

O PAPEL DAS COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL DOS ENFERMEIROS NA EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DE SOFRIMENTO DE PESSOAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Liliana Chaves

Mestre em Enfermagem / Enfermeira / Centro Hospitalar do Médio Ave
Serviço de Medicina I e EGA
lils@sapo.pt

Clara Simões

Doutora em Psicologia, na Especialidade de Psicologia da Saúde / Psicóloga Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde
Professora Adjunta / Universidade do Minho e Escola Superior de Enfermagem
csimaes@ese.uminho.pt

RESUMO: A doença oncológica surge de forma inesperada na vida das pessoas, induzindo um profundo sofrimento que apela à construção de uma relação de ajuda, onde a comunicação não-verbal se afigura como pilar *major*. Neste âmbito, a investigação ainda é incipiente pelo que neste estudo pretendeu-se analisar o impacto das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento da pessoa com doença oncológica, e ainda, explorar o papel das competências de comunicação empática nessa relação. Recorreu-se a uma amostra de conveniência simples, constituída por pessoas com doença oncológica ($N = 84$), internadas em hospitais do distrito de Braga. A média das idades é de 60.99 anos ($DP = 14.08$). O protocolo de avaliação englobou um questionário sociodemográfico e os seguintes instrumentos: Escala de Avaliação da Comunicação Não-Verbal dos Enfermeiros (McIntyre & Lage, 1996); Escala de Avaliação da Comunicação Empática (McIntyre & Lage, 1996); e Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (McIntyre & Gameiro, 1997). Constatou-se um efeito independente da Comunicação Não-Verbal dos Enfermeiros nas Experiências Positivas de Sofrimento na Doença ($F(1,82) = 4.02; p < .05; R^2 = 3,5\%$). Verificou-se que níveis mais elevados de Comunicação Empática exibidos pelos Enfermeiros na dimensão Escuta/ Interesse se constituíram preditores significativos de menor Sofrimento Global do doente ($F(7,75) = 2.91; p \leq .010; R^2 = 14\%; \beta = -.289$). A Comunicação Não-Verbal dos enfermeiros apresentou-se preditor significativo da Comunicação Empática percebida pelos doentes ($F(6,58) = 18.21; p < .001$) explicando 61.7% da variância. A Comunicação Empática Escuta/Interesse exerceu um efeito de mediação na relação entre a comunicação não-verbal dos enfermeiros e o sofrimento do doente ($Z = -2.03, p = .042; IC 95\% [-.453; -.008]$).

Estes resultados reforçam a relevância da comunicação dos enfermeiros e a necessidade de implementar programas promotores das competências de comunicação no contexto oncológico, valorizando a comunicação clínica como estratégia terapêutica na transição positiva de doentes oncológicos.

PALAVRAS-CHAVE: Cancro; Comunicação Não-Verbal; Empatia; Sofrimento.

ABSTRACT: *Oncologic disease emerges unexpectedly in people's lives, inducing a deep suffering, which calls for the construction of a therapeutic helping relationship, where non-verbal communication appears as a major pillar. In this context, the research is still incipient. Therefore, this study aimed to analyse the impact of nurses' non-verbal communication skills on cancer patients' subjective*

experience of suffering, and to explore the role of empathic communication skills in this relationship. A convenience sample was used, consisting of patients with oncological disease (N = 84), hospitalized in the district of Braga. Participants' mean age was 60.99 years (SD = 14.08). The evaluation protocol included a Sociodemographic, Professional and Clinical Questionnaire and the following instruments: 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). Data revealed an independent effect of nurses' Non-verbal Communication on patients' Positive Experiences of Suffering in Disease ($F(1,82) = 4.02, p < 0.05, R^2 = 3.5\%$). Findings showed that higher levels of empathic communication exhibited by nurses in listening/interest dimensions were significant predictors of reduced patients' suffering ($F(7,75) = 2.91, p < 0.10, R^2 = 14\%; \beta = -.289$). Non-verbal communication of nurses was a significant predictor of the empathic communication perceived by patients ($F(6,58) = 18.21, p < 0.001$), explaining 61.7% of the variance. The empathic communication dimensions of listening/interest, showed a mediating effect on the relationship between nurses' non-verbal communication and patients' suffering ($Z = -2.03, p = 0.042, 95\% CI [-453, -008]$). These results reinforce the relevance of nurses' communication and the need to implement programs that promote communication skills in the oncological context, valuing clinical communication as a therapeutic strategy in the positive transition of cancer patients.

KEYWORDS: Cancer; Nonverbal communication; Empathy; Suffering.

