação empática compreende um processo complexo onde ocorre uma integração orgânica total que se distingue da simples simpatia, atributo este de cariz emocional, que envolve sentir a dor e o sofrimento do outro sem que disso advenha um crescimento pessoal (Davies, 2014; Hojat, 2009).

A empatia compreende um fenómeno multidimensional, com componentes emocionais, cognitivos, comunicativos e relacionais, que implica a utilização de várias abordagens na sua avaliação, entre as quais, abordagens fenomenológicas. Trata-se da capacidade de participar vicariamente e compreender a experiência e emoções dos outros. Logo, no contexto da relação de ajuda, o enfermeiro tem de perceber o que o doente está a sentir, entrar imaginariamente no seu mundo, tentar compreender as suas comunicações, e o que é para aquela pessoa, ser precisamente aquela pessoa (Stefanelli & Carvalho, 2005).

A construção da empatia é faseada e, em última instância, uma experiência holística que envolve uma série de oposições: 1) subjetividade *vs.* objetividade; 2) consciência *vs.* pré-consciência; 3) emoção *vs.* cognição; 4) físico *vs.* psicológico; 5) proximidade *vs.* distância; 4) intrapsíquico *vs.* interpessoal (Williams, 1990).

De acordo com Riley (2004), a empatia tem de ser expressa e, normalmente, assume-se como uma expressão de compaixão, a qual pode assumir a conformação de comunicação verbal

e/ou comunicação não-verbal. Somente, desta forma, o doente pode constatar que é efetivamente aceite e compreendido (Miller & Nambiar-Greenwood, 2011; Phaneuf, 2005).

Portanto, para exprimir empatia, o enfermeiro tem ao seu dispor as respostas-reflexo que apresentam quatro níveis de interpretação: 1) *Reiteração*, que reflete os acontecimentos, os factos e as opiniões; 2) *Reformulação*, que possibilita a precisão de algumas particularidades da perceção do terapeuta através da devolução das mesmas ao cliente; 3) *Reflexo de sentimentos*, que visa aprofundar as emoções mais evidentes; 4) *Reflexo de elucidação*, o qual possibilita a expressão e validação de sentimentos mais profundos que a pessoa não compreende bem, ou não consegue distinguir de outros sentimentos e emoções, e que, por conseguinte, tem dificuldade em aceitar e verbalizar (Phaneuf, 2005).

Para além destas respostas-reflexo, Phaneuf (2005) menciona que o enfermeiro dispõe de recursos para manifestar a sua empatia, entre os quais, a *linguagem do seu corpo*, a *expressão do seu rosto*, um *olhar de compaixão*, um *tom de voz em uníssono* com o da pessoa ajudada, ou seja, a comunicação não-verbal. O que é consubstanciado por Nunes (2010) quando refere que a empatia requer uma intensa concentração e está dependente da conjugação de dois componentes não-verbais: 1) *sensibilidade ou descodificação*, ou seja, a capacidade de compreender as emoções dos outros através da linguagem não-verbal; e, 2) a *expressividade e precisão*, que se reflete na capacidade de expressar emoções através da linguagem não-verbal.

O processo de desenvolvimento e expressão de empatia, segundo Davies (2014), compreende quatro componentes. Especificamente, a empatia moral, a empatia cognitiva, a empatia comportamental e a empatia emotiva.

Quanto à *empatia moral*, ela representa a disposição e motivação intrínseca de um enfermeiro para ser empático nas relações interpessoais. A empatia moral é invocada quando um enfermeiro se expõe à dor e ao sofrimento do outro, visando responder ao desejo natural e profundamente humano do doente, de percecionar a compaixão e cuidado genuíno da parte dos enfermeiros. A partir da empatia moral, estão reunidas as circunstâncias para a expressão da *empatia cognitiva*, que se refere à capacidade de compreender, avaliar e considerar criticamente as circunstâncias de outra pessoa, ou seja, trata-se de compreender o estado emocional do doente. Uma vez que a componente cognitiva da empatia esteja presente, o componente de *empatia comportamental* pode ser iniciado, desde que a prática do enfermeiro vise demonstrar a sua compreensão e perspetiva das emoções do doente. Esta compreensão empática pode ser comunicada, tanto através da comunicação verbal como através da comunicação não-verbal. No

que concerne à comunicação não-verbal salientam-se os acenos com a cabeça, para demonstrar atenção, o sorrir nos momentos adequados e a manutenção do contacto ocular. Finalmente, a *empatia emotiva* corresponde ao componente afetivo da empatia que, obrigatoriamente, deve ter subjacente uma abordagem holística, que possibilite compreender verdadeiramente os sentimentos do doente (Davies, 2014).

Estas ideias conceptuais remetem-nos para um processo faseado e crescente de empatia.

Neste âmbito, já, em 1969, Carkuff (ver Arnold & Boggs, 2003) descreve cinco níveis de empatia: 1) No *nível 1* de empatia, existe ainda um desconhecimento da mensagem. Trata-se do nível mais baixo de empatia, no qual não existe qualquer evidência de escuta ativa ou de compreensão de sentimentos; 2) No *nível 2*, existe um reconhecimento superficial da mensagem e o enfermeiro tende a minimizar ou ignorar as emoções e sentimentos do doente; 3) No *nível 3*, já existe um reconhecimento da mensagem e o enfermeiro responde ao significado das emoções do outro, ou seja, a comunicação verbal do enfermeiro já reflete uma preocupação com os sentimentos do doente; 4) No *nível 4* de empatia, existe um reconhecimento da mensagem e dos sentimentos óbvios, pelo que, assiste-se a uma vontade manifesta do enfermeiro de entender as preocupações do doente, no entanto, persistem significados ocultos e sentimentos dos quais o enfermeiro ainda não tem consciência; por fim, 5) No *nível 5* de empatia, ocorre um reconhecimento terapêutico da mensagem, repleta de significados ocultos. O enfermeiro tem uma visão clara e objetiva dos sentimentos do doente, inclusivamente dos que são ocultos ao próprio doente.

1.4.2.2.1. Ensino da Empatia

Finda esta breve abordagem descritiva dos conceitos-chave que envolvem uma compreensão conceptual da empatia como um atributo tão complexo, surge a questão da empatia poder ser uma entidade alvo de ensino/aprendizagem, ou se pelo contrário, se constitui como uma característica inata.

Para Crews (1979), a empatia não é inata nos indivíduos que escolhem uma profissão de ajuda, como é o caso da enfermagem, mas constitui uma qualidade primária para o estabelecimento de uma comunicação eficaz. No entanto, de acordo com Davis (1990), a empatia pode ser facilitada, bloqueada, interrompida, mas não forçada. O autor salienta que, apesar de Rogers, no seu trabalho inicial, descrever a empatia como uma habilidade que pode ser ensinada,

nas suas últimas obras já admitiu que a empatia não era tanto uma habilidade, mas uma forma de ser e de estar.

Neste âmbito, Costa e colaboradores (2014) desenvolveram um estudo multi-institucional com o objetivo de avaliar se existiam diferenças de personalidade entre os alunos com altos níveis de empatia e os alunos com baixos níveis de empatia. No estudo estiveram envolvidos 472 estudantes de três escolas de medicina portuguesas, e os resultados revelaram que a personalidade contribui de forma significativa para identificar, desde logo, os alunos mais empáticos.

Não obstante a empatia estar relacionada com a personalidade, segundo Davis (1990), é ainda possível favorecer e facilitar a ocorrência de empatia através de experiências que aumentam a autoconsciência, a compreensão oral, o respeito e tolerância para com as diferenças. Ou seja, a empatia pode ser fomentada através do ensino de habilidades de entrevista humanísticas, pois a ansiedade, a insegurança, o preconceito e a baixa autoestima podem perigar a presença terapêutica para com os outros, e impedir a comunicação empática.

Questionando se a empatia sofria um declínio, ao longo do tempo e, concretamente, no decorrer da formação médica, Costa, Magalhães e Costa (2013) encetaram também um estudo longitudinal com o objetivo de analisar a empatia durante a formação médica, em três momentos: 1) na admissão ao curso; 2) no final da fase pré-clínica; e 3) no início do treino clínico. Os dados foram recolhidos através da Escala de Empatia Médica de Jefferson (versão estudantes adaptada para população portuguesa) e analisados com a modelagem de crescimento latente, condicionada pelo género, abertura e afabilidade. O modelo demonstrou que a empatia dos estudantes de medicina não diminui ao longo do tempo.

No contexto específico dos estudantes de enfermagem, Cunico, Sartori, Marognoli e Meneghini (2012) desenvolveram um estudo com o objetivo de determinar, se um curso específico de formação melhorava as competências de comunicação empática dos estudantes de enfermagem, de um curso de graduação, com a duração de três anos. Os resultados revelaram que o curso de formação foi eficaz, especialmente no grupo de estudantes do género feminino, demonstrando a relevância clínica do ensino das competências de comunicação empática.

Também, num estudo desenvolvido por Coelho e Sequeira (2014), em colaboração com a Ordem dos Enfermeiros, no qual participaram 448 enfermeiros, constatou-se que mais de 90% dos inquiridos reconhece que a comunicação terapêutica é fundamental, mas respetivamente 23.5% e 35.6% não concordam com o uso intencional e com o valor clínico autónomo da mesma.

Estes dados poderão ser úteis para orientar a formação das competências de comunicação dos enfermeiros, nomeadamente das competências de comunicação empática, cuja aplicabilidade na prática clínica se defronta com potenciais obstáculos.

1.4.2.2.2. Potenciais Obstáculos à Empatia

Para Phaneuf (2005), as potenciais barreiras à comunicação empática, constituem um tema “quente” e englobam: 1) dedicação exclusiva às tarefas de cariz técnico e organizacional; 2) ter uma personalidade autoritária; 3) a falta de disponibilidade e de tempo; 4) fazer juízos de valor e ter preconceitos.

Também a Comissão de Ética do Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia, emitiu, em 2011, um parecer exclusivo sobre a empatia, acrescentando alguns potenciais obstáculos à comunicação empática sobre os quais importa refletir: a) a diminuta preparação dos profissionais de saúde, em termos de competências de comunicação; b) o receio de um possível desgaste, por excesso de envolvimento com os doentes; c) o contexto económico, que condiciona o tempo que se pode despende a cuidar de cada doente; d) as reações negativas dos profissionais de saúde perante a desinformação dos doentes, os quais, atualmente, acedem à informação mais facilmente, muita da qual é errónea; e, e) a própria cultura que subjaz os serviços de saúde, onde não existe uma valorização da empatia.

Morse, Bottorff, Anderson, O'Brien e Solberg (1992) criticam o modelo de comunicação empática adotado pela enfermagem, referindo que o conceito de empatia em enfermagem, ao ter derivado do aconselhamento psicológico, acaba por ser demasiado simplista e pouco adaptado à disciplina. Acrescentam que a adoção acrítica do conceito de empatia consiste num ajuste pobre, que pouco influencia a prática clínica, traduzindo-se em resultados que ficam aquém do esperado, em termos de comunicação com os doentes. Assim, para Morse e colaboradores (1992), um modelo de comunicação empática eficaz tem de enfatizar o processo real de envolvimento emotivo com o sofrimento na doença, o qual perpassa a sensação subjetiva e reflexiva que desperta, vicariamente, quando um enfermeiro testemunha o sofrimento do doente, traduzindo-se naquilo que denominam de empatia emocional/emotiva, ou seja, numa experiência verdadeiramente compartilhada face ao sofrimento do outro.

Testemunhar o sofrimento dos doentes evoca nos enfermeiros expressões de primeiro nível, que são reflexivas e espontâneas nos seres humanos (e.g., emoções primárias) e que, frequentemente, despoletam expressões de conforto verbal (e.g., simpatia, piedade, compaixão,

consolação ou reafirmação reflexiva). Mas, estas expressões de primeiro nível são, frequentemente condicionadas, ao longo dos percursos de formação, em enfermagem, onde se valorizam respostas empáticas ditas mais “profissionais”. A desvalorização destas respostas reflexas pode limitar seriamente o cuidado de enfermagem, pois o enfermeiro é acima de tudo um ser humano, e tem de estar disposto e ser capaz de experimentar, ou compartilhar o sofrimento do outro, a fim de lhe responder de forma significativa. Por outro lado, a exposição constante ao sofrimento na doença, acaba por “esgotar” o enfermeiro do ponto de vista emocional pelo que, frequentemente, os profissionais aprendem a redirecionar, alterar ou a silenciar este despertar espontâneo das respostas empáticas de primeiro nível, e começam a usar as designadas respostas de segundo nível (Morse *et al.*, 1992).

No contexto das respostas de segundo nível, o enfermeiro não se centra no sofrimento do doente, mas sim na sua autoproteção, o que contribui para um pseudoenvolvimento, no qual o enfermeiro tenta imaginar como se sente o doente, mas não se envolve verdadeiramente na sua experiência. Consequentemente, de acordo com Morse e colaboradores (1992), estas respostas são demasiado objetivas, deliberadas, inflexíveis e predeterminadas, e produzem um envolvimento emocional demasiado pobre, sem que disso advenha benefício para a interação enfermeiro-doente, podendo gerar diferenças na avaliação da comunicação não-verbal e da comunicação empática no seio desta relação, uma vez que um enfermeiro pode caracterizar-se como empático, e, no entanto, a perspetiva do doente pode ser muito diferente.

Birdsall (1991) desenvolveu um estudo com oitenta enfermeiras e oitenta doentes, a fim de investigar a relação entre a perceção dos doentes e das enfermeiras, e concluiu que as enfermeiras se avaliaram em níveis mais elevados do que os doentes. Já no contexto português, e com o objetivo de descrever a diferença de perceções nos autorrelatos das enfermeiras e nos heterorrelatos dos clientes, quanto às competências de empatia e comunicação não-verbal das enfermeiras, Lage (1996) realizou um estudo utilizando uma Escala de Comunicação Não-Verbal (na versão clientes e na versão enfermeiras) de McIntyre & Lage (1996), e uma Escala de Comunicação Empática (na versão clientes e na versão enfermeiras) de McIntyre & Lage (1996), cujos resultados se revelam muito pertinentes. Nesse estudo, com cinquenta pares de enfermeiras/doentes, a investigadora constatou que, ao nível das competências de comunicação não-verbal, as enfermeiras percecionam as suas competências como mais elevadas em comparação com a avaliação que os doentes lhes atribuem. Estas diferenças concentraram-se em conteúdos relativos à *postura, proximidade, atenção e expressividade*.

No âmbito da empatia, as enfermeiras autoavaliam-se como mais empáticas em relação à heteroavaliação dos clientes, e as diferenças de perceção estenderam-se às três dimensões da empatia, sendo especialmente acentuadas na subescala da *influência* (Lage, 1996).

Lage (1996) constatou, ainda, que o género dos clientes influenciou o relato de comunicação não-verbal das enfermeiras em estudo, percecionando-se estas como mais competentes, nesta área, face à avaliação dos clientes do sexo masculino.

Quanto à idade, as enfermeiras eram percecionadas como menos competentes, em termos de abertura, pelos clientes mais jovens e mais idosos. Na opinião de Lage (1996), as discrepâncias nas perceções, anteriormente descritas, dão importantes subsídios para a prática clínica, uma vez que podem revelar a existência de obstáculos ao papel de ajuda dos enfermeiros. Em termos de formação em competências de comunicação dos profissionais de saúde, os achados realçam, também, a importância de desenvolver programas de formação graduada e pós-graduada que incidam nestes aspetos da comunicação não-verbal.

1.4.3. Obstáculos na Comunicação entre Enfermeiros e Pessoas com Doença Oncológica

Comunicar no contexto da doença oncológica suplanta o mero fornecimento de informações. Aliás, tal como referem Ferrell e Coyle (2008), trata-se da arte de ouvir e testemunhar o sofrimento presente em todas as fases da trajetória da vivência com uma doença oncológica: o *diagnóstico*, o *tratamento*, a *remissão* e a *recidiva*.

Compete aos enfermeiros reconhecer a pessoa com doença oncológica como um ser social e agente intencional de comportamentos, os quais têm por base valores, crenças e desejos de natureza individual, o que faz de cada pessoa um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (Saraiva, 2003).

De facto, segundo Robinson e Turner (2003), as interações comunicativas constituem-se, por si só, um fator que contribui para a adaptação à doença oncológica, possibilitando o rompimento com o “secretismo” que a envolve, e que está diretamente relacionado com a sensação de estigma que muitas pessoas com doença oncológica experienciam (Cardoso *et al.*, 2009; Goffman, 1988).

O fenómeno de estigma, na doença oncológica, tem sido alvo de crescente interesse, dado que este se reflete nas interações sociais dos doentes com os familiares, com os amigos e, também, com os profissionais de saúde. A este respeito, num estudo com doentes com cancro de pulmão, Chapple, Ziebland e McPherson (2004) constataram que os participantes, incluindo os

que nunca haviam fumado, sentiam-se estigmatizados por parte dos profissionais de saúde, os quais, ainda que de forma inconsciente, perpassaram, na relação que estabeleceram com estes doentes, um preconceito face à causa da doença e ao papel que as pessoas com cancro no pulmão tiveram no desenvolvimento da patologia, nomeadamente, pelos estilos de vida adotados (e.g., hábitos tabágicos).

Num outro estudo, que pretendia demonstrar quais os fatores que influenciam a comunicação enfermeiro-doente no contexto oncológico, Zamanzadeh e colaboradores (2014) verificaram que, frequentemente, os enfermeiros receiam ser confrontados com situações em que os doentes expressam emoções. Perante estas realidades, habitualmente, os enfermeiros sentem-se incapazes de gerir as emoções e optam pela adoção de atitudes que bloqueiam a comunicação terapêutica. As estratégias de bloqueio adotadas consistem em limitar-se a fornecer informações e proporcionar uma assistência de domínio prático, desviar as temáticas de cariz emocional e impedir os doentes de expressarem as suas preocupações e sentimentos.

Lindholm e Eriksson (1993) desenvolveram um estudo qualitativo com onze enfermeiras e cinco doentes internados em cuidados paliativos. Nesse estudo, as autoras constataram que os enfermeiros e os profissionais de saúde, em geral, dão maior relevo à possível causa de sofrimento e ignoram o sofrimento em si, como fenómeno, o que condiciona respostas estereotipadas e não individualizadas em termos de cuidados de enfermagem.

Almeida e colaboradores (2011) realizaram uma revisão sistemática da literatura, com o objetivo de identificar as principais necessidades de comunicação dos doentes, em fase terminal, e seus familiares, bem como compreender de que forma a comunicação pode ser uma estratégia para o alívio do sofrimento. Os resultados sugerem que as necessidades principais do doente em fase terminal e da sua família são a gestão da dor e do sofrimento, e a necessidade de comunicação como contributo para o alívio do sofrimento. Porém, essa necessidade de comunicação, nem sempre é valorizada ou satisfeita corretamente, visto que muitos enfermeiros sentem dificuldades em comunicar com os doentes e as suas famílias, particularmente nesta fase do ciclo de vida.

Também Sapeta (2011) levou a cabo um estudo de natureza qualitativa com doentes, em fase terminal, num hospital de agudos, no qual constatou que a relação de ajuda enfermeiro-doente se consolida, gradualmente, ao longo do tempo. Embora o estudo não se tenha circunscrito a pessoas com doença oncológica, a autora identificou três padrões de relação enfermeiro-doente, em fim de vida, e em sofrimento, sendo que alguns dos níveis têm um

predomínio de bloqueio comunicacional sobre o qual importa refletir. Assim, no *nível I*, o enfermeiro desenvolve a sua ação, essencialmente, ao nível de cuidados técnico-instrumentais e interage com simpatia, cordialidade e respeito, mas na interação tem um envolvimento emocional reduzido, evita envolver-se, pelo que, se centra na doença, diagnostica o sofrimento, mas sente-se incapaz de o aliviar, assumindo que isso depende da prescrição médica. No *Nível II*, o enfermeiro intervém com cuidados técnico-instrumentais, envolve-se afetivamente, de modo crescente, com o doente e família, incrementa uma interação de maior proximidade, de simpatia, de amabilidade, deixa espaço para a escuta, age em conformidade com o estado emocional do doente, procura conhecê-lo, expressa-lhe afetos, personaliza os cuidados e envolve-o neles, promovendo a sua autonomia, diagnosticando e aliviando o sofrimento. Contudo, quando a situação exige uma intervenção terapêutica mais diferenciada, como por exemplo face ao sofrimento existencial, o enfermeiro opta por moderar o seu envolvimento, retira-se emocionalmente, enfatiza os cuidados técnicos, centra o processo na doença, nos sintomas e torna a relação superficial. No *Nível III*, a par dos cuidados técnico-instrumentais, a intervenção clínica é personalizada e pensada para cada doente. O enfermeiro centra todo o processo de cuidados na pessoa, envolve-se emocionalmente de modo crescente, busca o bem-estar, conforto e qualidade de vida do doente, assegura o compromisso de ajuda incondicional, promove a confiança recíproca, devolve-lhe um sentido de utilidade e de pertença, reorienta a conversa para a vida, ajuda-o a redescobrir interesses e metas para cada dia, ajuda-o a aceitar as perdas sucessivas e a proximidade da morte, estreita a cumplicidade e cria uma aliança terapêutica. Não obstante, ressalva-se que este envolvimento afetivo crescente só é possível se o doente reunir as características pessoais e clínicas que permitam e facilitem a construção desta relação, e que passa pelas suas significações. De qualquer modo, este enfermeiro faz a gestão das diferentes dificuldades, incluindo as do contexto, mas não vacila nos objetivos terapêuticos previamente definidos (Sapeta, 2011).

Face ao exposto, pode verificar-se, através destes três níveis, que a relação enfermeiro-doente em sofrimento, na fase terminal de vida, assume características muito particulares, sendo que a comunicação terapêutica tem, nesta situação, uma importância fundamental.

Neste domínio, Pereira (2008) realizou um estudo com base na análise das comunicações verbais e não-verbais de mulheres com cancro da mama, onde identificou importantes debilidades no âmbito da comunicação, entre as quais, o predomínio de uma atitude passiva por parte das doentes e seus familiares, informação escassamente partilhada, sobretudo, quando se trata de

“más notícias”, evicção da utilização dos vocábulos “cancro” e “tumor”, constantes interrupções nas consultas, pelos atendimentos telefónicos e entrada de outros profissionais de saúde, violando a privacidade da relação terapêutica e, sobretudo, uma desatenção para com o sofrimento das doentes, com o conseqüente agravamento do mesmo.

Num outro estudo com pessoas com doença oncológica, Tay, Hegney e Ang (2010) constataram que os enfermeiros estão orientados, maioritariamente, para a tarefa negligenciando os aspetos humanos do cuidar. Nesse âmbito, os enfermeiros fornecem informações não solicitadas pelos doentes, procurando, dessa forma, excluir da comunicação as áreas consideradas mais desconfortáveis do ponto de vista emocional. Surpreendentemente, estes autores, também, encontraram barreiras à comunicação nas próprias pessoas com doença oncológica, as quais, frequentemente, adotam uma atitude de evicção de conversas cujo tópicos envolva a doença oncológica, enveredando pelas temáticas comuns da vida diária.

As matérias de cariz emocional são relegadas para as conversas que as pessoas com doença oncológica mantêm com a família e os amigos e, até mesmo, com outros doentes com quem se relacionam nos serviços de internamento, ou nos locais onde decorrem os tratamentos.

Para Saraiva (2003) as dificuldades de comunicação dos enfermeiros no contexto da relação com uma pessoa com doença oncológica, poderão ser minimizadas, através de uma preparação adequada, no domínio das perícias de comunicação e das habilidades sociais dos enfermeiros. O reconhecimento dos possíveis bloqueios na comunicação entre enfermeiro e pessoas com doença oncológica em sofrimento são essenciais para melhorar as estratégias de comunicação. Os enfermeiros, pela proximidade que têm com os doentes e pelo testemunho tão presente do sofrimento, no contexto da prática, têm ao seu alcance os instrumentos de comunicação para um cuidar verdadeiramente holístico que promova a aprendizagem, o crescimento e o fortalecimento, em suma, uma transição positiva. Tal como sugere Costa (2015) é um dever de todos os profissionais de saúde observar, avaliar e intervir no sofrimento.

1.5. Cuidar para o Alívio do Sofrimento na Doença

Considerando a transição como um conceito central para a disciplina de enfermagem, proceder-se-á a uma síntese do que foi até aqui exposto, procurando interligar os diversos conceitos e modelos, num fluxograma integrador, exposto na Figura 3, que tem por base a Teoria de Médio Alcance das Transições (Meleis *et al.*, 2000), e equaciona o cuidar em enfermagem como uma terapêutica para o alívio do sofrimento e vivência de uma transição positiva. Ressalva-

-se que o fluxograma apresentado não consegue esquematizar a complexidade e singularidade da transição vivida por uma pessoa com doença oncológica, visto que este é um ser único em interação com o seu ambiente.

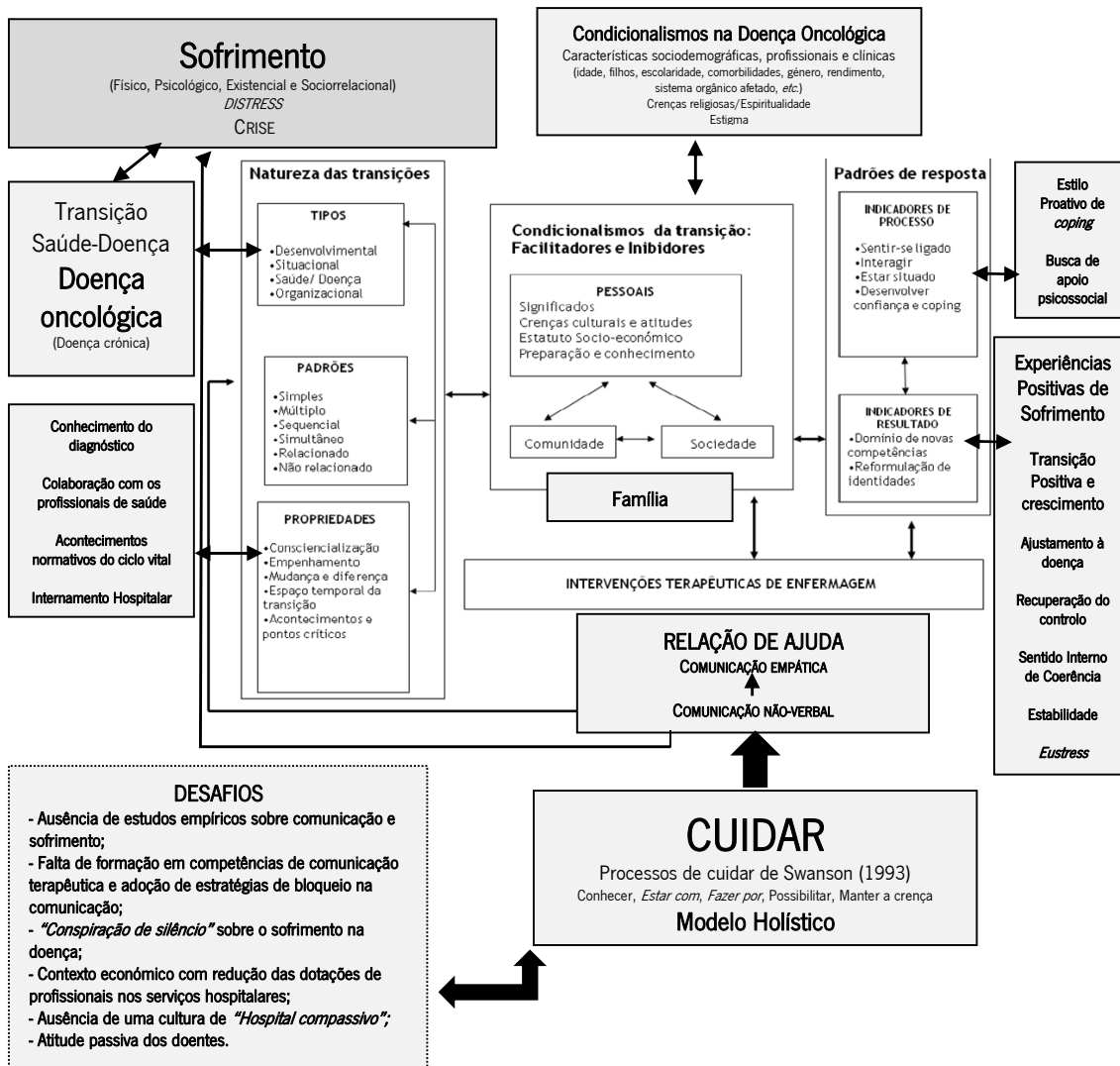


Figura 3. Esquema Integrador do Sofrimento na Doença Oncológica com a Teoria de Médio Alcance das Transições (adaptado de Meleis *et al.*, 2000)

Atendendo à natureza das transições, designadamente ao tipo de transição, no contexto da doença oncológica, na qualidade de doença crónica, pode-se falar de uma transição saúde-doença, que pode ser vivenciada como uma fonte de *distress*, geradora de uma crise de sentido da vida, experienciada subjetivamente face ao sofrimento que afeta o indivíduo na globalidade (sofrimento físico, sofrimento psicológico, sofrimento existencial e sofrimento sociorrelacional).

As transições têm padrões de complexidade, o que significa, por exemplo, que o doente oncológico pode experienciar mais do que uma transição em simultâneo. O carácter multidimensional das transições atribui-lhe um conjunto de propriedades, pelo que, a título de

exemplo, destacamos o desenvolvimento de consciencialização, aquando do conhecimento do diagnóstico oncológico, e o compromisso que se reflete no grau de envolvimento do doente no processo de transição, evidenciado por uma atitude de colaboração com os profissionais de saúde.

Para além disso, ainda no referente às propriedades das transições, os acontecimentos normativos do ciclo vital, como por exemplo a menopausa ou a reforma, podem ser enquadrados nos acontecimentos críticos. Os internamentos hospitalares e as novas rotinas condicionadas pelos tratamentos oncológicos relacionam-se com as mudanças e diferenças vividas na transição.

As transições são determinadas por um conjunto de fatores pessoais e ambientais que podem assumir-se como facilitadores ou inibidores dessas mesmas transições. Efetivamente, a revisão de literatura destacou um conjunto de características sociodemográficas, profissionais e clínicas que podem desempenhar esse papel de facilitadores ou inibidores (e.g., idade, género, número de filhos, idade dos filhos, comorbilidades, escolaridade, condição económica, sistema orgânico afetado). As crenças religiosas, as questões da espiritualidade, as características da personalidade e a sensação de estigma, também, poderão assumir um papel no decurso da transição das pessoas com doença oncológica.

No que concerne à relação entre as características pessoais do doente, a comunidade e sociedade, destaca-se o suporte social de amigos, de vizinhos, de profissionais de saúde e de instituições como fatores integrantes que podem assumir-se como facilitadores ou inibidores da transição, não se podendo excluir a família, que tem um papel preponderante na vivência da transição, ela própria acometida pelo sofrimento.

Existem padrões de resposta que apontam a direção das transições. Estes subdividem-se em indicadores de processo e indicadores de resultado.

Nos indicadores de processo enquadram-se as dimensões: sentir-se ligado ou conectado, interagir, estar situado e desenvolver confiança e *coping*. No contexto da doença oncológica, a adoção de um estilo proativo de *coping* (espírito de luta) e a procura de apoio psicossocial podem ser indicativos de uma transição favorável.

Os indicadores de resultado englobam o domínio de novas competências e a reformulação de identidades. Transpondo estes domínios para as transições vividas pelas pessoas com doença oncológica, as experiências positivas de sofrimento, ao resultarem num crescimento, na recuperação da estabilidade e do autocontrolo, poderão constituir um indicador de resultado de transição positiva.

Finalmente, as terapêuticas de enfermagem conformam a ação intencional dos enfermeiros, no contexto da transição vivida pelo doente. A terapêutica de enfermagem, no contexto da transição vivenciada pela pessoa com doença oncológica, configura-se no cuidar em enfermagem.

Tal como refere Gameiro (1999), os aspetos fundamentais na intervenção de enfermagem para o alívio do sofrimento estão resumidos nos “Processos de Cuidar em Enfermagem” descritos por Swanson (1993): a) Conhecer; b) *Estar com*; c) *Fazer por*; d) Possibilitar; e) Manter a crença.

Conhecer é esforçar-se para compreender um acontecimento com o significado que ele tem na vida do outro, portanto, a filosofia do prestador de cuidados é o conhecimento integral da pessoa e a vontade de conhecer o outro como um ser significativo. *Estar com* é tornar-se emocionalmente aberto para a realidade do outro, demonstrando interesse àquele de quem se cuida, valorizando o seu sofrimento. *Fazer por* traduz-se na antecipação e proteção das necessidades dos outros. *Possibilitar* consiste em dar informação e explicações, assim como oferecer apoio emocional, validando os sentimentos dos outros para facilitar a passagem através das transições de vida e dos acontecimentos desconhecidos. *Manter a crença* é o mesmo que manter a fé na capacidade do outro, para ultrapassar um acontecimento ou transição, e acreditar que este é capaz de enfrentar o futuro de forma significativa (Swanson, 1993).

Atendendo aos processos de cuidar expostos, compreende-se que é na interação enfermeiro-doente que o cuidar se expressa e se define. De facto, perante a doença oncológica, a pessoa é defrontada consigo própria e com os seus limites e, nesse âmbito, o ambiente tecnológico ligado aos contextos hospitalares passa a assumir um papel secundário, sobrevivendo a necessidade da relação, da afetividade e do calor humano como aspetos centrais na intervenção de enfermagem. Se toda a relação de ajuda é comunicação, neste domínio do cuidar de pessoas com doença oncológica em sofrimento, estar em relação toma um sentido muito mais profundo, pois engloba a presença do enfermeiro com todo o seu ser (Lazure, 1994).

Porém, existe um conjunto de potenciais obstáculos e barreiras à comunicação terapêutica, e ao cuidar verdadeiramente humano, que são desafios para a disciplina de enfermagem, no contexto da transição das pessoas com doença oncológica. De entre os inúmeros reptos que se colocam ao cuidar como intervenção terapêutica no alívio do sofrimento da pessoa com doença oncológica, destacam-se: a ausência de estudos empíricos sobre comunicação e sofrimento; a falta de formação em competências de comunicação terapêutica e a adoção de estratégias de bloqueio na comunicação; a “*Conspiração de silêncio*” sobre o sofrimento na

doença; o contexto económico e a consequente redução das dotações de profissionais nos serviços hospitalares; a ausência de uma cultura de *“Hospital compassivo”*; e a atitude passiva manifestada por uma grande maioria dos doentes.

Apesar dos desafios que se impõem à ação terapêutica intencional dos enfermeiros, é preciso reconhecer que é, realmente, no contexto da comunicação empática que um enfermeiro pode fazer com que uma pessoa com doença oncológica saia da solidão que o acomete. Quando as palavras não têm mais lugar, sobrevém a comunicação não-verbal que transmite, de forma transparente e indelével, o que na essência do encontro persiste para além do que é dito. Será assim no cuidar com a pessoa com doença oncológica, através da comunicação não-verbal e da comunicação empática dos enfermeiros, que o doente ressignifica a sua experiência subjetiva de sofrimento.

Com base nos fundamentos expostos anteriormente, apresenta-se, no capítulo seguinte, o percurso metodológico deste estudo.

“...Para onde Vamos...”

Este capítulo tem por objetivo apresentar a metodologia adotada na realização do estudo. Começa-se pela exposição do tipo de estudo, dos objetivos, das variáveis estudadas e hipóteses, seguindo-se a descrição dos critérios de elegibilidade dos participantes, a descrição dos instrumentos e procedimentos de recolha de dados, sem esquecer as considerações éticas. Termina-se com a descrição dos procedimentos estatísticos de análise dos dados.

2.1. Tipo de Estudo e Objetivos

A investigação decorre no domínio das competências de comunicação dos enfermeiros e da sua influência na experiência subjetiva de sofrimento de doentes, tendo sido realizada com pessoas com doença oncológica, internadas em unidades hospitalares do distrito de Braga.

O estudo insere-se num paradigma quantitativo, enquadrando-se numa investigação do tipo correlacional e explicativo, dado pretender relacionar variáveis, analisar interações e quantificar essas relações. Adicionalmente, trata-se de um estudo transversal (*cross-sectional*), porquanto se considera uma abordagem a um grupo de participantes, apenas uma vez no tempo, em relação a várias condições de avaliação (Almeida & Freire, 2008).

O objetivo deste estudo prende-se com a análise da influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica, internados em hospitais de agudos, no distrito de Braga.

2.2. Variáveis

As variáveis do estudo foram selecionadas e definidas em função dos objetivos e questões formuladas, das hipóteses, bem como da revisão da literatura efetuada. No sentido de tornar mais explícita a apresentação das variáveis, seguiu-se a conceptualização proposta por Fortin (2009), resultando numa estrutura que distingue “*variáveis de investigação*” (e.g., que se compõem de qualidades ou características que são observadas ou medidas) e “*variáveis atributo*” (e.g., que são características pré-existentes dos participantes num estudo). Adicionalmente considerou-se ainda o estatuto de variável preditora ou mediadora e variável de resultado (Almeida & Freire, 2008).

2.2.1. Variáveis de Investigação

Variáveis predictoras ou mediadoras

a) *Competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros* (e.g., Expressividade/Autenticidade, Proximidade/Clareza, Atenção/Contacto);

b) *Competências de comunicação empática dos enfermeiros* (e.g., Influência, Escuta/Interesse; Abertura/Flexibilidade).

Variáveis de resultado

a) *Experiências subjetivas de sofrimento dos doentes* (e.g., Sofrimento Psicológico; Sofrimento Físico; Sofrimento Existencial; Sofrimento Sociorrelacional; Experiências Positivas de Sofrimento).

2.2.2. Variáveis Atributo

Variáveis sociodemográficas

a) Idade, género, nível de escolaridade, área de residência, estado civil, idade do companheiro, número de filhos, idade dos filhos, número de coabitantes, papel desempenhado na família, rendimento mensal familiar, afiliação religiosa, práticas religiosas.

Variáveis profissionais

a) Situação profissional e período de absentismo.

Variáveis clínicas

a) Unidade hospitalar, unidade de internamento, diagnóstico, número de dias de internamento, tipo de tratamentos, comorbilidades físicas, comorbilidades mentais, apoio familiar na doença, tempo de diagnóstico.

2.3. Hipóteses de Investigação

Reconhecida a relevância da comunicação não-verbal no contexto da saúde, porquanto um dos principais recursos terapêuticos do cuidar em enfermagem, nomeadamente no contexto

oncológico (Kissane *et al.*, 2011), e considerando os objetivos e questões de investigação anteriormente formulados, pretende-se testar, neste estudo, as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1: Prevê-se que as competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros sejam preditores significativos da experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica.

Hipótese 2: Prevê-se que as competências de comunicação empática dos enfermeiros sejam preditores significativos da experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica.

Hipótese 3: Prevê-se que as competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros sejam preditores significativos das competências de comunicação empática dos enfermeiros.

Hipótese 4: Prevê-se que as competências de comunicação empática dos enfermeiros tenham um efeito mediador significativo na relação entre as competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros e a experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica.

Análises Exploratórias: Este estudo será complementado com a realização de análises exploratórias visando estudar a influência das variáveis sociodemográficas (e.g., idade, género, escolaridade), profissionais (e.g., situação profissional, período de absentismo), e clínicas (e.g., diagnóstico, tempo de internamento) nas variáveis psicossociais estudadas (e.g., competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros, experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica).

2.4. População e Amostra

A população alvo de estudo é constituída por doentes adultos, com patologia oncológica, internados em hospitais de agudos do distrito de Braga, na região norte de Portugal. Após contacto com várias instituições hospitalares e obtenção dos respetivos pareceres de autorização para realização do estudo, a componente empírica da investigação veio a desenvolver-se em duas instituições que integram a Administração Regional de Saúde da Zona Norte (ARS-Norte): 1) a Unidade Hospitalar de Guimarães (anterior Centro Hospitalar do Alto Ave – EPE¹); e, 2) o Hospital de Braga. Na Unidade Hospitalar de Guimarães, o estudo desenvolveu-se no serviço de

¹ Atualmente com a designação de Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães.

Pneumologia, e no Hospital de Braga, em todos os serviços de Medicina (quatro), de Cirurgia (dois) e ainda, no serviço de Oncologia.

2.4.1. Recrutamento e Seleção dos Participantes/Critérios de Elegibilidade

O procedimento de recrutamento e seleção dos participantes envolveu, numa primeira fase, uma amostragem de conveniência simples, dado que consiste numa técnica não-probabilística que permite escolher indivíduos que *“estão no local certo e no momento certo”* (Fortin, 2009, p. 321). Adicionalmente, a fim de se obter uma amostra o mais homogénea possível, constituíram-se como critérios de inclusão no estudo, todos os participantes que apresentassem cumulativamente as seguintes características: 1) fossem doentes adultos; 2) com diagnóstico de patologia oncológica; e, 3) estivessem internados num hospital de agudos do distrito de Braga, há pelo menos três dias. Paralelamente, estabeleceu-se como critério de exclusão a presença de défice cognitivo e/ou estado confusional, que colocasse em causa a capacidade de participação.

Todos os possíveis participantes eram sinalizados pelo enfermeiro chefe/responsável de serviço. Contudo, a aferição final do cumprimento dos critérios de inclusão no estudo, era da competência da investigadora.

Embora inicialmente estivesse prevista uma amostra de 100 participantes, considerando uma estimativa de erro para a amostra global de 5%, correspondente a um nível de confiança de 95% (Cohen, 1992), o número total de participantes que integram o estudo é de 84. Apesar do período de recolha de dados ter sido prolongado até perfazer quatro meses (período compreendido entre novembro de 2014 e fevereiro de 2015), não se obteve o valor estimado, especialmente pela ausência de novos casos, ou ainda, por incumprimento dos critérios de inclusão.

2.5. Procedimento de Recolha de Dados e Considerações Éticas

Todos os procedimentos realizados, ao longo do presente estudo, tiveram em consideração os pressupostos éticos subjacentes à prática investigativa. Assim, a sua concretização, envolveu previamente a construção de um protocolo de investigação, em conformidade com as *“Normas orientadoras da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho, na vertente projetos de investigação envolvendo estudos em humanos”*. Neste protocolo foi acautelado que, no decurso do estudo, seriam asseguradas de forma concomitante as Regras de Conduta Ética e de Boas Práticas; os preceitos da Declaração

de Helsínquia; a Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina; as Orientações do *Council for International Organizations of Medical Sciences*, e, o Guia de Boas Práticas Clínicas. Para consubstanciar e complementar estas garantias, constou do processo um Compromisso de Confidencialidade (Anexo I).

Posteriormente, numa segunda etapa, foram solicitadas autorizações para a realização do estudo empírico, às seguintes entidades/instituições, respetivamente e pela ordem que se apresentam: 1) à Comissão Mista Científico-Pedagógica do Curso de Mestrado em Enfermagem (Anexo II); 2) à Presidência da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho (Anexo III); 3) aos Diretores dos Serviços das Instituições Hospitalares onde se pretendia proceder à recolha de dados empíricos (Anexos IV, V, VI e VII); 4) à Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde, da Comissão de Ética da Universidade do Minho (Anexo VIII); e, por fim, após obtenção do parecer favorável de todas as entidades anteriores, 5) às Instituições Hospitalares envolvidas (e.g., Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga e Centro Académico do Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE). Esta etapa foi concluída com a certificação provida pelas entidades hospitalares, homologando a realização da investigação (Anexos IX e X).

Obtidas todas as autorizações, definiram-se as estratégias de recolha de dados com cada um dos serviços. Para tal, a investigadora desenvolveu várias reuniões formais, previamente agendadas, individualmente, com os enfermeiros chefes de cada serviço/unidade. Nestas reuniões pretendeu-se, designadamente, dar a conhecer os objetivos do estudo; uniformizar a metodologia de seleção dos participantes, considerando os critérios previamente definidos e anteriormente expostos; assim como, aferir a metodologia de sinalização dos potenciais participantes, para que a investigadora os pudesse contactar. Neste sentido, tendo como preocupação o menor constrangimento possível da dinâmica dos serviços, optou-se por uma articulação e contacto diário, via telefónica, com um enfermeiro responsável. Este enfermeiro, embora fosse referenciado pelo enfermeiro chefe de serviço, carecia que a investigadora solicitasse a sua colaboração voluntária. O contacto diário com o enfermeiro responsável permitiu à investigadora obter informações sobre a existência de novos potenciais participantes e sobre o momento mais conveniente para os contactar pessoalmente.

Uma vez sinalizados os potenciais participantes, o primeiro contacto e reunião com a investigadora teve como fim, nomeadamente, avaliar se a pessoa reunia os critérios de inclusão no estudo, explicitar os objetivos do mesmo, e convidar a pessoa à sua participação voluntária, atestada através de consentimento escrito informado (Anexo XI), sendo-lhe garantida a

confidencialidade e anonimato dos dados. Os participantes, também foram informados de que poderiam desistir em qualquer momento, sem que houvesse qualquer prejuízo pessoal. Salienta-se que a recolha de dados pautou-se, sempre, pelo respeito e salvaguarda da integridade física e psicológica dos doentes que acederam participar no estudo.

Depois de prestados todos os esclarecimentos e obtida a anuência dos participantes, a investigadora procedeu à recolha de dados, realizada através de um conjunto de instrumentos de autorrelato. Todavia, devido à fadiga que o procedimento de autorrelato escrito dos instrumentos poderia acarretar, em termos de leitura e concentração, o que poderia ser pernicioso para os participantes com diagnóstico oncológico, a investigadora optou, desde o início, pela leitura dos itens em “voz alta”, num contexto de privacidade, assinalando fielmente as respostas dos participantes. Adicionalmente, adotou-se um procedimento estandardizado de administração dos instrumentos, que incluiu a repetição da leitura do item, apenas uma vez, sem esclarecimentos adicionais, a fim de evitar um viés de administração. Este contacto para recolha de dados teve uma duração que oscilou entre 30 e 40 minutos, tendo-se monitorizado, constantemente, os sinais de fadiga do participante, propondo sempre que necessário, uma pausa, dando-se continuidade ao processo de recolha de dados num momento posterior, conforme a preferência do participante.

Destaca-se, em jeito de nota final, que todas as pessoas contactadas aceitaram participar voluntariamente no estudo, demonstrando satisfação por ter “alguém que demonstrasse interesse pelo seu sofrimento”. Todavia, como já referido, embora o número total de participantes atingido neste estudo ($N = 84$) não tenha correspondido ao inicialmente previsto ($N = 100$), a taxa de adesão foi de 100%.

2.6. Instrumentos de Avaliação

Para o presente estudo foi selecionado um conjunto de instrumentos de autorrelato destinados a obter informações acerca das variáveis em análise. Além de um questionário Sociodemográfico, Profissional e Clínico, construído para o efeito (Anexo XII), consideraram-se, respetivamente, os seguintes instrumentos de avaliação:

- Escala de Avaliação da Comunicação Não-Verbal das Enfermeiras (versão clientes) (EACNV). Versão Portuguesa adaptada por McIntyre & Lage (1996) da escala *Non Verbal Communication: Nurse's and Patient's Form* (Birdsall, 1991) (Anexo XIII);
- Escala de Avaliação da Comunicação Empática das Enfermeiras (versão clientes) (EACEE) (McIntyre & Lage, 1996) (Anexo XIV);

- Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD, McIntyre & Gameiro, 1997) (Anexo XV).

Todos os instrumentos de avaliação foram sujeitos a um pedido de consentimento prévio dirigido aos autores originais que o outorgaram (Anexo XVI).

Embora não constituísse objetivo central do presente trabalho, o estudo de validação de instrumentos, a sua seleção e adaptação ao contexto da presente investigação obedeceu a critérios rigorosos, tendo-se procedido ao estudo das suas principais características psicométricas, em termos de fidelidade e validade de constructo, sempre que possível e considerado pertinente.

Sempre que confrontados com a existência de evidência empírica sobre a validação do instrumento, reportando dados empíricos sobre a sua estrutura fatorial, procedeu-se à análise fatorial confirmatória. Porém, nos casos em que tal não aconteceu, procedeu-se à análise fatorial exploratória (Tabachnick & Fidell, 2013). Concomitantemente, todos os instrumentos foram submetidos a uma análise de consistência interna, mediante o cálculo do coeficiente *alpha de Cronbach*, muito utilizado para as escalas de tipo *Likert*, permitindo atestar o funcionamento das escalas com a amostra particular de trabalho (Marôco, 2014; Pestana & Gageiro, 2005).

Neste âmbito, procede-se a uma descrição detalhada dos instrumentos supracitados.

2.6.1. Questionário Sociodemográfico, Profissional e Clínico

Este questionário, construído especificamente para o presente estudo, teve como objetivo avaliar o perfil demográfico, profissional e clínico dos participantes.

Constituiu o primeiro instrumento a ser administrado no processo de recolha de dados, sendo composto no total por 25 itens, de formato variado. Especificamente, o instrumento é constituído por 19 itens de carácter sociodemográfico e profissional (e.g., idade, género, escolaridade, profissão, período de absentismo, estado civil, apoio familiar e social, papel desempenhado na família, rendimento mensal familiar, área de residência, tipo de habitação, composição do agregado familiar e afiliação religiosa). Finalmente, os restantes seis itens, de carácter clínico, encerram, designadamente, a tipologia de instituição hospitalar e unidade de internamento, o tipo de diagnóstico oncológico, o período de tempo decorrido desde o diagnóstico oncológico, o período de internamento, bem como dados relativos a comorbilidades e tipo de tratamentos realizados.

2.6.2. Escala de Avaliação da Comunicação Não-Verbal das Enfermeiras (versão clientes) (EACNV)

Neste estudo, foi utilizada a versão Portuguesa da Escala de Avaliação da Comunicação Não-Verbal das Enfermeiras (versão clientes), traduzida e adaptada por McIntyre e Lage (1996) a partir da escala original *Non Verbal Communication: Nurse's and Patient's Form* (Birdsall, 1991), com o objetivo de avaliar a comunicação não-verbal dos enfermeiros na perspetiva das pessoas com doença oncológica.

Neste âmbito, convém salientar que o instrumento original, a escala *Non Verbal Communication: Nurse's and Patient's Form*, desenvolvido por Birdsall (1991), foi construído a partir da escala *The Teacher's Rating of Administrator's Nonverbal Behavior*, elaborada por Stephens em 1986 (ver Lage, 1996), para medir o comportamento não-verbal de administradores de escolas, na perspetiva dos professores.

Os itens da escala *The Teacher's Rating of Administrator's Nonverbal Behavior*, versão original, foram desenvolvidos tendo por base os dados recolhidos através de uma exaustiva revisão da literatura sobre comunicação não-verbal, resultando numa versão de 37 itens. Posteriormente, procedeu-se a um pré-teste deste instrumento com uma amostra de 210 professores, escolhidos ao acaso, em 45 escolas do Missouri. Através dos dados obtidos, o autor procedeu à análise fatorial dos itens, usando técnicas oblíquas e rotacionais, bem como à análise de consistência interna através do coeficiente *alfa de Cronbach*. O estudo das propriedades psicométricas do instrumento permitiu concluir que cinco itens, que inquiriam opiniões pessoais, falseavam os resultados, pelo que foram eliminados, enquanto os restantes 32 itens se agrupavam em três dimensões, denominadas respetivamente de atenção ($\alpha = .76$), abertura ($\alpha = .78$) e formalidade ($\alpha = .69$). Todavia, a versão final do instrumento, produto de estudos subsequentes, resultou num total de 21 itens, agregados em duas questões abertas e 19 itens cujo formato de resposta era uma escala tipo *Likert* de cinco pontos (Lage, 1996).

Partindo da escala *The Teacher's Rating of Administrator's Nonverbal Behavior*, Birdsall em 1991 desenvolveu uma versão adaptada, *The Non Verbal Communication: Nurse's and Patient's Form*, com a qual concretizou um estudo-piloto, numa amostra de enfermeiras e clientes, dado o instrumento original nunca ter sido usado com este tipo de população, e para a qual a comunicação não-verbal é tão relevante. Concretamente, após modificação e adaptação do instrumento para duas versões (e.g., para enfermeiras e para clientes) o estudo foi levado a cabo numa amostra de 45 docentes de enfermagem, que simularam ser, simultaneamente, enfermeiras

da prática clínica e clientes. O estudo teve como pilar básico a avaliação da comunicação não-verbal das enfermeiras, na perspectiva do profissional e do cliente. Todavia, pese embora a taxa de adesão e de retorno tenha sido de 68%, os dados deste estudo permitiram ao autor concluir que não haveria melhoria significativa se algum dos itens fosse eliminado, e que o instrumento era fidedigno quando usado por enfermeiras e clientes simulados (Lage, 1996).

Em jeito de síntese, importa referir que, comparativamente com a versão final da escala *The Teacher's Rating of Administrator's Nonverbal Behavior*, a escala *The Non Verbal Communication: Nurse's and Patient's Form* contém apenas algumas alterações, não tendo existido modificação do conteúdo central dos itens. Nomeadamente, Birdsall (1991) substituiu a palavra administrador por enfermeira e no formato de resposta, as letras na escala tipo *Likert* foram substituídas por números, com valores de 1 a 5, para prevenir a confusão do cliente. Adicionalmente, dos 21 itens do instrumento original, apenas 15 itens foram usados no instrumento de Birdsall (1991), e as duas respostas abertas foram eliminadas, por se considerar que o conteúdo não era relevante para a população alvo de estudo. Acresce-se ainda, que cinco itens referentes à roupa e planos sentados foram abolidos, também, pelo facto de não serem relevantes. Porém, Birdsall (1991) considerou pertinente a introdução de um item adicional, referente ao contacto táctil (toque) (Lage, 1996).

Nesta investigação foi utilizada a versão Portuguesa da Escala de Avaliação da Comunicação Não-Verbal das Enfermeiras (versão clientes), traduzida e adaptada por McIntyre e Lage (1996) a partir da escala original *Non Verbal Communication: Nurse's and Patient's Form* (Birdsall, 1991). Esta versão é constituída pelos 15 itens da escala original, sendo o formato de resposta idêntico, i.e., numa escala tipo *Likert* de cinco pontos (1 = Nunca ou quase nunca, até 5 = Sempre ou quase sempre). Nesta versão, o total da escala, também, é calculado através do somatório do valor total dos itens, variando entre 15 e 75, onde valores mais elevados correspondem a um comportamento não-verbal das enfermeiras mais adequado (Lage, 1996).

As características psicométricas da versão portuguesa da Escala de Avaliação da Comunicação Não-Verbal das Enfermeiras (versão clientes), foram determinadas num estudo com cinquenta pares de enfermeiras e doentes de um Hospital Central, internados num serviço de Medicina, por Lage (1996), através de uma avaliação da fidelidade e validade de constructo, seguindo uma metodologia semelhante à escala original. No referente à validade de constructo, a autora procedeu a uma análise fatorial exploratória dos itens, definindo-se *a priori* três fatores.

Desta análise, resultaram três fatores que permitiram explicar 55% da variância total encontrada. Especificamente, o fator 1, denominado de *proximidade*, encerrava cinco itens (e.g., “Quando comunica comigo sentada, a minha enfermeira senta-se em ângulo reto em relação a mim”; “Quando comunica comigo sentada, a minha enfermeira inclina-se ligeiramente para a frente e em direção a mim”); o fator 2, *não interpretável*, agregava cinco itens (e.g., “Quando comunica comigo a minha enfermeira olha para mim”; “Quando comunica comigo, a minha enfermeira acena a cabeça mostrando interesse e atenção”); e, por fim, o fator 3 designado de *expressividade* englobava cinco itens (e.g., “O tom de voz da minha enfermeira mostra se ela é sincera ou não no que está a dizer”; “Os gestos ou expressões faciais da minha enfermeira indicam se ela é sincera ou não, no que está a dizer”) (Lage, 1996).

Em relação à análise de fidelidade, a autora reportou um coeficiente *alfa de Cronbach* de .84, apenas para a escala total, valor indicador de uma boa consistência interna do instrumento (Marôco, 2014).

2.6.2.1. Características Psicométricas da EACNV na Amostra em Estudo

Validade de Constructo e Fidelidade da EACNV

No estudo da validade de constructo, seguiu-se a metodologia usada pelos autores da versão original (Lage, 1996). Assim, os itens do instrumento foram submetidos à análise fatorial exploratória, com método de extração *Principal Axis Factoring*, com predefinição do número de fatores (3) e rotação *Oblimin* com normalização de *Kaiser*. O Teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* ($KMO \geq .6$) e o Teste de Esfericidade de *Bartlett* ($TEB < .05$) (Marôco, 2010a), aferiram a conformidade da amostra para a realização da análise fatorial ($KMO = .767$; $TEB = 636.656$, $p < .001$).

Em sequência, numa primeira análise dos resultados da análise fatorial exploratória, foi possível constatar a existência de itens críticos, com valores de comunalidades pouco aceitáveis ($< .40$), indicando um contributo reduzido e pouco significativo de cada item para as dimensões do instrumento (Fonseca, Costa, Lencastre, & Tavares, 2013). Concretamente, os itens 2 e 14 apresentavam valores de comunalidades muito baixos, de .190 e .278 respetivamente, comprometendo a validade de constructo. Neste sentido, optou-se pela sua eliminação, procedendo-se a nova análise fatorial exploratória, apenas com 13 itens. Desta última análise, constatou-se que os valores das comunalidades eram adequados para a maioria dos itens, à exceção dos itens 1 e 13, com valores de .300 e .327. Contudo, não se considerou a sua extração, dada a relevância teórica e prática destes itens para a avaliação da comunicação não-verbal das

enfermeiras (e.g., “*Quando comunica comigo, a minha enfermeira sorri*”; “*Quando a minha enfermeira me toca para comunicar comigo, fá-lo de modo apropriado*”).

Adicionalmente, esta análise fatorial exploratória com organização dos itens por três fatores, à semelhança da versão que lhe deu jus, conseguiu explicar, neste estudo, 61.2% da variância total, sendo superior à reportada pelos autores originais. Contudo, a distribuição dos itens não reproduz exatamente o modelo original de três fatores, embora haja uma grande similitude nas dimensões interpretáveis. Concretamente, após rotação, o Fator I, relacionado com a Expressividade e Autenticidade, explica 39.2% da variância total, o Fator II, relativo à Proximidade e Clareza, explicita 14.5% da variância e, por fim, o Fator III, que concerne à Atenção e Contacto, conta com 7.6% da variância total explicada.

No Quadro 1 apresentam-se os resultados da análise de validade de constructo e consistência interna na EACNV.

Quadro 1

Resultados da análise de validade de constructo e consistência interna na EACNV (N= 84)*

ITENS	COMUNALIDADES	CARGAS FATORIAIS			CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL FATOR	CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL ESCALA
		FATOR I	FATOR II	FATOR III		
Item 10.	.705	.864			.757	.610
Item 08.	.737	.843			.795	.660
Item 05.	.636	.789			.747	.594
Item 12.	.585	.702			.714	.639
Item 07.	.823		.921		.820	.517
Item 03.	.776		.889		.799	.521
Item 06.	.757		.831		.784	.603
Item 11.	.410		.393		.488	.603
Item 15.	.729			.789	.747	.618
Item 04.	.530			.773	.513	.414
Item 09.	.641			.522	.673	.697
Item 01.	.300			.470	.456	.323
Item 13.	.327			.364	.500	.487
<i>Alfa de Cronbach</i>		.887	.867	.792		.878 ^{a)}
Valores Próprios		5.46	2.16	1.39		
Variância total explicada/fator (%) (% acumulada)		39.2%	14.5%	7.6%		
			53.6%	61.2%		

Nota. *Método de extração *Principal Axis Factoring* e Rotação *Oblimin* com normalização de *Kaiser*.

^{a)}*Alfa de Cronbach* para a escala total.

Em relação à fidelidade, analisou-se a consistência interna para as três principais escalas que compõem o instrumento, bem como para a escala total. Nesta análise, constatou-se um coeficiente *alfa de Cronbach* de .89 para a escala Expressividade e Autenticidade, um valor *alfa de Cronbach* de .87 para a Proximidade e Clareza, e, ainda, um coeficiente de consistência interna *alfa de Cronbach* de .79 para a escala Atenção e Contacto. Por fim, para a escala total verificou-se um coeficiente *alfa de Cronbach* de .88. Estes valores indicam uma boa consistência interna (Pestana & Gageiro, 2005), superando os valores encontrados por Lage (1996). Além disso, desta análise, foi possível verificar que as correlações de todos os itens com a escala total, bem como dos respetivos itens com cada um dos seus fatores, é superior a .41 (excetuando o item 1, que é de .32), dados que indicam o contributo significativo de todos os itens, respetivamente para a escala total e dimensões compósitas.

Em síntese, os resultados do estudo das propriedades psicométricas do instrumento indicam a sua adequação como uma medida de comunicação não-verbal, permitindo a sua utilização com confiança no teste de hipóteses.

2.6.3. Escala de Avaliação da Comunicação Empática das Enfermeiras (versão clientes) (EACEE)

Neste estudo, foi utilizada a Escala de Avaliação da Comunicação Empática das Enfermeiras (versão clientes), desenvolvida por McIntyre e Lage (1996), com o objetivo de avaliar a comunicação empática dos enfermeiros na perspetiva das pessoas com doença oncológica.

Este instrumento foi construído pelas autoras, McIntyre e Lage (1996), a partir de uma revisão da literatura sobre empatia, nomeadamente na perspetiva de Egan (1985) (ver Lage, 1996), e ainda com base nas conceptualizações e resultados de diversos estudos de enfermagem.

A Escala de Avaliação da Comunicação Empática das Enfermeiras (versão clientes) é constituída por 19 itens, organizados aleatoriamente e avaliados através de uma escala tipo *Likert* de cinco pontos (1 = Nunca ou quase nunca, até 5 = Sempre ou quase sempre). O total da escala é calculado através do somatório do valor total dos itens, variando entre 19 e 95, onde valores mais elevados correspondem a uma comunicação empática das enfermeiras mais adequada (Lage, 1996).

As características psicométricas da escala foram determinadas num estudo com cinquenta pares de enfermeiras e clientes de um serviço de Medicina de um Hospital Central, por Lage (1996), através de uma avaliação da fidelidade e validade de constructo. No referente à validade de constructo, a autora procedeu a uma análise fatorial exploratória dos itens, definindo-se *a priori*

três fatores. Da referida análise resultaram três fatores que permitiram explicar 50.4% da variância total encontrada. Especificamente, o fator *Influência* encerrava nove itens (e.g., “Quando a minha enfermeira está comigo, preocupa-se principalmente em perguntar-me o que eu sei sobre a minha doença e o tratamento”; “A minha enfermeira procura tempo e disponibilidade para estar comigo”); o fator *Escuta/Interesse* agregava sete itens (e.g., “Quando falo com a minha enfermeira, ela costuma ouvir-me atentamente e em silêncio”; “Quando estou com a minha enfermeira, ela procura que eu lhe fale de coisas que são importantes para o meu bem-estar”); e, por fim o fator *Abertura/Flexibilidade* englobava dez itens (e.g., “Quando a minha enfermeira está comigo, preocupa-se principalmente em perguntar-me o que eu sei sobre a minha doença e o tratamento”; “Quando estou com a minha enfermeira, ela costuma fazer perguntas às quais eu só tenho que responder sim ou não”) (Lage, 1996).

Em relação à análise de fidelidade, foi determinado o coeficiente de consistência interna, *alfa de Cronbach*. Atendendo às correlações de cada item com o total da escala, as autoras reportaram uma correlação baixa nos itens 6, 7 e 17, mas optaram por manter esses itens no instrumento final, dada a sua relevância em termos de conteúdo. Não obstante, o item 19 foi eliminado (“Quando fala comigo, a minha enfermeira usa palavras complicadas que eu não conheço ou tenho dificuldade em compreender”). Com a eliminação do item 19, a escala viu aumentado o *alfa de Cronbach* de .60 para .64.

2.6.3.1. Características Psicométricas da EACEE na Amostra em Estudo

Validade de Constructo e Fidelidade da EACEE

No estudo da validade de constructo, seguiu-se a metodologia usada pelos autores da versão original (Lage, 1996). Assim, os itens do instrumento foram submetidos à análise fatorial exploratória, com método de extração *Principal Axis Factoring*, com predefinição do número de fatores (3) e rotação *Oblimin* com normalização de *Kaiser*. O Teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* ($KMO \geq .6$) e o Teste de Esfericidade de *Bartlett* ($TEB < .05$) (Marôco, 2010a), aferiram a conformidade da amostra para a realização da análise fatorial ($KMO = .817$; $TEB = 850.722$, $p < .001$).

Em sequência, numa primeira análise dos resultados da análise fatorial exploratória, foi possível constatar que o item 7 com valor de comunalidade de .173, era pouco aceitável (<.40) indiciando um contributo reduzido e pouco significativo para as dimensões do instrumento (Fonseca *et al.*, 2013). Paralelamente, através da análise dos coeficientes de correlação dos itens com o total, constataram-se igualmente valores reduzidos e inferiores a .20, para os itens 7 e 17,

revelando uma certa vulnerabilidade, no referente ao seu contributo para as dimensões do instrumento. Porém, ao analisar-se os itens, optou-se por não extrai-los, devido à relevância teórica e prática dos mesmos, sobretudo para a dimensão Abertura/Flexibilidade da Comunicação empática, pois, tal como refere Lage (1996), é através da abertura que aquele que ajuda demonstra querer compreender as percepções do outro e lhe permite expressar-se com liberdade.

No Quadro 2 apresentam-se os resultados da análise de validade de constructo e consistência interna na EACEE.

Quadro 2

Resultados da análise de validade de constructo e consistência interna da EACEE (N= 84)*

ITENS	COMUNALIDADES	CARGAS FATORIAIS			CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL FATOR	CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL ESCALA
		FATOR I	FATOR II	FATOR III		
Item 05.	.581	.748			.689	.652
Item14.	.411	.692			.483	.425
Item 12.	.650	.688			.770	.708
Item 08.	.594	.632			.614	.541
Item 16.	.523	.573			.596	.611
Item 11.	.599	.544			.723	.715
Item 02.	.470	.541			.632	.639
Item 09.	.483	.445			.639	.627
Item19.	.532		.675		.589	.349
Item 13.	.621		.649		.616	.601
Item 17.	.492		.707		.617	.185
Item 15.	.547		.570	.449	.509	.583
Item 07.	.173		.413		.409	.118
Item 06.	.717			.644	.743	.544
Item 03.	.572			.808	.674	.449
Item 18.	.406			.563	.557	.507
Item 04.	.525			.563	.468	.624
Item 01.	.427			.557	.554	.367
Item 10.	.519			.436	.549	.362
<i>Alfa de Cronbach</i>		.877	.775	.811		.886 ^{a)}
Valores Próprios		6.802	3.089	1.364		
Variância total explicada/fator (%)		33.45	13.71	4.64		
(% acumulada)			47.16	51.80		

Nota. *Método de extração *Principal Axis Factoring* e Rotação *Oblimin* com normalização de *Kaiser*.

^{a)}*Alfa de Cronbach* para a escala total.

A análise fatorial exploratória, com organização dos itens por três fatores, à semelhança da versão original, conseguiu explicar, neste estudo, 51.8% da variância total, sendo ligeiramente

superior à reportada pelos autores. Não obstante, salienta-se que a distribuição dos itens não reproduz exatamente o modelo original de três fatores, embora persista elevada semelhança. Após rotação: o Fator I, relativo à Influência, explica 33.4% da variância total; o Fator II, relacionado com a Abertura e Flexibilidade, explicita 13.7% da variância; e o Fator III, referente à Escuta e Interesse, conta com 4.6% da variância total explicada.

Em relação à fidelidade, analisou-se a consistência interna para as três principais escalas que compõem o instrumento, bem como para a escala total. Nesta análise, constatou-se um coeficiente *alfa de Cronbach* de .87 para a escala Influência, um valor *alfa de Cronbach* de .81 para a escala Escuta/Interesse, e um valor *alfa de Cronbach* de .77 para a escala Abertura/Flexibilidade. Por fim, para a escala total verificou-se um coeficiente *alfa de Cronbach* de .88. Estes valores indicam uma boa consistência interna (Pestana & Gageiro, 2005), superando os valores encontrados no estudo de Lage (1996).

Em síntese, os resultados do estudo das propriedades psicométricas do instrumento indicam a sua adequação como uma medida de comunicação empática, permitindo a sua utilização com confiança no teste de hipóteses.

2.6.4. Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD)

No presente estudo utilizou-se o Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD) (McIntyre & Gameiro, 1997), para avaliar a experiência de sofrimento das pessoas com doença oncológica.

Este instrumento foi construído por McIntyre e Gameiro (1997) com base numa revisão da literatura sobre a temática do sofrimento na doença, a qual serviu de base para a elaboração de um guião de entrevista. Os autores procederam à realização de um total de catorze entrevistas semiestruturadas, com doentes com idades compreendidas entre os 28 e os 65 anos, distribuídos equitativamente por ambos os sexos, internados em unidades de um hospital central, nos serviços de medicina interna, cirurgia geral e ortotraumatologia, com o intuito de obter as “temáticas” da experiência de sofrimento dos doentes (Gameiro, 1999).

Partindo da análise de conteúdo das entrevistas, os autores identificaram os temas de sofrimento mais comuns, ou mais expressivos, em consonância com o quadro conceptual e fenomenológico de referência. Assim, de um total inicial de 134 itens construídos, tendo em consideração critérios de maior clareza, diminuição da redundância e representatividade temática, foram selecionados 65 itens. Vinte e dois (33.8%) destes itens selecionados foram formulados no

sentido inverso à correspondente experiência de sofrimento, de modo a reduzir o risco de enviesamento das respostas ao questionário (Gameiro, 1999).

Após o teste piloto da versão com 65 itens, os autores realizaram uma avaliação dos mesmos, tendo em consideração a sua correlação com o total da escala, o seu efeito sobre o coeficiente *alfa de Cronbach*, as suas medidas descritivas de resumo e as dúvidas ou dificuldades manifestadas pelos inquiridos na sua interpretação e resposta. Foi também considerada a relevância conceptual dos itens, no quadro das dimensões em que se integram, e as suas saturações, em sucessivas análises fatoriais. Com base nestes critérios foram excluídos 21 itens, restando no inventário final 44 itens (Gameiro, 1999).

A resposta aos 44 itens do IESSD apresenta-se sob a forma de escala tipo *likert* de cinco pontos (1 = não corresponde a nada ao que se passa comigo, até 5 = corresponde totalmente ao que se passa comigo). A cotação é feita a partir da soma de todas as respostas, sendo interpretada como medida de intensidade da experiência subjetiva de sofrimento.

O IESSD apresenta propriedades psicométricas empiricamente e cientificamente reconhecidas, tratando-se de uma escala bastante utilizada em Portugal. Os itens do instrumento encontram-se organizados por dimensões/temáticas, dando corpo a cinco dimensões. Concretamente, o sofrimento psicológico, que contempla as alterações cognitivas e as alterações emocionais (e.g., “Penso muito na gravidade e nas consequências da minha doença”); o sofrimento físico, o qual contempla a dor, o desconforto, e a perda de vigor físico (e.g., “Tenho dores difíceis de suportar”); o sofrimento existencial, que abrange as alterações da identidade pessoal, as alterações do sentido do controlo, as limitações existenciais e as limitações no projeto de futuro (e.g., “Sinto que pouco posso esperar do meu futuro”); o sofrimento sociorrelacional, que se compõe de alterações afetivo-relacionais e alterações sociolaborais (e.g., “Angustia-me a ideia de poder deixar as pessoas de quem gosto”); e as experiências positivas de sofrimento (e.g., “Apesar de estar doente sinto-me tranquilo/a”) (Gameiro, 1999).

No que respeita à fidelidade, o IESSD apresenta elevada consistência interna, avaliada através do *alfa de cronbach* (.93) e do *Spearman-Brown* (.88). No que se refere às subescalas de sofrimento, tem-se verificado uma boa consistência interna, ao nível da subescala sofrimento físico com *alfa de Cronbach* de .85; sofrimento psicológico com *alfa de Cronbach* de .88; e sofrimento existencial com *alfa de Cronbach* de .85. Nas restantes dimensões a consistência interna tem sido mais modesta, ainda que razoável (Gameiro, 1998, 1999), com valores de *alfa de Cronbach* de .76 para o sofrimento sociorrelacional e de .69 para as experiências positivas do sofrimento .

Os estudos têm revelado que o instrumento comporta uma boa validade de conteúdo e de constructo (com as cinco dimensões a explicar 48.2% da variância total), verificando-se que todas as dimensões do IESSD se relacionam significativamente, sendo que as dimensões mais fortemente correlacionadas com o score global são o sofrimento existencial ($r=.89$) e o sofrimento psicológico ($r=.88$), seguidas pelas dimensões do sofrimento sociorrelacional ($r=.76$) e do sofrimento físico ($r=.71$). As experiências positivas de sofrimento estão moderadamente correlacionadas com o valor global da escala ($r=-.45$), registando, contudo, uma correlação forte com o sofrimento existencial ($r=-.50$), pois, além de partilharem dois itens, aquelas experiências correspondem fundamentalmente a sentimentos de otimismo/esperança e a vivências com um elevado sentido de existência (Gameiro, 1998, 1999).

2.6.4.1. Características Psicométricas do IESSD na Amostra em Estudo

Validade de Constructo e Fidelidade do IESSD.

Considerando que o Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença, tem sido amplamente utilizado em estudos de investigação, e existindo numerosos dados empíricos que atestam a sua estrutura fatorial e validação para a população portuguesa, procedeu-se, neste trabalho, à análise fatorial confirmatória (Marôco, 2010a). Adicionalmente, saliente-se que o presente estudo carece de um número de sujeitos ou observações adequado que permita proceder de forma segura a uma análise fatorial exploratória, não se dispondo das recomendadas cinco observações por item (Marôco, 2010b).

A análise fatorial confirmatória, desenvolvida através do Programa AMOS, versão 23, permitiu atestar a estrutura fatorial proposta no modelo original do instrumento (Gameiro, 1999), tendo-se obtido os seguintes indicadores de ajustamento: $\chi^2_{(4)} = 4.034$, $p = .401$; $\chi^2/df = 1.008$; CFI = 1, $pCFI = .267$; RMSA = .010, $p(RMSA \leq .05) = .506$. Estes indicadores permitem constatar que a probabilidade da estatística do χ^2 é superior a .05, indicando um bom ajustamento. Adicionalmente, o índice comparativo do ajustamento (*Comparative Fit Index*, CFI) revelou-se superior a .95, indicando um bom ajustamento do modelo. Por fim, o RMSA (*Root Mean Square Error Aproximation*), ao ser inferior a .05 revela uma boa medida da proximidade de ajustamento entre o modelo e os dados. Neste sentido, em termos globais, o modelo pode ser considerado válido e adequado (Marôco, 2010a).

Em relação à fidelidade, analisou-se a consistência interna para as cinco dimensões que compõem o instrumento, bem como para a escala total. Nesta análise, constatou-se um coeficiente

alfa de Cronbach de .91 para a dimensão Sofrimento Psicológico, um coeficiente *alfa de Cronbach* de .77 para a dimensão Sofrimento Físico, um coeficiente *alfa de Cronbach* de .85 para a dimensão Sofrimento Existencial, um coeficiente *alfa de Cronbach* de .79 para a dimensão Sofrimento Sociorrelacional, e um valor *alfa de Cronbach* de .79 para a dimensão Experiências Positivas de Sofrimento. Por fim, para a escala total verificou-se um coeficiente *alfa de Cronbach* de .94. Estes valores indicam uma boa consistência interna do instrumento para este estudo (Pestana & Gageiro, 2005), superando na sua globalidade os valores encontrados no estudo de Gameiro (1999), com a exceção da dimensão Sofrimento Físico, a qual, no estudo original, obteve um coeficiente *alfa de Cronbach* de .84.

2.7. Análise dos Dados

Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados informática e processados através do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 23.0, para o *Windows*. Foram analisados com recurso a testes estatísticos univariados e multivariados.

No que se reporta aos dados de caracterização sociodemográfica, profissional e clínica dos participantes foram submetidos a métodos de estatística descritiva, com recurso a análises de distribuições e frequências, para as medidas categóricas, assim como ao cálculo de médias e desvio padrão, para as variáveis do tipo intervalar. Para dar resposta às questões de investigação e testes de hipóteses, foram utilizados vários tipos de procedimentos e análises estatísticas, em conformidade com o tipo de questão colocada, a tipologia das variáveis envolvidas e os valores de simetria da amostra.

De salientar, que antes de se passar ao teste de hipóteses, realizou-se um estudo prévio e contínuo, relativamente à existência, ou não, dos corolários necessários à aplicação da estatística paramétrica, ou seja, das variáveis dependentes serem de natureza intervalar, seguirem uma distribuição normal e existir homogeneidade de variâncias na distribuição da variável independente em relação à dependente (Almeida & Freire, 2008). Para analisar a normalidade da distribuição das variáveis, foram utilizados os testes de *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro Wilks* ($p > .05$), assim como a determinação da assimetria e curtose das distribuições. Destas análises foi possível constatar que a maioria das variáveis cumpria os critérios da distribuição normal, ou se encontravam suficientemente próximas da normalidade para serem tratadas como tal, e que os princípios da homogeneidade de variâncias estavam assegurados. Por tal facto, recorreu-se ao uso de testes paramétricos, em conformidade com o tipo de hipóteses a testar. De uma forma global,

considerou-se a assunção de um intervalo de confiança de 95%, com valor de *alfa* igual a .05, como valor crítico de significância dos resultados dos testes de hipóteses, rejeitando-se a hipótese nula sempre que a probabilidade de erro tipo I fosse inferior àquele valor ($p < .05$).

Com o intuito de determinar as covariantes a incluir nos testes de hipóteses, ou as variáveis sociodemográficas, profissionais e clínicas a controlar e/ou a estudar nas análises de regressão, foram realizadas análises univariadas, utilizando a respetiva variável como fator. Concretizaram-se testes *t-Student* e ANOVAS, determinaram-se coeficientes de correlação *r de Pearson*, e realizaram-se MANOVAS, para determinar a relação entre as variáveis psicossociais, clínicas, sociodemográficas e profissionais, e verificar quais destas últimas variáveis tinham influência nas variáveis psicossociais em estudo. A este respeito, considerou-se importante proceder ao controlo do efeito das variáveis apontadas pela literatura, como exercendo uma influência significativa nas variáveis de resultado. Salienta-se como exemplo, o efeito da variável *Idade* e *Género*, ao nível da experiência subjetiva de sofrimento do doente, tal como apontado por diversos estudos (Alves *et al.*, 2012; Diez *et al.*, 2005; Gameiro, 1999). Paralelamente, ainda numa primeira fase, antes de se proceder ao estudo dos testes de hipóteses, foi utilizado o coeficiente de correlação *r de Pearson* para avaliar o tipo de associação entre as diversas variáveis psicossociais alvo de estudo.

Numa fase posterior, considerando as hipóteses formuladas, recorreu-se a análises de regressão (e.g., linear simples e hierárquica múltipla), nomeadamente para a *Hipótese 1*, onde se previa que as competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros fossem preditores significativos da experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica; na *Hipótese 2*, onde se esperava que as competências de comunicação empática dos enfermeiros fossem preditores significativos da experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica; e, na *Hipótese 3*, prevendo que as competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros fossem preditores significativos das competências de comunicação empática dos enfermeiros. Neste âmbito, para todos os modelos de regressão produzidos, foi assegurado, tal como referem Pestana e Gageiro (2005), que as variáveis explicativas fossem linearmente independentes, ou seja, que não existiam problemas de multicolinearidade. Para tal, foi utilizada a estatística de *Durbin-Watson*, bem como os valores dos Fatores de Inflação da Variância (VIF) e de tolerância.

Finalmente, realizaram-se análises de mediação com recurso aos métodos *MedGraph* (Jose, 2013) e *bootstrapping* (Hayes, 2009, 2013; Preacher & Hayes, 2008), especificamente na

Hipótese 4, onde se previa que as competências de comunicação empática dos enfermeiros tivessem um efeito mediador na relação entre as competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros e a experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica.

Em síntese, pese embora os procedimentos anteriormente descritos, procede-se para cada teste de hipótese, na parte correspondente à apresentação dos resultados, em jeito introdutório, a uma descrição mais detalhada dos procedimentos estatísticos desenvolvidos.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procede-se à apresentação, análise e interpretação dos resultados do estudo empírico. Em primeiro lugar, traça-se o perfil sociodemográfico, profissional e clínico dos participantes. De seguida, procede-se à caracterização dos participantes em função das variáveis de investigação estudadas. Posteriormente, apresentam-se os resultados dos testes de hipóteses, expostos pela ordem por que foram formuladas e, finalmente, expõem-se os resultados referentes às análises exploratórias.

3.1. Caracterização Sociodemográfica, Profissional e Clínica dos Participantes

As características sociodemográficas, profissionais e clínicas dos participantes são expostas, de forma detalhada, nos Quadros 3, 4 e 5.

No Quadro 3 apresentam-se as características sociodemográficas dos participantes.

Quadro 3

Caracterização Sociodemográfica dos Participantes (N = 84)

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS		<i>n</i> ^{a)}	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Idade		—	—	60.99	14.08	24	82
	≥ 61 Anos	46	54.8	—	—	—	—
	< 61 Anos	38	45.2	—	—	—	—
Género							
	Masculino	55	65.5	—	—	—	—
	Feminino	29	34.5	—	—	—	—
Escolaridade							
	4 Anos (1 ^o Ciclo)	72	85.7	—	—	—	—
	Ensino Médio/superior	12	14.3	—	—	—	—
Área de Residência							
	Meio Rural	42	50.0	—	—	—	—
	Meio Urbano	38	45.2	—	—	—	—
Estado Civil							
	Casado	46	54.8	—	—	—	—
	Não Casado	38	45.2	—	—	—	—
Idade do Companheiro							
	> 59 Anos	25	29.8	—	—	—	—
	≤ 59 Anos	21	25.0	—	—	—	—
Filhos							
	Sim	66	78.6	—	—	—	—
	Não	18	21.4	—	—	—	—
Número de Filhos							
	≤ 2 Filhos	42	50.0	—	—	—	—
	> 2 Filhos	24	28.6	—	—	—	—
Idade dos Filhos							
	Adulta	58	69.0	—	—	—	—
	Não adulta	6	7.1	—	—	—	—

Quadro 3 (Cont.)
 Caracterização Sociodemográfica dos Participantes ($N = 84$)

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS		n^a	%	M	DP	Mínimo	Máximo
Número de Coabitantes		—	—	2.94	1.43	1	7
	> 2 Coabitantes	39	46.4	—	—	—	—
	≤ 2 Coabitantes	33	39.3	—	—	—	—
Papel na Família							
	Chefe de Família	36	42.9	—	—	—	—
	Outros	39	46.4	—	—	—	—
Rendimento Familiar/Mês							
	≥ 500 Euros	39	46.4	—	—	—	—
	< 500 Euros	28	33.3	—	—	—	—
Religião							
	Católica	75	89.3	—	—	—	—
	Não Católica	7	8.3	—	—	—	—
Práticas religiosas							
	Sim	44	52.4	—	—	—	—
	Não	38	45.2	—	—	—	—

Nota. ^a Casos Válidos.