1. Introdução

Atualmente, a doença oncológica mantém-se como uma ameaça encoberta e insidiosa, com um potencial profundamente devastador da vida humana. Trata-se de uma patologia que transcende o domínio físico, privado, pessoal e familiar, fortemente associada ao sofrimento, porquanto experiência subjetiva individualizada, que envolve uma total sensação de perda da integridade, da identidade, da autonomia e do controlo sobre a vida.¹ A dimensão emocional da doença oncológica 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.^{2,3}

A investigação científica, nas últimas décadas, tem vindo a mostrar um interesse acrescido na comunicação clínica em cuidados de saúde, sugerindo que as competências de comunicação empática dos profissionais de saúde estão relacionadas com maiores níveis de adesão ao tratamento oncológico, contribuindo de forma significativa para um funcionamento psicológico positivo e bem-estar global das pessoas com doença oncológica.⁴ De facto, a comunicação centrada no doente afigura-se como um

componente basilar do cuidar, nomeadamente em enfermagem, sendo crucial para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.⁵

Num campo tão vasto e elementar como é o da comunicação terapêutica, destaca-se a relevância da comunicação não-verbal como uma das áreas mais enigmáticas da comunicação⁶ e, simultaneamente, a que demonstra maior impacto nas relações que se estabelecem entre o profissional de saúde e a pessoa que sofre.³ Efetivamente, 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.⁷

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 currícula 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.⁸ A investigação aponta, ainda, para uma carência, ao nível do desenvolvimento sistemático do conhecimento, sobre o sofrimento como experiência humana subjetiva na doença oncológica.⁹

Ao ponderar sobre esta problemática, constatou-se a escassez de estudos de enfermagem nesse âmbito, tão relevante para o cuidar em enfermagem, pelo que, julgou-se pertinente a realização de um 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?” Em sequência deste mote orientador, formularam-se as seguintes hipóteses de investigação, onde se prevê, respetivamente, que: 1) as competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros sejam preditores significativos da experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica; 2) as competências de comunicação empática dos enfermeiros sejam preditores significativos da experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica; 3) as competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros sejam preditores significativos das competências de comunicação empática dos enfermeiros; e, 4) 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.

2. Material e métodos

2.1. Tipo de estudo e objetivos

O estudo insere-se num paradigma quantitativo, enquadrando-se numa investigação do tipo correlacional e explicativo. Adicionalmente, trata-se de um estudo transversal (*cross-sectional*).

Neste estudo pretendeu-se desenvolver os seguintes objetivos: 1) analisar a influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica; 2) analisar a influência das competências de comunicação empática dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica; 3) analisar a influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros nas competências de comunicação empática dos enfermeiros; 4) 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.

2.2. 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.

Recorreu-se a uma amostragem de conveniência simples. A fim de se obter uma amostra o mais homogênea 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 doença 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.

2.3. Instrumentos de Avaliação

Para o presente estudo foi selecionado o seguinte conjunto de instrumentos de avaliação:

- **Questionário Sociodemográfico, Profissional e Clínico**, construído especificamente para o presente estudo, pelas autoras, sendo composto por um total de 25 itens, de formato variado. Especificamente, os primeiros 19 itens são de carácter sociodemográfico e profissional e os restantes seis, de índole clínica.

- **Escala de Avaliação da Comunicação Não-Verbal das Enfermeiras (versão clientes) (EACNV)**. Versão Portuguesa adaptada por McIntyre e Lage (1996) da escala *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 uma escala tipo *Likert* de cinco pontos. O total da escala é calculado através do somatório do valor total dos itens, variando entre 15 e 75, onde valores mais elevados correspondem a uma comunicação não-verbal das enfermeiras mais adequada. Foi efetuado o estudo das características psicométricas na amostra em estudo. A análise fatorial exploratória permitiu organizar os itens por três fatores, que não reproduzem exatamente o modelo original, mas apresentou grande similitude nas suas dimensões interpretáveis: Fator I, relacionado com a Expressividade e Autenticidade, explicando

39.2% da variância total; o Fator II, relativo à Proximidade e Clareza, explicitando 14.5% da variância; e, por fim, o Fator III, que concerne à Atenção e Contacto, contribuiu para 7.6% da variância total explicada. Em relação à fidelidade, 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.