Neste estudo, participaram 84 pessoas com doença oncológica, com uma média de idades de 60.99 anos ($DP = 14.08$), oscilando entre um valor mínimo de 24 e um máximo de 82 anos de idade. Cinquenta e cinco (65.5%) dos participantes são do género masculino e 29 (34.5%) do género feminino. No grupo total, a generalidade dos participantes ($n = 72$; 85.7%) completou apenas o primeiro ciclo do ensino básico, e cerca de 50% ($n = 42$) vivem em meio rural.

Em termos de estado civil, a maioria dos participantes ($n = 46$; 54.8%) são casados, sendo a idade média dos seus companheiros de 60.63 anos de idade ($DP = 12.3$; mínimo_{idade} = 30, máximo_{idade} = 83). No grupo total dos participantes, 66 (78.6%) têm filhos, na sua maioria ($n = 58$; 69%) adultos, correspondendo a um número médio de 2.88 ($DP = 2.22$) filhos por participante. Concomitantemente, 33 (39.3%) participantes referem um número de coabitantes, igual ou inferior a duas pessoas.

No que concerne aos papéis desempenhados pelos participantes, no seio da estrutura e dinâmica familiar, 39 (46.6%) consideram que, além de serem responsáveis pelo bem-estar e sobrevivência familiar, desempenham também outros papéis (e.g., principal fonte de rendimentos, cônjuge, mãe/pai, entre outros). Saliente-se que, no grupo total, 28 (33.3%) dos participantes relatam auferir um rendimento mensal familiar inferior a 500 euros.

A globalidade ($n = 75$; 89.3%) dos participantes considera-se católica, sendo que a maioria destes ($n = 44$; 52.4%) refere ter práticas religiosas (e.g., “frequentar a missa”).

No Quadro 4 procede-se a uma descrição das características profissionais dos participantes.

Quadro 4
Caracterização Profissional dos Participantes ($N = 84$)

VARIÁVEIS PROFISSIONAIS		$n^{a)}$	%	M	DP	Mínimo	Máximo
Situação Profissional							
	Reformado	41	48.8	—	—	—	—
	Com atividade profissional	23	27.4	—	—	—	—
	Sem atividade profissional	17	20.2	—	—	—	—
Período de absentismo				255	303.5	2	900
	≤ 150 Dias	12	14.3	—	—	—	—
	> 150 Dias	8	9.5	—	—	—	—

Nota. ^{a)} Casos Válidos.

No domínio profissional, a maioria dos participantes do estudo ($n = 41$; 48.8%) referem estar reformados, 23 (27.4%) reportam encontrar-se ativos profissionalmente e, 17 (20.2%) relatam não possuir atividade profissional. O período médio de absentismo para o trabalho, oscila entre os 2 e os 900 dias ($M = 255$; $DP = 303.5$).

No Quadro 5 detalham-se as características clínicas dos participantes.

Quadro 5
Caracterização Clínica dos Participantes ($N = 84$)

VARIÁVEIS CLÍNICAS		$n^{a)}$	%	M	DP	Mínimo	Máximo
Unidade Hospitalar							
	Hospital Distrital	62	73.8	—	—	—	—
	Hospital Concelhio	22	26.2	—	—	—	—
Unidade de Internamento							
	Oncologia	45	53.6	—	—	—	—
	Contextos Médico-Cirúrgicos	39	46.4	—	—	—	—
Diagnósticos							
	Cancro do Sistema Respiratório	28	33.3	—	—	—	—
	Cancro do Sistema Digestivo	16	19.0	—	—	—	—
	Outros Cancros	39	46.4	—	—	—	—
Tempo de Diagnóstico				2.69	4.63	0	30
	≤ 1Ano	47	56.0	—	—	—	—
	> 1Ano	37	44.0	—	—	—	—
Dias de Internamento				7.6	7.14	3	46
	≤ 5 Dias	46	54.8	—	—	—	—
	> 5 Dias	38	45.2	—	—	—	—

Quadro 5 (Cont.)
Caracterização Clínica dos Participantes (N = 84)

VARIÁVEIS CLÍNICAS		<i>n</i> ^{a)}	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Tratamentos							
	Quimioterapia	50	59.5	—	—	—	—
	Radioterapia	11	13.1	—	—	—	—
	Cirurgia	10	11.9	—	—	—	—
	Outros tratamentos	3	3.6	—	—	—	—
Comorbilidades Físicas							
	Sim	26	31.0	—	—	—	—
	Não	40	47.6	—	—	—	—
Comorbilidades Mentais							
	Depressão	16	19.0	—	—	—	—
	Ansiedade	10	11.9	—	—	—	—
	Outras	1	1.2	—	—	—	—
Pessoa que apoia em casa							
	Cônjuge	29	34.5	—	—	—	—
	Outros	34	40.5	—	—	—	—

Nota. ^{a)} Casos Válidos.

Quanto à caracterização clínica dos participantes e ao tipo de instituição hospitalar de pertença, 62 (73.8%) pertencem a um Hospital Distrital e 22 (26.2%) a um Hospital Concelhio. Especificamente, 45 (53.6%) dos participantes encontravam-se internados no serviço de oncologia e os restantes 39 (46.4%), estavam internados nos serviços de medicina, cirurgia e pneumologia. O número médio de dias de internamento foi de 7.6 (*DP* = 7.14), oscilando entre um valor mínimo de 3 e máximo de 46 dias.

Quando questionados em relação ao tipo de patologia oncológica, 28 (33.3%) dos participantes relatam diagnóstico de cancro do sistema respiratório, 16 (19%) cancro do sistema digestivo e 39 (46.4%) cancro de outros sistemas orgânicos. O período médio mencionado para o tempo de diagnóstico é de 2.69 (*DP* = 4.63) anos, sendo que a maioria dos participantes (*n* = 47; 56%) refere ter recebido o diagnóstico oncológico há menos de 1 ano e 50 (59.5%) relatam ter sido submetidos a quimioterapia.

Em termos de comorbilidades, designadamente comorbilidades crónicas de foro físico, 40 participantes (47.6%) nega possuir este tipo de patologias. Já, em termos de comorbilidades do foro mental, 16 (19%) participantes relatam diagnóstico de depressão e 10 (11.9%) diagnóstico de ansiedade.

Por fim, quando interrogados em relação às pessoas de quem recebem apoio em casa, 34 participantes (40.5%) refere receber ajuda de outras pessoas que não o cônjuge.

3.2. Caracterização dos Participantes em Função das Variáveis de Investigação

Visando uma caracterização dos participantes, de acordo com as variáveis estudadas, apresentam-se, seguidamente, as estatísticas descritivas das variáveis psicossociais que podem contribuir para uma melhor compreensão dos resultados dos testes de hipóteses. Para tal considerou-se o estatuto de variável preditora e variável de resultado.

3.2.1. Variáveis Predictoras

Com o intuito de caracterizar os participantes do estudo em função das variáveis predictoras consideradas, detalham-se as estatísticas descritivas das dimensões de comunicação não-verbal dos enfermeiros e de comunicação empática dos enfermeiros.

3.2.1.1. Competências de Comunicação Não-Verbal dos Enfermeiros

Para proceder à caracterização dos participantes no âmbito da perceção subjetiva das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros, consideraram-se a escala global e as subescalas da Escala de Avaliação da Comunicação Não-Verbal das Enfermeiras (versão clientes) (EACNV), cujas estatísticas descritivas se apresentam no Quadro 6.

Da análise do Quadro 6, verifica-se que os participantes deste estudo percebem a comunicação não-verbal global dos enfermeiros, resultante da sua interação com os mesmos, como moderadamente adequada ($M = 3.44$; $DP = .74$). Especificamente, constata-se que as competências de comunicação não-verbal que os doentes relatam como sendo as mais exibidas pelos enfermeiros, aquando da interação, são as competências de *Atenção/Contacto* ($M = 4.04$; $DP = .74$), seguidas da *Expressividade/Autenticidade* ($M = 3.68$; $DP = 1.00$). Adicionalmente, os doentes reportam que as competências de comunicação não-verbal de *Proximidade/Clareza* são as menos exibidas pelos enfermeiros ($M = 2.42$; $DP = 1.14$).

Quadro 6

Caracterização dos participantes de acordo com as variáveis da Comunicação Não-Verbal dos Enfermeiros (EACNV) (N= 84)

VARIÁVEL EM ESTUDO	<i>n</i> ^{a)}	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Comunicação Não-verbal Global	84	3.44	.74	1.69	5.00
Expressividade/Autenticidade	84	3.68	1.00	1.00	5.00
Proximidade/Clareza	84	2.42	1.14	1.00	5.00
Atenção/Contacto	84	4.04	.74	1.80	5.00

Nota. ^{a)}Corresponde aos casos válidos.

3.2.1.2. Competências de Comunicação Empática dos Enfermeiros

Na caracterização dos participantes, no domínio da perceção subjetiva das competências de comunicação empática dos enfermeiros, consideraram-se a escala global e as subescalas da Escala de Avaliação da Comunicação Empática das Enfermeiras (versão clientes) (EACEE), cujas estatísticas descritivas se apresentam no Quadro 7.

Examinando os resultados expostos no Quadro 7, verifica-se que os participantes relatam a comunicação empática apresentada pelos enfermeiros como sendo moderadamente adequada ($M = 3.37$; $DP = .70$). Concretamente, a dimensão da comunicação empática referida pelos doentes como mais exibida pelos enfermeiros é a *Escuta/Interesse* ($M = 3.77$; $DP = .76$), seguida das competências de *Influência* ($M = 3.47$; $DP = .95$). Todavia, a dimensão da comunicação empática que os participantes assinalam como sendo menos expressa pelos enfermeiros é a *Abertura/Flexibilidade* ($M = 2.72$; $DP = .96$).

Quadro 7

Caracterização dos participantes de acordo com as variáveis da Comunicação Empática dos Enfermeiros (EACEE) (N= 84)

VARIÁVEL EM ESTUDO	<i>n</i> ^{a)}	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Comunicação Empática Global	84	3.37	.70	2.00	5.00
Influência	84	3.47	.95	1.00	5.00
Escuta/Interesse	84	3.77	.76	2.00	5.00
Abertura/Flexibilidade	84	2.72	.96	1.00	5.00

Nota. ^{a)}Corresponde aos casos válidos.

3.2.2. Variáveis de Resultado

3.2.2.1. Experiências Subjetivas de Sofrimento dos Doentes

Para proceder à caracterização dos participantes relativamente às experiências subjetivas de sofrimento, consideraram-se a escala global e as subescalas do Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD), cujas estatísticas descritivas se apresentam no Quadro 8.

Tendo em consideração os resultados apresentados no Quadro 8, e atendendo ao facto de o sofrimento ser medido por cinco níveis de intensidade: 1) ausência de sofrimento; 2) sofrimento ligeiro; 3) sofrimento médio; 4) muito sofrimento; e, 5) sofrimento profundo (Costa, 2015), verifica-se que o nível global de sofrimento relatado, pelos participantes deste estudo, se situa no nível médio ($M = 3.22$; $DP = .77$). De forma concreta, saliente-se que os doentes reportam maiores níveis de *Sofrimento Sociorrelacional* ($M = 3.50$; $DP = .93$), seguido de *Sofrimento Físico* ($M = 3.34$; $DP = .89$), *Sofrimento Psicológico* ($M = 3.30$; $DP = .96$), e *Sofrimento Existencial* ($M = 3.08$; $DP = .77$). A dimensão que apresenta menores índices relatados, corresponde às *Experiências positivas de sofrimento* ($M = 2.44$; $DP = .95$).

Quadro 8

Caracterização dos participantes de acordo com as Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD) (N = 84)

VARIÁVEL EM ESTUDO	<i>n</i> ^{a)}	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Sofrimento Global	83	3.22	.77	1.16	4.64
Sofrimento Psicológico	84	3.30	.96	1.00	4.69
Sofrimento Físico	84	3.34	.89	1.00	5.00
Sofrimento Existencial	84	3.08	.77	1.38	4.50
Sofrimento Sociorrelacional	83	3.50	.93	1.14	5.00
Experiências Positivas de Sofrimento	84	2.44	.95	1.00	4.80

Nota. ^{a)}Corresponde aos casos válidos.

3.3. Resultados dos Testes de Hipóteses

Antes de se iniciar a exposição dos resultados dos testes de hipóteses, apresentam-se os resultados significativos das correlações *r de Pearson*, entre as variáveis predictoras ou mediadoras

(e.g., Competências de Comunicação Não-Verbal e Competências de Comunicação Empática dos Enfermeiros), e as variáveis de resultado (e.g., Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença).

Estes procedimentos, cujos resultados se detalham no Quadro 9, tiveram o objetivo de dar suporte às resoluções estatísticas a realizar no teste de hipóteses.

Quadro 9

Correlações r de Pearson entre as Competências de Comunicação Não-Verbal e Comunicação Empática dos Enfermeiros e as Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (N= 84)

	SG	SP	SF	SE	SR	EP	CG	CI	CEI	CAF	CNG	CEA	CPC
SG	1												
SP	.946**	1											
SF	.768**	.654**	1										
SE	.940**	.828**	.680**	1									
SR	.813**	.729**	.613**	.688**	1								
EP	.294**	.324**	—	.288**	—	1							
CG	—	—	—	—	—	—	1						
CI	—	—	—	—	.246*	—	.917**	1					
CEI	—	—	—	-.227*	—	—	.751**	.629**	1				
CAF	—	.224*	—	.234*	—	.218*	.627**	.381**	—	1			
CNG	—	—	—	—	—	—	.751**	.691**	.702**	.337**	1		
CEA	—	—	—	—	—	—	.527**	.475**	.579**	—	.805**	1	
CPC	—	—	—	—	—	—	.681**	.618**	.375**	.567**	.772**	.381**	1
CAC	—	—	—	—	—	-.216*	.548**	.527**	.741**	—	.785**	.549**	.367**

Nota. SG = Sofrimento Global; SP = Sofrimento Psicológico; SF = Sofrimento Físico; SE = Sofrimento Existencial; SR = Sofrimento Sociorrelacional; EP = Experiências Positivas de Sofrimento; CG = Comunicação Empática Global; CI = Comunicação Empática Influência; CEI = Comunicação Empática Escuta/Interesse; CAF = Comunicação Empática Abertura/Flexibilidade; CNG = Comunicação Não-Verbal Global; CEA = Comunicação Não-verbal Expressividade/Autenticidade; CPC = Comunicação Não-Verbal Proximidade/Clareza; CAC = Comunicação Não-Verbal Atenção/Contacto.

* $p \leq .05$. ** $p \leq .01$.

Considerando o exposto no Quadro 9, tendo como ponto de referência a classificação proposta por Marôco (2014), verifica-se que as dimensões da comunicação empática (EACEE) e as dimensões das experiências subjetivas de sofrimento (IESSD) correlacionam-se de forma estatisticamente significativa e globalmente fraca ($|r| < .30$).

A comunicação não-verbal, na dimensão *Atenção/Contacto*, apresenta uma correlação significativa e negativa com as *Experiências positivas de sofrimento* ($r = -.216$). Por fim, no que concerne às dimensões da comunicação não-verbal (EACNV) e da comunicação empática

(EACEE), verificam-se correlações positivas e significativas, globalmente moderadas a fortes ($.30 < |r| \leq .75$).

3.3.1. Resultados do Teste da Hipótese 1: Relação Comunicação Não-verbal e Experiência Subjetiva de Sofrimento

Na *Hipótese 1* prevê-se que as competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros (EACNV) sejam preditores significativos da experiência subjetiva de sofrimento (IESSD) de pessoas com doença oncológica. Para testar esta hipótese, realizaram-se análises de regressão hierárquica múltipla.

No 1º passo, introduziram-se as variáveis sociodemográficas, que apresentaram uma correlação significativa com a variável de resultado; no 2º passo, as variáveis profissionais que se associaram significativamente à variável de resultado; e, no 3º passo, as variáveis clínicas com correlação significativa à variável de resultado. No 4º passo, entraram as variáveis referentes às competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros (EACNV – Comunicação Não-Verbal Global e as subescalas Expressividade/Autenticidade, Proximidade/Clareza e Atenção/Contacto). Garantiu-se, continuamente, o pressuposto da ausência de problemas de multicolinearidade.

Quando as variáveis profissionais não eram significativas, introduziram-se as variáveis sociodemográficas e clínicas, nos dois primeiros passos. Consideraram-se como variáveis de resultado, indicadoras das experiências subjetivas de sofrimento dos doentes, a IESSD – Sofrimento Global e as suas subescalas: o Sofrimento Psicológico, o Sofrimento Físico, o Sofrimento Existencial, o Sofrimento Sociorrelacional e as Experiências Positivas do Sofrimento.

Detalham-se, de seguida, os resultados das análises efetuadas para testar a *Hipótese 1*. Neste âmbito, convém salientar que, apenas, se obtiveram modelos preditivos estatisticamente significativos para as dimensões do *Sofrimento Global*, *Sofrimento Existencial*, *Sofrimento Sociorrelacional* e *Experiências Positivas de Sofrimento*. Neste sentido, serão apresentados somente os resultados significativos referentes a estas variáveis.

Sofrimento Global

Expõem-se, nas Tabelas 1 e 2, os modelos significativos de predição do Sofrimento Global, avaliado pelo IESSD, de forma a testar os efeitos independentes das Competências de Comunicação Não-Verbal dos Enfermeiros (EACNV), sobre os níveis de Sofrimento Global experienciados pelas pessoas com doença oncológica.

O modelo, na Tabela 1, apresenta-se significativo na predição do Sofrimento Global experienciado pelas pessoas com doença oncológica ($F_{(5,77)} = 3.025$; $p < .05$), explicando 16.4% da variância total encontrada. Especificamente, verifica-se que o Tempo de Diagnóstico ($t_{(78)} = 2.426$; $p = .018$) e a Unidade Hospitalar de Internamento ($t_{(78)} = 2.588$; $p = .012$) constituem preditores significativos do Sofrimento Global (IESSD), explicando 14.3% da variância total encontrada neste estudo. Revelam maior experiência de Sofrimento Global os doentes que relatam mais tempo de diagnóstico ($\beta = .256$) e, ainda, os doentes internados em Hospital Concelhio ($\beta = .275$).

Adicionalmente, a Comunicação Não-Verbal Global dos Enfermeiros (EACNV), não se constituiu preditor significativo do Sofrimento Global das pessoas com doença oncológica.

Tabela 1

Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Comunicação Não-Verbal Global dos Enfermeiros (EACNV) como preditor do Sofrimento Global dos Doentes (IESSD) (N = 84)

	ΔR^2	ΔF	β	t
RESULTADO/PREDITORES				
<i>Sofrimento Global (IESSD)</i>				
<i>Passo 1</i>				
Idade	.019	.791	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Género ^{a)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Passo 2</i>				
Unidade Hospitalar ^{b)}	.143	6.643**	.275	2.588*
Tempo de Diagnóstico ^{c)}			.256	2.426*
<i>Passo 3</i>				
EACNV – Comunicação Não-Verbal Global	.002	.189	<i>ns</i>	<i>ns</i>
$R^2 = .164$; $R^2_{Ajustado} = .110$; ($F_{(5,77)} = 3.025$; $p < .05$)				

Nota. ^{a)} Variável dicotómica: 0 = Masculino, 1 = Feminino. ^{b)} Variável dicotómica: 0 = Hospital Distrital, 1 = Hospital Concelhio. ^{c)} Variável dicotómica: 0 = Tempo \leq 1 Ano, 1 = Tempo $>$ 1 Ano.

ns $>$.10. $\cdot p <$.10. $* p \leq$.05. $** p \leq$.01. $*** p \leq$.001.

Produziu-se um modelo alternativo para testar os efeitos preditivos das dimensões das Competências de Comunicação Não-Verbal dos Enfermeiros, avaliadas pela EACNV, nomeadamente da Expressividade/Autenticidade, Proximidade/Clareza e Atenção/Contacto. As análises expostas na Tabela 2 demonstram que estas dimensões da comunicação não-verbal dos enfermeiros, não se afiguram preditores significativos do Sofrimento Global das pessoas com doença oncológica (IESSD).

Tabela 2

Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com as Competências de Comunicação Não-Verbal dos Enfermeiros (EACNV-Expressividade/Autenticidade, EACNV-Proximidade/Clareza e EACNV - Atenção/Contacto) como preditores do Sofrimento Global dos Doentes (IESSD) (N = 84)

RESULTADO/PREDITORES	ΔR^2	ΔF	β	<i>t</i>
<i>Sofrimento Global (IESSD)</i>				
<i>Passo 1</i>	.019	.791		
Idade			<i>ns</i>	<i>ns</i>
Género ^{a)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Passo 2</i>	.143	6.643**		
Unidade Hospitalar ^{b)}			.275	2.588*
Tempo de Diagnóstico ^{c)}			.256	2.426*
<i>Passo 3</i>	.011	.333		
EACNV – Expressividade/Autenticidade			<i>ns</i>	<i>ns</i>
EACNV – Proximidade/Clareza			<i>ns</i>	<i>ns</i>
EACNV – Atenção/Contacto			<i>ns</i>	<i>ns</i>

$R^2 = .173$; $R^2_{Ajustado} = .096$; ($F_{(7,75)} = 2.243$; $p < .05$)

Nota. ^{a)} Variável dicotómica: 0 = Masculino, 1 = Feminino. ^{b)} Variável dicotómica: 0 = Hospital Distrital, 1 = Hospital Concelhio. ^{c)} Variável dicotómica: 0 = Tempo \leq 1 Ano, 1 = Tempo $>$ 1 Ano.

ns $>$.10. $\cdot p <$.10. * $p \leq$.05. ** $p \leq$.01. *** $p \leq$.001.

Sofrimento Existencial

Apresentam-se, em seguida, os modelos de predição significativos do Sofrimento Existencial, avaliado pelo IESSD, de forma a testar os efeitos independentes das Competências de Comunicação Não-Verbal dos Enfermeiros (EACNV), sobre os níveis de Sofrimento Existencial experienciados pelas pessoas com doença oncológica. Nas Tabelas 3 e 4 detalham-se os resultados das regressões hierárquicas múltiplas para as variáveis preditoras do Sofrimento Existencial.

Considerando os resultados incluídos na Tabela 3, verifica-se que o modelo representado é significativo na predição do Sofrimento Existencial experienciado pelas pessoas com doença oncológica ($F_{(5,78)} = 4.147$; $p < .01$), explicando 21% da variância encontrada. Constata-se que reportam maiores níveis de sofrimento existencial os doentes que relatam mais tempo de diagnóstico ($\beta = .244$) e os que se encontram internados em unidade hospitalar concelhia ($\beta = .346$).

Neste modelo, a Comunicação Não-Verbal Global dos Enfermeiros (EACNV), não se constituiu preditor significativo do Sofrimento Existencial das pessoas com doença oncológica.

Tabela 3

Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Comunicação Não-Verbal Global dos Enfermeiros (EACNV) como preditor do Sofrimento Existencial dos Doentes (IESSD) (N = 84)

	ΔR^2	ΔF	β	<i>t</i>
RESULTADO/PREDITORES				
<i>Sofrimento Existencial (IESSD)</i>				
<i>Passo 1</i>	.020	.832		
Idade			<i>ns</i>	<i>ns</i>
Género ^{a)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Passo 2</i>	.179	8.844***		
Unidade Hospitalar ^{b)}			.346	3.356***
Tempo de Diagnóstico ^{c)}			.244	2.388*
<i>Passo 3</i>	.11	1.049		
EACNV – Comunicação Não-Verbal Global			<i>ns</i>	<i>ns</i>

$R^2 = .210$; $R^2_{Ajustado} = 0.159$; ($F_{(5,78)} = 4.147$; $p < .01$)

Nota. ^{a)} Variável dicotómica: 0 = Masculino, 1 = Feminino. ^{b)} Variável dicotómica: 0 = Hospital Distrital, 1 = Hospital Concelhio. ^{c)} Variável dicotómica: 0 = Tempo \leq 1 Ano, 1 = Tempo $>$ 1 Ano.
 $ns > .10$. $\cdot p < .10$. $*p \leq .05$. $**p \leq .01$. $***p \leq .001$.

Um modelo de regressão alternativo é apresentado na Tabela 4.

Tabela 4

Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a EACNV-Expressividade/Autenticidade, EACNV-Proximidade/Clareza e EACNV-Atenção/Contacto como preditores do Sofrimento Existencial dos Doentes (IESSD) (N = 84)

	ΔR^2	ΔF	β	<i>t</i>
RESULTADO/PREDITORES				
<i>Sofrimento Existencial (IESSD)</i>				
<i>Passo 1</i>	.020	.832		
Idade			<i>ns</i>	<i>ns</i>
Género ^{a)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Passo 2</i>	.179	8.844***		
Unidade Hospitalar ^{b)}			.346	3.356***
Tempo de Diagnóstico ^{c)}			.244	2.388*
<i>Passo 3</i>	.18	.587		
EACNV – Expressividade/Autenticidade			<i>ns</i>	<i>ns</i>
EACNV – Proximidade/Clareza			<i>ns</i>	<i>ns</i>
EACNV – Atenção/Contacto			<i>ns</i>	<i>ns</i>

$R^2 = .218$; $R^2_{Ajustado} = .145$; ($F_{(7,76)} = 3.018$; $p \leq .01$)

Nota. ^{a)} Variável dicotómica: 0 = Masculino, 1 = Feminino. ^{b)} Variável dicotómica: 0 = Hospital Distrital, 1 = Hospital Concelhio. ^{c)} Variável dicotómica: 0 = Tempo \leq 1 Ano, 1 = Tempo $>$ 1 Ano.
 $ns > .10$. $\cdot p < .10$. $*p \leq .05$. $**p \leq .01$. $***p \leq .001$.

A Tabela 4 reproduz um segundo modelo, para testar os efeitos preditivos das dimensões das Competências de Comunicação Não-Verbal dos Enfermeiros, avaliadas pela EACNV, Expressividade/Autenticidade, Proximidade/Clareza e Atenção/Contacto. Os resultados das análises indicam que estas dimensões da comunicação não-verbal dos enfermeiros não são preditores significativos do Sofrimento Existencial (IESSD) das pessoas com doença oncológica.

Sofrimento Sociorrelacional

Em continuidade, expõem-se os modelos de predição significativos do Sofrimento Sociorrelacional, avaliado pelo IESSD, de forma a testar os efeitos independentes das Competências de Comunicação Não-Verbal dos Enfermeiros (EACNV), sobre os níveis de Sofrimento Sociorrelacional experienciados pelas pessoas com doença oncológica.

Nas Tabelas 5 e 6 exibem-se os resultados das regressões hierárquicas múltiplas para as variáveis predictoras do Sofrimento Sociorrelacional.

Tabela 5

Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Comunicação Não-Verbal Global dos Enfermeiros (EACNV) como preditor do Sofrimento Sociorrelacional (IESSD) (N = 84)

	ΔR^2	ΔF	β	t
RESULTADO/PREDITORES				
<i>Sofrimento Sociorrelacional (IESSD)</i>				
<i>Passo 1</i>	.131	3.804*		
Idade			-.246	-2.133*
Género ^{a)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
Filhos ^{b)}			.329	2.840**
<i>Passo 2</i>	.052	2.362*		
Com Atividade Profissional ^{c)}			.319	2.105*
<i>Passo 3</i>	.034	3.202		
Tempo de Diagnóstico ^{d)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Passo 4</i>	.011	1.029		
EACNV – Comunicação Não-Verbal Global			<i>ns</i>	<i>ns</i>

$R^2 = .228$; $R^2_{Ajustado} = .153$; ($F_{(7,72)} = 3.040$; $p < .010$)

Nota. ^{a)} Variável dicotómica: 0 = Masculino, 1 = Feminino. ^{b)} Variável dicotómica: 0 = Não, 1 = Sim. ^{c)} Variável dicotómica: 0 = Não, 1 = Sim. ^{d)} Variável dicotómica: 0 = Tempo \leq 1 Ano, 1 = Tempo $>$ 1 Ano. *ns* $>$.10. $\cdot p <$.10. $\cdot p \leq$.05. $\cdot\cdot p \leq$.01. $\cdot\cdot\cdot p \leq$.001.

O modelo discriminado na Tabela 5, apresenta-se significativo na predição do Sofrimento Sociorrelacional experienciado pelas pessoas com doença oncológica ($F_{(7,72)} = 3.040$; $p < .010$),

permitindo explicar 15.3% da variância total corrigida. Especificamente, as variáveis sociodemográficas explicam 13.1% da variância total encontrada, exibindo maior sofrimento sociorrelacional os doentes mais jovens ($\beta = -.246$), assim como aqueles que possuem filhos ($\beta = .329$). Paralelamente, a variável Situação Profissional permite explicar 5.2% da variância encontrada, verificando-se que relatam maiores níveis de sofrimento sociorrelacional os doentes detentores de uma atividade profissional ($\beta = .319$).

As Competências de Comunicação Não-Verbal dos Enfermeiros (EACNV), tendo em consideração a dimensão global da comunicação, não se revelaram preditores significativos do Sofrimento Sociorrelacional (IESSD) das pessoas com doença oncológica. Todavia, produziu-se um modelo de regressão alternativo, apresentado na Tabela 6.

Tabela 6

Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a EACNV-Expressividade/Autenticidade, EACNV-Proximidade/Clareza e EACNV-Atenção/Contacto como preditores do Sofrimento Sociorrelacional (IESSD) (N = 84)

	ΔR^2	ΔF	β	t
RESULTADO/PREDITORES				
<i>Sofrimento Sociorrelacional (IESSD)</i>				
<i>Passo 1</i>				
Idade	.131	3.804*	-.246	-2.133*
Género ^{a)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
Filhos ^{b)}			.329	2.840**
<i>Passo 2</i>				
Com Atividade Profissional ^{c)}	.052	2.362	.319	2.105*
<i>Passo 3</i>				
Tempo de Diagnóstico ^{d)}	.034	3.202	<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Passo 4</i>				
EACNV – Expressividade/Autenticidade	.021	.650	<i>ns</i>	<i>ns</i>
EACNV – Proximidade/Clareza			<i>ns</i>	<i>ns</i>
EACNV – Atenção/Contato			<i>ns</i>	<i>ns</i>

$R^2 = .238$; $R^2_{Ajustado} = .140$; ($F_{(9,70)} = 2.433$; $p < .05$)

Nota. ^{a)} Variável dicotómica: 0 = Masculino, 1 = Feminino. ^{b)} Variável dicotómica: 0 = Não, 1 = Sim. ^{c)} Variável dicotómica: 0 = Não, 1 = Sim. ^{d)} Variável dicotómica: 0 = Tempo \leq 1 Ano, 1 = Tempo $>$ 1 Ano.
 $ns > .10$. $\cdot p < .10$. $* p \leq .05$. $** p \leq .01$. $*** p \leq .001$.

O modelo detalhado, na Tabela 6, visou testar os efeitos preditivos das dimensões das Competências de Comunicação Não-Verbal dos Enfermeiros, avaliadas pela EACNV, i.e.,

Expressividade/Autenticidade, Proximidade/Clareza e Atenção/Contacto. Os resultados das análises demonstram, mais uma vez, que estas dimensões da comunicação não-verbal dos enfermeiros, não se constituem preditores significativos do Sofrimento Sociorrelacional (IESSD).

Experiências Positivas de Sofrimento

Apresentam-se, de seguida, os modelos preditivos significativos das Experiências Positivas de Sofrimento das pessoas com doença oncológica, avaliadas pelo IESSD, de forma a testar os efeitos independentes das Competências de Comunicação Não-Verbal dos Enfermeiros (EACNV). Na Tabela 7 apresentam-se os resultados da regressão linear simples para as variáveis predictoras das Experiências Positivas de Sofrimento.

Tabela 7

Resultados da Regressão Linear Simples com a EACNV - Atenção/Contacto como predictor das Experiências Positivas de Sofrimento (IESSD) (N = 84)

RESULTADO/PREDITORES	ΔR^2	ΔF	β	t
<i>Experiências Positivas de Sofrimento (IESSD)</i>				
<i>Passo 1</i>				
EACNV – Atenção/Contato	.047	4.018*	-.216	-2.005*
$R^2 = .047$; $R^2_{Ajustado} = .035$; ($F_{(1,82)} = 4.018$; $p = .048$)				

Nota. ns > .10. ·p < .10. *p ≤ .05. **p ≤ .01. ***p ≤ .001.

Nos resultados de regressão, expostos na Tabela 7, verifica-se que a dimensão Atenção/Contacto, das Competências de Comunicação Não-Verbal dos Enfermeiros, constitui-se um predictor significativo das Experiências Positivas de Sofrimento dos doentes, embora contribuindo apenas com 4.7% da variância total. Observa-se que menos competências de Atenção/Contacto exibidas pelos enfermeiros se associam a mais Experiências positivas de sofrimento dos doentes ($\beta = -.216$).

Resumindo, confirma-se o efeito preditivo das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento das pessoas com doença oncológica, tal como formulado na *H1*. Constatou-se um efeito independente das Competências de Comunicação Não-Verbal nas Experiências Positivas de Sofrimento na Doença, apenas, para a dimensão Atenção/Contacto da comunicação não-verbal dos enfermeiros.

3.3.2. Resultados do Teste da Hipótese 2: Relação Comunicação Empática e Experiência Subjetiva de Sofrimento

Segundo a *Hipótese 2* prevê-se que as competências de comunicação empática dos enfermeiros (EACEE) sejam preditores significativos da experiência subjetiva de sofrimento (IESSD) de pessoas com doença oncológica.

Esta hipótese foi testada recorrendo a análises de regressão hierárquica múltipla. Em todos os modelos testados, no 1º passo, introduziram-se as variáveis sociodemográficas que apresentaram uma associação significativa com a variável de resultado, ou foram apontadas pela investigação como correlatos com a variável de resultado; no 2º passo, as variáveis profissionais que se correlacionaram significativamente com a variável de resultado; e, no 3º passo, as variáveis clínicas com correlato significativo com a variável de resultado. No 4º passo, introduziram-se as variáveis referentes às competências de comunicação empática dos enfermeiros (EACEE – Comunicação Empática Global e as suas subescalas Abertura/Flexibilidade, Escuta/Interesse e Influência). À semelhança de análises anteriores, foram reproduzidos dois tipos globais de modelos por se verificar a existência de multicolinearidade entre algumas variáveis, quando introduzidas, em simultâneo, no mesmo modelo de regressão (e.g., EACEE – Comunicação Empática Global e subescalas).

Quando as variáveis profissionais não eram significativas, introduziram-se as variáveis sociodemográficas e clínicas nos dois primeiros passos. Igualmente, consideraram-se como variáveis de resultado, indicadoras das experiências subjetivas de sofrimento dos doentes, o IESSD – Sofrimento Global e as suas subescalas, o Sofrimento Psicológico, o Sofrimento Físico, o Sofrimento Existencial, o Sofrimento Sociorrelacional e as Experiências Positivas do Sofrimento.

Apresentam-se, seguidamente, os resultados das análises efetuadas para testar a *Hipótese 2*. De salientar que se obtiveram modelos preditivos estatisticamente significativos, apenas, para as dimensões do *Sofrimento Global*, *Sofrimento Psicológico*, *Sofrimento Existencial*, *Sofrimento Sociorrelacional* e *Experiências Positivas de Sofrimento*. Apresentam-se, em sequência, apenas os resultados significativos referentes a estas variáveis.

Sofrimento Global

Expõem-se, em baixo, os modelos significativos de predição do Sofrimento Global (IESSD) para testar os efeitos independentes das Competências de Comunicação Empática dos Enfermeiros (EACEE), sobre os níveis de Sofrimento Global das pessoas com doença oncológica.

Nas Tabelas 8 e 9 encontram-se os resultados das regressões hierárquicas múltiplas para as variáveis preditoras do Sofrimento Global.

Os dados da Tabela 8 permitem constatar que o modelo apresentado é significativo na predição do Sofrimento Global experienciado pelas pessoas com doença oncológica ($F_{(5,77)} = 3.082$; $p < .05$), permitindo explicar 11.3% da variância total corrigida. Assim, relatam mais sofrimento global os doentes que apresentam mais Tempo de Diagnóstico ($\beta = .256$), bem como os doentes internados em Unidade Hospitalar Concelhia ($\beta = .275$). Estas variáveis permitem explicar 14.3% da variância total encontrada. Por fim, verifica-se que a Comunicação Empática (EACEE), dada pela variável EACEE – Comunicação Empática Global, não se constitui preditor significativo do Sofrimento Global das pessoas com doença oncológica.

Tabela 8

Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Comunicação Empática Global dos Enfermeiros (EACEE) como preditor do Sofrimento Global dos Doentes (IESSD) (N = 84)

RESULTADO/PREDITORES	ΔR^2	ΔF	β	<i>t</i>
<i>Sofrimento Global (IESSD)</i>				
<i>Passo 1</i>	.019	.791		
Idade			<i>ns</i>	<i>ns</i>
Género ^{a)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Passo 2</i>	.143	6.643**		
Unidade Hospitalar ^{b)}			.275	2.588*
Tempo de Diagnóstico ^{c)}			.256	2.426*
<i>Passo 3</i>	.005	.428		
EACEE – Comunicação Empática Global			<i>ns</i>	<i>ns</i>

$R^2 = .167$; $R^2_{Ajustado} = .113$; ($F_{(5,77)} = 3.082$; $p < .05$)

Nota. ^{a)} Variável dicotómica: 0 = Masculino, 1 = Feminino. ^{b)} Variável dicotómica: 0 = Hospital Distrital, 1 = Hospital Concelhio. ^{c)} Variável dicotómica: 0 = Tempo \leq 1 Ano, 1 = Tempo $>$ 1 Ano.

ns $>$.10. $\cdot p <$.10. $* p \leq$.05. $** p \leq$.01. $*** p \leq$.001.

Constituiu-se um modelo alternativo para testar os efeitos independentes das dimensões das Competências de Comunicação Empática dos Enfermeiros, avaliadas pela EACEE, i.e., da Influência, Escuta/Interesse e Abertura/Flexibilidade. Estes resultados, apresentados na Tabela 9, indicam que os doentes que relatam mais Escuta/Interesse na comunicação empática dos enfermeiros experienciam menos Sofrimento Global ($\beta = -.289$).

Tabela 9

Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com as Competências de Comunicação Empática dos Enfermeiros (EACEE-Influência, EACEE-Escuta/Interesse, EACEE-Abertura/Flexibilidade) como preditores do Sofrimento Global dos Doentes (IESSD) (N = 84)

RESULTADO/PREDITORES	ΔR^2	ΔF	β	<i>t</i>
<i>Sofrimento Global (IESSD)</i>				
<i>Passo 1</i>				
Idade	.019	.791	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Género ^{a)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Passo 2</i>				
Unidade Hospitalar ^{b)}	.143	6.643**	.275	2.588*
Tempo de Diagnóstico ^{c)}			.256	2.426*
<i>Passo 3</i>				
EACEE – Influência	.051	1.634*	<i>ns</i>	<i>ns</i>
EACEE – Escuta/Interesse			-.289	-2.076*
EACEE – Abertura/Flexibilidade			<i>ns</i>	<i>ns</i>

$R^2 = .214$; $R^2_{Ajustado} = .140$; ($F_{(7,75)} = 2.909$; $p \leq .010$)

Nota. ^{a)} Variável dicotómica: 0 = Masculino, 1 = Feminino. ^{b)} Variável dicotómica: 0 = Hospital Distrital, 1 = Hospital Concelhio. ^{c)} Variável dicotómica: 0 = Tempo \leq 1 Ano, 1 = Tempo $>$ 1 Ano.

ns $>$.10. $\cdot p <$.10. * $p \leq$.05. ** $p \leq$.01. *** $p \leq$.001.

Sofrimento Psicológico

Apresentam-se, de seguida, os modelos preditivos significativos do Sofrimento Psicológico das pessoas com doença oncológica (IESSD), de forma a testar os efeitos independentes das Competências de Comunicação Empática dos Enfermeiros (EACNV). Na Tabela 10 assinalam-se os resultados da regressão linear simples para as variáveis predictoras do Sofrimento Psicológico.

Tabela 10

Resultados da Regressão Linear Simples com a EACEE – Abertura/Flexibilidade como preditor do Sofrimento Psicológico (IESSD) (N = 84)

RESULTADO/PREDITORES	ΔR^2	ΔF	β	<i>t</i>
<i>Sofrimento Psicológico (IESSD)</i>				
<i>Passo 1</i>				
EACEE – Abertura/Flexibilidade	.050	4.319*	.224	2.078*

$R^2 = .050$; $R^2_{Ajustado} = .038$; ($F_{(1,82)} = 4.319$; $p = .041$)

Nota. *ns* $>$.10. $\cdot p <$.10. * $p \leq$.05. ** $p \leq$.01. *** $p \leq$.001.

Nos resultados de regressão expostos na Tabela 10, a dimensão Abertura/Flexibilidade das Competências de Comunicação Empática dos enfermeiros constitui-se preditor significativo do Sofrimento Psicológico, explicando 5% da variância total encontrada. Verifica-se que relatam mais Sofrimento Psicológico as pessoas com doença oncológica que referem mais Abertura/Flexibilidade na comunicação empática dos enfermeiros.

Sofrimento Existencial

Neste ponto, detalham-se os modelos de predição significativos do Sofrimento Existencial (IESSD), de forma a testar os efeitos independentes das Competências de Comunicação Empática dos Enfermeiros (EACNV), sobre os níveis de Sofrimento Existencial das pessoas com doença oncológica. Nas Tabelas 11 e 12 expõem-se os resultados das regressões hierárquicas múltiplas.

Tabela 11

Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Comunicação Empática Global dos Enfermeiros (EACNV) como preditor do Sofrimento Existencial dos Doentes (IESSD) (N = 84)

	ΔR^2	ΔF	β	<i>t</i>
RESULTADO/PREDITORES				
<i>Sofrimento Existencial (IESSD)</i>				
<i>Passo 1</i>				
Idade	.020	.832	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Género ^{a)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Passo 2</i>				
Unidade Hospitalar ^{b)}	.179	8.844***	.346	3.356***
Tempo de Diagnóstico ^{c)}			.244	2.388*
<i>Passo 3</i>				
EACEE – Comunicação Empática Global	.019	1.903	<i>ns</i>	<i>ns</i>
$R^2 = .218$; $R^2_{Ajustado} = .168$; ($F_{(5,78)} = 4.360$; $p \leq .001$)				

Nota. ^{a)} Variável dicotómica: 0 = Masculino, 1 = Feminino. ^{b)} Variável dicotómica: 0 = Hospital Distrital, 1 = Hospital Concelhio. ^{c)} Variável dicotómica: 0 = Tempo \leq 1 Ano, 1 = Tempo $>$ 1 Ano.

ns $>$.10. $\cdot p <$.10. * $p \leq$.05. ** $p \leq$.01. *** $p \leq$.001.

O modelo na Tabela 11 revela-se significativo na predição do Sofrimento Existencial dos doentes ($F_{(5,78)} = 4.360$; $p \leq .001$), explicando 16.8% da variância total corrigida. A este respeito, relatam mais Sofrimento Existencial os doentes que reportam mais tempo de diagnóstico, ($\beta = .244$) e, ainda, os doentes internados em unidade hospitalar de concelho ($\beta = .346$). A dimensão

Comunicação Empática Global (EACEE) não se revelou um preditor significativo do Sofrimento Existencial (IESSD).

Produziu-se um outro modelo de regressão, para testar os efeitos independentes das dimensões das Competências de Comunicação Empática dos Enfermeiros, avaliadas pela EACEE. Estes resultados, apresentados na Tabela 12, indicam, também, que estas dimensões da comunicação empática não se constituem preditores significativos do sofrimento existencial.

Tabela 12

Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com as Competências de Comunicação Empática dos Enfermeiros (EACEE-Influência, EACEE-Escuta/Interesse, EACEE-Abertura/Flexibilidade) como preditores do Sofrimento Existencial (N = 84)

RESULTADO/PREDITORES	ΔR^2	ΔF	β	t
<i>Sofrimento Existencial (IESSD)</i>				
<i>Passo 1</i>	.020	.832		
Idade			<i>ns</i>	<i>ns</i>
Género ^{a)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Passo 2</i>	.179	8.844***		
Unidade Hospitalar ^{b)}			.346	3.356***
Tempo de Diagnóstico ^{c)}			.244	2.388*
<i>Passo 3</i>	.054	1.833		
EACEE – Influência			<i>ns</i>	<i>ns</i>
EACEE – Escuta/Interesse			<i>ns</i>	<i>ns</i>
EACEE – Abertura/Flexibilidade			<i>ns</i>	<i>ns</i>

$$R^2 = .253; R^2_{\text{Ajustado}} = .185; (F_{(7,76)} = 3.685; p \leq .01)$$

Nota. ^{a)} Variável dicotómica: 0 = Masculino, 1 = Feminino. ^{b)} Variável dicotómica: 0 = Hospital Distrital, 1 = Hospital Concelhio. ^{c)} Variável dicotómica: 0 = Tempo \leq 1 Ano, 1 = Tempo $>$ 1 Ano.

ns $>$.10. $\cdot p <$.10. * $p \leq$.05. ** $p \leq$.01. *** $p \leq$.001.

Sofrimento Sociorrelacional

Em continuidade, apresentam-se os modelos de predição significativos do Sofrimento Sociorrelacional (IESSD), de forma a testar os efeitos independentes das Competências de Comunicação Empática dos Enfermeiros (EACNV), sobre os níveis de Sofrimento Sociorrelacional experienciados pelas pessoas com doença oncológica.

Nas Tabelas 13 e 14 encontram-se os resultados das regressões hierárquicas múltiplas para as variáveis predictoras do Sofrimento Sociorrelacional.

O modelo apresentado na Tabela 13 é significativo na predição do Sofrimento Sociorrelacional experienciado pelas pessoas com doença oncológica ($F_{(7,72)} = 3.246; p \leq .01$), permitindo explicar 16.6% da variância total. Particularmente, as variáveis sociodemográficas explicam 13.1% da variância, revelando mais Sofrimento Sociorrelacional os doentes mais jovens ($\beta = -.246$) e, ainda, os que têm filhos ($\beta = .329$). Adicionalmente, também revelam maior sofrimento neste domínio, os doentes com uma atividade profissional ($\beta = .319$). As Competências de Comunicação Empática dos Enfermeiros, não se revelaram preditores significativos do Sofrimento Sociorrelacional das pessoas com doença oncológica, neste modelo.

Tabela 13

Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Comunicação Empática Global dos Enfermeiros (EACNV) como preditor do Sofrimento Sociorrelacional (IESSD) (N = 84)

RESULTADO / PREDITORES	ΔR^2	ΔF	β	<i>t</i>
<i>Sofrimento Sociorrelacional (IESSD)</i>				
<i>Passo 1</i>	.131	3.804*		
Idade			-.246	-2.133*
Género ^{a)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
Filhos ^{b)}			.329	2.840**
<i>Passo 2</i>	.052	2.362*		
Com Atividade Profissional ^{c)}			.319	2.105*
<i>Passo 3</i>	.034	3.202		
Tempo de Diagnóstico ^{d)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Passo 4</i>	.023	2.160		
EACEE – Comunicação Empática Global			<i>ns</i>	<i>ns</i>

$R^2 = .240; R^2_{Ajustado} = .166; (F_{(7,72)} = 3.246; p \leq .01)$

Nota. ^{a)} Variável dicotómica: 0 = Masculino, 1 = Feminino. ^{b)} Variável dicotómica: 0 = Não, 1 = Sim. ^{c)} Variável dicotómica: 0 = Não, 1 = Sim. ^{d)} Variável dicotómica: 0 = Tempo \leq 1 Ano, 1 = Tempo $>$ 1 Ano.
 $ns > .10$. $\cdot p < .10$. $* p \leq .05$. $** p \leq .01$. $*** p \leq .001$.

Desenvolveu-se um segundo modelo para testar o efeito preditivo das restantes dimensões da Comunicação Empática dos Enfermeiros (i.e., EACEE-Influência, EACEE-Escuta/Interesse, EACEE-Abertura/Flexibilidade) sobre o Sofrimento Sociorrelacional. Os resultados apresentados na Tabela 14 revelam que estas dimensões da comunicação empática não apresentam um efeito independente significativo sobre o Sofrimento Sociorrelacional exibido pelas pessoas com doença oncológica.

Tabela 14

Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com as Competências de Comunicação Empática dos Enfermeiros (EACEE-Influência, EACEE-Escuta/Interesse, EACEE-Abertura/Flexibilidade) como preditores do Sofrimento Sociorrelacional (IESSD) (N = 84)

RESULTADO / PREDITORES	ΔR^2	ΔF	β	t
<i>Sofrimento Sociorrelacional (IESSD)</i>				
<i>Passo 1</i>	.131	3.804*		
Idade			-.246	-2.133*
Gênero ^{a)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
Filhos ^{b)}			.329	2.840**
<i>Passo 2</i>	.052	2.362		
Com Atividade Profissional ^{c)}			.319	2.105*
<i>Passo 3</i>	.034	3.202		
Tempo de Diagnóstico ^{d)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Passo 4</i>	.045	1.411		
EACEE – Influência			<i>ns</i>	<i>ns</i>
EACEE – Escuta/Interesse			<i>ns</i>	<i>ns</i>
EACEE – Abertura/Flexibilidade			<i>ns</i>	<i>ns</i>

$$R^2 = .262; R^2_{Ajustado} = .167; (F_{(9,70)} = 2.757; p \leq .01)$$

Nota. ^{a)} Variável dicotômica: 0 = Masculino, 1 = Feminino. ^{b)} Variável dicotômica: 0 = Não, 1 = Sim. ^{c)} Variável dicotômica: 0 = Não, 1 = Sim. ^{d)} Variável dicotômica: 0 = Tempo \leq 1 Ano, 1 = Tempo $>$ 1 Ano.
ns $>$.10. $\cdot p <$.10. $\cdot p \leq$.05. $\cdot\cdot p \leq$.01. $\cdot\cdot\cdot p \leq$.001.

Experiências Positivas de Sofrimento

Apresentam-se, seguidamente, os modelos preditivos significativos das Experiências Positivas de Sofrimento (IESSD), de forma a testar os efeitos independentes das Competências de Comunicação Empática dos Enfermeiros (EACNV). Na Tabela 15 encontram-se os resultados da análise de regressão.

O modelo de predição das Experiências Positivas de Sofrimento das pessoas com doença oncológica apresenta-se significativo ($F_{(1,82)} = 4.102; p = .046$), embora, explicando apenas 3.6% da variância total corrigida. Concretamente, verifica-se que os doentes que percebem mais Abertura/Flexibilidade na comunicação empática dos enfermeiros relatam mais Experiências Positivas de Sofrimento ($\beta = .218$).

Tabela 15

Resultados da Regressão Linear Simples com a EACEE – Abertura/Flexibilidade como preditor das Experiências Positivas de Sofrimento (IESSD) (N = 84)

RESULTADO/PREDITORES	ΔR^2	ΔF	β	t
<i>Experiências Positivas de Sofrimento (IESSD)</i>				
<i>Passo 1</i>	.048	4.102*		
EACEE – Abertura/Flexibilidade			.218	2.025*
$R^2 = .048$; $R^2_{Ajustado} = .036$; ($F_{(1,82)} = 4.102$; $p = .046$)				

*Nota. ns > .10. * $p < .10$. ** $p \leq .05$. *** $p \leq .01$. **** $p \leq .001$.*

A título sumário, estes resultados dão suporte à $H2$, uma vez que se confirmam os efeitos independentes das Competências de Comunicação Empática dos Enfermeiros na Experiência Subjetiva de Sofrimento dos doentes. Especificamente, a dimensão Escuta/Interesse da comunicação empática dos enfermeiros mostrou-se preditor significativo do Sofrimento Global exibido pelas pessoas com doença oncológica. Adicionalmente, também a dimensão Abertura/Flexibilidade da comunicação empática, se revelou um preditor significativo do Sofrimento Psicológico dos doentes e das Experiências Positivas de Sofrimento na Doença.

3.3.3. Resultados do Teste da Hipótese 3: Relação Comunicação Não-verbal e Comunicação Empática

De acordo com a *Hipótese 3* prevê-se que as *competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros* (EACNV) sejam preditores significativos das *competências de comunicação empática dos enfermeiros* (EACEE).

Para testar esta hipótese, realizaram-se análises de regressão hierárquica múltipla. Em todos os modelos testados, no 1º passo, entraram as variáveis sociodemográficas que se correlacionaram de forma significativa com a variável de resultado; no 2º passo, as variáveis clínicas com associação significativa à variável de resultado. No 3º passo, entraram as variáveis referentes às Competências de Comunicação Não-Verbal dos Enfermeiros (EACNV – Comunicação Não-Verbal Global e as subescalas Expressividade/Autenticidade, Proximidade/Clareza e Atenção/Contacto). O pressuposto da ausência de problemas de multicolinearidade foi continuamente testado.

As variáveis profissionais não foram consideradas nos modelos em análise, por não se verificar correlato significativo com as variáveis de resultado. Adicionalmente, consideraram-se

como variáveis de resultado, indicadoras das Competências de Comunicação Empática dos Enfermeiros, a EACEE-Comunicação Empática Global, e as dimensões Abertura/Flexibilidade, Escuta/Interesse e Influência (EACEE).

Detalham-se, de seguida, os resultados das análises efetuadas para testar a *Hipótese 3*. Neste âmbito, serão apresentados apenas os resultados dos modelos preditivos que se mostraram estatisticamente significativos.

Comunicação Empática Global

Neste ponto, expõem-se os modelos preditivos significativos da Comunicação Empática Global (EACEE), de forma a testar os efeitos independentes das Competências de Comunicação Não-Verbal (EACNV) na Comunicação Empática percebida pelos doentes.

Nas Tabelas 16 e 17, encontram-se os resultados destas análises.

Tabela 16

Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Comunicação Não-verbal Global (EACNV) como preditor da Comunicação Empática Global (EACEE) (N = 84)

	ΔR^2	ΔF	β	t
RESULTADO/PREDITORES				
<i>Comunicação Empática Global (EACEE)</i>				
<i>Passo 1</i>	.062	4.138*		
Idade			-.248	-2.034*
<i>Passo 2</i>	.246	5.249***		
Unidade Hospitalar ^{a)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
Comorbilidades Físicas ^{b)}			-.344	-2.876**
Unidade de Internamento ^{c)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
Diagnóstico ^{d)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Passo 3</i>	.345	57.752***		
EACNV – Comunicação Não-Verbal Global			.684	7.600***

$R^2 = .653$; $R^2_{Ajustado} = .617$; ($F_{(6,58)} = 18.208$; $p < .001$)

Nota. ^{a)} Variável dicotómica: 0 = Hospital Distrital, 1 = Hospital Concelhio. ^{b)} Variável dicotómica: 0 = Não, 1 = Sim. ^{c)} Variável dicotómica: 0 = Oncologia, 1 = Contextos Médico-Cirúrgicos. ^{d)} Variável dicotómica: 0 = Cancro do Sistema Respiratório, 1 = Cancro de Outros Sistemas Orgânicos.
 $ns > .10$. $p < .10$. $*p \leq .05$. $**p \leq .01$. $***p \leq .001$.

Os resultados apresentados na Tabela 16 indicam que o modelo é significativo na predição da comunicação empática global percebida pelos doentes ($F_{(6,58)} = 18.208$; $p < .001$), permitindo explicar 61.7% da variância total. Especificamente, constata-se que os participantes mais velhos

percecionam a Comunicação Empática Global dos enfermeiros como menos presente ($\beta = -.248$). Os participantes que relatam comorbilidades físicas também percebem a Comunicação Empática Global dos enfermeiros como menos presente ($\beta = -.344$). Paralelamente, os participantes que reportam uma Comunicação Não-Verbal global mais competente, nos enfermeiros, percebem mais Competências de Comunicação Empática, exibidas na interação ($\beta = .684$). Neste modelo a Comunicação Não-Verbal percebida pelos doentes explica 34.5 % da variância total encontrada.

Na Tabela 17 apresenta-se um modelo preditivo alternativo, considerando o efeito independente das dimensões da Comunicação Não-verbal, Expressividade/Autenticidade, Proximidade/Clareza e, Atenção/Contacto, na Comunicação Empática Global percebida.

Tabela 17

Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a EACNV-Expressividade/Autenticidade, EACNV-Proximidade/Clareza e EACNV-Atenção/Contacto como preditores da Comunicação Empática Global (EACEE) (N = 84)

RESULTADO/PREDITORES	ΔR^2	ΔF	β	<i>t</i>
<i>Comunicação Empática Global (EACEE)</i>				
<i>Passo 1</i>	.062	4.138*		
Idade			-.248	-2.034*
<i>Passo 2</i>	.246	5.249***		
Unidade Hospitalar ^{a)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
Comorbilidades Físicas ^{b)}			-.238	-2.579**
Unidade de Internamento ^{c)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
Diagnóstico ^{d)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Passo 3</i>	.350	19.056***		
EACNV – Expressividade/Autenticidade			.205	2.048*
EACNV – Proximidade/Clareza			.356	2.862**
EACNV – Atenção/Contacto			.300	2.950*

$R^2 = .658$; $R^2_{Ajustado} = .609$; ($F_{(8,56)} = 13.439$; $p < .001$)

Nota. ^{a)} Variável dicotómica: 0 = Hospital Distrital, 1 = Hospital Concelhio. ^{b)} Variável dicotómica: 0 = Não, 1 = Sim. ^{c)} Variável dicotómica: 0 = Oncologia, 1 = Contextos Médico-Cirúrgicos. ^{d)} Variável dicotómica: 0 = Cancro do Sistema Respiratório, 1 = Cancro de Outros Sistemas Orgânicos.

ns > .10. · *p* < .10. * *p* ≤ .05. ** *p* ≤ .01. *** *p* ≤ .001.

Verifica-se que o modelo preditivo alternativo, na Tabela 17, é significativo ($F_{(8,56)} = 13.439$; $p < .001$), permitindo explicar 60.9% da variância total. Concretamente, observa-se que os doentes que percebem uma Comunicação Empática Global mais presente nos enfermeiros, reportam mais

competências de Expressividade/Autenticidade ($\beta = .205$), de Proximidade/Clareza ($\beta = .356$) e de Atenção/Contacto ($\beta = .300$) na comunicação não-verbal exibida pelos enfermeiros. Estas variáveis permitem explicar 35.0% da variância total encontrada.

Comunicação Empática - Abertura/Flexibilidade

Em continuidade, apresentam-se os modelos preditivos significativos da dimensão Abertura/Flexibilidade da Comunicação Empática (EACEE), para testar os efeitos independentes das Competências de Comunicação Não-Verbal (EACNV) na Comunicação Empática percebida pelas pessoas com doença oncológica. Nas tabelas 18 e 19, encontram-se os resultados destas análises.

Tabela 18

Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Comunicação Não-Verbal Global (EACNV) como preditor da dimensão Abertura/Flexibilidade da Comunicação Empática (EACEE) (N = 84)

RESULTADO/PREDITORES	ΔR^2	ΔF	β	t
Abertura/Flexibilidade (EACEE)				
<i>Passo 1</i>	.067	2.277		
Idade			<i>ns</i>	<i>ns</i>
Rendimento ^{a)}			-.257	-2.083*
<i>Passo 2</i>	.361	9.312***		
Unidade Hospitalar ^{b)}			.645	3.621***
Unidade de Internamento ^{c)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
Diagnóstico ^{d)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
Duração do Internamento ^{e)}			.237	2.357*
<i>Passo 3</i>	.045	4.900*		
EACNV – Comunicação Não-Verbal Global			.232	2.214*

$R^2 = .473$; $R^2_{Ajustado} = .409$; ($F_{(7,58)} = 7.432$; $p < .001$)

Nota. ^{a)} Variável dicotómica: 0 = Rendimento < 500, 1 = Rendimento \geq 500. ^{b)} Variável dicotómica: 0 = Hospital Distrital, 1 = Hospital Concelhio. ^{c)} Variável dicotómica: 0 = Oncologia, 1 = Contextos Médico-Cirúrgicos. ^{d)} Variável dicotómica: 0 = Cancro do Sistema Respiratório, 1 = Cancro de Outros Sistemas Orgânicos. ^{e)} Variável dicotómica: 0 = Tempo \leq 5 dias, 1 = Tempo > 5 dias.

ns > .10. * $p < .10$. ** $p \leq .05$. *** $p \leq .001$.

Os resultados da tabela 18, indicam que o modelo é significativo na predição da dimensão Abertura/Flexibilidade da Comunicação Empática ($F_{(7,58)} = 7.432$; $p < .001$), explicando 40.9% da

variância total. Os doentes que reportam menor rendimento mensal percebem mais competências de Abertura/Flexibilidade na comunicação empática ($\beta = -.257$). Igualmente, percebem mais Competências de Comunicação Empática dos Enfermeiros, os doentes internados em Hospital Concelhio ($\beta = .645$), e os que reportam mais tempo de internamento ($\beta = .237$). Adicionalmente, verifica-se que os doentes que relatam uma Comunicação Não-Verbal Global mais competente, percebem mais competências de comunicação empática, ao nível da dimensão Abertura/Flexibilidade exibida pelos enfermeiros ($\beta = .232$). Neste modelo, a comunicação não-verbal explica 45% da variância total encontrada. Na tabela 19 apresenta-se um outro modelo preditivo, considerando o efeito independente das subescalas da comunicação não-verbal.

Tabela 19

Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a EACNV-Expressividade/Autenticidade, EACNV-Proximidade/Clareza e EACNV-Atenção/Contacto como preditores da dimensão Abertura/Flexibilidade da Comunicação Empática (EACEE) (N = 84)

	ΔR^2	ΔF	β	t
RESULTADO/PREDITORES				
<i>Abertura/Flexibilidade (EACEE)</i>				
<i>Passo 1</i>				
Idade	.067	2.277	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Rendimento ^{a)}			-.257	-2.083*
<i>Passo 2</i>				
Unidade Hospitalar ^{b)}	.361	9.312***	.645	3.621***
Unidade de Internamento ^{c)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
Diagnóstico ^{d)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
Duração do Internamento ^{e)}			.237	2.357*
<i>Passo 3</i>				
EACNV – Expressividade/Autenticidade	.096	3.761*	<i>ns</i>	<i>ns</i>
EACNV – Proximidade/Clareza			.318	2.263*
EACNV – Atenção/Contacto			<i>ns</i>	<i>ns</i>

$R^2 = .524$; $R^2_{\text{ajustado}} = .448$; ($F_{(9,56)} = 6.855$; $p < .001$)

Nota. ^{a)} 0 = Rendimento < 500, 1 = Rendimento \geq 500. ^{b)} Variável dicotómica: 0 = Hospital Distrital, 1 = Hospital Concelhio. ^{c)} Variável dicotómica: 0 = Oncologia, 1 = Contextos Médico-Cirúrgicos. ^{d)} Variável dicotómica: 0 = Cancro do Sistema Respiratório, 1 = Cancro de Outros Sistemas Orgânicos. ^{e)} Variável dicotómica: 0 = Tempo \leq 5 dias, 1 = Tempo > 5 dias.

ns > .10. $\cdot p < .10$. $\ast p \leq .05$. $\ast\ast p \leq .01$. $\ast\ast\ast p \leq .001$.

Constata-se que o modelo preditivo alternativo, na Tabela 19, é significativo ($F_{(9,56)} = 6.855$; $p < .001$), permitindo explicar 44.8% da variância total. Observa-se que os doentes que reportam mais competências de Proximidade/Clareza na comunicação não-verbal dos enfermeiros, percebem uma comunicação empática mais presente ao nível das competências de Abertura/Flexibilidade exibidas pelos enfermeiros ($\beta = .318$).

Comunicação Empática - Escuta/Interesse

Detalham-se, em baixo, os modelos preditivos significativos da dimensão Escuta/Interesse da Comunicação Empática (EACEE), de forma a testar os efeitos independentes das Competências de Comunicação Não-Verbal (EACNV), na Comunicação Empática – Escuta/Interesse percebida pelos doentes. Nas Tabelas 20 e 21 encontram-se os resultados destas análises.

Tabela 20

Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Comunicação Não-Verbal Global (EACNV) como preditor da dimensão Escuta/Interesse da Comunicação Empática (EACEE) (N = 84)

RESULTADO/PREDITORES	ΔR^2	ΔF	β	t
<i>Escuta/Interesse (EACEE)</i>				
<i>Passo 1</i>	.082	2.819		
Idade ^{a)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
Escolaridade ^{b)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Passo 2</i>	.061	4.397*		
Comorbilidades Físicas ^{c)}			-.253	-2.097*
<i>Passo 3</i>	.368	45.889***		
EACNV – Comunicação Não-verbal Global			.682	6.774***

$R^2 = .511$; $R^2_{Ajustado} = .479$; ($F_{(4,61)} = 15.928$; $p \leq .001$)

Nota. ^{a)} Variável dicotómica: 0 = Idade < 61 anos, 1 = Idade \geq 61 anos. ^{b)} Variável dicotómica: 0 = Ensino Básico, 1 = Ensino Médio/Superior. ^{c)} Variável dicotómica: 0 = Não, 1 = Sim.
 $ns > .10$. $^*p < .10$. $^**p \leq .05$. $^***p \leq .01$. $^****p \leq .001$.

O modelo apresentado na Tabela 20, mostra-se significativo na predição da dimensão Escuta/Interesse da comunicação empática dos enfermeiros ($F_{(4,61)} = 15.928$; $p \leq .001$), explicando 47.9% da variância total. Verifica-se que os doentes que relatam uma Comunicação Não-Verbal Global mais competente, nos enfermeiros, percebem uma comunicação empática mais presente, ao nível da dimensão Escuta/Interesse ($\beta = .682$). Neste modelo, a variável preditora permite explicar individualmente 36.8% da variância total encontrada.

Na Tabela 21 expõem-se os resultados de um segundo modelo preditivo, que teve como objetivo testar os efeitos independentes das dimensões da comunicação não-verbal dadas pela EACNV (i.e., Expressividade/Autenticidade, Proximidade/Clareza e Atenção/Contacto). O modelo preditivo representado mostra-se significativo ($F_{(6,59)} = 15.908$; $p < .001$), explicando 57.9% da variância total. Os doentes que relatam mais competências de Atenção/Contacto na comunicação não-verbal dos enfermeiros, percebem uma comunicação empática mais presente, ao nível da dimensão Escuta/Interesse exibida pelos enfermeiros ($\beta = .610$).

Tabela 21

Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a EACNV-Expressividade/Autenticidade, EACNV-Proximidade/Clareza e EACNV-Atenção/Contacto como preditores da dimensão Escuta/Interesse da Comunicação Empática (EACEE) (N = 84)

	ΔR^2	ΔF	β	t
RESULTADO/PREDITORES				
<i>Escuta/Interesse (EACEE)</i>				
<i>Passo 1</i>	.082	2.819		
Idade ^{a)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
Escolaridade ^{b)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Passo 2</i>	.061	4.397*		
Comorbilidades Físicas ^{c)}			-.253	-2.097*
<i>Passo 3</i>	.475	24.458***		
EACNV – Expressividade/Autenticidade			<i>ns</i>	<i>ns</i>
EACNV – Proximidade/Clareza			<i>ns</i>	<i>ns</i>
EACNV – Atenção/Contacto			.610	6.024***

$R^2 = .618$; $R^2_{Ajustado} = .579$; ($F_{(6,59)} = 15.908$; $p < .001$)

Nota. ^{a)} Variável dicotómica: 0 = Idade < 61 anos, 1 = Idade \geq 61 anos. ^{b)} Variável dicotómica: 0 = Ensino Básico, 1 = Ensino Médio/Superior. ^{c)} Variável dicotómica: 0 = Não, 1 = Sim.
 $ns > .10$. $p < .10$. * $p \leq .05$. ** $p \leq .01$. *** $p \leq .001$.

Comunicação Empática – Influência

Apresentam-se, neste ponto, os modelos preditivos significativos da dimensão Influência da Comunicação Empática (EACEE), de forma a testar os efeitos independentes das Competências de Comunicação Não-Verbal (EACNV), na Comunicação Empática – Influência percebida pelos doentes. Nas Tabelas 22 e 23, encontram-se os resultados destas análises.

Tabela 22

Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Comunicação Não-Verbal Global (EACNV) como preditor da dimensão Influência da Comunicação Empática (EACEE) (N= 84)

	ΔR^2	ΔF	β	<i>t</i>
RESULTADO/PREDITORES				
<i>Influência (EACEE)</i>				
<i>Passo 1</i>	.026	1.686		
Idade ^{a)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Passo 2</i>	.202	8.107**		
Unidade Hospitalar ^{c)}			.230	2.031*
Comorbilidades Físicas ^{d)}			-.419	-3.668**
<i>Passo 3</i>	.314	41.848***		
EACNV – Comunicação Não-Verbal Global			.634	6.469***

$R^2 = .542$; $R^2_{Ajustado} = .512$; ($F_{(4,61)} = 18.041$; $p < .001$)

Nota. ^{a)} Variável dicotómica: 0 = Idade < 61 anos, 1 = Idade ≥ 61 anos. ^{b)} Variável dicotómica: 0 = Hospital Distrital, 1 = Hospital Concelhio. ^{c)} Variável dicotómica: 0 = Não, 1 = Sim. $ns > .10$. $\cdot p < .10$. $* p \leq .05$. $** p \leq .01$. $*** p \leq .001$.

O modelo na Tabela 22, mostra-se significativo na predição da dimensão Influência da comunicação empática dos enfermeiros ($F_{(4,61)} = 18.041$; $p < .001$), explicando 51.2% da variância. Verifica-se que os doentes que relatam uma comunicação não-verbal global mais competente, nos enfermeiros, percebem uma comunicação empática mais presente, ao nível das competências de Influência exibidas pelos enfermeiros ($\beta = .634$). Neste modelo a variável preditora permite explicar individualmente 31.4% da variância total encontrada.

Na Tabela 23 expõem-se os resultados de um modelo preditivo alternativo, que teve como fim testar os efeitos independentes das dimensões da comunicação não-verbal dadas pela EACNV (i.e., Expressividade/Autenticidade, Proximidade/Clareza e Atenção/Contacto). O modelo reproduzido, mostra-se significativo ($F_{(6,59)} = 11.896$; $p < .001$) na predição das competências de influência da comunicação empática, permitindo explicar 50.1% da variância total corrigida. Nomeadamente, os dados indicam que os doentes que relatam mais competências de Proximidade/Clareza, na comunicação não-verbal dos enfermeiros, percebem uma comunicação empática mais presente, em termos das competências de Influência exibidas pelos enfermeiros ($\beta = .322$). Paralelamente, verifica-se que também percebem mais competências de Influência na interação com os enfermeiros, os doentes que relatam mais competências de Atenção/Contacto na comunicação não-verbal apresentada pelos enfermeiros ($\beta = .294$).

Tabela 23

Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a EACNV-Expressividade/Autenticidade, EACNV-Proximidade/Clareza e EACNV-Atenção/Contacto como preditores da dimensão Influência da Comunicação Empática (EACEE) (N = 84)

	ΔR^2	ΔF	β	<i>t</i>
RESULTADO/PREDITORES				
<i>Influência (EACEE)</i>				
<i>Passo 1</i>	.026	1.686		
Idade ^{a)}			<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Passo 2</i>	.202	8.107**		
Unidade Hospitalar ^{b)}			.230	2.031*
Comorbilidades Físicas ^{c)}			-.419	-3.668**
<i>Passo 3</i>	.320	13.898***		
EACNV – Expressividade/Autenticidade			<i>ns</i>	<i>ns</i>
EACNV – Proximidade/Clareza			.322	2.632*
EACNV – Atenção/Contacto			.294	2.693*

$$R^2 = .547; R^2_{\text{Ajustado}} = .501; (F_{(6,59)} = 11.896; p < .001)$$

Nota. ^{a)} Variável dicotómica: 0 = Idade < 61 anos, 1 = Idade ≥ 61 anos. ^{b)} Variável dicotómica: 0 = Hospital Distrital, 1 = Hospital Concelhio. ^{c)} Variável dicotómica: 0 = Não, 1 = Sim.
ns > .10. · *p* < .10. * *p* ≤ .05. ** *p* ≤ .01. *** *p* ≤ .001.

Confirma-se o efeito preditivo das competências de comunicação não-verbal nas competências de comunicação empática, tal como formulado em *H3*. Concretamente, constatou-se um efeito independente da dimensão global das Competências de Comunicação Não-Verbal dos enfermeiros, ao nível de todas as dimensões da Comunicação Empática percebidas pelos doentes, na interação. Além disso, verificou-se um efeito independente, positivo e estatisticamente significativo de todas as dimensões da Comunicação Não-Verbal, apresentadas pelos enfermeiros, respetivamente na dimensão global da Comunicação Empática percebida pelos doentes. Adicionalmente, a dimensão Atenção/Contacto, da comunicação não-verbal (EACNV), mostrou-se preditor significativo das dimensões da comunicação empática Escuta/Interesse e Influência (EACEE). Por fim, a dimensão Proximidade/Clareza da comunicação não-verbal (EACNV), produziu efeitos independentes significativos ao nível das dimensões empáticas Abertura/Flexibilidade e Influência (EACEE).

3.3.4. Resultados do Teste da Hipótese 4: Efeito Mediador da Comunicação Empática na Relação entre a Comunicação Não-Verbal e a Experiência Subjetiva de Sofrimento

Segundo a *Hipótese 4* prevê-se que as competências de comunicação empática dos enfermeiros tenham um efeito mediador significativo na relação entre as competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros e a experiência subjetiva de sofrimento das pessoas com doença oncológica.

Para dar resposta a esta hipótese, realizaram-se análises de mediação com recurso aos métodos *MedGraph* (Jose, 2013) e *bootstrapping* (Hayes, 2009, 2013; Preacher & Hayes, 2008). Para testar a mediação foi efetuada uma distinção entre os vários efeitos. O efeito total da Comunicação Não-Verbal na Experiência Subjetiva de Sofrimento (c), que consiste de um efeito direto da Comunicação Não-Verbal na Experiência Subjetiva de Sofrimento (c') e também de um efeito indireto da Comunicação Não-Verbal na Experiência Subjetiva de Sofrimento através de uma variável mediadora, a Comunicação Empática (a*b) (ilustrado na Figura 4, na página seguinte).

Consideraram-se como variáveis independentes causais (X), as Competências de Comunicação Não-verbal (EACNV-Comunicação Não-Verbal Global e as suas subescalas, Expressividade/Autenticidade, Proximidade/Clareza e Atenção/Contacto) e como variáveis de resultado (Y), a Experiência Subjetiva de Sofrimento (IESSD-Sofrimento Global e as suas subescalas, o Sofrimento Psicológico, o Sofrimento Físico, o Sofrimento Existencial, o Sofrimento Sociorrelacional e as Experiências Positivas do Sofrimento). Como variáveis moderadoras (M) foram consideradas as Competências de Comunicação Empática (EACEE-Comunicação Empática Global, e as dimensões Abertura/Flexibilidade, Escuta/Interesse e Influência). Apresentam-se, de seguida, os testes de mediação que apresentaram efeitos indiretos estatisticamente significativos.

Antes porém, a respeito do teste de mediação, salienta-se que, mesmo nos casos em que se obteve uma relação não significativa entre a variável independente (X) e a variável dependente (Y), é possível obter um modelo de mediação significativo, sobretudo, quando a correlação entre a variável independente (X) e a potencial mediadora (M), e a relação entre a variável mediadora (M) e a variável dependente (Y) são fortes (Jose, 2013). Assim, tendo em conta os resultados de *H1*, *H2* e *H3*, testou-se o efeito mediador (M) das competências de comunicação empática, dimensão Escuta/Interesse (EACEE), na relação entre as competências de Comunicação Não-Verbal Global dos enfermeiros (EACNV) (X) e a Experiência Subjetiva de Sofrimento Global das pessoas com doença oncológica (IESSD) (Y).

Na Figura 4 e na Tabela 24 apresentam-se os resultados do modelo testado.

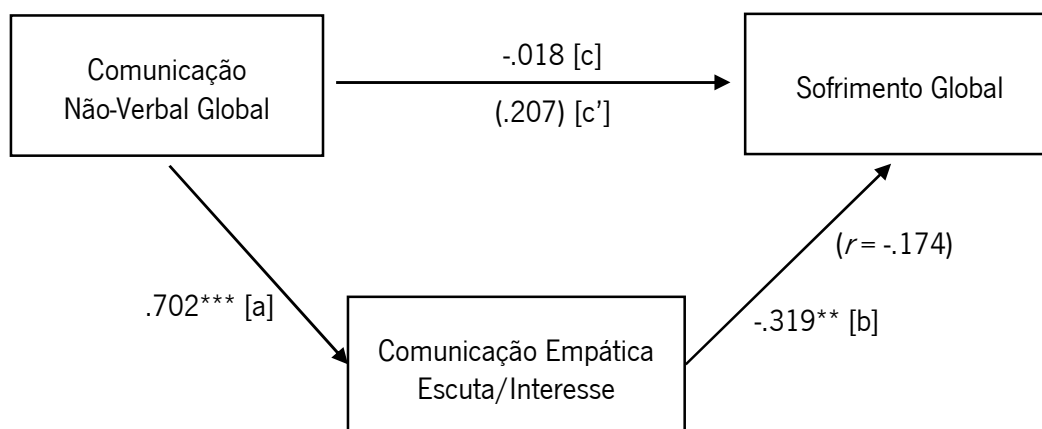


Figura 4. Modelo do Efeito Indireto ou Mediador da Comunicação Empática - Escuta/Interesse (EACEE), na relação entre a Comunicação Não-Verbal Global (EACNV) e o Sofrimento Global (IESSD). (O modelo foi testado através do método *MedGraph* (Jose, 2013)).

* $p \leq .05$. ** $p \leq .01$. *** $p \leq .001$.

Os dados da Figura 4 indicam que a comunicação não-verbal exerce um efeito positivo e significativo sobre a dimensão Escuta-Interesse da comunicação empática ($a = .702$; $p < .001$) e, ainda, que esta dimensão da comunicação se encontra associada de forma negativa e significativa à Experiência Subjetiva de Sofrimento dos doentes ($b = -.319$; $p \leq .01$). Porém, quando o efeito mediador da comunicação empática é testado, constata-se que o efeito direto da Comunicação Não-Verbal sobre a Experiência Subjetiva de Sofrimento dos doentes é não significativo ($c' = .207$; $p = .18$). Contudo, os dados da Tabela 24 indicam que o efeito indireto da Comunicação Não-Verbal, sobre a Experiência Subjetiva de Sofrimento dos doentes, é significativo ($a*b = -.231$; $EP = .114$), tal como corroborado pelo teste de *Sobel* ($Z = -2.03$, $p = .042$; $IC\ 95\%: -.453$ a $-.008$).

Tabela 24

Medidas de Significância da Mediação, Comunicação Empática – Escuta/Interesse (EACEE) na relação Comunicação Não-verbal Global (EACNV) e o Sofrimento Global (IESSD) (N = 84)

MEDIDAS DE SIGNIFICÂNCIA DA MEDIAÇÃO	Z	p	IC 95%
Teste de <i>Sobel</i>	-2.03	.042	[-.453; -.008]
Efeito Indireto	a*b	EP	
<i>Coefficientes não estandardizados</i>	-.231	.114	
Medidas do Tamanho do Efeito	<i>Indireto</i>	<i>Direto</i>	<i>Total</i>
<i>Coefficientes estandardizados</i>	-.220	.207	-.010
R^2 (Variância)	-.020	.021	.0000

Adicionalmente, como já referido, para dar resposta a esta hipótese, realizaram-se também análises de mediação com recurso ao método *bootstrapping* (Hayes, 2009, 2013; Preacher & Hayes, 2008) para testar os efeitos indiretos, uma vez que a evidência científica aponta esta metodologia como sendo mais robusta e válida, comparativamente ao teste de *Sobel* (Hayes, 2009, 2013). Os resultados desta análise, revelaram que o intervalo de confiança *bootstrap*, após viés-corrigido e acelerado para um IC de 95%, com 5000 amostras *bootstrap*, oscilava entre -.4537 e -.0446, excluindo por isso, o valor zero. Estes dados dão suporte a um efeito de mediação significativo da Comunicação Empática na relação entre a Comunicação Não-Verbal e a Experiência Subjetiva de Sofrimento.

Em suma, estes resultados confirmam a *H4*, uma vez que se atesta um efeito indireto significativo entre as Competências de Comunicação Não-Verbal exibidas pelos enfermeiros e a Experiência Subjetiva de Sofrimento dos doentes, efeito que é conseguido através da ação de uma terceira variável, as Competências de Comunicação Empática dos enfermeiros. Especificamente, no sentido esperado, a dimensão Escuta/Interesse da comunicação empática dos enfermeiros mostrou um efeito de mediação na relação entre a Comunicação Não-Verbal Global exibida pelos enfermeiros e a Experiência Subjetiva de Sofrimento Global das pessoas com doença oncológica.

3.3.5. Resultados das Análises Exploratórias

Neste ponto, pretendia-se complementar o estudo empírico com a realização de análises exploratórias, visando analisar a influência das variáveis sociodemográficas, profissionais e clínicas nas variáveis de investigação. Para este efeito recorreu-se a um conjunto de análises estatísticas univariadas e multivariadas, para as quais se comprovaram, continuamente, o cumprimento dos corolários da normalidade e homogeneidade de variâncias, bem como a potência de cada teste executado. Simultaneamente, considerou-se relevante proceder a uma síntese dos efeitos independentes encontrados nas análises de regressão, para estas variáveis, dado o valioso contributo para uma melhor compreensão das diferenças individuais nos fenómenos em estudo.