• **Escala de Avaliação da Comunicação Empática das Enfermeiras (versão clientes) (EACEE)** (McIntyre & Lage, 1996). Este instrumento é constituído por 19 itens, organizados aleatoriamente e avaliados através de uma escala tipo *Likert* de cinco pontos. 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. A análise fatorial exploratória possibilitou a organização dos itens por três fatores que não reproduzem exatamente o modelo original, embora persista grande semelhança. Após rotação: o Fator I, relativo à Influência, conseguiu explicar 33.4% da variância total; o Fator II, relacionado com a Abertura e Flexibilidade, explicitou 13.7% da variância; e o Fator III, referente à Escuta e Interesse, contou com 4.6% da variância total explicada. Em relação à fidelidade, constatou-se um coeficiente *alfa de Cronbach* de .87 para a escala Influência, 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.

• **Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD, McIntyre & Gameiro, 1997)**. O instrumento é constituído por um total de 44 itens cuja resposta apresenta-se sob a forma de escala *likert* de cinco pontos. A cotação é feita a partir da soma de todas as respostas, sendo interpretada como medida de intensidade da experiência subjetiva de sofrimento. Os itens do instrumento encontram-se organizados em cinco dimensões: o sofrimento psicológico, o sofrimento físico, o sofrimento existencial, o sofrimento sociorrelacional e as experiências positivas de sofrimento. 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 subesca-

las 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^{2,10}, com valores de *alfa de Cronbach* de .76 para o sofrimento sociorrelacional e de .69 para as experiências positivas de sofrimento. A análise fatorial confirmatória, permitiu atestar a estrutura fatorial proposta no modelo original do instrumento², tendo-se obtido os seguintes indicadores de ajustamento: $\chi^2_{(4)} = 4.034, p = .401; \chi^2/df = 1.008; CFI = 1, p CFI = .267; RMSA = .010, p (RMSA \leq .05) = .506$. 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.

2.4. Procedimento de Recolha de Dados e Considerações Éticas

Após a construção do 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 de projetos de investigação envolvendo estudos em humanos, foram obtidas as autorizações junto de todas as entidades envolvidas e definiram-se as estratégias de recolha de dados com cada um dos serviços hospitalares. 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. 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.

Depois de prestados todos os esclarecimentos e obtida a anuência dos participantes, a investigadora procedeu à recolha de dados, realizada através do conjunto de instrumentos de autorrelato atrás apresentados. 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.

2.5. 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, recorreu-se 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 de tipo intervalar. Para dar res-

posta 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. Considerando as hipóteses formuladas, recorreu-se a análises de regressão (e.g., linear simples e hierárquica múltipla). Foram também realizadas análises de mediação com recurso aos métodos *MedGraph*¹¹ e *bootstrapping*.¹²⁻¹⁴

3. Resultados e discussão

3.1. Caracterização Sociodemográfica, Profissional e Clínica dos Participantes

Participaram neste estudo 84 pessoas com doença oncológica, com uma média de idades de 60.99 anos ($DP = 14.08$), sendo a maioria casados ($n = 46$; 54.8%) e detentores do primeiro ciclo do ensino básico ($n = 72$; 85.7%). No domínio profissional, a globalidade dos participantes ($n = 41$; 48.8%) referiu estar reformado, 23 (27.4%) reportam encontrar-se ativos profissionalmente e, 17 (20.2%) relatam não possuir atividade profissional. Os Quadros 1 e 2 apresentam, respetivamente, as características sociodemográficas e profissionais dos participantes.

Quadro 1. Caracterização Sociodemográfica dos Participantes ($N = 84$)

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	n ^{a)}	%	M	DP	MÍNIMO	MÁXIMO
<i>Idade</i>	-	-	60.99	14.08	24	82
	≥ 61 Anos	46	54.8	-	-	-
	< 61 Anos	38	45.2	-	-	-
<i>Género</i>	Masculino	55	65.5	-	-	-
	Feminino	29	34.5	-	-	-
<i>Escolaridade</i>	4 Anos (1º Ciclo)	72	85.7	-	-	-
	Ensino Médio/superior	12	14.3	-	-	-
<i>Área de Residência</i>	Meio Rural	42	50.0	-	-	-
	Meio Urbano	38	45.2	-	-	-
<i>Estado Civil</i>	Casado	46	54.8	-	-	-
	Não Casado	38	45.2	-	-	-
<i>Filhos</i>	Sim	66	78.6	-	-	-
	Não	18	21.4	-	-	-
<i>Número de Filhos</i>	-	-	2.88	2.22	1	11
	≤ 2 Filhos	42	50.0	-	-	-
	> 2 Filhos	24	28.6	-	-	-

a) – casos válidos.