Apresentam-se, seguidamente, os resultados dos testes estatísticos desenvolvidos, considerando respetivamente o estatuto de variável sociodemográfica, profissional e clínica.

3.3.5.1. Variáveis Sociodemográficas

Idade

Relativamente às variáveis de investigação, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ao nível das Competências de Comunicação Não-Verbal e Comunicação Empática, entre os grupos de participantes com diferentes idades (idade <61 anos vs. idade ≥ 61 anos), tal como pode ser apreciado na Tabela 25.

Tabela 25

Diferenças nas dimensões das variáveis de investigação em função da variável Idade (N = 84)

VARIÁVEIS	IDADE < 61 ANOS			IDADE ≥ 61 ANOS			F (g.l.)
	n ^{a)}	M (DP)	EPM	n ^{a)}	M (DP)	EPM	
IESSD: SUBESCALAS							(1,81)
Sofrimento Psicológico	38	3.26 (1.01)	.164	45	3.34 (.938)	.140	.151 <i>ns</i>
Sofrimento Físico	38	3.38 (.835)	.135	45	3.34 (.951)	.141	.061 <i>ns</i>
Sofrimento Existencial	38	3.01 (.786)	.127	45	3.15 (.762)	.113	.658 <i>ns</i>
Sofrimento Sociorrelacional	38	3.70 (.943)	.153	45	3.35 (.907)	.135	2.73 <i>ns</i>
Experiências Positivas Sofr.	38	2.29 (.892)	.145	45	2.57 (1.00)	.150	1.76 <i>ns</i>
EACNV: SUBESCALAS							(1,82)
Expressividade/Autenticidade	38	4.04 (.825)	.133	46	3.40 (1.04)	.153	9.86**
Proximidade/Clareza	38	2.67 (1.17)	.190	46	2.21 (1.09)	.162	3.53 <i>ns</i>
Atenção/Contacto	38	4.27 (.650)	.105	46	3.86 (.772)	.114	6.69*
EACEE: SUBESCALAS							(1,82)
Influência	38	3.64 (.751)	.121	46	3.33 (1.08)	.159	2.17 <i>ns</i>
Escuta/Interesse	38	4.01 (.612)	.099	46	3.58 (.825)	.121	6.96*
Abertura/Flexibilidade	38	2.70 (.967)	.157	46	2.74 (9.76)	.144	.025 <i>ns</i>
	n ^{a)}	M (DP)	EPM	n ^{a)}	M (DP)	EPM	t (df)
IESSD: GLOBAL	38	3.19 (.782)	.127	45	3.23 (.770)	.114	-.252 <i>ns</i>
EACNV: GLOBAL	38	3.71 (.635)	.103	46	3.20 (.758)	.111	3.24** (82)
EACEE: GLOBAL	38	3.51 (.564)	.091	46	3.25 (.797)	.117	1.71 <i>ns</i>

Nota. ^{a)}Corresponde ao número de casos válidos.

ns > .10. *p* < .10. **p* ≤ .05. ***p* ≤ .01. ****p* ≤ .001.

Em relação às dimensões da comunicação não-verbal (EACNV) verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em função da idade ($Wilks' \lambda = .876$, $F_{(3,80)} = 3.78$, $p < .05$, $\eta^2 = .124$). Os resultados univariados indicaram diferenças nas dimensões da Expressividade/Autenticidade ($F_{(1,82)} = 9.86$; $p = .002$) e Atenção/Contacto ($F_{(1,82)} = 6.69$; $p = .011$), verificando-se que os participantes mais velhos percebem os enfermeiros como sendo menos competentes do ponto de vista das competências de comunicação não-verbal. Resultados idênticos foram obtidos em função do valor global das competências de comunicação não-verbal ($t_{(82)} = 3.24$; $p = .002$).

Escolaridade

Ao nível da *Escolaridade* encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de participantes considerados (Ensino Básico *vs.* Ensino Médio/Superior), apenas no domínio das competências de comunicação não-verbal e empáticas (Tabela 26).

Tabela 26

Diferenças nas dimensões das variáveis de investigação em função da variável Escolaridade (N = 84)

VARIÁVEIS	ENSINO BÁSICO			ENSINO MÉDIO/SUPERIOR			<i>F (g.l.)</i>
	<i>n</i> ^{a)}	<i>M (DP)</i>	<i>EPM</i>	<i>n</i> ^{a)}	<i>M (DP)</i>	<i>EPM</i>	
IESSD: SUBESCALAS							(1,81)
Sofrimento Psicológico	71	3.32 (.957)	.113	12	3.19 (1.05)	.304	.201 <i>ns</i>
Sofrimento Físico	71	3.34 (.929)	.110	12	3.49 (.672)	.194	.279 <i>ns</i>
Sofrimento Existencial	71	3.15 (.753)	.89	12	2.73 (.811)	.234	3.11 <i>ns</i>
Sofrimento Sociorrelacional	71	3.49 (.936)	.111	12	3.59 (.955)	.275	.117 <i>ns</i>
Experiências Positivas Sofr.	71	2.51 (.954)	.113	12	2.00 (.910)	.262	3.02 <i>ns</i>
EACNV: SUBESCALAS							(1,82)
Expressividade/Autenticidade	72	3.61 (1.02)	.121	12	4.14 (.686)	.198	3.00 <i>ns</i>
Proximidade/Clareza	72	2.36 (1.12)	.132	12	2.79 (1.27)	.367	1.45 <i>ns</i>
Atenção/Contacto	72	3.96 (.745)	.087	12	4.53 (.521)	.150	.644*
EACEE: SUBESCALAS							(1,82)
Influência	72	3.44 (.998)	.117	12	3.66 (.631)	.182	.590 <i>ns</i>
Escuta/Interesse	72	3.70 (.784)	.092	12	4.25 (.372)	.107	5.61*
Abertura/Flexibilidade	72	2.74 (.975)	.114	12	2.62 (.943)	.272	.170 <i>ns</i>
	<i>n</i> ^{a)}	<i>M (DP)</i>	<i>EPM</i>	<i>n</i> ^{a)}	<i>M (DP)</i>	<i>EPM</i>	<i>t (df)</i>
IESSD: GLOBAL	71	3.24 (.770)	.091	12	3.06 (.791)	.228	.773 <i>ns</i>
EACNV: GLOBAL	72	3.36 (.743)	.087	12	3.88 (.609)	.175	-2.28* (82)
EACEE: GLOBAL	72	3.34 (.738)	.087	12	3.57 (.468)	.135	-1.07 <i>ns</i>

Nota. ^{a)}Corresponde ao número de casos válidos.

ns > .10. *p* < .10. **p* ≤ .05. ***p* ≤ .01. ****p* ≤ .001.

Os resultados indicam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de participantes, ao nível do valor global das competências de comunicação não-verbal (EACNV) ($t_{(82)} = -2.28$; $p = .025$). Nesse âmbito, os participantes com maior nível de escolaridade consideram os enfermeiros mais competentes, em termos de comunicação não-verbal ($M = 3.88$; $DP = .609$), em comparação com os participantes com menor escolaridade ($M = 3.36$; $DP = .743$).

Filhos

Neste ponto, procedeu-se à análise de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de participantes com e sem filhos, em função das variáveis psicossociais estudadas. Os resultados encontram-se detalhados na Tabela 27.

Tabela 27

Diferenças nas dimensões das variáveis de investigação em função da variável Filhos (N = 84)

VARIÁVEIS	SEM FILHOS			COM FILHOS			F (g.l.)
	n ^{a)}	M (DP)	EPM	n ^{a)}	M (DP)	EPM	
IESSD: SUBESCALAS							(1,81)
Sofrimento Psicológico	18	3.00 (1.00)	.236	65	3.38 (.948)	.117	2.15 <i>ns</i>
Sofrimento Físico	18	3.11 (.918)	.216	65	3.43 (.883)	.109	1.79 <i>ns</i>
Sofrimento Existencial	18	3.01 (.679)	.160	65	3.10 (.799)	.099	.191 <i>ns</i>
Sofrimento Sociorrelacional	18	3.11 (.860)	.202	65	3.62 (.929)	.115	4.35*
Experiências Positivas Sofr.	18	2.58 (1.09)	.257	65	2.40 (.925)	.114	.542 <i>ns</i>
EACNV: SUBESCALAS							(1,82)
Expressividade/Autenticidade	18	3.88 (1.06)	.251	66	3.63 (.982)	.120	.927 <i>ns</i>
Proximidade/Clareza	18	2.88 (1.39)	.327	66	2.29 (1.04)	.129	3.91 <i>ns</i>
Atenção/Contacto	18	4.23 (.887)	.209	66	3.99 (.697)	.085	1.48 <i>ns</i>
EACEE: SUBESCALAS							(1,82)
Influência	18	3.63 (.917)	.216	66	3.42 (.966)	.119	.655 <i>ns</i>
Escuta/Interesse	18	3.95 (.874)	.206	66	3.73 (.729)	.089	1.19 <i>ns</i>
Abertura/Flexibilidade	18	2.88 (1.19)	.281	66	2.67 (.900)	.110	.666 <i>ns</i>
	n ^{a)}	M (DP)	EPM	n ^{a)}	M (DP)	EPM	t (df)
IESSD: GLOBAL	18	3.02 (.718)	.169	65	3.27 (.781)	.096	-1.25 <i>ns</i>
EACNV: GLOBAL	18	3.71 (.914)	.215	66	3.36 (.679)	.083	1.81 <i>ns</i>
EACEE: GLOBAL	18	3.53 (.819)	.193	66	3.33 (.675)	.083	1.13 <i>ns</i>

Nota. ^{a)}Corresponde ao número de casos válidos.

ns > .10. **p* < .10. ***p* ≤ .05. ****p* ≤ .001.

Os resultados não foram estatisticamente significativos para os valores globais das Competências de Comunicação Não-Verbal, Comunicação Empática, nem para o valor total da Experiência Subjetiva de Sofrimento. Considerando as subescalas da comunicação não-verbal (EACNV) e da comunicação empática (EACEE), também não foram obtidos resultados estatisticamente significativos. Em relação às subescalas do sofrimento (IESSD), os testes multivariados não se revelaram estatisticamente significativos ($Wilks' \lambda = .905$, $F_{(6,77)} = 1.61$, $p > .05$, $\eta^2 = .095$), todavia, os testes univariados apontam para a possibilidade de existirem diferenças ao nível da dimensão Sociorrelacional ($F_{(1,81)} = 4.35$; $p = .040$).

Rendimento mensal familiar

Considerando a variável *Rendimento mensal familiar*, procedeu-se à verificação de diferenças nos dois grupos de participantes (com rendimento inferior a 500 euros mensais *vs.* com rendimento superior ou igual a 500 euros mensais), em função das variáveis psicossociais em estudo (Tabela 28).

Tabela 28

Diferenças nas dimensões das variáveis de investigação em função da variável Rendimento mensal familiar (N = 84)

VARIÁVEIS	RENDIMENTO < 500 Euros/M			RENDIMENTO ≥ 500 Euros/M			F (g.l.)
	n ^{a)}	M (DP)	EPM	n ^{a)}	M (DP)	EPM	
IESSD: SUBESCALAS							(1,64)
Sofrimento Psicológico	28	3.42 (.852)	.161	38	3.38 (1.02)	.166	.024 <i>ns</i>
Sofrimento Físico	28	3.31 (.849)	.160	38	3.47 (.902)	.146	.493 <i>ns</i>
Sofrimento Existencial	28	3.24 (.671)	.126	38	3.13 (.814)	.132	.329 <i>ns</i>
Sofrimento Sociorrelacional	28	3.38 (.979)	.185	38	3.78 (.856)	.138	3.02 <i>ns</i>
Experiências Positivas Sofr.	28	2.79 (.845)	.159	38	2.31 (.980)	.159	4.37*
EACNV: SUBESCALAS							(1,65)
Expressividade/Autenticidade	28	3.53 (.838)	.158	39	3.86 (.928)	.148	2.22 <i>ns</i>
Proximidade/Clareza	28	2.89 (1.14)	.216	39	2.52 (1.11)	.178	1.78 <i>ns</i>
Atenção/Contacto	28	3.87 (.699)	.132	39	4.13 (.743)	.119	2.03 <i>ns</i>
EACEE: SUBESCALAS							(1,65)
Influência	28	3.64 (.914)	.172	39	3.55 (.899)	.144	.162 <i>ns</i>
Escuta/Interesse	28	3.65 (.795)	.150	39	3.88 (.689)	.110	1.62 <i>ns</i>
Abertura/Flexibilidade	28	3.15 (1.03)	.195	39	2.65 (.951)	.152	4.16*
	n ^{a)}	M (DP)	EPM	n ^{a)}	M (DP)	EPM	t (df)
IESSD: GLOBAL	28	3.31 (.706)	.133	38	3.30 (.802)	.130	.027 <i>ns</i>
EACNV: GLOBAL	28	3.47 (.764)	.144	39	3.55 (.762)	.122	-.451 <i>ns</i>
EACEE: GLOBAL	28	3.51 (.833)	.157	39	3.42 (.604)	.096	.548 <i>ns</i>

Nota. ^{a)}Corresponde ao número de casos válidos.

ns > .10. *p* < .10. **p* ≤ .05. ***p* ≤ .01. ****p* ≤ .001.

No que se refere às escalas globais: IESSD, EACNV e EACEE, não se obtiveram resultados estatisticamente significativos. Incidindo nas subescalas da EACNV, os testes multivariados e univariados, também, não produziram resultados estatisticamente significativos. Quanto às subescalas do IESSD, os testes multivariados mostraram-se estatisticamente significativos (*Wilks'* $\lambda = .824$, $F_{(5,60)} = 2.56$, $p < .05$, $\eta^2 = .176$). Foi possível verificar que, os participantes com menor rendimento mensal, apresentam maior índice de experiências positivas de sofrimento ($M = 2.79$;

$DP = .845$) em comparação com os participantes que têm maior rendimento mensal familiar ($M = 2.31$; $DP = .980$). Em relação às subescalas da EACEE, os testes multivariados foram estatisticamente significativos ($Wilks' \lambda = .881$, $F_{(3,63)} = 2.84$, $p < .05$, $\eta^2 = .119$). Os testes univariados permitiram constatar que os participantes com maior rendimento mensal familiar, avaliam os enfermeiros como menos competentes, em termos das competências de comunicação empática Abertura/Flexibilidade ($M = 2.65$; $DP = .951$), em comparação com os participantes com menor rendimento mensal familiar ($M = 3.15$; $DP = 1.03$). Estes resultados foram suportados nas análises de regressão ($H3$, Tabela 18).

Finalmente, atendendo aos resultados das análises de regressão hierárquica múltipla, dos testes de hipóteses, e relativamente às *variáveis sociodemográficas*, constatou-se que, de forma conjunta, a variável Idade e a variável Filhos se constituem preditores significativos do Sofrimento Sociorrelacional (IESSD), contribuindo com uma variância explicada de 13.1% da variância total encontrada. Verificou-se, especificamente, que os participantes mais jovens e os que tinham filhos exibiam maior Sofrimento Sociorrelacional ($H1$ Tabelas 5 e 6; $H2$ Tabelas 13 e 14). Concomitantemente, constatou-se que os participantes mais jovens percecionam a comunicação empática global dos enfermeiros como mais presente na interação ($H3$ Tabelas 16 e 17).

3.3.5.2. Variáveis Profissionais

Situação profissional

Neste ponto pretendeu-se analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas ao nível das variáveis de investigação, em função da *Situação profissional* dos participantes. Para tal constituíram-se três grupos de participantes: a) com atividade profissional, b) sem atividade profissional, e c) reformado. Os resultados destas análises estão na Tabela 29.

Em relação às subescalas do IESSD, os testes multivariados foram estatisticamente significativos ($Wilks' \lambda = .686$, $F_{(10,146)} = 3.03$, $p < .01$, $\eta^2 = .172$) e os testes univariados também se mostraram significativos, nomeadamente para a dimensão do Sofrimento Sociorrelacional ($F_{(2,77)} = 3.23$; $p = .045$). Os testes *post-hoc* de Tuckey evidenciaram diferenças significativas entre os participantes com atividade profissional e os participantes reformados ($p = .034$). Concretamente, os participantes com atividade profissional apresentam maiores índices de Sofrimento Sociorrelacional comparativamente com os participantes reformados. Estes resultados foram suportados pelas análises de regressão ($H1$, Tabelas 5 e 6; $H2$, Tabelas 13 e 14),

mostrando que a variável Situação Profissional constitui um preditor significativo do Sofrimento Sociorrelacional (IESSD), permitindo explicar 5.2% da variância total encontrada.

Quanto às subescalas da EACNV, os testes multivariados não foram estatisticamente significativos ($Wilks' \lambda = .873$, $F_{(6,150)} = 1.78$, $p > .05$, $\eta^2 = .066$), porém, as análises univariadas indicaram que a Situação Profissional poderia ter um efeito significativo na dimensão Proximidade/Clareza da comunicação não-verbal ($F_{(2,78)} = 3.14$; $p = .049$). Atendendo às escalas globais, observaram-se diferenças estatisticamente significativas para a EACNV global ($F_{(2,77)} = 3.40$; $p = .039$), evidenciando que o grupo dos participantes reformados percebem menos competências de comunicação não-verbal nos enfermeiros.

Tabela 29

Diferenças nas dimensões das variáveis de investigação em função da variável Situação profissional (N = 84)

VARIÁVEIS	COM ATIVIDADE PROFISSIONAL		SEM ATIVIDADE PROFISSIONAL		REFORMADO		F(g.l.)
	n ^{a)}	M (DP)	n ^{a)}	M (DP)	n ^{a)}	M (DP)	
IESSD: SUBESCALAS							(2,77)
Sofrimento Psicológico	23	3.27 (1.06)	17	3.17 (1.02)	40	3.34 (.912)	.193 <i>ns</i>
Sofrimento Físico	23	3.22 (.881)	17	3.69 (.909)	40	3.24 (.888)	1.79 <i>ns</i>
Sofrimento Existencial	23	3.05 (.831)	17	3.14 (.802)	40	3.07 (.734)	.070 <i>ns</i>
Sofrimento Sociorrelacional	23	3.86 (1.04)	17	3.49 (.890)	40	3.26 (.836)	3.23*
Experiências Positivas	23	2.47 (.879)	17	2.12 (.964)	40	2.60 (.997)	1.51 <i>ns</i>
EACNV: SUBESCALAS							(2,78)
Expressividade/Autenticidade	23	4.06 (.886)	17	3.69 (.890)	41	3.44 (1.07)	2.97 <i>ns</i>
Proximidade/Clareza	23	2.58 (.915)	17	2.87 (1.40)	41	2.12 (1.06)	3.14*
Atenção/Contacto	23	4.16 (.818)	17	4.18 (.582)	41	3.90 (.772)	1.19 <i>ns</i>
EACEE: SUBESCALAS							(2,78)
Influência	23	3.67 (.741)	17	3.61 (.893)	41	3.29 (1.10)	1.37 <i>ns</i>
Escuta/Interesse	23	3.90 (.720)	17	3.87 (.636)	41	3.66 (.853)	.858 <i>ns</i>
Abertura/Flexibilidade	23	2.53 (.778)	17	2.98 (1.22)	41	2.70 (.941)	1.05 <i>ns</i>
	n ^{a)}	M (DP)	n ^{a)}	M (DP)	n ^{a)}	M (DP)	F (g.l.)
IESSD: GLOBAL	23	3.22 (.855)	17	3.23 (.805)	40	3.18 (.731)	.027 <i>ns</i>
EACNV: GLOBAL	23	3.64 (.607)	17	3.62 (.823)	41	3.22 (.752)	3.40* (2,78)
EACEE: GLOBAL	23	3.44 (.517)	17	3.53 (.710)	41	3.25 (.811)	1.05 <i>ns</i>

Nota. ^{a)}Corresponde ao número de casos válidos.

ns > .10. *p* < .10. **p* ≤ .05. ***p* ≤ .01. ****p* ≤ .001.

Período de absentismo

Realizaram-se testes univariados e multivariados para analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas ao nível das variáveis de investigação, em função do período de absentismo dos participantes. Para tal constituíram-se dois grupos de participantes: a) absentismo ≤ 150 dias ; e, b) absentismo > 150 dias. Os resultados encontram-se na Tabela 30.

Em relação a todas as escalas globais e subescalas da comunicação não-verbal não se obtiveram resultados estatisticamente significativos. Em relação às subescalas do sofrimento (IESSD), os testes multivariados, também, não se revelaram estatisticamente significativos (*Wilks'* $\lambda = .536$, $F_{(5,14)} = 2.43$, $p > .05$, $\eta^2 = .464$), contudo os testes univariados permitiram constatar que os participantes com menor período de absentismo apresentam maior Sofrimento Físico, em relação aos participantes com um período de absentismo mais longo.

Tabela 30

Diferenças nas dimensões das variáveis de investigação em função da variável Período de absentismo (N = 84)

VARIÁVEIS	ABSENTISMO ≤ 150 DIAS			ABSENTISMO > 150 dias			F (g.l.)
	<i>n</i> ^{a)}	M (DP)	EPM	<i>n</i> ^{a)}	M (DP)	EPM	
IESSD: SUBESCALAS							(1,18)
Sofrimento Psicológico	12	3.32 (1.10)	.318	8	3.03 (1.07)	.380	.342 <i>ns</i>
Sofrimento Físico	12	3.51 (.833)	.240	8	2.73 (.616)	.218	5.16*
Sofrimento Existencial	12	2.93 (.933)	.269	8	2.90 (.766)	.270	.007 <i>ns</i>
Sofrimento Sociorrelacional	12	3.84 (1.10)	.320	8	3.80 (.686)	.242	.009 <i>ns</i>
Experiências Positivas Sofr.	12	2.23 (.967)	.279	8	2.17 (.559)	.197	.024 <i>ns</i>
EACNV: SUBESCALAS							(1,18)
Expressividade/Autenticidade	12	4.04 (.737)	.212	8	4.53 (.687)	.242	2.23 <i>ns</i>
Proximidade/Clareza	12	2.54 (1.11)	.321	8	2.22 (.949)	.335	.453 <i>ns</i>
Atenção/Contacto	12	4.36 (.510)	.147	8	4.52 (.622)	.220	.388 <i>ns</i>
EACEE: SUBESCALAS							(1,18)
Influência	12	3.64 (.690)	.199	8	3.89 (.584)	.206	.678 <i>ns</i>
Escuta/Interesse	12	4.07 (.566)	.163	8	4.12 (.589)	.208	.045 <i>ns</i>
Abertura/Flexibilidade	12	2.48 (.879)	.254	8	2.37 (.858)	.303	.074 <i>ns</i>
	<i>n</i> ^{a)}	M (DP)	EPM	<i>n</i> ^{a)}	M (DP)	EPM	<i>t</i> (df)
IESSD: GLOBAL	12	3.22 (.918)	.265	8	2.99 (.720)	.254	.611 <i>ns</i>
EACNV: GLOBAL	12	3.70 (.491)	.141	8	3.82 (.435)	.153	-.522 <i>ns</i>
EACEE: GLOBAL	12	3.47 (.451)	.130	8	3.56 (.328)	.116	-.495 <i>ns</i>

Nota. ^{a)}Corresponde ao número de casos válidos.

ns > .10. **p* < .10. ***p* ≤ .05. ****p* ≤ .001.

3.3.5.3. Variáveis Clínicas

Unidade Hospitalar

Realizaram-se testes univariados e multivariados para analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas ao nível das variáveis de investigação, em função do tipo de Unidade Hospitalar em que os doentes se encontravam internados (i.e., Hospital Distrital ou Hospital Concelhio). Os resultados das análises encontram-se detalhados na Tabela 31.

Em relação às subescalas do IESSD, os testes multivariados desenvolvidos foram estatisticamente significativos ($Wilks' \lambda = .859$, $F_{(5,77)} = 2.54$, $p < .05$, $\eta^2 = .141$). Os respetivos testes univariados possibilitaram constatar que os participantes do Hospital Distrital apresentam menor Sofrimento Existencial, em comparação com os participantes do Hospital Concelhio. Igualmente, atendendo às subescalas da EACNV, os testes multivariados foram estatisticamente significativos ($Wilks' \lambda = .594$, $F_{(3,80)} = 18.24$, $p < .001$, $\eta^2 = .406$). Os testes univariados revelaram que os participantes do Hospital Distrital percebem menos competências na dimensão Proximidade/Clareza da comunicação não-verbal em comparação com os participantes do Hospital Concelhio. No que respeita às dimensões da EACEE, os testes multivariados também foram estatisticamente significativos ($Wilks' \lambda = .601$, $F_{(3,80)} = 17.73$, $p < .001$, $\eta^2 = .399$). Os testes univariados revelaram que os participantes do Hospital Distrital percebem menos competências na dimensão Influência, da comunicação empática dos enfermeiros, bem como na dimensão Abertura/Flexibilidade.

Quanto às escalas globais do IESSD, os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas ($t_{(81)} = -2.28$; $p = .025$), revelando menores níveis de Sofrimento Global os participantes internados no Hospital Distrital. Do mesmo modo, em relação à EACNV global, obtiveram-se resultados estatisticamente significativos ($t_{(82)} = -2.20$; $p = .014$), constatando-se que os participantes do Hospital Distrital percebem menos competências na comunicação não-verbal global dos enfermeiros. Por fim, no âmbito da dimensão global da EACEE verificou-se que os resultados obtidos são estatisticamente significativos ($t_{(82)} = -3.53$; $p = .001$), revelando que os participantes do Hospital Distrital relatam menos competências na comunicação empática global dos enfermeiros.

Tabela 31

Diferenças nas dimensões das variáveis de investigação em função da variável Unidade Hospitalar (N= 84)

VARIÁVEIS	HOSPITAL DISTRITAL			HOSPITAL CONCELHIO			F (g.l.)
	n ^{a)}	M (DP)	EPM	n ^{a)}	M (DP)	EPM	
IESSD: SUBESCALAS							(1,81)
Sofrimento Psicológico	61	3.18 (.978)	.125	22	3.62 (.874)	.186	3.46 <i>ns</i>
Sofrimento Físico	61	3.30 (.863)	.110	22	3.53 (.976)	.208	1.09 <i>ns</i>
Sofrimento Existencial	61	2.94 (.743)	.095	22	3.49 (.714)	.152	9.11**
Sofrimento Sociorrelacional	61	3.45 (.899)	.115	22	3.66 (1.03)	.219	.800 <i>ns</i>
Experiências Positivas Sofr.	61	2.38 (.969)	.124	22	2.60 (.938)	.200	.819 <i>ns</i>
EACNV: SUBESCALAS							(1,82)
Expressividade/Autenticidade	62	3.69 (1.00)	.128	22	3.69 (1.00)	.213	.001 <i>ns</i>
Proximidade/Clareza	62	2.03 (.897)	.114	22	3.52 (1.07)	.228	40.35***
Atenção/Contacto	62	4.05 (.733)	.093	22	4.03 (.786)	.167	.017 <i>ns</i>
EACEE: SUBESCALAS							(1,82)
Influência	62	3.33 (.967)	.122	22	3.85 (.821)	.175	5.00*
Escuta/Interesse	62	3.77 (.736)	.093	22	3.80 (.849)	.181	.012 <i>ns</i>
Abertura/Flexibilidade	62	2.37 (.693)	.088	22	3.73 (.931)	.198	51.81***
	n ^{a)}	M (DP)	EPM	n ^{a)}	M (DP)	EPM	t (df)
IESSD: GLOBAL	61	3.10 (.748)	.095	22	3.53 (.763)	.162	-2.28* (81)
EACNV: GLOBAL	62	3.32 (.658)	.083	22	3.77 (.879)	.187	-2.20* (82)
EACEE: GLOBAL	62	3.22 (.594)	.075	22	3.80 (.835)	.178	-3.53** (82)

Nota. ^{a)}Corresponde ao número de casos válidos.

ns > .10. *p* < .10. **p* ≤ .05. ***p* ≤ .01. ****p* ≤ .001.

Unidade de Internamento

Aplicaram-se testes univariados e multivariados para analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas, ao nível das variáveis de investigação, em função do tipo de Unidade de Internamento. Foram considerados os dois grupos: 1) Oncologia; e 2) Contextos Médico-Cirúrgicos. Os resultados das análises efetuadas encontram-se expostos na Tabela 32.

Os resultados dos testes multivariados e univariados para as subescalas do IESSD não se mostraram estatisticamente significativos. Em relação às subescalas da EACNV, os testes multivariados foram estatisticamente significativos (*Wilks' λ* = .762, $F_{(3,80)} = 8.30$, $p < .001$, $\eta^2 = .238$). Os respetivos testes univariados, também, significativos ($F_{(1,82)} = 16.40$; $p = .000$), permitiram salientar que os participantes da Unidade de Oncologia referem menos competências na dimensão Proximidade/Clareza da comunicação não-verbal, em comparação com os participantes dos Contextos Médico-Cirúrgicos. Quanto às subescalas da EACEE, os testes multivariados foram

estatisticamente significativos ($Wilks' \lambda = .782$, $F_{(3,80)} = 7.44$, $p < .001$, $\eta^2 = .218$). Os testes univariados revelaram que os participantes da Oncologia relatam menos competências na dimensão Abertura/Flexibilidade da comunicação empática dos enfermeiros.

No que concerne às escalas globais, realizaram-se testes *t-Student* para amostras independentes, tendo-se obtido resultados estatisticamente significativos para a EACEE global ($t_{(82)} = -2.78$; $p = .007$), verificando-se que os participantes da Oncologia consideram que os enfermeiros apresentam menos competências em termos de comunicação empática global, quando comparados com os participantes dos Contextos Médico-Cirúrgicos.

Tabela 32

Diferenças nas dimensões das variáveis de investigação em função da variável Unidade de Internamento (N = 84)

VARIÁVEIS	ONCOLOGIA			CONTEXTOS MÉDICO-CIRÚRGICOS			F (g.l.)
	n ^{a)}	M (DP)	EPM	n ^{a)}	M (DP)	EPM	
IESSD: SUBESCALAS							(1,81)
Sofrimento Psicológico	45	3.21 (.894)	.133	38	3.40 (1.05)	.170	.853 <i>ns</i>
Sofrimento Físico	45	3.42 (.789)	.117	38	3.28 (1.01)	.164	.539 <i>ns</i>
Sofrimento Existencial	45	3.01 (.754)	.112	38	3.18 (.792)	.128	.978 <i>ns</i>
Sofrimento Sociorrelacional	45	3.55 (.852)	.127	38	3.46 (1.03)	.167	.206 <i>ns</i>
Experiências Positivas Sofr.	45	2.41 (1.02)	.153	38	2.47 (.884)	.143	.080 <i>ns</i>
EACNV: SUBESCALAS							(1,82)
Expressividade/Autenticidade	45	3.76 (1.01)	.151	39	3.60 (.989)	.158	.604 <i>ns</i>
Proximidade/Clareza	45	1.99 (.810)	.120	39	2.92 (1.28)	.204	16.40***
Atenção/Contacto	45	3.99 (.771)	.114	39	4.11 (.713)	.114	.512 <i>ns</i>
EACEE: SUBESCALAS							(1,82)
Influência	45	3.30 (.904)	.134	39	3.66 (.987)	.158	2.95 <i>ns</i>
Escuta/Interesse	45	3.74 (.782)	.116	39	3.83 (.745)	.119	.302 <i>ns</i>
Abertura/Flexibilidade	45	2.30 (.751)	.112	39	3.20 (.970)	.155	22.80***
	n ^{a)}	M (DP)	EPM	n ^{a)}	M (DP)	EPM	t (df)
IESSD: GLOBAL	45	3.17 (.695)	.103	38	3.27 (.859)	.139	-.584 <i>ns</i>
EACNV: GLOBAL	45	3.31 (.651)	.097	39	3.59 (.822)	.131	-1.71 <i>ns</i>
EACEE: GLOBAL	45	3.18 (.581)	.086	39	3.59 (.782)	.125	-2.78** (82)

Nota. ^{a)}Corresponde ao número de casos válidos.

ns > .10. *p* < .10. **p* ≤ .05. ***p* ≤ .01. ****p* ≤ .001.

Diagnóstico

Realizaram-se testes univariados e multivariados para analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas, ao nível das variáveis de investigação, em função do tipo de Diagnóstico dos doentes. Para tal constituíram-se dois grupos: 1) doentes com Cancro do Sistema Respiratório; e, 2) doentes com Cancro de outros sistemas orgânicos. Os resultados das análises efetuadas encontram-se na Tabela 33.

Tabela 33

Diferenças nas dimensões das variáveis de investigação em função da variável Diagnóstico (N = 84)

VARIÁVEIS	CANCRO DO SISTEMA RESPIRATÓRIO			CANCRO DE OUTROS SISTEMAS ORGÂNICOS			F (g.l.)
	<i>n</i> ^{a)}	<i>M (DP)</i>	<i>EPM</i>	<i>n</i> ^{a)}	<i>M (DP)</i>	<i>EPM</i>	
IESSD: SUBESCALAS							(1,80)
Sofrimento Psicológico	28	3.55 (.881)	.166	54	3.17 (.998)	.136	2.99 <i>ns</i>
Sofrimento Físico	28	3.40 (.885)	.167	54	3.32 (.908)	.123	.160 <i>ns</i>
Sofrimento Existencial	28	3.26 (.727)	.137	54	2.99 (.789)	.107	2.32 <i>ns</i>
Sofrimento Sociorrelacional	28	3.68 (.953)	.180	54	3.42 (.929)	.126	1.37 <i>ns</i>
Experiências Positivas Sofr.	28	2.50 (.929)	.175	54	2.41 (.991)	.134	.142 <i>ns</i>
EACNV: SUBESCALAS							(1,81)
Expressividade/Autenticidade	28	3.77 (.965)	.182	55	3.66 (1.02)	.137	.236 <i>ns</i>
Proximidade/Clareza	28	3.18 (1.15)	.218	55	2.05 (.953)	.128	22.32***
Atenção/Contacto	28	4.11 (.764)	.144	55	4.03 (.738)	.099	.222 <i>ns</i>
EACEE: SUBESCALAS							(1,81)
Influência	28	3.72 (.936)	.176	55	3.34 (.955)	.128	2.98 <i>ns</i>
Escuta/Interesse	28	3.94 (.854)	.161	55	3.70 (.712)	.096	1.79 <i>ns</i>
Abertura/Flexibilidade	28	3.26 (1.17)	.221	55	2.45 (.722)	.097	15.10***
	<i>n</i> ^{a)}	<i>M (DP)</i>	<i>EPM</i>	<i>n</i> ^{a)}	<i>M (DP)</i>	<i>EPM</i>	<i>t (df)</i>
IESSD: GLOBAL	28	3.40 (.713)	.134	54	3.12 (.794)	.108	1.57 <i>ns</i>
EACNV: GLOBAL	28	3.72 (.836)	.158	55	3.30 (.655)	.088	2.46* (81)
EACEE: GLOBAL	28	3.67 (.828)	.156	55	3.22 (.600)	.080	2.54* (81)

Nota. ^{a)}Corresponde ao número de casos válidos.

ns > .10. *p* < .10. **p* ≤ .05. ***p* ≤ .01. ****p* ≤ .001.

Com respeito às subescalas do IESSD, não se obtiveram resultados estatisticamente significativos. Quanto às subescalas da EACNV, os testes multivariados foram estatisticamente significativos (Wilks' $\lambda = .762$, $F_{(3,79)} = 8.22$, $p < .001$, $\eta^2 = .238$). Os testes univariados revelaram que os participantes com Cancro do Sistema Respiratório identificam mais competências na dimensão Proximidade/Clareza da comunicação não-verbal, em comparação com os participantes

com Cancro de outros sistemas orgânicos. Concretamente em relação às subescalas da EACEE, os testes multivariados também foram estatisticamente significativos ($Wilks' \lambda = .835$, $F_{(3,79)} = 5.21$, $p < .010$, $\eta^2 = .165$). Os testes univariados mostraram que os participantes com Cancro do Sistema Respiratório consideram os enfermeiros mais competentes na dimensão Abertura/Flexibilidade da comunicação empática, quando comparados com os participantes com Cancro de outros sistemas orgânicos. No que concerne às escalas globais, obtiveram-se resultados estatisticamente significativos para a EACNV global ($t_{(81)} = 2.46$; $p = .016$) e para a EACEE global ($t_{(81)} = 2.54$; $p = .015$). Os resultados mostram que os participantes com diagnóstico de Cancro do Sistema Respiratório identificam mais competências em termos de comunicação não-verbal global e comunicação empática global, em comparação com os participantes com diagnóstico de Cancro de outros sistemas orgânicos.

Tempo de diagnóstico

Aplicaram-se testes univariados e multivariados para analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas ao nível das variáveis de investigação, em função do tempo de diagnóstico da doença oncológica. Foram considerados os dois grupos: 1) tempo de diagnóstico inferior ou igual a um ano; e 2) tempo de diagnóstico superior a um ano. Os resultados das análises efetuadas encontram-se na Tabela 34.

Quanto às subescalas, aplicaram-se testes multivariados obtendo-se resultados estatisticamente significativos apenas para as subescalas do IESSD ($Wilks' \lambda = .865$, $F_{(5,77)} = 5.77$, $p < .05$, $\eta^2 = .135$). Os testes univariados revelaram que os participantes com tempo de diagnóstico inferior ou igual a um ano apresentam menor sofrimento em todas as subescalas do IESSD, comparativamente com os participantes com tempo de diagnóstico superior a um ano. Todos os resultados são estatisticamente significativos, concretamente: Sofrimento Psicológico ($F_{(1,87)} = 4.16$; $p = .045$); Sofrimento Físico ($F_{(1,87)} = 3.95$; $p = .050$); Sofrimento Existencial ($F_{(1,87)} = 7.42$; $p = .008$); Sofrimento Sociorrelacional ($F_{(1,87)} = 5.36$; $p = .023$); e Experiências Positivas de Sofrimento ($F_{(1,87)} = 4.00$; $p = .049$).

Relativamente às escalas globais, os resultados dos testes *t-Student* para amostras independentes, mostraram-se estatisticamente significativos para o IESSD global ($t_{(81)} = -2.66$; $p = .009$). Constatou-se que, os participantes com tempo de diagnóstico oncológico inferior ou igual a um ano apresentam menor sofrimento global, comparativamente com os participantes com tempo de diagnóstico oncológico superior a um ano.

Tabela 34

Diferenças nas dimensões das variáveis de investigação em função da variável Tempo de diagnóstico (N = 84)

VARIÁVEIS	TEMPO ≤ 1 ANO			TEMPO > 1 ANO			F (g.l.)
	n ^{a)}	M (DP)	EPM	n ^{a)}	M (DP)	EPM	
IESSD: SUBESCALAS							(1,87)
Sofrimento Psicológico	47	3.12 (1.05)	.153	36	3.54 (.791)	.131	4.16*
Sofrimento Físico	47	3.19 (.976)	.142	36	3.58 (.732)	.122	3.95*
Sofrimento Existencial	47	2.89 (.785)	.114	36	3.34 (.683)	.113	7.42**
Sofrimento Sociorrelacional	47	3.30 (.987)	.144	36	3.77 (.796)	.132	5.36*
Experiências Positivas Sofr.	47	2.26 (.927)	.135	36	2.67 (.963)	.160	4.00*
EACNV: SUBESCALAS							(1,82)
Expressividade/Autenticidade	47	3.79 (.992)	.144	37	3.55 (1.00)	.165	1.18 <i>ns</i>
Proximidade/Clareza	47	2.56 (1.21)	.177	37	2.25 (1.04)	.171	1.50 <i>ns</i>
Atenção/Contacto	47	4.11 (.783)	.114	37	3.96 (.688)	.113	.938 <i>ns</i>
EACEE: SUBESCALAS							(1,82)
Influência	47	3.40 (1.03)	.150	37	3.56 (.852)	.140	.638 <i>ns</i>
Escuta/Interesse	47	3.80 (.753)	.109	37	3.76 (.784)	.128	.038 <i>ns</i>
Abertura/Flexibilidade	47	2.72 (.959)	.139	37	2.72 (.988)	.162	.000 <i>ns</i>
	n ^{a)}	M (DP)	EPM	n ^{a)}	M (DP)	EPM	t (df)
IESSD: GLOBAL	47	3.03 (.810)	.118	36	3.46 (.646)	.107	-2.66** (81)
EACNV: GLOBAL	47	3.53 (.817)	.119	37	3.30 (.627)	.103	1.45 <i>ns</i>
EACEE: GLOBAL	47	3.34 (.741)	.108	37	3.40 (.674)	.110	-.386 <i>ns</i>

Nota. ^{a)}Corresponde ao número de casos válidos.

ns > .10. *p* < .10. **p* ≤ .05. ***p* ≤ .01. ****p* ≤ .001.

Dias de internamento

Produziram-se testes univariados e multivariados para analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas, ao nível das variáveis de investigação, em função dos dias de internamento dos participantes. Para tal constituíram-se dois grupos de participantes: a) internamento inferior ou igual a cinco dias; e, b) internamento superior a cinco dias. Os resultados encontram-se na Tabela 35.

Quanto às diversas subescalas dos instrumentos, os resultados dos testes multivariados não foram estatisticamente significativos, nomeadamente para a EACEE (*Wilks' λ* = .938, $F_{(3,80)} = 1.75$, $p > .05$, $\eta^2 = .062$). Contudo, em relação a esta variável, os testes univariados revelaram que os participantes com internamento com duração inferior ou igual a cinco dias, consideram os enfermeiros menos competentes na dimensão Abertura/Flexibilidade da comunicação empática em comparação com os participantes com internamento superior a cinco dias. No que concerne

às escalas globais, os resultados dos testes *t-Student* para amostras independentes, não se mostraram estatisticamente significativos.

Tabela 35

Diferenças nas dimensões das variáveis de investigação em função da variável Dias de Internamento (N = 84)

VARIÁVEIS	≤ 5 DIAS			> 5 DIAS			F (g.l.)
	n ^{a)}	M (DP)	EPM	n ^{a)}	M (DP)	EPM	
IESSD: SUBESCALAS							(1,81)
Sofrimento Psicológico	45	3.26 (.964)	.143	38	3.36 (.980)	.159	.218 <i>ns</i>
Sofrimento Físico	45	3.37 (.927)	.138	38	3.35 (.867)	.140	.014 <i>ns</i>
Sofrimento Existencial	45	3.08 (.723)	.107	38	3.10 (.835)	.135	.009 <i>ns</i>
Sofrimento Sociorrelacional	45	3.55 (.905)	.135	38	3.46 (.975)	.158	.206 <i>ns</i>
Experiências Positivas Sofr.	45	2.38 (.939)	.140	38	2.51 (.992)	.161	.365 <i>ns</i>
EACNV: SUBESCALAS							(1,82)
Expressividade/Autenticidade	46	3.60 (1.00)	.148	38	3.79 (.999)	.162	.718 <i>ns</i>
Proximidade/Clareza	46	2.26 (1.11)	.165	38	2.61 (1.16)	.189	2.04 <i>ns</i>
Atenção/Contacto	46	3.99 (.727)	.107	38	4.10 (.766)	.124	.450 <i>ns</i>
EACEE: SUBESCALAS							(1,82)
Influência	46	3.45 (.921)	.135	38	3.49 (1.00)	.163	.040 <i>ns</i>
Escuta/Interesse	46	3.77 (.811)	.119	38	3.78 (.710)	.115	.003 <i>ns</i>
Abertura/Flexibilidade	46	2.52 (.947)	.139	38	2.97 (.941)	.152	4.85*
	n ^{a)}	M (DP)	EPM	n ^{a)}	M (DP)	EPM	t (df)
IESSD: GLOBAL	45	3.20 (.739)	.110	38	3.23 (.817)	.132	-.148 <i>ns</i>
EACNV: GLOBAL	46	3.34 (.712)	.105	38	3.55 (.775)	.125	-1.28 <i>ns</i>
EACEE: GLOBAL	46	3.30 (.687)	.101	38	3.45 (.736)	.119	-.906 <i>ns</i>

Nota. ^{a)}Corresponde ao número de casos válidos.

ns > .10. · *p* < .10. * *p* ≤ .05. ** *p* ≤ .01. *** *p* ≤ .001.

Comorbilidades físicas

Realizaram-se testes multivariados e univariados para analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas, ao nível das variáveis de investigação em função das comorbilidades físicas dos doentes. Atendendo à variável Comorbilidades Físicas, desenvolveram-se dois grupos: 1) Sem comorbilidades físicas; 2) Com comorbilidades físicas.

Estes resultados apresentam-se na Tabela 36.

Tabela 36

Diferenças nas dimensões das variáveis de investigação em função da variável Comorbilidades Físicas (N = 84)

VARIÁVEIS	SEM COMORBILIDADES FÍSICAS			COM COMORBILIDADES FÍSICAS			F (g.l.)
	n ^{a)}	M (DP)	EPM	n ^{a)}	M (DP)	EPM	
IESSD: SUBESCALAS							(1,64)
Sofrimento Psicológico	40	3.34 (.906)	.143	26	3.21 (.974)	.191	.298 <i>ns</i>
Sofrimento Físico	40	3.37 (.860)	.136	26	3.31 (.901)	.176	.066 <i>ns</i>
Sofrimento Existencial	40	3.10 (.749)	.118	26	3.11 (.852)	.167	.004 <i>ns</i>
Sofrimento Sociorrelacional	40	3.63 (.958)	.151	26	3.25 (.905)	.177	2.55 <i>ns</i>
Experiências Positivas Sofr.	40	2.44 (.908)	.143	26	2.42 (.962)	.188	.005 <i>ns</i>
EACNV: SUBESCALAS							(1,64)
Expressividade/Autenticidade	40	3.80 (.853)	.134	26	3.30 (1.22)	.240	3.85 <i>ns</i>
Proximidade/Clareza	40	2.79 (1.12)	.177	26	1.92 (1.00)	.197	10.27**
Atenção/Contacto	40	3.99 (.653)	.103	26	3.97 (.851)	.167	.013 <i>ns</i>
EACEE: SUBESCALAS							(1,64)
Influência	40	3.80 (.823)	.130	26	2.96 (1.07)	.210	13.04**
Escuta/Interesse	40	3.94 (.726)	.114	26	3.45 (.810)	.158	6.45*
Abertura/Flexibilidade	40	2.88 (1.06)	.168	26	2.58 (.814)	.159	1.52 <i>ns</i>
	n ^{a)}	M (DP)	EPM	n ^{a)}	M (DP)	EPM	t (df)
IESSD: GLOBAL	40	3.25 (.764)	.120	26	3.16 (.792)	.155	.489 <i>ns</i>
EACNV: GLOBAL	40	3.56 (.724)	.114	26	3.13 (.781)	.153	2.29* (64)
EACEE: GLOBAL	40	3.60 (.690)	.109	26	3.02 (.724)	.142	3.32** (64)

Nota. ^{a)}Corresponde ao número de casos válidos.

ns > .10. *p* < .10. **p* ≤ .05. ***p* ≤ .01. ****p* ≤ .001.

Os testes multivariados para as subescalas da EACNV foram estatisticamente significativos (*Wilks' λ* = .812, $F_{(3,62)} = 4.78$, $p < .10$, $\eta^2 = .188$). Os respetivos testes univariados revelaram que os participantes sem comorbilidades físicas consideram os enfermeiros mais competentes na dimensão Proximidade/Clareza da comunicação não-verbal, comparativamente com os participantes com comorbilidades físicas. Similarmente, os testes multivariados para as subescalas da EACEE foram estatisticamente significativos (*Wilks' λ* = .827, $F_{(3,62)} = 4.31$, $p < .10$, $\eta^2 = .173$). Os testes univariados revelaram que os participantes sem comorbilidades físicas consideram os enfermeiros mais competentes nas dimensões Influência e Escuta/Interesse da comunicação empática, comparativamente com os participantes com comorbilidades físicas. Por fim, no que se refere às escalas globais, os resultados dos testes *t-Student* mostraram-se estatisticamente significativos para a EACNV global ($t_{(64)} = 2.29$; $p = .026$) e para a EACEE global ($t_{(64)} = 3.32$; $p = .001$). Constatou-se que os participantes sem comorbilidades físicas consideram os

enfermeiros mais competentes, respetivamente, na comunicação não-verbal global e na comunicação empática global, em comparação com os participantes com comorbilidades físicas.

No que concerne às *variáveis clínicas*, em sequência dos resultados das análises de regressão hierárquica múltipla, dos testes de hipóteses, constatou-se que o Tempo de Diagnóstico e a Unidade Hospitalar constituem preditores significativos do Sofrimento Global (IESSD) e do Sofrimento Existencial (IESSD), contribuindo com uma variância explicada respetivamente, de 14.3% e 17.9% da variância total encontrada. Contudo, a variável Unidade Hospitalar revelou-se um preditor mais forte em relação ao Tempo de Diagnóstico. Os participantes internados em Hospital Concelhio e o grupo dos participantes com maior tempo de diagnóstico oncológico revelaram maior experiência de sofrimento global (*H1*, Tabelas 1 e 2; *H2*, Tabelas 8 e 9), e de sofrimento existencial (*H1*, Tabelas 3 e 4; *H2*, Tabelas 11 e 12).

Os resultados das análises de regressão múltipla permitiram identificar a variável Comorbilidades Físicas como preditor significativo das competências de Comunicação Empática, mostrando que os participantes que não reportam comorbilidades físicas percebem mais competências de comunicação empática nos enfermeiros, respetivamente na escala Global (*H3*, Tabelas 16 e 17), na dimensão Escuta/Interesse (*H3*, Tabelas 20 e 21) e na dimensão Influência (*H3*, Tabelas 22 e 23). Concomitantemente, também a variável Unidade Hospitalar mostrou efeitos independentes significativos ao nível das competências de Comunicação Empática percebidas nos enfermeiros. Os resultados das análises de regressão indicaram que os doentes, internados em Hospital de Concelho, percebem mais competências de comunicação empática nos enfermeiros nas dimensões Influência (*H3*, Tabelas 22 e 23) e Abertura/Flexibilidade (*H3*, Tabelas 18 e 19). Por fim, saliente-se que a duração do período de Internamento também se afigura preditor da variável Abertura/Flexibilidade da comunicação empática, percebendo mais competências na comunicação dos enfermeiros, os doentes com mais dias de internamento (*H3*, Tabelas 18 e 19).

Em síntese, os resultados dão suporte às hipóteses formuladas. Tal como previsto na *H1*, confirma-se o efeito preditivo das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento das pessoas com doença oncológica. No que concerne à *H2*, confirma-se o efeito preditivo das competências de comunicação empática dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento dos doentes. Em relação à *H3*, confirma-se o efeito preditivo das competências de comunicação não-verbal nas competências de comunicação empática. Quanto à *H4*, confirma-se o efeito indireto entre as competências de comunicação não-verbal

exibidas pelos enfermeiros e a experiência subjetiva de sofrimento dos doentes, o qual é conseguido através da ação de uma terceira variável – as competências de comunicação empática dos enfermeiros. Observa-se, também, a influência de diversas variáveis sociodemográficas, profissionais e clínicas, quer nas competências de comunicação dos enfermeiros percebidas pelas pessoas com doença oncológica, quer nas experiências subjetivas de sofrimento relatadas por estas.

Finda a apresentação, análise e interpretação dos resultados procede-se, no próximo capítulo, à discussão dos mesmos.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo diz respeito à discussão dos resultados do estudo, à luz dos dados teóricos e empíricos que lhes serviram de referência.

Inicia-se com a apresentação das limitações do estudo. A estrutura adotada para a discussão dos resultados seguirá a ordem das hipóteses formuladas e testadas, bem como a estrutura de apresentação dos dados no capítulo anterior.

4.1. Limitações do Estudo

Uma análise crítica sobre a investigação realizada permitiu identificar as limitações do estudo que passaremos a enunciar.

O fenómeno de transição e, designadamente, a transição saúde-doença equaciona-se como um processo que ocorre ao longo tempo, pelo que, o desenvolvimento de um estudo longitudinal, ao invés de um estudo transversal, teria favorecido uma compreensão mais consistente deste fenómeno.

De igual modo, não se pode deixar de referenciar as características da amostra, designadamente o seu tamanho, que é inferior ao previamente projetado.

Outro aspeto a considerar, como limitação, diz respeito à opção de utilização dos instrumentos de recolha de dados como heterorrelato (os instrumentos foram lidos em voz alta pela investigadora), quando haviam sido construídos com o intuito de serem aplicados através de autorrelato. Eventualmente, esta opção poderá ter propiciado o designado efeito de deseabilidade social, ou seja, poderá ter existido um sobrerrelato dos aspetos positivos, e concomitantemente, um sub-relato dos aspetos negativos (Gonçalves & Gonçalves, 1997). Contudo, considerando-se que os questionários são instrumentos de eleição para estudos de investigação de natureza quantitativa e tendo em conta o facto de terem apresentado qualidades psicométricas satisfatórias na amostra em estudo, ficou assegurada uma maior confiança na validade dos dados obtidos.

4.2. Discussão dos Resultados

Antes de se proceder à discussão dos resultados dos testes de hipóteses, considera-se pertinente tecer algumas considerações breves relativas ao perfil sociodemográfico, profissional e clínico das pessoas com doença oncológica e aos indicadores psicossociais que caracterizam o conjunto de participantes envolvidos neste estudo, nomeadamente, em termos da Experiência Subjetiva de Sofrimento na Doença (IESSD).

No que concerne à Idade dos participantes, a média de idades, neste estudo, é de 60.99 anos, o que contrasta com a média de idades apresentada no estudo de Gameiro (1999) que foi de 40.48 anos. Quanto ao Género, tal como no estudo de Gameiro (1999), a maioria dos participantes pertencem ao género masculino, contrastando com o estudo de Lage (1996), onde a maioria dos clientes pertencia ao género feminino. No que diz respeito à Escolaridade e Estado Civil, quer neste estudo, quer no estudo de Lage (1996) e no estudo de Gameiro (1999), a maioria dos participantes só completou o ensino básico e são casados.

As pessoas com doença oncológica da amostra deste estudo apresentam índices moderados de sofrimento ($M = 3.22$; $DP = .77$), superando os valores encontrados por Gameiro (1999) numa investigação que envolveu doentes com diversas patologias. Este facto salienta a importância de se considerar o estudo do sofrimento do doente oncológico como uma prioridade. Ideia, além do mais, corroborada por Costa (2015) que considera que o sofrimento na doença oncológica assume contornos particulares, pelos mitos e crenças arraigados a esta patologia, a qual ainda é perspectivada como potencialmente fatal e intrinsecamente sofrida. Na verdade, trata-se de uma situação de doença onde a incerteza do prognóstico é uma constante fonte de *stress*, que aniquila o potencial de controlo e autonomia pessoal, anteriormente sob alçada do sujeito, constatando-se que quanto mais o doente perceciona a situação como ameaçadora e incontável maior é o seu sofrimento (Bayés, 2009).

Considerando as várias dimensões do sofrimento, à semelhança dos resultados reportados nos estudos de Capela e Apóstolo (2012), Gameiro (1999) e de Ramos (2013), também, nesta investigação, se constatou que foi o Sofrimento Sociorrelacional o que registou maiores níveis de sofrimento. Estes achados destacam a relevância das alterações, em termos relacionais e afetivos, que a doença oncológica impõe, implicando o afastamento das pessoas significativas (e.g., família, amigos) por motivos de internamento, tendo como consequências um evidente isolamento do contexto social e relacional, bem como do estilo de vida habitual do doente. Em concordância com estes resultados, Martins (2010) refere que sempre que há necessidade de internamento hospitalar, para além do sofrimento provocado pela doença e a sua sintomatologia, o doente tem de enfrentar também a incerteza, o medo, a fragilidade, a impotência, a adversidade, o desconhecido, a dor e o sofrimento associados a um processo de hospitalização, num ambiente estranho, afastado da segurança dos familiares e amigos. Trata-se, realmente, de um acontecimento de vida não normativo, o que gera uma situação de crise, que

trespassa o nível individual e familiar, exigindo uma mudança e um esforço de adaptação (Carter & Mcgoldrick, 2005).

Pelo contrário, a dimensão com menor registo de sofrimento, neste estudo, reporta-se às experiências positivas de sofrimento, constituindo um valor mais baixo em relação aos estudos encontrados, designadamente, o estudo de Gameiro (1999), o que destaca que, de uma forma global, os participantes deste estudo, no momento em que os dados foram recolhidos, ainda não tinham concluído a transição de forma positiva, reforçando o carácter pernicioso da doença oncológica.

Finda esta breve reflexão, para se proceder à discussão dos resultados dos testes de hipóteses, convém salientar que o objetivo principal deste estudo se prende com a análise da influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica, internadas em hospitais de agudos do distrito de Braga. Na sequência deste objetivo, procede-se à discussão dos resultados obtidos para cada hipótese testada.

4.2.1. Hipótese 1: Relação Comunicação Não-Verbal e Experiência Subjetiva de Sofrimento

Em relação à *Hipótese 1* importa lembrar que se reportava à análise da influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica. Especificamente, previa-se que as competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros fossem preditores significativos da experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica.

Relativamente aos efeitos independentes das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento das pessoas com doença oncológica, a hipótese confirmou-se parcialmente, já que, apenas a dimensão Atenção/Contacto da comunicação não-verbal dos enfermeiros se constituiu preditor significativo das Experiências Positivas de Sofrimento das pessoas com doença oncológica (embora explicando apenas 4.7% da variância total). Todavia, verificou-se que uma menor perceção de competências de Atenção/Contacto dos enfermeiros na interação com os doentes estava associada a um aumento das Experiências Positivas de Sofrimento destes.

Na verdade, esperar-se-ia que uma comunicação adequada e eficaz contribuisse para a redução da experiência de sofrimento, com conseqüente aumento das experiências positivas de sofrimento.

Na revisão da literatura não foi possível identificar estudos que tenham investigado a influência das competências de comunicação não-verbal nas experiências subjetivas de sofrimento na doença oncológica, que nos pudessem auxiliar na interpretação dos resultados obtidos.

Contudo, uma possível explicação para este achado, pode ser, eventualmente, sustentada na experiência prática e no diálogo estabelecido com as pessoas com doença oncológica aquando da recolha de dados.

De uma forma geral, parece estar difundida a ideia de que, num serviço de internamento hospitalar, aos enfermeiros sobra pouco tempo para dar atenção às questões de cariz emocional dos doentes, pelo que são os próprios doentes que assumem, frequentemente, com alguma passividade, que as suas necessidades do ponto de vista emocional são preteridas face às demais, valorizando sobretudo as tarefas técnicas, o que pode condicionar a perceção social dos beneficiários dos cuidados.

De acordo com Silva, Brasil, Guimarães, Savonitti e Silva (2000), ainda que a formação académica dos enfermeiros enfatize como alvo de atenção e de intervenção as necessidades psicossociais dos doentes, também incute nos estudantes a necessidade de um controlo da expressão dos seus sentimentos e emoções, com a convicção de que estes podem interferir com o desempenho quotidiano e com o profissionalismo que se pretende perpassar. Para estes autores, esta dicotomia poderá estar a contribuir para uma desvalorização da comunicação não-verbal, que afeta tanto os enfermeiros como os doentes, rivalizando com a perceção adequada das mensagens que permeiam a relação enfermeiro-doente e que são essenciais para o cuidar em enfermagem.

Para além da questão da falta de disponibilidade de tempo, atrás mencionada, no contexto da doença oncológica, verificam-se, frequentemente, atitudes de evitamento por parte dos profissionais de saúde, como forma de autoproteção perante a vivência de situações difíceis, as quais despertam uma infinidade de sentimentos nos enfermeiros, com repercussões de ordem emocional.

O receio de um excessivo envolvimento, da exaustão emocional e de um papel ambíguo na interação enfermeiro-doente, tem conduzido alguns profissionais à repressão de emoções como estratégia para lidar, diariamente, com situações de sofrimento e morte.

Assim, questiona-se: será que os doentes acostumados a algum distanciamento por parte dos profissionais, ao perceberem mais Atenção/Contacto por parte dos enfermeiros, equacionam a ocorrência de um eventual agravamento do seu estado de saúde? Pelo contrário,

se os doentes sentirem que os níveis de Atenção/Contacto dos enfermeiros são insuficientes, não poderão supor que a sua condição de saúde não aspira grandes preocupações e isso promoverá níveis crescentes de experiências positivas de sofrimento na doença?

Em síntese, se do ponto de vista teórico, o estabelecimento de uma relação de ajuda, enquanto intervenção autónoma, é indiscutível no cuidar humanizado de doentes com doenças crónicas, particularmente no contexto da doença oncológica, já a forma como este cuidado de suporte emocional ocorre na prática, não é tão claro, o que revela a complexidade da interação enfermeiro-doente e a multiplicidade de fatores que estão envolvidos.

Nos últimos anos, a enfermagem evoluiu muito do ponto de vista técnico, o que nos hospitais de agudos é ainda mais evidente pela tecnologia tão presente, mas interroga-se se essa evolução foi acompanhada de idêntico progresso do ponto de vista relacional. Não estaremos, ainda, em muitos aspetos da prática clínica, sob os auspícios do Modelo Biomédico, no qual as intervenções de enfermagem assumem um carácter fundamentalmente tecnicista, com destaque para o tratamento da doença e do corpo doente? Assumindo que os enfermeiros têm as competências de comunicação terapêutica essenciais, estarão reunidas, nos contextos da prática, as condições para o exercício pleno dessas competências? Existe uma real cultura de cuidar em enfermagem no contexto hospitalar atual?

4.2.2. Hipótese 2: Relação Comunicação Empática e Experiência Subjetiva de Sofrimento

Relativamente à *Hipótese 2* pretendia-se analisar a influência das competências de comunicação empática dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica. Previa-se que as competências de comunicação empática dos enfermeiros fossem preditores significativos da experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica.

Os resultados obtidos permitem constatar que, na amostra em estudo, se confirmam parcialmente os efeitos independentes das competências de comunicação empática dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento dos doentes. Especificamente, a dimensão Escuta/Interesse da comunicação empática dos enfermeiros mostrou-se preditor significativo do Sofrimento Global exibido pelas pessoas com doença oncológica. A este respeito, uma maior perceção de competências de comunicação empática de Escuta/Interesse dos enfermeiros está associada a menores níveis de Sofrimento Global dos doentes. Adicionalmente, também a dimensão Abertura/Flexibilidade da comunicação empática se revela um preditor significativo do

Sofrimento Psicológico dos doentes e das Experiências Positivas de Sofrimento na Doença. Verifica-se que os doentes que referem mais Abertura/Flexibilidade na comunicação empática dos enfermeiros apresentam, respetivamente, maior Sofrimento Psicológico e mais Experiências Positivas de Sofrimento na Doença.

Seria expectável que uma maior perceção da dimensão Escuta/Interesse (EACEE) da comunicação empática dos enfermeiros correspondesse a menos sofrimento para as pessoas com doença oncológica, tal como confirmado na amostra em estudo.

Embora não se tenha encontrado outros estudos que investigassem a influência da empatia no sofrimento das pessoas com doença oncológica, salientamos a perspetiva de Arman e Rehnsfeldt (2006) segundo os quais as pessoas que sofrem têm necessidade de falar sobre o seu próprio sofrimento, encontrando, assim, uma abertura para o seu próprio mundo interior e para as interpretações que fazem daquilo que experienciam. As pessoas sofrem mais quando não têm oportunidade de partilhar o seu sofrimento com os outros, o que implica sentirem que o outro está presente, está a escutar e está interessado (Justo, 2014; Kacperek, 1997).

Efetivamente, Bayés (2004) refere que o sofrimento pode ser diminuído se os profissionais de saúde utilizarem ferramentas e competências de escuta ativa, o que facilita a comunicação e melhora substancialmente a qualidade da relação profissional, no contexto da prestação de cuidados de saúde. Kourkouta e Papathanasiou (2014) corroboram esta ideia e referem que a escuta é muito importante no contexto da comunicação, acrescentando que uma prática de enfermagem responsável exige a concentração de atenção e a mobilização de todos os sentidos para a perceção de mensagens verbais e não-verbais emitidas por cada doente. Aliás, tal como referem Pinto e colaboradores (2012), um dos pilares da relação de ajuda é a escuta ativa, que se constitui como um vetor fundamental para aceder não só ao conteúdo verbal, mas também ao conteúdo não-verbal das interações, enquadrando os sentimentos que subjazem à comunicação.

De facto, os enfermeiros são os elementos da equipa multidisciplinar que estão mais próximos dos doentes e que lidam mais tempo com o seu sofrimento. Têm, portanto, a seu cargo a avaliação, compreensão e alívio do sofrimento na doença, que passa, obrigatoriamente, pelo encontro enfermeiro/doente, no qual a escuta valida o outro como pessoa.

No que concerne aos resultados que atestam a dimensão Abertura/Flexibilidade (EACEE) como preditor significativo do Sofrimento Psicológico e das Experiências Positivas de Sofrimento na Doença, tal como foi acima mencionado, verifica-se que os doentes que percebem mais

Abertura/Flexibilidade na comunicação empática dos enfermeiros apresentam mais Sofrimento Psicológico e mais Experiências Positivas de Sofrimento na Doença.

Seria expectável que uma maior perceção da dimensão Abertura/Flexibilidade (EACEE) por parte dos enfermeiros correspondesse a menos sofrimento por parte das pessoas com doença oncológica. Os resultados foram surpreendentes, deixando em aberto a resposta a esta questão.

Contudo, podemos adiantar uma suposta explicação tendo por base a experiência profissional. Incidindo no Sofrimento Psicológico verifica-se que este concerne, essencialmente, às alterações emocionais e cognitivas condicionadas pela doença, tal como atestam os itens que subjazem a esta subescala (e.g., *“Sinto-me apreensivo/a em relação ao que me poderá acontecer”*; *“Sinto-me revoltado/a perante a minha situação de doença”*). Se se atender ao facto da amostra em estudo se compor de pessoas com doença oncológica, tão permeada de medos, preocupações e de uma incerteza constante, em relação ao futuro (Costa, 2015; Martins, 2010), poderá ser compreensível que os doentes que apresentam maior sofrimento psicológico, estejam mais recetivos e atentos às atitudes de Abertura/Flexibilidade da comunicação empática dos enfermeiros, percecionando-os, assim, como mais empáticos, pois a necessidade de se libertarem das suas angústias é tanta que qualquer sinal de abertura/flexibilidade, mesmo que pouco evidente, pode ser sobrevalorizado.

Acreditando que é no contexto da abertura e flexibilidade, da parte do enfermeiro, que a pessoa com doença oncológica irá desvelar o seu sofrimento, aponta-se como possível explicação que os que mais sofrem, do ponto de vista psicológico, estão mais despertados para as atitudes empáticas dos enfermeiros, experienciando, simultaneamente, maiores experiências positivas de sofrimento na doença, porque ao reconhecerem que são valorizados no seu sofrimento, poderão adquirir uma atitude mais otimista face à doença e ao futuro.

Kleinman (2004) desenvolveu um estudo cujos resultados sugerem que, para que a relação enfermeiro-doente seja um verdadeiro encontro entre seres humanos e proporcione alívio do sofrimento, é necessário que o enfermeiro demonstre abertura. Esta abertura sustenta-se numa presença atenta, na disponibilidade, na capacidade de escuta, numa atitude recetiva, na ligação, num diálogo intersubjetivo, no toque emocional e físico. Portanto, a atitude empática e, designadamente, a Abertura/Flexibilidade dos enfermeiros remete para os processos do cuidar de Swanson (1993), de onde se destaca que *“Estar com”* é estar emocionalmente presente para o outro, o que implica estar lá, manifestando disponibilidade contínua, partilhando sentimentos de

alegria ou sofrimento. Significa, portanto, estar emocionalmente aberto para a realidade do outro, demonstrando interesse naquele de quem se cuida.

Por outro lado, Davies (2014) refere que a expressão de empatia se traduz num processo faseado e crescente. Embora, este estudo transversal não possibilite a apreensão do nível de empatia desenvolvido em momentos distintos, não se pode excluir uma outra explicação para estes resultados, e que passa pela possibilidade de os doentes que percecionam a Abertura/Flexibilidade dos enfermeiros como mais elevada, os terem avaliado quando o nível global de empatia dos enfermeiros ainda se situava num nível relativamente baixo.

Efetivamente, se se atender aos níveis de empatia descritos por Carkuff (ver Arnold & Boggs, 2003), em 1969, no nível 2 de empatia, há um reconhecimento superficial das mensagens e o enfermeiro tende a minimizar ou ignorar as emoções e sentimentos do doente, o que poderá propiciar o Sofrimento Psicológico.

Isto está, também, em consonância com as respostas empáticas dos enfermeiros, propostas por Morse *et al.* (1992), concretamente, com as respostas de segundo nível, nas quais o enfermeiro não está focalizado no sofrimento do doente, mas na sua autoproteção, o que se traduz num envolvimento emocional pobre. Portanto, questiona-se: será que o aumento do sofrimento psicológico dos doentes resulta das relações superficiais que os enfermeiros desenvolvem com eles, que apesar de abranger a dimensão de Abertura/Flexibilidade da comunicação empática, não se aprofunda nas demais dimensões da empatia?

4.2.3. Hipótese 3: Relação Comunicação Não-Verbal e Comunicação Empática

Na *Hipótese 3* pretendia-se analisar a influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros nas competências de comunicação empática dos enfermeiros. Previa-se que as competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros fossem preditores significativos das competências de comunicação empática dos enfermeiros.

Esta hipótese foi confirmada totalmente, na medida em que os resultados obtidos permitiram verificar um efeito independente da dimensão global das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros, ao nível de todas as dimensões da comunicação empática, percebidas pelos doentes na interação. Adicionalmente, a dimensão Atenção/Contacto da comunicação não-verbal mostrou-se preditor significativo das dimensões da comunicação empática Escuta/Interesse e Influência. A dimensão Proximidade/Clareza da comunicação não-

-verbal produziu efeitos independentes significativos ao nível das dimensões empáticas Abertura/Flexibilidade e Influência.

Os resultados mencionados vão ao encontro das perspectivas teóricas e são corroborados pelo estudo de Montague *et al.* (2013), no qual se reportou uma correlação positiva entre a comunicação não-verbal e a comunicação empática avaliadas pelos doentes. Por outro lado, Lage (1996) observou a existência de correlações significativas moderadas entre os autorrelatos das enfermeiras quanto às suas competências em empatia e na comunicação não-verbal, à exceção da subescala Abertura com a comunicação não-verbal, onde não se observa uma correlação positiva. A autora do estudo constatou, ainda, a existência de correlações positivas altas estatisticamente significativas entre os heterorrelatos dos clientes sobre as competências de empatia e a comunicação não-verbal das enfermeiras.

Compreende-se, facilmente, que a comunicação não-verbal influencie a empatia, porque a compreensão empática dos enfermeiros manifesta-se, frequentemente, de forma não-verbal. Falcone (1999) refere, precisamente, que a compreensão empática inclui prestar atenção. Para este autor, prestar atenção empaticamente envolve aspetos predominantemente não-verbais, tais como: um olhar que revele um real envolvimento e proximidade; uma postura corporal aberta que evite cruzar braços ou pernas; uma leve inclinação em direção ao outro; acenar com a cabeça e/ou usar vocalizações breves (e.g., “hum-hum”) quando a pessoa está a revelar algo importante; *etc.*

4.2.4. Hipótese 4: Efeito Mediador da Comunicação Empática na Relação entre a Comunicação Não-Verbal e a Experiência Subjetiva de Sofrimento

A *Hipótese 4* previa que as competências de comunicação empática dos enfermeiros teriam um efeito mediador significativo na relação entre as competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros e a experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica.

Esta hipótese foi confirmada pois os resultados obtidos permitiram verificar que o efeito da Comunicação Não-Verbal dos Enfermeiros (EACNV), no Sofrimento Global de pessoas com doença oncológica (IESSD), produz-se de forma indireta através do efeito de uma terceira variável, a dimensão Escuta/Interesse da comunicação empática dos enfermeiros.

Desconhecem-se outros estudos que tenham investigado o efeito de mediação da empatia na relação entre a comunicação não-verbal dos enfermeiros e o sofrimento de pessoas com doença

oncológica. Atendendo aos resultados desta investigação, estes podem ser compreendidos considerando o facto da empatia, tal como refere Nunes (2010), requerer concentração e estar dependente da capacidade de compreender as emoções dos outros através da expressividade, escuta e interesse, que é precisamente a capacidade de exprimir/refletir emoções através da linguagem não-verbal.

As pessoas com doença oncológica são particularmente vulneráveis ao sofrimento, uma vez que se deparam com uma doença que, há muito, é sinónimo de dor, de agonia e de morte. A mera possibilidade de um diagnóstico de cancro é vivida como uma experiência profundamente avassaladora e alarmante. Neste contexto, uma atitude empática, conformada nas expressões não-verbais, constituirá a intervenção terapêutica do enfermeiro junto do doente no sentido de o ajudar a vivenciar uma transição saúde-doença positiva.

Phaneuf (2005) reitera que a empatia tem de manifestar-se através da comunicação não-verbal, designadamente através da linguagem do corpo, da expressão do rosto, e de um olhar de compaixão. Somente através da expressão da empatia, autenticidade e calor humano, é que o doente constata que é efetivamente aceite e compreendido (Miller & Nambiar-Greenwood, 2011).

Também Back *et al.* (2009), Kacperek (1997) e Kissane *et al.* (2011) salientam o silêncio, a expressão facial, o contacto e a proximidade física na facilitação da escuta ativa da comunicação empática. Efetivamente, é a dimensão Escuta/Interesse da comunicação empática que, segundo os resultados deste estudo, revelam o efeito mediador da relação entre a comunicação não-verbal dos enfermeiros e o sofrimento das pessoas com doença oncológica.

Este facto reveste-se de particular relevância para o exercício profissional, pois ao verificar o efeito de mediação da empatia, designadamente da Escuta/Interesse do enfermeiro na relação entre a comunicação não-verbal dos enfermeiros e o sofrimento global das pessoas com doença oncológica, salienta-se a ação autónoma dos profissionais de enfermagem no alívio do sofrimento na doença e, por conseguinte, na transição saúde-doença, fenómeno, inquestionavelmente, enquadrado no domínio da disciplina de enfermagem e corroborado por Meleis e Trangenstein (1994) quando referem que a enfermagem diz respeito ao processo e experiência de seres humanos a passarem por transições em que a saúde e a perceção de bem-estar são o resultado esperado.

Por outro lado, estes achados reforçam a exigência, de carácter moral e ético, que se impõe não somente no alívio do sofrimento das pessoas com doença oncológica, mas também da

necessária reflexão sobre as práticas, com o intuito de criar modelos de intervenção, que atuem não só no alívio, mas também na prevenção do sofrimento.

A complexidade do cuidar em enfermagem no alívio do sofrimento não se compadece de explicação através de um “simples” efeito de mediação, contudo, acredita-se que pode ser o início do desvelar de uma complexa interação de fatores, que podem ser caracterizados com maior rigor, por via da investigação, o que, em última instância, é determinante para a qualidade e humanização dos cuidados prestados às pessoas com doença oncológica e, simultaneamente, altamente valorizador da imagem dos enfermeiros.

A afirmação da disciplina e profissão de enfermagem, nestes tempos marcados pela incerteza, fortemente condicionados em termos económicos, passam pela evidência empírica da importância dos cuidados de enfermagem. Durante décadas tem-se referido na literatura que a prestação de cuidados de enfermagem é sustentada na empatia e que as competências comunicacionais dos enfermeiros são fundamentais para o alívio do sofrimento, mas persistiu sempre uma lacuna sobre como se processa, exatamente, esta intervenção terapêutica de enfermagem. Estes achados podem ajudar a colocar, de novo, as questões da comunicação não-verbal, da comunicação empática e do sofrimento no centro de debate e, assim, dar um importante contributo para o desenvolvimento do conhecimento próprio da disciplina.

4.2.5. Efeitos Independentes das Variáveis Sociodemográficas, Profissionais e Clínicas

Com as análises exploratórias pretendia-se complementar o estudo analisando a influência das variáveis sociodemográficas, profissionais e clínicas nas variáveis de investigação estudadas. No contexto específico da doença oncológica, de acordo com Díez e colaboradores (2005) existem alguns fatores que afetam as avaliações e estratégias de *coping* adotadas pelo doente, e que concernem as variáveis do contexto sociodemográfico e cultural, as variáveis profissionais e as variáveis clínicas.

Variáveis sociodemográficas e profissionais

Em função das variáveis sociodemográficas e profissionais avaliadas, encontraram-se diferenças significativas entre grupos, no âmbito das variáveis psicossociais estudadas. Estes resultados poderão contribuir para a identificação de subgrupos de sujeitos que nos permitam uma compreensão mais detalhada e personalizada, em termos de perfis, das temáticas em estudo.

Os resultados obtidos nas análises exploratórias relativamente à variável *Idade*, permitiram constatar que os participantes mais jovens classificam os enfermeiros como mais competentes do ponto de vista da comunicação não-verbal global e, ainda, que percebem a comunicação empática global dos enfermeiros como mais presente na interação. A este respeito, no seu estudo, Lage (1996) encontrou diferenças em função da idade, mas apenas na avaliação da comunicação empática. Nesse âmbito, a investigadora apresentou como explicação possível o facto de os doentes mais velhos terem expectativas mais exigentes e rígidas de abertura e flexibilidade por parte dos enfermeiros. No contexto deste estudo, não se exclui a explicação apontada por Lage (1996) mas, acredita-se, ainda, que os doentes mais velhos, internados num hospital de agudos, ficam mais suscetíveis à necessidade de cuidado humanizado e caloroso, no qual esteja patente um real interesse, presença e envolvimento por parte dos enfermeiros. Concomitantemente, não se podem esquecer as alterações físicas (e.g., sensitivas) e fisiológicas na saúde que decorrem do envelhecimento, e podem ser determinantes na perceção subjetiva de competências de comunicação não-verbal da parte dos enfermeiros.

No que concerne à variável *Escolaridade*, constatou-se que os participantes com maior nível de escolaridade consideram os enfermeiros mais competentes em termos de comunicação não-verbal em comparação com os participantes com menor escolaridade. Embora não se tenham encontrado outros estudos que possam sustentar os resultados encontrados nesta investigação, face à influência da variável escolaridade, poderão, eventualmente, os doentes com níveis mais elevados de escolaridade ter uma representação da comunicação não-verbal mais acurada do que os doentes menos escolarizados.

No que se refere à variável *Filhos*, embora os testes multivariados das análises exploratórias não se tenham revelado significativos, os testes univariados apontaram para a possibilidade de existirem diferenças ao nível da dimensão sociorrelacional, com os participantes com filhos a relatarem níveis mais elevados de Sofrimento Sociorrelacional (IESSD) comparativamente com os participantes sem filhos. Nos resultados das análises de regressão hierárquica múltipla, dos testes de hipóteses, constatou-se que, de forma conjunta, a variável *Idade* e a variável *Filhos* constituem preditores significativos do Sofrimento Sociorrelacional (IESSD). Especificamente, os participantes mais jovens e os que têm filhos expressam maior sofrimento sociorrelacional. Estes resultados estão em consonância com o *Social Cognitive Transition Model* (SCT) de ajustamento ao cancro (Brennan, 2001), segundo o qual a doença oncológica, frequentemente, confronta o indivíduo com a ameaça permanente da separação das pessoas que

ama, designadamente os filhos, condicionando, comumente, uma antecipação do processo de luto dos entes queridos. Perante a responsabilidade e preocupação que os pais sentem face ao futuro dos filhos, era expectável que ocorresse maior sofrimento sociorrelacional no grupo das pessoas com doença oncológica com filhos (Carter & Mcgoldrick, 2005), tal como foi encontrado neste estudo.

Relativamente à variável *Rendimento mensal familiar*, os participantes com menor rendimento mensal, apresentam maior índice de Experiências Positivas de Sofrimento (IESSD), comparativamente com os participantes que têm maior rendimento mensal familiar. Segundo Paúl e Fonseca (2001), os recursos pessoais, de entre os quais os económicos, influenciam o conceito de sofrimento do indivíduo, podendo atuar como facilitadores ou inibidores do sofrimento. Face aos resultados obtidos, e perante o desconhecimento de estudos com resultados semelhantes, pode-se indagar sobre o facto de os indivíduos com menos recursos económicos possuírem maior resiliência perante as contrariedades que encontram ao longo da vida, o que contribuirá para uma atitude mais positiva face aos desafios, com a adoção de estilos de *coping* proativos (e.g., espírito de luta). Concomitantemente, os participantes com maior rendimento mensal familiar avaliam os enfermeiros como menos competentes, em termos de competências de comunicação empática Abertura/Flexibilidade, em comparação com os participantes com menor rendimento mensal familiar. Também a este nível não foram encontrados outros estudos que corroborassem estes resultados, e possibilitassem encontrar uma explicação, avança-se, então, com a possibilidade de os doentes com menor rendimento mensal familiar, estarem de alguma forma mais recetivos à manifestação de abertura e de flexibilidade por parte dos enfermeiros que deles cuidam.

No que respeita à variável *Situação profissional*, os participantes com atividade profissional apresentam maiores índices de sofrimento sociorrelacional (IESSD) comparativamente com os participantes reformados.

Quando reformados, os indivíduos têm maior disponibilidade de tempo para manter as relações familiares e sociais próximas e, frequentemente, sentem que cumpriram a maioria dos seus objetivos existenciais, agraciando uma vida ativa que já decorreu. Isto contrasta com a condição de pessoa com doença oncológica, com vida profissional ativa, e que, face a um internamento hospitalar, muito provavelmente, encarará este evento como um fator de *stress* elevado, altamente limitador do exercício dos inúmeros papéis que alguém numa fase ativa da vida ainda detém (Carter & Mcgoldrick, 2005).

Os resultados obtidos nas análises exploratórias, relativamente à variável *Período de Absentismo* ao trabalho, em termos de testes univariados, permitiram constatar que os participantes com o menor período de absentismo ao trabalho relatam mais sofrimento físico. Não foram encontrados estudos que corroborassem estes dados face ao período de absentismo nas pessoas com doença oncológica. No entanto, muito provavelmente, aquelas pessoas com doença oncológica que têm menos tempo de baixa médica vivenciaram mais recentemente o que gerou a incapacidade para o exercício da atividade profissional, o que poderá explicar a diferença em termos de Sofrimento Físico, por estar diretamente relacionado com a doença e as suas manifestações físicas tão recentes.