Quadro 2. Caracterização Profissional dos Participantes (N = 84)

VARIÁVEIS PROFISSIONAIS	n ^{a)}	%	M	DP	MÍNIMO	MÁXIMO	
<i>Situação Profissional</i>	Reformado	41	48.8	-	-	-	-
	Com atividade profissional	23	27.4	-	-	-	-
	Sem atividade profissional	17	20.2	-	-	-	-

a) – casos válidos.

Quanto à caracterização clínica, 62 (73.8%) dos participantes pertenciam 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. Em relação ao diagnóstico oncológico, 28 (33.3%) apresentavam diagnóstico de cancro do sistema respi-

ratório, 16 (19%) cancro do sistema digestivo e 39 (46.4%) cancro de outros sistemas orgânicos. O período médio de tempo de diagnóstico era de 2.69 (DP = 4.63) anos, sendo que a maioria dos participantes (n = 47; 56%) referia ter recebido o diagnóstico oncológico há menos de 1 ano, e 50 (59.5%) haviam sido submetidos a quimioterapia. No Quadro 3 apresentam-se as características clínicas dos participantes.

Quadro 3. Caracterização Clínica dos Participantes (N = 84)

VARIÁVEIS CLÍNICAS	n ^{a)}	%	M	DP	MÍNIMO	MÁXIMO	
<i>Unidade Hospitalar</i>	Hospital Distrital	62	73.8	-	-	-	-
	Hospital Concelhio	22	26.2	-	-	-	-
<i>Unidade de Internamento</i>	Oncologia	45	53.6	-	-	-	-
	Contextos Médico-Cirúrgicos	39	46.4	-	-	-	-
<i>Diagnósticos</i>	Cancro do Sistema Respiratório	28	33.3	-	-	-	-
	Cancro do Sistema Digestivo	16	19.0	-	-	-	-
	Outros Cancros	39	46.4	-	-	-	-

a) – casos válidos.

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

Os resultados da análise de regressão linear simples, para testar o efeito independente das Competências de Comunicação Não-Verbal dos Enfermeiros (EACNV), demonstram que a sua dimensão Atenção/Contacto,

constitui-se um preditor significativo das Experiências Positivas de Sofrimento dos doentes, embora contribuindo apenas com 4.7% da variância total. Concretamente, observa-se que menos competências de Atenção/Contacto exibidas pelos enfermeiros se associam a mais Experiências Positivas de sofrimento dos doentes ($\beta = -.216$). Estes resultados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Resultados da Regressão Linear Simples com a EACNV - Atenção/Contacto como preditor das Experiências Positivas de Sofrimento (IESSD) (N = 84)

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

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

Embora 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.¹⁵ Esta dicotomia poderá estar a contribuir para uma desvalorização da comunicação não-verbal, que afeta tanto os enfermeiros como os doentes.

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. Por conseguinte, eleva-se a questão se não será porque os doentes estando habituados a algum distanciamento por parte dos profissionais, ao perceberem mais Atenção/Contacto

por parte dos enfermeiros, equacionarem 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, poderão supor que a sua condição de saúde não aspira grandes preocupações e isso promover níveis crescentes de experiências positivas de sofrimento na doença.

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

Os resultados da análise de regressão hierárquica múltipla para testar os efeitos independentes das dimensões das Competências de Comunicação Empática dos Enfermeiros (Tabela 2), permitem constatar que os doentes que relatam mais Escuta/Interesse na comunicação empática dos enfermeiros experienciam menos Sofrimento Global ($\beta = -.289$).

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

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

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

Estes resultados estão em consonância com a afirmação de que 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.¹⁶ Aliás, as pessoas sofrem mais quando não têm a oportunidade de partilhar o seu sofrimento com os outros, o que implica sentirem que o outro está presente, está a escutar e está interessado.^{17,18}

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

Os resultados da análise de regressão hierárquica múltipla para testar os efeitos independentes das Competências de Comunicação Não-Verbal na Comunicação Empática percebida pelos doentes (Tabela 3), demonstram que os participantes que reportam uma Comunicação Não-verbal global mais competente, dos 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.

Os resultados mencionados vão ao encontro das perspetivas teóricas e dos resultados de um trabalho de investigação recente¹⁹ no qual se reportou uma correlação positiva entre a comunicação não-verbal e a comunicação empática avaliada pelos doentes. Compreende-se, facilmente, que a comunicação não-verbal influencie a empatia, porque a compreensão empática dos enfermeiros manifesta-se, frequentemente, de forma não-verbal. É precisamente através da compreensão empática que se demonstra prestar atenção.²⁰ Este “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.²⁰

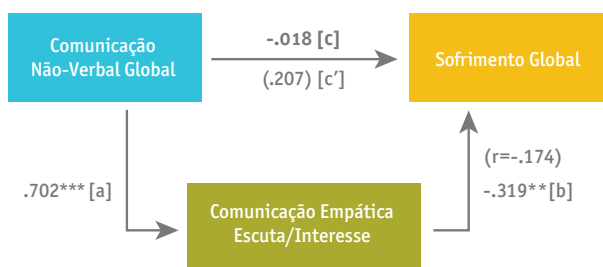
Tabela 3. Resultados da Regressão Hierárquica Múltipla com a Comunicação Não-verbal Global (EACNV) como preditor da Comunicação Empática Global (EACEE) ($N = 84$)

RESULTADO/PREDITORES		ΔR^2	ΔF	β	t
<i>Comunicação Empática Global (EACEE)</i>	Passo 1	.062	4.138*		
	Idade			-.248	-2.034*
	Passo 2	.246	5.249***		
	Unidade Hospitalar ^{a)}			ns	ns
	Comorbilidades Físicas ^{b)}			-.344	-2.876**
	Unidade de Internamento ^{c)}			ns	ns
	Diagnóstico ^{d)}			ns	ns
	Passo 3	.345	57.752***		
	EACNV – Comunicação Não-Verbal Global			.684	7.600***
	$R^2 = .653$ $R^2_{\text{ajustado}} = .617$; ($F_{(6,58)} = 18.208$; $p < .001$)				

^{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.

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

Para testar o efeito mediador da Comunicação Empática na relação entre a Comunicação Não-Verbal e a Experiência Subjetiva de Sofrimento realizaram-se análises de mediação com recurso aos métodos *MedGraph*¹¹ e *bootstrapping*.¹²⁻¹⁴



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

Figura 1. 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)).

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 1 e na Tabela 4 apresentam-se os resultados do modelo testado.

Os dados da Figura 1, 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 4 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 4. 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%	
<i>Teste de Sobel</i>	-2.03	.042	[-.453; -.008]	
<i>Efeito Indireto</i>	$a*b$	EP		
	Coeficientes não estandardizados	-.231	.114	
<i>Medidas do Tamanho do Efeito</i>	Indireto	Direto	Total	
	Coeficientes estandardizados	-.220	.207	-.010
	R^2 (Variancia)	-.020	.021	.0000

Adicionalmente, como já referido, para dar resposta a esta hipótese, realizaram-se também análises de mediação com recurso ao método *bootstrapping*¹²⁻¹⁴ para testar os efeitos indiretos, cujos resultados dão suporte a um efeito de mediação significativo da Comunicação Empática na relação entre a Comunicação Não-Verbal e a Experiência Subjetiva de Sofrimento.

A empatia requer concentração e depende da capacidade de compreender as emoções dos outros através da expressividade, escuta e interesse²¹, 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.

4. Conclusão

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.

Referências bibliográficas

1. 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
2. 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.
3. Kissane, D., Bultz, B., Butow, P., & Finlay, I. (2011). *Handbook of communication in oncology and palliative care*. New York: Oxford University Press.
4. 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
5. 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
6. Lage, I. (1996). A empatia e a comunicação não-verbal nas perspectivas da enfermeira e do cliente. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto.
7. Dunne, K. (2005). Effective communication in palliative care. *Nursing Standard*, 20(13), 57-64.
8. 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
9. Kahn, D. L., & Steeves, R. H. (1995). The significance of suffering in cancer care. *Seminars in Oncology Nursing*, 11(1), 9-16.
10. Gameiro, M. (1998). O sofrimento humano como foco de intervenção de enfermagem. *Revista Referência*, (0), 5-12.
11. Jose, P. (2013). *Doing statistical mediation & moderation*. Nova Iorque: The Guilford Press.
12. Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, 76(4), 408-420.
13. Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach*. Nova Iorque: The Guilford Press.
14. 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.
15. 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.
16. Arman, M., & Rehnfeldt, A. (2006). How can we research human suffering? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(3), 239-240.
17. Justo, J. (2014). Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: etiologia, intervenção e articulações. In M. Dias & E. Durã (Eds.), *Territórios da psicologia oncológica* (Vol. I, pp. 51-74). Lisboa: Climepsi Editores.
18. Kacperek, L. (1997). Clinical non-verbal communication: the importance of listening. *British Journal of Nursing*, 6(5), 275-279.
19. 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).
20. 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
21. Nunes, J. (2010). *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa: BayerHealthCare.