Variáveis clínicas

Em função das variáveis clínicas avaliadas, encontraram-se diferenças significativas entre grupos, no âmbito das variáveis psicossociais estudadas. Estes resultados poderão contribuir para a identificação de subgrupos de sujeitos que nos permitam uma compreensão mais detalhada e personalizada, em termos de perfis, das temáticas em estudo.

Os resultados obtidos nas análises exploratórias relativamente à variável *Unidade Hospitalar* evidenciam que os participantes do Hospital Concelhio apresentam mais Sofrimento Global e mais Sofrimento Existencial, comparativamente com os participantes do Hospital Distrital.

Efetivamente, no Hospital Concelhio apenas foram recolhidos dados no serviço de pneumologia, onde existe um predomínio de diagnóstico de cancro do pulmão. Esta patologia, não raramente, condiciona muita dor, e caracteriza-se pela dispneia contínua em doentes que, frequentemente, são jovens e se mantêm conscientes praticamente até à fase final da vida, pelo que era expectável que os doentes com esta patologia apresentassem maiores índices de sofrimento global. Para além disso, Chapple e colaboradores (2004) realizaram um estudo no qual constataram que o fenómeno de estigma está muito presente nos doentes com cancro do pulmão. Será necessário desenvolver outros estudos que explorem este fenómeno, contudo, avança-se com a possibilidade de o estigma condicionar um maior sofrimento, designadamente Sofrimento Existencial, porque os doentes poderão sentir que os seus estilos de vida podem ter concorrido para a doença. Ademais, este estigma que pende sobre os doentes com cancro de pulmão pode determinar a própria atitude dos enfermeiros face ao doente e, conseqüentemente, influenciar o tipo de relação interpessoal estabelecida entre estes intervenientes no processo.

Os participantes do Hospital Distrital classificam os enfermeiros como menos empáticos, quer na dimensão global, quer nas dimensões Influência e Abertura/Flexibilidade. Quanto à comunicação não-verbal, os participantes do Hospital Distrital classificam os enfermeiros como menos competentes, em termos de comunicação não-verbal global, e na respetiva dimensão Proximidade/Clareza.

Pinho e Santos (2007) desenvolveram um estudo no qual constataram que os fatores estruturais e a falta de suporte psicológico estão presentes na vida dos enfermeiros, e constituem um fator limitante na prática clínica, designadamente, no ambiente hospitalar. Para estes investigadores, a falta de motivação dificulta o estabelecimento do relacionamento interpessoal, que parece ficar na superficialidade da pouca disponibilidade pessoal do cuidador. Não dispondo de resultados semelhantes afigura-se-nos que, num Hospital Distrital, existindo maior diferenciação de cuidados, a afluência e a rotatividade de utentes poderá ser maior, o que se poderá, eventualmente, traduzir nos rácios enfermeiro/doente e afetar negativamente as interações destes intervenientes.

No exercício profissional o enfermeiro defronta-se com situações de sofrimento que podem ter repercussões importantes do ponto de vista emocional que, numa situação extrema, podem conduzir à exaustão emocional e à insatisfação profissional. Os contextos da prática devem proporcionar momentos de reflexão que se traduzam em oportunidades para os enfermeiros expressarem os seus sentimentos e emoções relacionados com o cuidar.

Para além disso, as competências de comunicação não-verbal e de comunicação empática têm de ser continuamente desenvolvidas ao longo da vida profissional, pelo que as organizações não se podem demitir do seu papel de contributo e valorização da formação contínua e pós-graduada que fomente as competências relacionais dos enfermeiros, que também são uma responsabilidade individual e ética de cada enfermeiro.

Relativamente aos resultados das análises exploratórias, para a variável *Unidade de Internamento*, foi possível constatar que os participantes da Unidade de Internamento de Oncologia classificam os enfermeiros como menos empáticos, quer no que respeita à comunicação empática global, quer na dimensão Abertura/Flexibilidade, comparativamente com os participantes das Unidades de Internamento de Contextos Médico-Cirúrgicos. Também no que concerne à comunicação não-verbal, os participantes da Unidade de Internamento de Oncologia, classificam os enfermeiros como menos competentes em termos de Proximidade/Clareza,

comparativamente com os participantes das Unidades de Internamento dos contextos médico-cirúrgicos.

Em unidades de oncologia, especializadas no cuidado de pessoas com doença oncológica, seria expectável que os doentes classificassem os enfermeiros como mais competentes, quer em termos de comunicação não-verbal, quer no que diz respeito à comunicação empática. No entanto, os resultados foram opostos, o que poderá ser em parte explicado pela, provável, instalação de uma certa rotina, favorecida pelo contacto frequente e contínuo com as situações de doença oncológica. Na verdade, e tal como referem Morse e colaboradores (1992), os enfermeiros tendem a criar uma certa frieza na relação interpessoal que estabelecem com os doentes, a fim de se protegerem do desgaste emocional. Isto está em consonância com as afirmações de Pinho e Santos (2007) quando referem que a prática tecnicista, centrada num modelo biomédico hegemónico, ainda é dominante no nosso meio, retomando um fazer rotinizado, compartimentalizado e “coisificado”.

Takaki e Sant’Ana (2005) desenvolveram um estudo com o objetivo de compreender o desenvolvimento da relação empática pelos profissionais de enfermagem, no atendimento ao doente, e constataram que a maioria dos entrevistados tem conhecimento e sabe a importância do desenvolvimento da empatia, no entanto, não a desenvolvem devido a fatores como: 1) a falta de tempo; 2) a influência de fatores emocionais do profissional; 3) a falta de valorização pela própria equipa de trabalho.

No que concerne à variável *Diagnóstico*, os participantes com cancro do Sistema Respiratório consideram os enfermeiros mais competentes, em termos de comunicação não-verbal global, em termos de comunicação empática global, na dimensão Abertura/Flexibilidade da Comunicação Empática, e na dimensão Proximidade/Clareza da comunicação não-verbal, quando comparados com os participantes com Cancro de outros Sistemas Orgânicos. De forma semelhante, para o que foi descrito para a Unidade de Internamento, atendendo ao facto de a colheita de dados no Hospital Concelhio ter sido apenas no serviço de Pneumologia, onde estão internados doentes com patologia do foro respiratório, acredita-se que as diferenças em função do diagnóstico poderão ser explicadas pelas mesmas razões apontadas para a variável Unidade de Internamento.

Quanto à variável *Tempo de Diagnóstico* oncológico, os participantes cujo diagnóstico oncológico foi efetuado há menos tempo, apresentam valores inferiores de Sofrimento Global, Sofrimento Psicológico, Sofrimento Existencial, Sofrimento Sociorrelacional e Experiências

Positivas de Sofrimento, comparativamente com os participantes cujo diagnóstico foi efetuado há mais tempo (superior a um ano). Os resultados obtidos podem ser enquadrados através das proposições do SCT de ajustamento ao cancro, o qual salienta que, após o diagnóstico de cancro, que o indivíduo perspetiva como uma condição ameaçadora da sua vida, é habitual que ocorra uma desorientação inicial, a qual pode perdurar durante horas e dias, e condicionar uma resistência para aceitar o que lhe foi comunicado. Pode-se estar perante um fenómeno de negação, presente nas pessoas com doença oncológica com menor tempo de diagnóstico, as quais, desse modo, ainda não tiveram oportunidade de se confrontar com a fratura das suas assunções nucleares (Brennan, 2001).

Quanto à variável *Dias de Internamento*, os resultados evidenciaram que os participantes com o período de internamento mais longo consideram os enfermeiros *mais empáticos* em termos de Abertura/Flexibilidade. Tal como foi defendido por Peplau (1990) no âmbito da sua Teoria das Relações Interpessoais, a relação enfermeiro-doente compõe-se de distintas fases que se desenvolvem ao longo do tempo. Será assim compreensível que, neste estudo, as pessoas com doença oncológica com o internamento mais longo considerem os enfermeiros mais empáticos. Para além de que, tratando-se de doentes hospitalizados, contactam com diferentes enfermeiros ao longo dos turnos de trabalho, pelo que são necessários alguns dias para que consigam desenvolver, com um determinado enfermeiro, uma relação interpessoal onde a empatia seja considerada.

No que concerne à variável *Comorbilidades Físicas*, os resultados permitiram verificar que os participantes com comorbilidades físicas classificam os enfermeiros como menos empáticos, não só em relação à comunicação empática global, mas também, às dimensões Influência e Escuta/Interesse. A este propósito, Saraiva (2003) considera que os doentes com comorbilidades físicas, pela condição de doentes crónicos, muito provavelmente, polimedicados e com história de vários internamentos anteriores, perspetivam a vivência da doença oncológica e a relação entre enfermeiro-doente, de forma particular, podendo estar mais despertos para os bloqueios comunicacionais desenvolvidos pelos enfermeiros.

Em síntese, o cuidar para o alívio do sofrimento na doença oncológica configura-se como um aspeto de relevância fundamental no exercício profissional dos enfermeiros, fundado no encontro entre enfermeiro e pessoa com doença oncológica, que consubstancia a ação autónoma dos enfermeiros na intervenção para uma transição positiva de saúde-doença. No contexto que rodeia ambos os intervenientes na relação terapêutica enfermeiro e doente, confluem variáveis

sociodemográficas, clínicas e profissionais, que resultam imprescindíveis para a compreensão da vivência subjetiva do sofrimento na doença, tal como se pôde constatar.

5.1. Conclusão

Neste capítulo procede-se à apresentação das principais conclusões, referem-se algumas sugestões para futuros estudos e apontam-se implicações para a formação, a investigação, a gestão e a prática de enfermagem.

De acordo com Meleis e Trangenstein (1994) os enfermeiros interagem com seres humanos que são parte integrante do seu contexto sociocultural, ou seja, do seu ambiente, e que vivem transições (ou antecipam a vivência de transições). As interações enfermeiro-doente organizam-se em torno de uma intenção, desenvolvendo intervenções de cuidado em conjunto com o doente, com o intuito de promover, recuperar ou facilitar a saúde, para assim completar o processo de transição do qual se espera que advenha crescimento face ao evento precipitante. O processo de interação enfermeiro-doente, num contexto de relação de ajuda, compreende trocas comunicacionais complexas das quais se destaca a comunicação não-verbal e a comunicação empática, que compõem o vasto conjunto de competências essenciais para a prática de enfermagem.

Face à relevância do estudo da influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros nas experiências subjetivas de sofrimento de pessoas com doença oncológica internadas em hospitais de agudos, e perante a pouca evidência científica a este respeito, a nível nacional e internacional, desenvolveu-se o presente estudo.

Este estudo pretendeu analisar a influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento das pessoas com doença oncológica, internadas em hospitais de agudos do distrito de Braga.

Os resultados permitem concluir que a dimensão Atenção/Contacto da comunicação não-verbal, exibida pelos enfermeiros constitui-se preditor significativo das Experiências Positivas de Sofrimento das pessoas com doença oncológica. Concretamente, verifica-se que uma menor perceção de competências de Atenção/Contacto apresentadas pelos enfermeiros na interação com os doentes está associada a um aumento das Experiências Positivas de Sofrimento dos doentes.

As conclusões retiradas dos resultados obtidos na avaliação da influência das competências de comunicação empática dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento das pessoas com doença oncológica deixam transparecer que a dimensão Escuta/Interesse da comunicação empática dos enfermeiros é um preditor significativo do Sofrimento Global exibido pelas pessoas com doença oncológica. Designadamente, uma maior perceção de competências

de comunicação empática de Escuta/Interesse apresentada pelos enfermeiros associa-se a menores níveis de Sofrimento Global das pessoas com doença oncológica.

Para além disso, conclui-se que a dimensão Abertura/Flexibilidade da comunicação empática é um preditor significativo do Sofrimento Psicológico das pessoas com doença oncológica e das Experiências Positivas de Sofrimento na doença. Especificamente, as pessoas que referem mais Abertura/Flexibilidade na comunicação empática dos enfermeiros apresentam, respetivamente, maior Sofrimento Psicológico e mais Experiências Positivas de Sofrimento na Doença.

Os dados sugerem que as competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros predizem as competências de comunicação empática dos enfermeiros. Designadamente, as competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros são preditores significativos de todas as dimensões da comunicação empática dos enfermeiros; a dimensão Atenção/Contacto da comunicação não-verbal dos enfermeiros é um preditor significativo das dimensões da comunicação empática Escuta/Interesse e Influência; e, a dimensão Proximidade/Clareza da comunicação não-verbal dos enfermeiros é um preditor significativo das dimensões Abertura/Flexibilidade e Influência da comunicação empática dos enfermeiros.

Pode dizer-se, ainda, que a comunicação não-verbal dos enfermeiros exerce influência no Sofrimento Global das pessoas com doença oncológica, através do efeito mediador indireto da dimensão Escuta/Interesse da comunicação empática dos enfermeiros.

Do ponto de vista das variáveis sociodemográficas, profissionais e clínicas observa-se que têm influência quer nas experiências subjetivas de sofrimento das pessoas com doença oncológica, quer na perceção de competências de comunicação dos enfermeiros.

Os doentes mais jovens classificam os enfermeiros como mais competentes do ponto de vista da comunicação não-verbal global e, ainda, percecionam a comunicação empática global dos enfermeiros como mais presente na interação. Os doentes com maior nível de escolaridade, também, consideram os enfermeiros mais competentes em termos de comunicação não-verbal.

Os doentes com filhos relatam níveis mais elevados de Sofrimento Sociorrelacional comparativamente com os participantes sem filhos. Para além disso, o nível de Sofrimento Sociorrelacional agrava-se no caso dos doentes mais jovens que, concomitantemente, têm filhos.

Pode dizer-se que os doentes com menor rendimento mensal familiar apresentam maiores índices de Experiências Positivas de Sofrimento na doença, em comparação com os doentes com maior rendimento mensal familiar.

Os doentes com atividade profissional reportam maiores índices de Sofrimento Sociorrelacional comparativamente com os doentes que já estão reformados. Em termos de absentismo ao trabalho, apurou-se que os doentes com menor período de absentismo têm maior índice de Sofrimento Físico.

Já os doentes do Hospital Concelhio apresentam mais Sofrimento Global e mais Sofrimento Existencial, comparativamente com os doentes do Hospital Distrital. Paralelamente, os doentes do Hospital Distrital classificam os enfermeiros como menos empáticos, quer na dimensão global, quer nas dimensões Influência e Abertura/Flexibilidade. Quanto à comunicação não-verbal, os doentes do Hospital Distrital classificam os enfermeiros como menos competentes em termos de comunicação não-verbal global, e na respetiva dimensão Proximidade/Clareza.

Ainda no que concerne às variáveis clínicas, os doentes da Unidade de Internamento de Oncologia classificam os enfermeiros como menos empáticos, quer no que respeita à comunicação empática global, quer na dimensão Abertura/Flexibilidade, comparativamente com os doentes das Unidade de contextos médico-cirúrgicos. Incidindo na comunicação não-verbal dos enfermeiros, os doentes da Unidade de Internamento de Oncologia classificam os enfermeiros como menos competentes em termos de Proximidade/Clareza.

Os doentes com cancro do Sistema Respiratório consideram os enfermeiros mais competentes, em termos de comunicação não-verbal global, em termos de comunicação empática global, na dimensão Abertura/Flexibilidade da comunicação empática, e na dimensão Proximidade/Clareza da comunicação não-verbal, quando comparados com os doentes com Cancro de outros Sistemas Orgânicos.

Além disso, são os doentes com diagnóstico oncológico efetuado no período de tempo que recua há um ano, os que apresentam valores inferiores de Sofrimento Global, Sofrimento Psicológico, Sofrimento Existencial, Sofrimento Sociorrelacional e de Experiências Positivas de Sofrimento, comparativamente com os doentes cujo diagnóstico foi efetuado há mais de um ano.

Conclui-se que o tempo de internamento influencia a avaliação dos doentes relativamente à comunicação empática dos enfermeiros. Os doentes com um período de internamento mais longo consideram os enfermeiros mais empáticos em termos de Abertura/Flexibilidade.

A existência de comorbilidades físicas, também, influencia a avaliação dos doentes relativamente à comunicação empática dos enfermeiros. Especificamente, os doentes com comorbilidades físicas classificam os enfermeiros como menos empáticos, não só em relação à comunicação empática global, mas também, às dimensões Influência e Escuta/Interesse.

Em síntese, os resultados deste estudo confirmam a natureza multidimensional do sofrimento na doença oncológica e traduzem a importância das competências de comunicação não-verbal e das competências de comunicação empática dos enfermeiros.

Destaca-se a empatia como mediador da influência da comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento das pessoas com doença oncológica, o que releva a importância de um cuidar em enfermagem humanizado e holístico.

O sofrimento na doença oncológica constitui uma oportunidade de crescimento, de transição e de desenvolvimento, que concerne as reais necessidades de cuidado do ser humano, ou seja, o desejo mais íntimo de sentir-se amado, escutado, e compreendido. Para a enfermagem, na qualidade de ciência humana prática do cuidar, é essencial revalidar a orientação humanística e encarar as competências de comunicação como uma ponte ou conexão com a experiência do outro que sofre, o qual vê, assim, validada a sua experiência, uma vez que é na comunicação e, particularmente, através da comunicação não-verbal, que se materializa toda a relação.

5.2. Sugestões para Futuros Estudos

Considera-se que futuras investigações deveriam incluir outras variáveis que poderiam ajudar a estudar, de uma forma mais acurada, a análise da influência das competências de comunicação dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica (e.g., estratégias de *coping*, sentido interno de coerência, suporte social, estigma).

Sugere-se a realização de estudos longitudinais, que possibilitem uma melhor compreensão do fenómeno de transição saúde-doença, e de desenvolvimento de uma relação de ajuda entre enfermeiro e doente, ao longo do tempo.

Por outro lado, a associação de uma metodologia do tipo qualitativo, que permitisse explorar o significado atribuído às diversas competências de comunicação, seria importante para uma melhor compreensão da influência da comunicação no fenómeno em estudo.

Adicionalmente, seria enriquecedor comparar dados da observação da interação enfermeiro-doente, com os autorrelatos, quer dos doentes, quer dos profissionais de saúde. Ou seja, o estudo das experiências subjetivas de sofrimento na doença oncológica só ficará completo, quando se considerarem as expressões individuais, às quais se assistiu, de forma tão presente, no decorrer da recolha de dados. Assim, considera-se que a triangulação de métodos e dados pode enriquecer, de forma substancial, o conhecimento dos contornos específicos do fenómeno do sofrimento na doença oncológica.

5.3. Implicações para o Ensino, para a Investigação, para a Gestão e para a Prática em Enfermagem

No que reporta às implicações para o *ensino em enfermagem*, considera-se ser necessário reestruturar os *currícula* dos cursos graduados e pós-graduados de enfermagem, a fim de incluir, de forma explícita e inequívoca, o sofrimento, a comunicação e a vivência de transições saúde-doença, como focos da prática de enfermagem.

Relativamente à *investigação em enfermagem*, pensa-se que esta investigação contribui para uma melhor compreensão do sofrimento na doença oncológica e da influência das competências de comunicação não-verbal e competências de comunicação empática na prossecução de uma transição saúde-doença positiva.

Pelo carácter inédito, e perante os resultados obtidos, este estudo, poderá ajudar a recolocar no centro do debate as questões da relação enfermeiro-doente, da importância da comunicação terapêutica e o sofrimento na doença, o que poderá fomentar o desenvolvimento de outros estudos, que possibilitem a produção de conhecimento próprio da disciplina de enfermagem.

No que concerne à *gestão em enfermagem*, torna-se necessário que as organizações e, designadamente, os gestores valorizem a interação enfermeiro-doente oncológico como estratégia de cuidar holístico promotor do alívio do sofrimento. Uma gestão de recursos humanos eficaz, passa, nomeadamente, por uma correta adequação da dotação de enfermeiros por serviço, a qual pode ser determinante na qualidade das interações enfermeiro-doente.

É essencial implementar estratégias de atualização contínua das competências de comunicação dos enfermeiros, designadamente da comunicação não-verbal e da comunicação empática.

Deve-se reconhecer as emoções que o contacto com as pessoas com doença oncológica em sofrimento despoletam nos profissionais de enfermagem que deles cuidam, pelo que urge criar espaços de reflexão para os enfermeiros, que lhes possibilite obter apoio e suporte do ponto de vista emocional. Estes espaços de reflexão têm de promover o autoconhecimento dos enfermeiros para poderem desenvolver estratégias que reforcem a sua resposta à exigente tarefa da relação terapêutica.

O recurso à supervisão clínica como suporte direto aos profissionais, que promova o desenvolvimento contínuo de aptidões de comunicação, poderá ser uma estratégia de relevo e que pode ser incluída nos processos de acreditação que muitos hospitais ainda estão a desenvolver.

Quanto à *prática em enfermagem*, os enfermeiros não devem delegar noutros profissionais o apoio emocional aos doentes, e não podem esquecer o poder da relação de ajuda na vivência das transições saúde-doença.

Considera-se ser necessário incorporar o conceito de sofrimento nos planos de cuidados de enfermagem, os quais têm de ser personalizados e centrados na pessoa. Isto é necessário, também, para uma produção de indicadores de processo e de indicadores de resultado que traduzam e salientem a ação dos enfermeiros no alívio do sofrimento na doença. No contexto do exercício de enfermagem, a prevenção e o alívio do sofrimento na doença devem constituir uma prioridade e, sobretudo, uma conformação de uma atitude ética, que considere as experiências únicas e individuais do contexto de cada sujeito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A., Ferreira, C., Lança, M., & Rodrigues, M. (2011). The nurse-patient communication as a strategy for the relief of suffering in terminal phase of life. *Journal of Aging & Innovation, 1*(1), 41-52.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia da educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Alves, M. L. S. D., Jardim, M. H. A. G., & Freitas, O. M. S. (2012). Sofrimento do doente oncológico em situação paliativa. *Revista de Enfermagem Referência, 3*(8), 115-124.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2011). Empathy in women's healthcare. *Committee Opinion No. 480, 117*(3):756–761. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182147865
- Anjos, A. C. Y., & Zago, M. F. (2006). A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 14*(1), 33-40.
- Apóstolo, J., Batista, A., Macedo, C., & Pereira, E. (2006). Sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia. *Revista de Enfermagem Referência, 2*(3), 55-65.
- Aquino, V. V., & Zago, M. M. F. (2007). O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 15*(1), 42-47. doi: 10.1590/s0104-11692007000100007
- Araújo, M., & Silva, M. (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 41*(4), 668-674.
- Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2006). How can we research human suffering? *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 20*(3), 239-240.
- Arnold, E., & Boggs, K. (2003). *Interpersonal relationships: professional communication skills for nurses*. St. Louis: Saunders.
- Back, A., Bauer-Wu, S., Rushton, C., & Halifax, J. (2009). Compassionate silence in the patient-clinician encounter: a contemplative approach. *Journal of Palliative Medicine, 12*(12), 1113-1117. doi: 10.1089/jpm.2009.0175
- Barbosa, A., & Neto, I. (2010). *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Centro de Bioética - Faculdade de Medicina.
- Barth, J., & Lannen, P. (2011). Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Oncology, 22*(5), 1030-1040. doi: 10.1093/annonc/mdq441
- Basto, M. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina - proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem, 13*(2), 11-18.

- Bayés, R. (1998). Psicología del sufrimiento y de la muerte. *Anuario de Psicología*, 29(4), 5-17.
- Bayés, R. (2004). Alivio o incremento del sufrimiento en el ámbito hospitalário: pequenos esforços, grandes ganancias. In R. Bayés (Ed.), *Dolor y Sufrimiento en la práctica clínica* (pp. 5-16). Barcelona: Fundación Medicina Y Humanidades.
- Bayés, R. (2009). Sobre la felicidad y el sufrimiento. *Quaderns de Psicologia*, 11(1/2), 11-16.
- Bermejo, J. (1995). La relacion de ayuda al enfermo. In T. McIntyre & C. Vila-Chã (Eds.), *O sofrimento do doente: leituras multidisciplinares* (pp. 65-97). Lisboa: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Bidarra, A. (2010). *Vivendo com a dor: o cuidador e o doente com dor crónica oncológica*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Birdsall, C. (1991). *Self-reported and patient-reported nonverbal communication and empathy levels of nurses*. Dissertação de Mestrado, UMI, Michigan.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer - coping or personal transition? *Psycho-Oncology*, 10(1), 1-18.
- Brito, N., & Carvalho, R. (2010). Humanization according to cancer patients with extended hospitalization periods. *Einstein*, 8(2), 221-227.
- Capela, R., & Apóstolo, J. (2012). O sofrimento do doente oncológico em cuidados paliativos. *Onco.News*, (21), 41-48.
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (2009). Aspectos psicológicos do doente oncológico. *PsiLogos*, 6(2), 8-18.
- Carnevale, F. A. (2009). A conceptual and moral analysis of suffering. *Nursing Ethics*, 16(2), 173-183. doi: 10.1177/0969733008100076
- Carqueja, E. (2009). A prática religiosa e a percepção do sofrimento: um estudo em doentes com cancro e em doentes com dor crónica. *Cadernos de Saúde*, 2(1), 7-40.
- Carter, B., & Mcgoldrick, M. (2005). Overview: The expanded family life cycle. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *The expanded family life cycle: individual, family and social perspectives* (pp. 1-26). Boston: Pearson.
- Carvalho, I., Ribeiro-Silva, R., Pais, V., Figueiredo-Braga, M., Castro-Vale, I., Teles, A., . . . Mota-Cardoso, R. (2010). O ensino da comunicação na relação médico-doente: uma proposta em prática. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 527-531.
- Cassell, E. (1999). Diagnosing suffering: a perspective. *Annals of Internal Medicine*, 131(7), 531-534.

- Cassell, E. (2004). *The nature of suffering and the goals of medicine*. Nova Iorque: Oxford University Press.
- Chapman, C., & Gavrin, J. (1999). Suffering: the contributions of persistent pain. *Lancet*, *353*(9171), 2233-2237.
- Chapple, A., Ziebland, S., & McPherson, A. (2004). Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: Qualitative study. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, *328*(7454), 1470.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. In P. L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology* (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication.
- Coelho, M., & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, *11*, 31-38.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*(1), 155-159.
- Corso, V. (2012). Oncology nurse as wounded healer: developing a compassion identity. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *16*(5), 448-450.
- Cossette, S., Cara, C., Ricard, N., & Pepin, J. (2005). Assessing nurse-patient interactions from a caring perspective: report of the development and preliminary psychometric testing of the caring nurse-patient interactions scale. *International Journal of Nursing Studies*, *42*(6), 673-686.
- Costa, P., Alves, R., Neto, I., Marvão, P., Portela, M., & Costa, M. (2014). Associations between medical student empathy and personality: a multi-institutional study. *Plos One*, *9*(3), 1-7. doi: 10.1371/journal.pone.0089254
- Costa, P., Magalhães, E., & Costa, M. (2013). A latent growth model suggests that empathy of medical students does not decline over time. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, *18*(3), 509-522. doi: 10.1007/s10459-012-9390-z
- Costa, S. (2013). *Stresse, coping e suporte social em psicologia oncológica*. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Costa, S. (2015). *Cancro da mama: dores do sofrimento feminino na experiência com a doença*. Viseu: Psico & Soma.
- Crews, N. (1979). Developing empathy for effective communication. *Association of PeriOperative Registered Nurses Journal*, *30*(3), 536.
- Cunico, L., Sartori, R., Marognoli, O., & Meneghini, A. (2012). Developing empathy in nursing students: a cohort longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(13/14), 2016-2025.

- doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04105.x
- Davies, N. (2014). Empathic nursing: going the extra mile. *Practice Nursing, 25*(4), 198-202. doi: 10.12968/pnur.2014.25.4.198
- Davis, C. (1990). What is empathy, and can empathy be taught? *Phys Ther, 70*(11), 707-711.
- DGS. (2012a). *Plano nacional de saúde 2012 - 2016: perfil de saúde em Portugal*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2012b). *Programa nacional para as doenças oncológicas: orientações programáticas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2014). *Portugal – doenças oncológicas em números – 2014*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Díez, B., Forjaz, M., & Landívar, G. (2005). Concepts, theories and psychosocial factors in cancer adaptation. *Actas Españolas De Psiquiatria, 33*(6), 390-397.
- Dunne, K. (2005). Effective communication in palliative care. *Nursing Standard, 20*(13), 57-64.
- Egnew, T. (2005). The meaning of healing: transcending suffering. *Annals of Family Medicine, 3*(3), 255-262. doi: 10.1370/afm.313
- Falcone, E. (1999). A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 1*(1), 23-32
- Farrington, N., & Townsend, K. (2014). Enhancing nurse-patient communication: a critical reflection. *British Journal of Nursing, 23*(14), 771-775. doi: 10.12968/bjon.2014.23.14.771
- Ferrell, B., & Coyle, N. (2008). The nature of suffering and the goals of nursing. *Oncology Nursing Forum, 35*(2), 241-247. doi: 10.1188/08.ONF.241-247
- Fonseca, M., Costa, P., Lencastre, L., & Tavares, F. (2013). A statistical approach to quantitative data validation focused on the assessment of students' perceptions about biotechnology. *Springer Plus, 2*(1), 1-13. doi: 10.1186/2193-1801-2-496
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freixo, M. (2011). *Teorias e modelos de comunicação*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gameiro, M. (1998). O sofrimento humano como foco de intervenção de enfermagem. *Revista Referência, 0*(0), 5-12.
- Gameiro, M. (1999). *O sofrimento na doença : estudo da estrutura dimensional das experiências subjectivas de sofrimento na doença e da relação com outras variáveis biopsicossociais da pessoa doente*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC - Livros Técnicos e Científicos Editora SA.
- Goldsmith, J., Ferrell, B., Wittenberg-Lyles, E., & Ragan, S. (2013). Palliative care communication in oncology nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(2), 163-167. doi: 10.1188/13.CJON.163-167
- Gonçalves, M., & Gonçalves, O. (1997). As razões que a razão desconhece: Penso, logo engano-me? *Análise Psicológica*, 15, 111-122.
- Green, A. (2006). A person-centered approach to palliative care nursing. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 8(5), 294-301.
- Hackney, H. (1978). The Evolution of Empathy. *The Personnel and Guidance Journal*, 57(1), 35-38. doi: 10.1002/j.2164-4918.1978.tb05091.x
- Halldorsdottir, S. (1999). The effects of uncaring. *Reflections*, 25(4), 28.
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, 76(4), 408-420.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach*. Nova Iorque: The Guilford Press.
- Hinds, C. (1992). Suffering: a relatively unexplored phenomenon among family caregivers of non-institutionalized patients with cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 17(8), 918-925. doi: 10.1111/j.1365-2648.1992.tb02019.x
- Hojat, M. (2009). Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures. *Journal of Health & Human Services Administration*, 31(4), 412-450.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Hopman, P., & Rijken, M. (2015). Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psycho-Oncology*, 24(1), 11-18. doi: 10.1002/pon.3591
- Ivey, A. E., Ivey, M. B., & Zalaquett, C. P. (2010). *Intentional interviewing and counseling: facilitating client development in a multicultural society*. USA: Brooks/Cole.
- Jose, P. (2013). *Doing statistical mediation & moderation*. Nova Iorque: The Guilford Press.
- Justo, J. (2014). Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: etiologia, intervenção e articulações. In M. Dias & E. Durà (Eds.), *Territórios da psicologia oncológica* (Vol. I, pp. 51-74). Lisboa: Climepsi Editores.
- Kacperek, L. (1997). Clinical non-verbal communication: the importance of listening. *British Journal of Nursing*, 6(5), 275-279.

- Kahn, D. L., & Steeves, R. H. (1986). The experience of suffering: conceptual clarification and theoretical definition. *Journal of Advanced Nursing, 11*(6), 623-631. doi: 10.1111/j.1365-2648.1986.tb03379.x
- Kahn, D. L., & Steeves, R. H. (1995). The significance of suffering in cancer care. *Seminars in Oncology Nursing, 11*(1), 9-16.
- Kearsley, J., & Youngson, R. (2012). "Tu Souffres, Cela Suffit": the compassionate hospital. *Journal of Palliative Medicine, 15*(4), 457-462. doi: 10.1089/jpm.2011.0378
- Kérrouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (2005). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Kissane, D., Bultz, B., Butow, P., & Finlay, I. (2011). *Handbook of communication in oncology and palliative care*. New York: Oxford University Press.
- Kleinman, S. (2004). What is the nature of nurse practitioners' lived experiences interacting with patients. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 16*(6), 263- 269.
- Koocher, G. P. (1986). Psychosocial issues during the acute treatment of pediatric cancer. *Cancer, 58*(2 Suppl), 468-472.
- Kourkouta, L., & Papatthanasiou, I. V. (2014). Communication in nursing practice. *Materia Socio-Medica, 26*(1), 65-67. doi: 10.5455/msm.2014.26.65-67
- Kozłowska, L., & Doboszynska, A. (2012). Nurses' nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase. *International Journal of Palliative Nursing, 18*(1), 40-46.
- Krikorian, A., Limonero, J., & Maté, J. (2012). Suffering and distress at the end-of-life. *Psycho-Oncology, 21*(8), 799-808. doi: 10.1002/pon.2087
- Krikorian, A., Limonero, J., Román, J., Vargas, J., & Palacio, C. (2014). Predictors of suffering in advanced cancer. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 31*(5), 534-542. doi: 10.1177/1049909113494092
- Lage, I. (1996). *A empatia e a comunicação não-verbal nas perspectivas da enfermeira e do cliente*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Lindholm, L., & Eriksson, K. (1993). To understand and alleviate suffering in a caring culture. *Journal of Advanced Nursing, 18*(9), 1354-1361. doi: 10.1046/j.1365-

2648.1993.18091354.x

- Maia, L., & Correia, C. (2008). Consequências psicológicas, estratégias de *coping* e intervenção na doença oncológica: uma revisão da literatura para aplicação prática. *Portal dos Psicólogos*, 1-34.
- Marôco, J. (2010a). *Análise de equações estruturais : fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Marôco, J. (2010b). *Análise estatística com o PASW statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics (6ª ed.)*. Pêro Pinheiro: Report Number, Lda.
- Martins, M. (2010). *Aliviando o sofrimento : o processo de acompanhamento de enfermagem ao doente em final de vida*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- McCabe, C. (2004). Nurse–patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41-49. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x
- McIntyre, T. (1995). Abordagens psicológicas do sofrimento do doente. In T. McIntyre & C. Vila-Chã (Eds.), *O sofrimento do doente: leituras multidisciplinares* (pp. 13-29). Lisboa: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259.
- Melo, R., & Raposo, N. (2007). Desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: Estudo com estudantes de enfermagem. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 1, 189-209.
- Mendes, A. (2002). *Stress e imunidade: contribuição para o estudo dos factores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stress*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Miller, E., & Nambiar-Greenwood, G. (2011). The nurse-patient relationship *Nursing: communication skills in practice*. United States: Oxford University Press, Inc.
- Montague, E., Chen, P., Xu, J., Chewing, B., & Barrett, B. (2013). Nonverbal interpersonal interactions in clinical encounters and patient perceptions of empathy. *Journal of Participatory Medicine*,(5).

- Moreira, V. (2009). Da empatia à compreensão do *lebenswelt* (mundo vivido) na psicoterapia humanista-fenomenológica. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 12, 59-70.
- Morins, G. (2009). *Sufrimento e qualidade de vida em doentes com cancro no HDES, EPE*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Universidade de Lisboa.
- Morse, J. M., Bottorff, J., Anderson, G., O'Brien, B., & Solberg, S. (1992). Beyond empathy: expanding expressions of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 17(7), 809-821.
- Neves, M. (2002). *A representação social do cancro: conhecer para (re)pensar a intervenção educativa*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Nishizawa, Y., Saito, M., Ogura, N., Kudo, S., Saito, K., & Hanaya, M. (2006). The non-verbal communication skills of nursing students: analysis of interpersonal behavior using videotaped recordings in a 5-minute interaction with a simulated patient. *Japan Journal of Nursing Science*, 3(1), 15-22.
- Nunes, J. (2010). *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa: BayerHealthCare.
- Ogden, J. (2012). *Health psychology*. New York: McGraw Hill Open University Press.
- Oliveira, C. (2014). Suffering and salutogenesis. *Health Promotion International*, 30(2), 222-227. doi: 10.1093/heapro/dau061
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, (2), 15-26.
- Otto, S. (2000). *Enfermagem em oncologia*. Loures: Lusociência.
- Paúl, M. (1995). Acompanhamento psicológico de doentes crónicos e terminais. In T. McIntyre & C. Vila-Chã (Eds.), *O sofrimento do doente: leituras multidisciplinares* (pp. 33-48). Lisboa: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Paúl, M., & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da saúde* (Vol. 20). Lisboa: Climepsi.
- Paulo, J. (2006). *As vivências da dor e do sofrimento na pessoa com doença oncológica em tratamento paliativo*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa.
- Pavlish, C., Brown-Saltzman, K., Jakel, P., & Rounkle, A. (2012). Nurses' responses to ethical challenges in oncology practice: an ethnographic study. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(6), 592-600. doi: 10.1188/12.CJON.592-600
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual*

- para la enfermería psicodinâmica*. Espanha: Salvat Editores, S.A.
- Pereira, M. (2008). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde.
- Pereira, M., & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família* (Vol. 25). Lisboa: Climepsi.
- Pessini, L. (2002). Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Revista Bioética*, 10(2), 22.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (4th ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinho, L., & Santos, S. (2007). O relacionamento interpessoal como instrumento de cuidado no hospital geral. *Cogitare Enfermagem*, 12(3), 377-385.
- Pinto, R., Ferreira, M., Oliveira, V., Franco, M., Adams, R., Maher, C., & Ferreira, P. (2012). Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. *Journal of Physiotherapy (Elsevier)*, 58(2), 77-87. doi: 10.1016/S1836-9553(12)70087-5
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891.
- Ramos, A., & Bortagarai, F. (2012). A comunicação não-verbal na área da saúde. *Revista CEFAC*, 14, 164-170.
- Ramos, C. (2013). *A esperança e o sofrimento do doente oncológico paliativo*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Ribeiro, J. (1994). Psicologia da saúde, saúde e doença. In T. McIntyre (Ed.), *Psicologia da Saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 33-54). Lisboa: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Ribeiro, J. (2010). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Placebo Editora.
- Riley, J. (2004). *Comunicação em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Robinson, J., & Turner, J. (2003). Impersonal, interpersonal, and hyperpersonal social support: cancer and older adults. *Health Communication*, 15(2), 227-234.
- Rodgers, B. L., & Cowles, K. V. (1997). A conceptual foundation for human suffering in nursing care and research. *Journal of Advanced Nursing*, 25(5), 1048-1053. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.19970251048.x

- Rogers, C. (2010). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Sá, E., Silva, D., Oliveira, L., Filipe, R., & Gonçalves, R. (2012). Os cuidados de enfermagem espirituais no alívio do sofrimento em pessoas com doença hemato-oncológica. *Onco.News*, (20), 34-40.
- Saarnio, L., Arman, M., & Ekstrand, P. (2012). Power relations in patient's experiences of suffering during treatment for cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 271-279. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05731.x
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: o processo de interação enfermeiro-doente*. Loures: Lusociência.
- Saraiva, M. (2003). O processo de comunicação em ambiente oncológico: vivências dos enfermeiros e seus significados. *Revista Investigação em Enfermagem*, (8), 37-48.
- Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Silva, L. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, 231-237.
- Silva, L., Brasil, V., Guimarães, H., Savonitti, B., & Silva, M. (2000). Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 8(4), 52-58.
- Simões, J., Fonseca, M., & Belo, A. (2006). Relação de ajuda: horizontes de existência. *Revista Referência*, 2(3), 45-54.
- Sobral, H. (2006). Experiências subjetivas de sofrimento em doentes oncológicos: percepção da doença e religiosidade. *Interações*, (11), 15.
- Souza, J., & Seidl, E. (2014). *Distress e enfrentamento: da teoria à prática em psico-oncologia*. *Brasília Médica*, (50), 242-252.
- Souza, R., Pereira, M., & Kantorski, L. (2003). Escuta terapêutica: instrumento essencial do cuidado em enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, (11), 92-97.
- Stefanelli, M., & Carvalho, E. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. Barueri: Manole.
- Stevens, A., & Lowe, J. (1998). *Patologia*. Brasil: Editora Manole.
- Stewart B. W., & Kleihues P. (2003). *World cancer report*. Lyon: IARC Press.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2013). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Pearson.

- Takaki, M., & Sant' Ana, D. (2005). A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. *Cogitare Enfermagem*, 9(1).
- Tay, L., Hegney, D., & Ang, E. (2010). A systematic review on the factors affecting effective communication between registered nurses and oncology adult patients in an inpatient setting. *JBIM Library of Systematic Reviews*, 8(22), 869-916.
- van Vliet, L., & Epstein, A. (2014). Current state of the art and science of patient-clinician communication in progressive disease: patients' need to know and need to feel known. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of The American Society of Clinical Oncology*, 32(31), 3474-3478. doi: 10.1200/JCO.2014.56.0425
- Verissimo, F., & Sousa, P. (2014). Communication as an expression of humanized end-of-life care: a systematic review. *Journal of Nursing UFPE*, 8(8), 2845-2853. doi: 10.5205/reuol.6081-52328-1-SM.0808201436
- Watson, J. (2002a). *Enfermagem pós-moderna e futura*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2002b). *Enfermagem: ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watzlawick, P. (1973). *Pragmática da comunicação humana : um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. São Paulo: Cultrix.
- Webb, L. (2011). *Nursing: communication skills in practice*. United States: Oxford University Press Inc.
- Williams, C. (1990). Biopsychosocial elements of empathy: a multidimensional model. *Issues in Mental Health Nursing*, 11(2), 155-174.
- Włoszczak-Szubzda, A., & Jarosz, M. (2013). Professional communication competences of nurses – a review of current practice and educational problems. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine: AAEM*, 20(1), 183-188.
- Wright, L. (2005). *Espiritualidade, sofrimento e doença*. Coimbra: Ariadne Editora.
- Zamanzadeh, V., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Nikanfar, A., Alavi-Majd, H., & Ghahramanian, A. (2014). Factors influencing communication between the patients with cancer and their nurses in oncology wards. *Indian Journal of Palliative Care*, 20(1), 12-20. doi: 10.4103/0973-1075.125549

DECLARAÇÃO

Eu, LILIANA VELOSO CHAVES, abaixo-assinado, na qualidade de aluna do Mestrado de Engenharia de VM, declaro que as informações prestadas neste projeto de investigação, a cargo o Investigador Responsável, Liliana Veloso Chaves, são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo em condições de ética adequadas, sendo respeitadas as normas e as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tóquio 2004 e Seul 2008), da Diretiva 95/46/EC do Parlamento Europeu e do Conselho, das Diretrizes Sobre as Boas Práticas Clínicas da EMEA - Agência Europeia do Medicamento (Londres 2000), das Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Organização Mundial de Saúde (Genebra 2002), das Diretrizes Éticas Internacionais para os Estudos Epidemiológicos do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (Genebra 2009) e da Resolução da Assembleia da República nº1/2001.

Braga, 28 / Abil / 2014

Liliana Veloso Chaves



Mestrado em Enfermagem

Estudante: **Liliana Veloso Chaves**

Orientador: Prof.ª Isabel Lage

Coorientadora: Prof.ª Clara Simões

Plano de trabalho- Dissertação: **A comunicação não-verbal dos enfermeiros e o sofrimento dos doentes oncológicos**

No plano de trabalho apresentado pela estudante consta um breve enquadramento teórico do tema em estudo. Quanto à fase metodológica, constata-se os vários elementos que a devem constituir e que irão possibilitar o desenvolvimento do tema em estudo.

25 de Fevereiro de 2014

A Comissão Mista Científico-Pedagógica do Curso de Mestrado de Enfermagem

Maria Isabel Lage

Ana Paula Macedo

Maria João Monteiro

Vitor Rodrigues

**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM**

Braga, 8 de abril de 2014

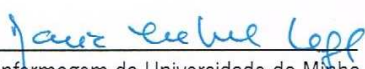
CARTA DE APOIO INSTITUCIONAL DA UM - ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM

Prezados(as) Senhores(as),

Na qualidade de Presidente da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, venho manifestar e atestar o apoio institucional desta Escola, ao projeto de Liliana Veloso Chaves, intitulado "A comunicação não-verbal dos enfermeiros e o sofrimento dos doentes oncológicos", inscrito no âmbito do Curso do Mestrado em Enfermagem, sob orientação da Professora Doutora Isabel Lage e coorientação da Professora Doutora Clara Simões, docentes e investigadores desta Escola.

Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que forem necessários.

Atenciosamente,

Professora Doutora Isabel Lage 
Presidente da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho
Docente do Curso do Mestrado em Enfermagem

Telefone: 253601300
E-mail: ilage@ese.uminho.pt



Universidade do Minho
 Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
 Escola Superior de Enfermagem

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO

EXMO. SR. DIRETOR DE SERVIÇO DA UNIDADE DE CUIDADOS DE CIRURGIA DO HOSPITAL DE BRAGA

Eu, Lílina Veloso Chaves, aluna de Mestrado em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, proponho desenvolver um projeto de investigação denominado **“A comunicação não-verbal dos enfermeiros e o sofrimento dos doentes oncológicos”**.

Trata-se de um estudo correlacional explicativo, com os objetivos de analisar a influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros nas experiências subjetivas de sofrimento dos doentes oncológicos internados em hospitais de agudos, bem como analisar a relação entre as experiências subjetivas de sofrimento e algumas variáveis sociodemográficas e clínicas dos doentes oncológicos internados em hospitais de agudos. Serão aplicados os seguintes instrumentos de colheita de dados: Questionário Sociodemográfico e Clínico; a Escala de Avaliação da Comunicação não-verbal das Enfermeiras, versão clientes (McIntyre & Lage, 1996), a Escala de Avaliação da Comunicação Empática das Enfermeiras, versão clientes (McIntyre & Lage, 1996) e o Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença – IESSD (McIntyre e Gameiro, 1997).

No âmbito do estudo não será recolhido sangue nem serão efetuadas picadas ou injeções; o estudo consta apenas dos questionários e escalas acima mencionados. Os participantes são livres para abandonar o estudo a qualquer momento. A sua participação é voluntária e têm toda a liberdade de a recusar ou de a abandonar a qualquer momento. É assegurado que a recusa em participar ou posterior abandono, não prejudicará a sua relação com a equipa de clínicos ou investigadores ou enfermeiros da unidade. Todos os custos relacionados com a investigação serão suportados por mim na qualidade de investigadora responsável.

Perante a necessidade de requerer o parecer da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho, venho por este meio solicitar a autorização a Vossa Excelência, no sentido de poder realizar a recolha de dados na Unidade de Cuidados de Cirurgia do Hospital de Braga.

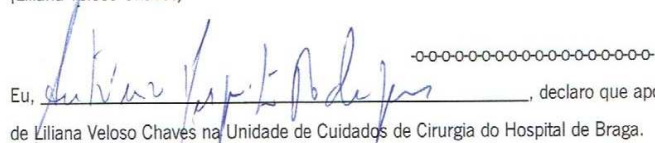
Reitero que os dados recolhidos são confidenciais mantendo sempre o anonimato dos participantes, acrescentando ainda sob compromisso de honra que o funcionamento do serviço e instituição não será posto em causa.

Braga, 16 de julho de 2014

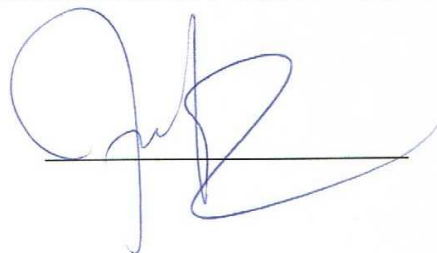
Com os melhores cumprimentos,

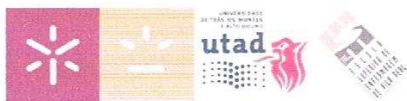


(Lílina Veloso Chaves)

Eu,  _____, declaro que apoio e autorizo a realização do Projeto de Investigação de Lílina Veloso Chaves na Unidade de Cuidados de Cirurgia do Hospital de Braga.

Braga, 16 de 7 de 2014





Universidade do Minho
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
Escola Superior de Enfermagem

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO

EXMO. SR. DIRETOR DE SERVIÇO DA UNIDADE DE CUIDADOS DE MEDICINA DO HOSPITAL DE BRAGA

Eu, Liliana Veloso Chaves, aluna de Mestrado em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, proponho desenvolver um projeto de investigação denominado **“A comunicação não-verbal dos enfermeiros e o sofrimento dos doentes oncológicos”**.

Trata-se de um estudo correlacional explicativo, com os objetivos de analisar a influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros nas experiências subjetivas de sofrimento dos doentes oncológicos internados em hospitais de agudos, bem como analisar a relação entre as experiências subjetivas de sofrimento e algumas variáveis sociodemográficas e clínicas dos doentes oncológicos internados em hospitais de agudos. Serão aplicados os seguintes instrumentos de colheita de dados: Questionário Sociodemográfico e Clínico; a Escala de Avaliação da Comunicação não-verbal das Enfermeiras, versão clientes (McIntyre & Lage, 1996), a Escala de Avaliação da Comunicação Empática das Enfermeiras, versão clientes (McIntyre & Lage, 1996) e o Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença – IESSD (McIntyre e Gameiro, 1997).

No âmbito do estudo não será recolhido sangue nem serão efetuadas picadas ou injeções; o estudo consta apenas dos questionários e escalas acima mencionados. Os participantes são livres para abandonar o estudo a qualquer momento. A sua participação e voluntária e têm toda a liberdade de a recusar ou de a abandonar a qualquer momento. É assegurado que a recusa em participar ou posterior abandono, não prejudicarão a sua relação com a equipa de clínicos ou investigadores ou enfermeiros da unidade. Todos os custos relacionados com a investigação serão suportados por mim na qualidade de investigadora responsável.

Perante a necessidade de requerer o parecer da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho, venho por este meio solicitar a autorização a Vossa Excelência, no sentido de poder realizar a recolha de dados na Unidade de Cuidados de Medicina do Hospital de Braga.

Reitero que os dados recolhidos são confidenciais mantendo sempre o anonimato dos participantes, acrescentando ainda sob compromisso de honra que o funcionamento do serviço e instituição não será posto em causa.

Braga, 16 de julho de 2014

Com os melhores cumprimentos,



(Liliana Veloso Chaves)

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Eu, Alexandre Oliveira e Silva, declaro que apoio e autorizo a realização do Projeto de Investigação de Liliana Veloso Chaves na Unidade de Cuidados de Medicina do Hospital de Braga.

Braga, 18 de 7 de 2014





Universidade do Minho
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
Escola Superior de Enfermagem

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO

EXMO. SR. DIRETOR DE SERVIÇO DA UNIDADE DE CUIDADOS DE ONCOLOGIA DO HOSPITAL DE BRAGA

Eu, Líliliana Veloso Chaves, aluna de Mestrado em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, proponho-me desenvolver um projeto de investigação denominado **“A comunicação não-verbal dos enfermeiros e o sofrimento dos doentes oncológicos”**.

Trata-se de um estudo correlacional explicativo, com os objetivos de analisar a influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros nas experiências subjetivas de sofrimento dos doentes oncológicos internados em hospitais de agudos, bem como analisar a relação entre as experiências subjetivas de sofrimento e algumas variáveis sociodemográficas e clínicas dos doentes oncológicos internados em hospitais de agudos. Serão aplicados os seguintes instrumentos de colheita de dados: Questionário Sociodemográfico e Clínico; a Escala de Avaliação da Comunicação não-verbal das Enfermeiras, versão clientes (McIntyre & Lage, 1996), a Escala de Avaliação da Comunicação Empática das Enfermeiras, versão clientes (McIntyre & Lage, 1996) e o Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença – IESSD (McIntyre e Gameiro, 1997).

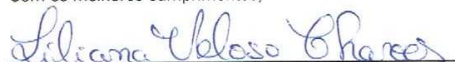
No âmbito do estudo não será recolhido sangue nem serão efetuadas picadas ou injeções; o estudo consta apenas dos questionários e escalas acima mencionados. Os participantes são livres para abandonar o estudo a qualquer momento. A sua participação é voluntária e têm toda a liberdade de a recusar ou de a abandonar a qualquer momento. É assegurado que a recusa em participar ou posterior abandono, não prejudicará a sua relação com a equipa de clínicos ou investigadores ou enfermeiros da unidade. Todos os custos relacionados com a investigação serão suportados por mim na qualidade de investigadora responsável.

Perante a necessidade de requerer o parecer da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho, venho por este meio solicitar a autorização a Vossa Excelência, no sentido de poder realizar a recolha de dados na Unidade de Cuidados de Oncologia do Hospital de Braga.

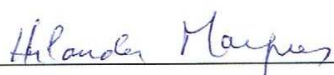
Reitero que os dados recolhidos são confidenciais mantendo sempre o anonimato dos participantes, acrescentando ainda sob compromisso de honra que o funcionamento do serviço e instituição não será posto em causa.

Braga, 16 de julho de 2014

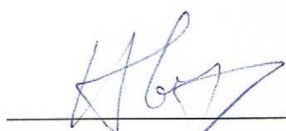
Com os melhores cumprimentos,

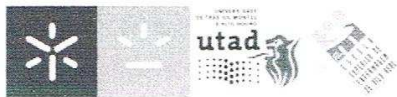


(Líliliana Veloso Chaves)

Eu,  _____, declaro que apoio e autorizo a realização do Projeto de Investigação de Líliliana Veloso Chaves na Unidade de Cuidados de Oncologia do Hospital de Braga.

Braga, 17 de 7 de 2014


24/23



Universidade do Minho
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
Escola Superior de Enfermagem

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO

EXMO. SR. DIRETOR DE SERVIÇO DA UNIDADE DE CUIDADOS DE PNEUMOLOGIA DA UNIDADE DE GUIMARÃES DO CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, EPE

Eu, Lílíana Veloso Chaves, aluna de Mestrado em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, proponho desenvolver um projeto de investigação denominado **“A comunicação não-verbal dos enfermeiros e o sofrimento dos doentes oncológicos”**.

Trata-se de um estudo correlacional explicativo, com os objetivos de analisar a influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros nas experiências subjetivas de sofrimento dos doentes oncológicos internados em hospitais de agudos, bem como analisar a relação entre as experiências subjetivas de sofrimento e algumas variáveis sociodemográficas e clínicas dos doentes oncológicos internados em hospitais de agudos. Serão aplicados os seguintes instrumentos de colheita de dados: Questionário Sociodemográfico e Clínico; a Escala de Avaliação da Comunicação não-verbal das Enfermeiras, versão clientes (McIntyre & Lage, 1996), a Escala de Avaliação da Comunicação Empática das Enfermeiras, versão clientes (McIntyre & Lage, 1996) e o Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença – IESSD (McIntyre e Gameiro, 1997).

No âmbito do estudo não será recolhido sangue nem serão efetuadas picadas ou injeções; o estudo consta apenas dos questionários e escalas acima mencionados. Os participantes são livres para abandonar o estudo a qualquer momento. A sua participação é voluntária e têm toda a liberdade de a recusar ou de a abandonar a qualquer momento. É assegurado que a recusa em participar ou posterior abandono, não prejudicará a sua relação com a equipa de clínicos ou investigadores ou enfermeiros da unidade. Todos os custos relacionados com a investigação serão suportados por mim na qualidade de investigadora responsável.

Perante a necessidade de requerer o parecer da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho, venho por este meio solicitar a autorização a Vossa Excelência, no sentido de poder realizar a recolha de dados na Unidade de Cuidados de Pneumologia da Unidade de Guimarães do Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE.

Reitero que os dados recolhidos são confidenciais mantendo sempre o anonimato dos participantes, acrescentando ainda sob compromisso de honra que o funcionamento do serviço e instituição não será posto em causa.

Braga, 17 de julho de 2014

Com os melhores cumprimentos,



(Lílíana Veloso Chaves)

o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o

Eu, MANA MANUEL FIGUEIREDO declaro que autorizo a realização do Projeto de Investigação de Lílíana Veloso Chaves na Unidade de Cuidados de Pneumologia da Unidade de Guimarães do Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE.

Braga, 18 de 7 de 2014


Mana Manuel_MED.
Mec. 001529 - Ordem 28037



Universidade do Minho

SECVS

Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde

Identificação do documento: SECVS – 083/2014

Título do projeto: A influência das competências de comunicação não-verbais dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento dos doentes oncológicos

Investigador(a) responsável: Doutora Isabel Lage, da Escola Superior de Enfermagem, da Universidade do Minho, Doutora Clara Simões, da Escola Superior de Enfermagem, da Universidade do Minho, e Liliana Veloso Chaves, aluna do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real e da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Subunidade orgânica: Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho

Outras Unidades: Serviço de Cirurgia do Hospital de Braga; Serviço de Medicina do Hospital de Braga; Serviço de Oncologia do Hospital de Braga; Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar do Alto AVE, EPE-Guimarães

PARECER

A Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (SECVS) analisou o processo relativo ao projeto intitulado *“A influência das competências de comunicação não-verbais dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento dos doentes oncológicos”*

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com humanos, em conformidade com o Guião para submissão de processos a apreciar pela Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde.

Face ao exposto, a SECVS nada tem a opor à realização do projeto.

Braga, 08 de agosto de 2014.

A Presidente

Comunicação Interna nº 2/CES

Data 06.01.2016

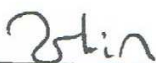
Para Centro Académico

Assunto: Pedido de emissão de parecer estudo de investigação

Nos termos da reunião desta Comissão de Ética, dá-se conhecimento a V. Ex^{as} do parecer emitido em reunião do passado dia 5 de Novembro de 2014:

Apreciado o pedido de realização de estudo de investigação subordinado ao tema "A influência das competências não-verbal dos enfermeiros na experiência subjectiva de sofrimento dos doentes oncológicos" apresentado pela aluna de mestrado de enfermagem da UM, Lílana Veloso Chaves, a realizar no Serviço de Pneumologia. A Comissão de Ética, em face das informações constantes do processo, entendeu nada a opor ao estudo proposto, desde que na sua execução sejam cumpridos rigorosamente os princípios aplicáveis da deliberação nº 227 da CNPD, seja preservada a confidencialidade dos dados e o anonimato dos doentes e se comprometa a entregar a esta Comissão de Ética fotocópias assinadas dos formulários de informação e consentimento esclarecido do doente ou do seu representante legal. A abordagem ao doente, no sentido da participação neste estudo, deve ser efectuada através de um profissional de saúde do CHAA.

Com os melhores cumprimentos.



João Lima Reis
 Presidente da CES

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Declaração de Helsínquia⁵ e a Convenção de Oviedo⁶

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Liliana Chaves, aluna do Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho propõe-se a desenvolver um projeto de investigação denominado “A influência das competências de comunicação não-verbais dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento dos doentes oncológicos”.

Resumo do Estudo: trata-se de um estudo correlacional explicativo, com os objetivos de analisar a influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros nas experiências subjetivas de sofrimento dos doentes oncológicos internados em hospitais de agudos, bem como analisar a relação entre as experiências subjetivas de sofrimento e algumas variáveis sociodemográficas e clínicas dos doentes oncológicos internados em hospitais de agudos. Serão aplicados os seguintes instrumentos de colheita de dados: Questionário Sociodemográfico e Clínico; a Escala de Avaliação da Comunicação não-verbal das Enfermeiras, versão clientes (McIntyre & Lage, 1996), a Escala de Avaliação da Comunicação Empática das Enfermeiras versão clientes (McIntyre & Lage, 1996) e o Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença – IESSD (McIntyre & Gameiro, 1997).

Mais se acrescenta que NÃO SERÁ RECOLHIDO SANGUE NEM EFETUADAS PICADAS OU INJEÇÕES; o estudo consta apenas dos questionários e escalas acima mencionados. É livre para abandonar o estudo a qualquer momento. A sua participação é voluntária e tem toda a liberdade de a recusar ou de a abandonar a qualquer momento, podendo optar por não responder a todas as questões, designadamente as que se referem ao rendimento mensal familiar e crenças religiosas. A recusa em participar ou posterior abandono, não prejudicarão a sua relação com a equipa de clínicos ou investigadores ou junto dos enfermeiros da unidade. O preenchimento dos questionários e escalas tem uma duração prevista de quarenta minutos, e a qualquer momento pode ser interrompido, se o participante o solicitar, ou a investigadora identifique sinais de cansaço no participante. Todos os custos relacionados com a investigação serão suportados pela investigadora responsável. Informamos, ainda, que o estudo mereceu o parecer favorável da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho.

Todas as informações obtidas serão confidenciais. Os dados recolhidos serão utilizados em exclusivo para esta investigação e não haverá registo de dados de identificação nominal dos participantes. O anonimato será garantido.

Se tiver alguma dúvida, por favor não hesite em contactar-nos (Liliana Veloso Chaves, investigadora principal do estudo e Aluna do Mestrado em Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, TLM: 919531378 ; e-mail: lil8@sapo.pt ou Liliana.chaves@chma.min-saude.pt).

Muito obrigada pela sua colaboração fundamental.

.....
(LILIANA VELOSO CHAVES)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoas que acima assinam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura: Data:/.....

Nota: Este documento é composto de 1 páginas/s e feito em duplicado: uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente.

⁵ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinki_2008.pdf

⁶ <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Código: _____

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO PROFISSIONAL E CLÍNICO
(Chaves, Lage, & Simões, 2014)

Este questionário é composto por um conjunto de questões, às quais solicitamos que responda com a maior precisão possível. *Lembramos-lhe que a informação aqui recolhida é confidencial e em nada o identifica.* Obrigado.

Vou ler-lhe as questões, uma a uma. Caso tenha dúvidas, solicite os esclarecimentos que entender necessários.

1. Sexo: Masculino Feminino
2. Idade: ____ anos
3. Escolaridade:
 - Não sabe ler nem escrever
 - Sabe ler e escrever
 - Ensino primário
 - Ensino preparatório
 - Curso médio
 - Ensino Superior
 - Outra. Qual? _____
4. Qual a sua profissão? _____
5. Qual é a sua situação atual perante o trabalho?
 - Empregado(a)
 - Desempregado(a)
 - Doméstica(o)
 - Reformado(a)
 - De baixa médica Se sim, há quanto tempo? _____
 - Outra situação. Qual? _____
6. Estado civil: Solteiro(a) Casado(a) Viúvo(a) Divorciado(a)/Separado(a) União de facto
7. No caso de ter companheiro, qual a sua idade? ____ anos
8. Se tem companheiro, qual a sua profissão? _____
9. Se tem companheiro, este assume o papel de cuidador? Sim Não

10. Tem filhos? Sim Número: _____ Idades: _____ Não

11. Qual o papel que ocupa na família?

- Chefe de família
- Mãe/pai
- Cônjuge
- Principal fonte de rendimento
- Dona de casa
- Outro. Qual? _____

12. Qual é o rendimento mensal da sua família?

- Menos de 250 euros
- De 250 a 500 euros
- De 500 a 1000 euros
- De 1000 a 2500 euros
- Mais de 2500 euros

13. Onde mora? Casa/apartamento próprio Casa/apartamento alugado Outro. Qual? _____

14. Composição do agregado familiar: _____

15. Quando está em casa, quem lhe dá apoio? _____

16. Área de residência: Meio urbano Meio rural Outro. Qual? _____

17. Qual a sua religião?

Católica praticante Católica não praticante Protestante Sem religião Outra. Qual? _____

18. Considera-se religioso? Sim Não

19. Vai regularmente à missa? Sim Não

20. Diagnóstico/motivo de internamento: _____

21. Comorbilidades:

Doenças do foro físico: Doenças crónicas? Não Sim. Quais? _____

Doenças do foro mental: Ansiedade Depressão Outra. Qual? _____

22. Unidade de internamento: Medicina Cirurgia Oncologia Ginecologia Outra. Qual? _____

23. Número de dias internado neste serviço? _____

24. Quando foi-lhe feito o diagnóstico? _____

25. Quais os tratamentos a que está a ser submetido? Radioterapia Quimioterapia Cirurgia Outro _____

Muito obrigada pela sua colaboração!

ANEXO XIII

Escala de Avaliação da Comunicação Não-Verbal das Enfermeiras (versão clientes)

(EACNV)

Código: _____

Escala de Avaliação da Comunicação Não-Verbal (versão clientes)
(McIntyre & Lage, 1996)

Leia cada afirmação cuidadosamente. Depois indique o grau em que a afirmação descreve a comunicação não-verbal entre você e a sua enfermeira, colocando um círculo à volta do número correspondente.

1. **Nunca** ou **quase nunca**, se sente que a afirmação descreve um comportamento que **nunca** ou **quase nunca** acontece.
2. **Raramente**, se sente que a afirmação descreve um comportamento que **raramente** acontece.
3. **Às vezes**, se sente que a afirmação descreve um comportamento que ocorre ocasionalmente.
4. **Frequentemente**, se sente que a afirmação descreve um comportamento que ocorre **com frequência**.
5. **Sempre** ou **quase sempre**, se sente que a afirmação descreve um comportamento que **sempre** ou **quase sempre** acontece.

1- Quando comunica comigo, a minha enfermeira sorri	1	2	3	4	5
2- As expressões faciais da minha enfermeira indicam se está de bom ou mau humor	1	2	3	4	5
3- Quando comunica comigo sentada, a minha enfermeira senta-se em ângulo recto (90 graus) em relação a mim	1	2	3	4	5
4- Quando comunica comigo a minha enfermeira olha para mim	1	2	3	4	5
5- O tom de voz da minha enfermeira mostra se ela é sincera ou não no que está a dizer	1	2	3	4	5
6- Quando comunica comigo sentada, a minha enfermeira senta-se junto a mim (ao meu lado)	1	2	3	4	5
7- Quando comunica comigo sentada, a minha enfermeira inclina-se ligeiramente para a frente e em direção a mim	1	2	3	4	5
8- Os gestos ou expressões faciais da minha enfermeira indicam se ela é sincera ou não, no que está a dizer	1	2	3	4	5
9- Quando comunica comigo, a minha enfermeira acena a cabeça mostrando interesse e atenção	1	2	3	4	5
10- A postura, gestos ou expressões faciais da minha enfermeira indicam se ela está confortável e à vontade, ou desconfortável	1	2	3	4	5
11- Quando comunica comigo, a minha enfermeira utiliza gestos para ilustrar ou dar ênfase ao que está a dizer	1	2	3	4	5
12- As expressões faciais da minha enfermeira indicam em que medida está interessada no que estou a dizer	1	2	3	4	5
13- Quando a minha enfermeira me toca para comunicar comigo, fá-lo de modo apropriado	1	2	3	4	5
14- Mesmo quando não fala comigo, a minha enfermeira consegue transmitir-me o que deseja	1	2	3	4	5
15- Em geral, a minha enfermeira comunica eficazmente (bem)	1	2	3	4	5

ANEXO XIV

Escala de Avaliação da Comunicação Empática das Enfermeiras (versão clientes)

(EACEE)

Código: _____

Escala de Avaliação da Comunicação Empática das Enfermeiras (versão clientes)
(McIntyre & Lage, 1996)

Leia cada afirmação cuidadosamente. Depois indique o grau em que a afirmação descreve a comunicação empática que a sua enfermeira tem com você, colocando um círculo à volta do número correspondente.

1. **Nunca** ou **quase nunca**, se sente que a afirmação descreve um comportamento que **nunca** ou **quase nunca** acontece.
2. **Raramente**, se sente que a afirmação descreve um comportamento que **raramente** acontece.
3. **Às vezes**, se sente que a afirmação descreve um comportamento que ocorre ocasionalmente.
4. **Frequentemente**, se sente que a afirmação descreve um comportamento que ocorre **com frequência**.
5. **Sempre** ou **quase sempre**, se sente que a afirmação descreve um comportamento que **sempre** ou **quase sempre** acontece.

1- Quando falo com a minha enfermeira, ela costuma ouvir-me atentamente e em silêncio.	1	2	3	4	5
2- Quando a minha enfermeira está comigo, preocupa-se principalmente em perguntar-me o que eu sei sobre a minha doença e o tratamento.	1	2	3	4	5
3- Quando estou com a minha enfermeira, ela costuma fazer-me perguntas de modo a eu poder responder da forma que quiser.	1	2	3	4	5
4- Quando estou com a minha enfermeira, ela costuma encorajar-me a falar, usando pequenas expressões verbais (Hmm! Aha!, Pois, pois!, Sim, sim!).	1	2	3	4	5
5- Quando estou com a minha enfermeira, ela procura que eu lhe fale de coisas que são importantes para o meu bem-estar.	1	2	3	4	5
6- Quando falo com a minha enfermeira, ela não me interrompe e espera que eu acabe de falar antes de me comunicar o que pretende.	1	2	3	4	5
7- Quando estou com a minha enfermeira, ela costuma fazer perguntas às quais eu só tenho que responder sim ou não.	1	2	3	4	5
8- Quando estou com a minha enfermeira, ela compreende e apoia os meus sentimentos e emoções.	1	2	3	4	5
9- Quando estou com a minha enfermeira, ela costuma resumir aquilo que eu lhe disse, para mostrar que compreendeu o que acabei de dizer.	1	2	3	4	5
10- Quando estou com a minha enfermeira, ela cumprimenta-me, chama-me pelo meu nome e mostra interesse pelos meus problemas.	1	2	3	4	5
11- Quando estou com a minha enfermeira, ela repete aquilo que eu digo, para que eu lhe dê mais informações sobre o meu estado de saúde.	1	2	3	4	5
12- Quando estou com a minha enfermeira, ela informa-me, com frequência, sobre o meu estado de saúde e o tratamento.	1	2	3	4	5
13- Quando eu tenho comportamentos ou tomo atitudes que possam ser consideradas pouco positivas, a minha enfermeira desafia-me ou chama-me à atenção em relação a esses comportamentos ou atitudes.	1	2	3	4	5
14- Quando surgem problemas, a minha enfermeira colabora comigo na procura de soluções apropriadas.	1	2	3	4	5
15- Quando estou com a minha enfermeira, ela costuma conversar comigo acerca de assuntos variados do dia a dia.	1	2	3	4	5
16- Quando estou com a minha enfermeira, ela encoraja-me a que eu diga o que sinto e penso mesmo que a minha maneira de sentir e pensar seja diferente da dela.	1	2	3	4	5
17- Quando estou com a minha enfermeira, ela fala ao mesmo tempo com outras pessoas ou colegas que estão presentes.	1	2	3	4	5
18- A minha enfermeira procura tempo e disponibilidade para estar comigo.	1	2	3	4	5
19- Quando fala comigo, a minha enfermeira usa palavras complicadas que eu não conheço ou tenho dificuldade em compreender.	1	2	3	4	5

Código: _____

IESSD
(McIntyre & Gameiro, 1997)

Abaixo encontram-se algumas afirmações que podem corresponder a experiências das pessoas doentes. Por favor indique até que ponto cada uma das afirmações corresponde (ou não) ao que verdadeiramente se passa consigo, marcando com uma cruz a respetiva quadrícula de acordo com a legenda.









1. **Não corresponde nada** ao que se passa comigo/é **totalmente falso**
2. **Corresponde pouco** ao que se passa comigo
3. **Corresponde bastante** ao que se passa comigo
4. **Corresponde muito** ao que se passa comigo
5. **Corresponde totalmente** ao que se passa comigo/é **totalmente verdadeiro**


01- Sinto-me mais cansado/a desde que estou doente	1	2	3	4	5
02- Penso muito na gravidade e nas consequências da minha doença	1	2	3	4	5
03- Sinto-me apreensivo/a em relação ao que me poderá acontecer	1	2	3	4	5
04- Sinto que a doença me está a roubar tempo para poder fazer aquilo que gostaria	1	2	3	4	5
05- Sinto dificuldade em suportar o estado de tensão que a doença me provoca	1	2	3	4	5
06- Desde que fiquei doente sinto-me mais triste	1	2	3	4	5
07- Preocupa-me a ideia de a minha doença me poder fazer perder o emprego	1	2	3	4	5
08- A doença obriga-me a pôr de lado alguns projectos importantes que tinha em mente	1	2	3	4	5
09- Desde que estou doente tenho tido momentos de grande desespero	1	2	3	4	5
10- Desde que estou doente tenho sentido mais a falta da minha família	1	2	3	4	5
11- Tenho receio de que com a minha doença me torne uma sobrecarga para a minha família	1	2	3	4	5
12- Angustia-me a ideia de poder deixar as pessoas de quem gosto	1	2	3	4	5
13- Não consigo compreender o que está a provocar a minha doença	1	2	3	4	5
14- Com a doença tenho perdido muita da minha energia e força física	1	2	3	4	5
15- A minha doença deixa-me desiludido/a em relação ao que esperava da vida	1	2	3	4	5
16- Desde que estou doente sinto dificuldade em me controlar e reajo com agressividade	1	2	3	4	5
17- Preocupo-me com as dores que possa vir a ter	1	2	3	4	5
18- Tenho dificuldade em deixar de pensar nas coisas que me poderão acontecer	1	2	3	4	5
19- Sinto-me revoltado/a perante a minha situação de doença	1	2	3	4	5

20- Não consigo encontrar posição para estar confortável	1	2	3	4	5
21- Sinto que com a doença perdi a liberdade de decidir sobre a minha vida	1	2	3	4	5
22- A minha doença faz-me preocupar com o futuro das pessoas que me são queridas	1	2	3	4	5
23- Tenho dores difíceis de suportar	1	2	3	4	5
24- Apesar de estar doente sinto-me tranquilo/a	1	2	3	4	5
25- Preocupa-me a ideia de não poder ajudar a minha família como antes de adoecer	1	2	3	4	5
26- Apesar da minha doença não deixo de fazer planos para o futuro	1	2	3	4	5
27- Sinto que já não sou capaz de fazer as mesmas coisas que conseguia fazer antes de adoecer	1	2	3	4	5
28- A minha situação de doente faz-me sentir pena de mim próprio	1	2	3	4	5
29- Acho que para mim já não vale a pena pensar no futuro	1	2	3	4	5
30- A doença faz com que me sinta diminuído/a como pessoa	1	2	3	4	5
31- Sinto uma má disposição física que me impede de descansar	1	2	3	4	5
32- Tenho receio de ficar com alguma deficiência física	1	2	3	4	5
33- A minha doença causa-me angústia	1	2	3	4	5
34- Preocupo-me com a possibilidade de não se capaz de continuar a “ganhar o pão” para a minha família	1	2	3	4	5
35- O ver-me dependente dos outros tem-me sido difícil de suportar	1	2	3	4	5
36- Desde que fiquei doente não consigo evitar certos comportamentos de que não gosto	1	2	3	4	5
37- Sinto que pouco posso esperar do meu futuro	1	2	3	4	5
38- Acho que vou recuperar as minhas forças	1	2	3	4	5
39- Desde que estou doente tenho sentido muitos medos	1	2	3	4	5
40- Desde que fiquei doente sinto dificuldade em encontrar sentido para a minha vida	1	2	3	4	5
41- Tenho dores que não me deixam descansar	1	2	3	4	5
42- Tenho esperança de ainda vir a realizar os meus sonhos	1	2	3	4	5
43- Desejaria que a minha família não sofresse tanto por eu estar doente	1	2	3	4	5
44- Penso que vou melhorar	1	2	3	4	5

26/09/2015

Microsoft Outlook Web Access

 Responder
  Responder a todos
  Reencaminhar
 


 Fechar
  Ajuda

 Respondeu em 06-05-2014 22:12.

De: Teresa McIntyre [teresamcintyreusa@gmail.com]

Enviada: ter 06-05-2014 22:08

Para: Liliana Chaves

Cc:

Assunto: Re: Portugal - Universidade do Minho - Escola Superior de Enfermagem -
Pedido de autorização de utilização de instrumentos

Anexos:

[Ver como página Web](#)

Cara Dra. Liliana

Esteja a vontade para utilizar a escala adicional. Faz todo o sentido.

Desejo sucesso nos seus trabalhos.

Cumprimentos

Teresa McIntyre

2014-05-05 15:24 GMT-05:00 Liliana Chaves <liliana.chaves@chma.min-saude.pt>:

Exma Sra Professora Doutora Teresa Mendonça McIntyre

É com elevada estima que me dirijo novamente à digníssima Professora Doutora, e faço-o desta vez para solicitar mais uma autorização para a utilização da escala de avaliação da comunicação empática das enfermeiras pelos clientes (McIntyre & Lage, 1996), no âmbito do meu projeto de investigação.

Assim, para além das duas escalas que já me concedeu autorização para utilizar (IESSD e escala de avaliação da comunicação não-verbal das enfermeiras pelos clientes), tomei a decisão, juntamente com as digníssimas orientadora e coorientadora, respetivamente Prof. Doutora Isabel Lage e Prof. Doutora Clara Simões, que será muito proveitoso integrar também a escala de avaliação da comunicação empática. Para tal, tomei desde já a liberdade de digitalizar o documento com o pedido formal para esta escala.

Muito grata pela atenção dispensada.

Fico a aguardar a resposta.

Com os meus melhores cumprimentos,

Liliana Veloso Chaves

Enfermeira com especialidade em Enfermagem de Reabilitação

Pós Graduada em Enfermagem de Estomaterapia

EGA de Famalicão

Serviço de Cirurgia Mulheres de Famalicão

Centro Hospitalar do Médio Ave - EPE

[Liliana.chaves@chma.min-saude.pt](mailto:liliana.chaves@chma.min-saude.pt)

-----Mensagem original-----

De: Teresa McIntyre [<mailto:teresamcintyreusa@gmail.com>]

Enviada: sex 04-04-2014 17:31

26/09/2015

Microsoft Outlook Web Access

Para: Liliana Chaves
Assunto: Re: Portugal - Universidade do Minho - Escola Superior de Enfermagem -
Pedido de autorização de utilização de instrumentos









Cara Dra. Liliana
Agradeço o envio. Tenho todo o gosto em que use o IESSD e a escala de
comunicacao nao-verbal para os seus trabalhos.
Cumprimentos,
Teresa McIntyre

2014-04-04 4:13 GMT-05:00 Liliana Chaves <liliana.chaves@chma.min-saude.pt>:

> Exma. Professora Doutora,
>
> Desde já agradeço a disponibilidade e interesse demonstrados.
> Conforme solicitado por sua excelência, envio em anexo o pedido assinado
> para a utilização dos instrumentos de colheita de dados, e segue abaixo um
> resumo do projeto de investigação que me proponho desenvolver no âmbito do
> Mestrado de Enfermagem.
>
> Com os meus melhores cumprimentos,
>
> Liliana Chaves
>
>
> Resumo:
> Propomo-nos desenvolver um estudo correlacional explicativo, com os
> objetivos de: analisar a influência das competências de comunicação
> não-verbal dos enfermeiros nas experiências subjetivas de sofrimento dos
> doentes oncológicos, internados em hospitais de agudos; e analisar a
> relação entre as experiências subjetivas de sofrimento e algumas variáveis
> sociodemográficas e clínicas dos doentes oncológicos internados em
> hospitais de agudos. Serão aplicados os seguintes instrumentos de colheita
> de dados: questionário de dados sociodemográficos e clínicos; a Escala de
> Avaliação da Comunicação Não-verbal das Enfermeiras pelos clientes
> (McIntyre e Lage, 1996); e o Inventário de Experiências Subjetivas de
> Sofrimento na Doença - IESSD (McIntyre e Gameiro, 1997).
>
>
>
> _____
> Liliana Veloso Chaves
> Enfermeira com especialidade em Enfermagem de Reabilitação
> Pós Graduada em Enfermagem de Estomatoterapia
> EGA de Famalicão
> Serviço de Cirurgia Mulheres de Famalicão
>
> Centro Hospitalar do Médio Ave - EPE
> Liliana.chaves@chma.min-saude.pt
>
>
>
> -----Mensagem original-----
> De: Teresa McIntyre

26/09/2015

Microsoft Outlook Web Access

 Responder
  Responder a todos
  Reencaminhar
 


 Fechar
  Ajuda

 Esta mensagem foi reencaminhada por si em 11-02-2014 16:37.

Enviada: ter 11-02-2014 14:26

De: mgameiro [mgameiro@esenfc.pt]

Para: Liliana Chaves

Cc:

Assunto: Re: Serviço de mensagens do Website ESEnfC - Solicitação de autorização para utilização do IESSD

Anexos:

[Ver como página Web](#)

Cara Liliana Veloso Chaves,

No seguimento da sua solicitação de autorização para a utilização do Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento (IESSD), de que sou co-autor com a a Prof.ª Teresa McIntyre, no âmbito da sua investigação para a Disertação de Mestrado - A comunicação não-verbal dos enfermeiros e o sofrimento

dos doentes oncológicos" sob a orientação da Professora Doutora Isabel Lage, declaro que autorizo a sua utilização no âmbito do estudo mencionado. Caso necessite de algum esclarecimento, relativo à utilização da escala ou à sua cotação, pode sempre contactar-me. No final da sua investigação ficaríamos gratos que nos enviasse os resultados relativos à aferição da validade, nomeadamente relativos à fidelidade.

Com os melhores cumprimentos,
Manuel Gameiro

On Sun, 9 Feb 2014 19:54:02 +0000 (WET), liliana.chaves@chma.min-saude.pt wrote:

- > Serviço de mensagens do Website ESEnfCMensagem enviada por
- > (liliana.chaves@chma.min-saude.pt) Mensagem: Ex.mo Sr Professor
- >
- > O meu nome é Liliana Veloso Chaves, sou enfermeira há onze anos na Unidade
- > de Famalicão do Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE e aluna do Mestrado de
- > Enfermagem da Universidade do Minho, e venho por este meio solicitar a
- > Vossa Excelência a autorização para a utilização da escala de sua autoria
- > em conjunto com a Prof. McIntyre - o IESSD, no âmbito do meu estudo
- > intitulado: %u201CA comunicação não-verbal dos enfermeiros e o sofrimento
- > dos doentes oncológicos%u201D sob a orientação da Professora Doutora Isabel
- > Lage.
- > O estudo tem por objetivos: analisar a influência das competências de
- > comunicação não-verbal dos enfermeiros nas experiências subjetivas de
- > sofrimento dos doentes oncológicos, internados em hospitais de agudos; e
- > analisar a relação entre as experiências subjetivas de sofrimento e
- > algumas
- > variáveis sociodemográficas e clínicas dos doentes oncológicos internados
- > em hospitais de agudos.
- > Qualquer esclarecimento adicional pode contactar-me por email para